

podmínky

Pojistné podmínky pro životní pojištění Wüstenrot ProKaždýPád (PP WPK 2014/01)

Článek 1: Úvodní ustanovení

Pojistitel je Wüstenrot, životní pojišťovna, a.s. se sídlem Praha 4, Na Hřebenech II 1718/8, PSČ 140 23, IČO 25720198, zapsána u Městského soudu v Praze, odd. B, vložka 5696 (dále jen „pojistitel“).

Pojistník je osoba, která uzavřela s pojistitelem smlouvu o životním pojištění Wüstenrot ProKaždýPád, která se řídí těmito Pojistnými podmínkami pro životní pojištění Wüstenrot ProKaždýPád (dále také jen „pojištění“).

Pojištěný je osoba, na jejíž život nebo zdraví se pojištění vztahuje.

Oprávněná osoba je osoba, které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění.

Obmyšlený je osoba určená pojistníkem v pojistné smlouvě, které vznikne právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného.

Článek 2: Výklad pojmů

pojem	výklad pojmu
čekací doba	doba, po kterou pojistiteli nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění z událostí, které by jinak byly pojistnými událostmi
doba léčby	v Tabulce VU uvedený časový úsek probíhající pod dohledem lékaře, který je třeba ke zhojení nebo ustálení tělesného poškození způsobeného úrazem; pro účely připojištění denního odškodného za vyjmenované úrazy
doba nezbytného léčení	v Tabulce TP uvedený časový úsek probíhající pod dohledem lékaře, který je třeba ke zhojení nebo ustálení tělesného poškození způsobeného úrazem; pro účely připojištění denního odškodného za dobu nezbytného léčení úrazu
dopravní nehoda	nehoda, na níž se pojištěný podílel jako účastník provozu na pozemních komunikacích a při které mu v příčinné souvislosti s provozem motorového nebo nemotorového vozidla byl způsoben úraz; za úrazy vzniklé v příčinné souvislosti s provozem motorového nebo nemotorového vozidla se považují též úrazy, ke kterým dojde při nakládání a vykládání přepravovaných věcí a při nastupování a vystupování z motorového nebo nemotorového vozidla; účastníkem provozu na pozemních komunikacích je každý, kdo se přímým způsobem účastní provozu na pozemních komunikacích; za účastníka provozu na pozemních komunikacích se zejména pro účely čl. 17 odst. 2 a čl. 18 odst. 5 těchto pojistných podmínek nepovažuje: <ol style="list-style-type: none"> osoba nepřípoutaná na sedadle bezpečnostním pásem, pokud jím je sedadlo vybaveno, nebo osoba necestující v prostoru určeném pro přepravu cestujících; cyklista a osoba pohybující se na lyžích nebo kolečkových bruslích nebo obdobném sportovním vybavení bez na hlavě nasazené a řádně připevněné ochranné přilby schváleného typu; osoba řídící vozidlo nebo cyklista po požití nebo pod vlivem alkoholu, návykové látky nebo přípravku takovou látku obsahujícího, nebo pod vlivem léků, s nimiž je spojen zákaz řízení vozidel; stejně bude posuzováno, nepodrobí-li se tato osoba zjištění, zda není ovlivněna alkoholem nebo jinou návykovou látkou, nebo požije-li alkohol či jinou návykovou látku po nehodě po dobu, do kdy by to bylo na újmu zjištění, zda před jízdou nebo během jízdy požíla alkohol či jinou návykovou látku; osoba spolujezdce, který vědomě podstoupil jízdu vozidlem, které řídila osoba, o níž věděl nebo musel vědět, že její řídičské schopnosti jsou ovlivněny požitím alkoholu, návykové látky nebo přípravku takovou látku obsahujícího
hospitalizace	z lékařského hlediska nezbytná hospitalizace pojištěného ve standardní nemocnici z důvodu poškození zdraví následkem úrazu nebo léčení nemoci
indexace	automatické zvyšování pojistných částek (a běžného pojistného) o dohodnutá procenta k výročnímu dni počátku pojištění
invalidita třetího stupně	invalidita třetího stupně ve smyslu zákona upravujícího důchodové pojištění (ke dni účinnosti těchto pojistných podmínek tj. zákon č. 155/1995 Sb.)
konec pojištění	okamžik skončení účinnosti pojistné smlouvy
Limity MP	limity pro stanovení maximální pojistné částky (maximální možné výše denní dávky) podle měsíčního příjmu pojištěného, které jsou součástí obchodních podmínek
nabídka	návrh na uzavření pojistné smlouvy včetně všech součástí či souvisejících dokumentů. Obsahuje-li nabídka dodatky, výhrady, omezení nebo jiné změny proti původní nabídce, považuje se za novou nabídku (protinabídku)
nemoc	porucha tělesného zdraví pojištěného zjištěná a klasifikovaná podle všeobecně uznávaného stavu lékařské vědy. Za nemoc se nepovažuje těhotenství, rizikové těhotenství, ani těhotenství s komplikacemi

pojem	výklad pojmu
nepojistitelné osoby	<p>a) osoby k okamžiku podpisu nabídky nebo ke dni podání žádosti o předložení nabídky závislé na alkoholu nebo jiných návykových látkách;</p> <p>b) osoby, jimž byl přiznán nárok na plný invalidní důchod a/nebo přiznána invalidita třetího stupně ve smyslu zákona upravujícího důchodové pojištění (dále jen „invalidita třetího stupně“), a to i v případě, že před okamžikem podpisu nabídky nebo podání žádosti o předložení nabídky jim tento nárok již zanikl a/nebo jim invalidita třetího stupně byla již odebrána;</p> <p>c) osoby trpící k okamžiku podpisu nabídky nebo ke dni podání žádosti o předložení nabídky nervovou nebo duševní poruchou, která není jen přechodná;</p> <p>d) osoby, které jsou k okamžiku podpisu nabídky nebo ke dni podání žádosti o předložení nabídky v pracovní neschopnosti</p>
obchodní podmínky	dokument vydávaný pojistitelem, který obsahuje sazebník poplatků, limitů, rizikových skupin a jiných údajů či pravidel, které se používají v pojištěních sjednaných s pojistitelem a na které se odvolává pojistná smlouva nebo pojistné podmínky; obchodní podmínky jsou také dostupné v sídle pojistitele a na jeho internetových stránkách
obnosové pojištění	pojištění zavazující pojistitele poskytnout v případě pojistné události jednorázové či opakované pojistné plnění v ujednaném rozsahu. Základem pro určení výše pojistného a pro výpočet pojistného plnění je částka určená na návrh pojistníka, kterou má pojistitel v případě vzniku pojistné události vyplatit a/nebo výše a četnost vyplácení důchodu
partner	partner podle zákona upravujícího registrované partnerství
počátek pojištění	datum uvedené v pojistce jako počátek pojištění
pojistka	potvrzení pojistitele o uzavření pojistné smlouvy
pojistná částka	částka dohodnutá v pojistné smlouvě, na jejímž základě se stanoví pojistné plnění
pojistná doba	doba, na kterou bylo pojištění sjednáno a která je uvedena v pojistné smlouvě
pojistná smlouva	smlouva o finančních službách, ve které se pojistitel zavazuje zejména poskytnout ve sjednaném rozsahu pojistné plnění v případě vzniku pojistné události a pojistník se zavazuje zejména platit pojistné
pojistná událost	nahodilá skutečnost, se kterou je spojena povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění. Nahodilou skutečností se rozumí skutečnost, která je možná a u které není jisté, zda v době trvání pojištění vůbec nastane nebo není známa doba jejího vzniku
pojistné nebezpečí	možná příčina vzniku pojistné události
pojistné období	časové období dohodnuté v pojistné smlouvě (nebo stanovené na jejím základě), za které se platí pojistné (frekvence placení pojistného)
pojistné plnění	částka, kterou je pojistitel povinen plnit na základě pojistné smlouvy, nastane-li pojistná událost
pojistné podmínky	Pojistné podmínky pro životní pojištění Wüstenrot ProKaždýPád (PP WPK 2014/01)
pojistné riziko	míra pravděpodobnosti vzniku pojistné události vyvolané pojistným nebezpečím
pojistný zájem	oprávněná potřeba ochrany před následky pojistné události
pověřený poskytovatel zdravotních služeb	osoba činná v oblasti zdravotních služeb na základě jiných právních předpisů, kterou pojistitel pověřil zjišťováním a přezkoumáním zdravotního stavu pojištěného
povinnost k pravdivým sdělením	povinnost zájemce o pojištění, pojistníka, příp. také pojištěného zodpovědět pojistiteli pravdivě a úplně při jednání o uzavření smlouvy nebo při jednání o změně pojistné smlouvy jeho písemné dotazy na skutečnosti, které mají význam pro jeho rozhodnutí, jak ohodnotí pojistné riziko, zda je pojistí a za jakých podmínek. Stejně jako písemné dotazy pojistitele se posuzují i prohlášení výše uvedených osob, jejichž učinění pojistitel za stejným účelem po těchto osobách požaduje. Povinnost se považuje za řádně splněnou, nebylo-li v odpovědi zatajeno nic podstatného, příp. nebylo-li prohlášení v ničem podstatném nepravdivé
pracovní neschopnost	stav, kdy pojištěný nemůže z lékařského hlediska a podle lékařského rozhodnutí žádným způsobem, a to ani přechodně, vykonávat a ani nevykonává své zaměstnání nebo jakoukoliv jinou výdělečnou činnost, včetně řídicí či kontrolní činnosti z důvodu poškození zdraví následkem úrazu, nemoci, nebo těhotenství s komplikacemi (avšak v některých případech jen v dohodnutém rozsahu). A současně bylo pojištěnému v souvislosti s tímto stavem vystaveno potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti (pokud má pojištěný nárok na nemocenské dávky z nemocenského pojištění podle zákona o nemocenském pojištění)
profesionální provozování sportu	sportovní činnost vykonávaná jako pracovní činnost (povolání) na základě smlouvy o spolupráci při výkonu sportovní činnosti či jiné obdobné smlouvy uzavřené se sportovním klubem či jiným subjektem podnikání v této oblasti (dále jen „smlouva o výkonu sportu“); z obsahu takto uzavřené smlouvy (nikoli pouze z jejího názvu) je zřejmé, že sportovec výkonem sportovní činnosti (formou závodů, soutěží, včetně přípravy na ně) získává finanční prostředky k uspokojování svých potřeb (zpravidla se jedná o jeho hlavní, příp. převažující zdroj příjmů); za osobu profesionálně provozující sport se považuje i osoba, která bez ohledu na obsah příslušné smlouvy vykonává sportovní činnost v rámci nejvyšší celostátní seniorské soutěže v příslušném druhu sportu, a to i tehdy, pokud vedle sportovní činnosti vykonává ještě pracovní činnost (povolání) nebo se na výkon budoucího povolání soustavně připravuje studiem na střední nebo vysoké škole
SINK	forma úhrady pojistného prostřednictvím souhlasu s inkasem z bankovního účtu pojistníka
SIPO	forma úhrady pojistného inkasováním plateb od fyzických osob ve prospěch pojistitele prostřednictvím provozovatele poštovních služeb
smluvní ujednání	součást pojistné smlouvy dále blíže specifikující konkrétní pojistný vztah
standardní nemocnice	nemocnice, která pracuje pod stálým odborným lékařským dozorem, disponuje dostatečnými diagnostickými a terapeutickými možnostmi, užívá vědecky obecně uznávané léčebné a diagnostické metody, vede záznamy o zdravotním stavu a průběhu léčení a její provozování je v souladu s jinými právními předpisy
škodná událost	skutečnost, ze které vznikla škoda a která by mohla být důvodem vzniku práva na pojistné plnění
Tabulka TNU	tabulka pro stanovení pojistného plnění za trvalé následky úrazu
Tabulka TNUP	tabulka pro stanovení pojistného plnění za trvalé následky úrazu s progresivním plněním
Tabulka TP	tabulka pro stanovení pojistného plnění z připojištění tělesného poškození a připojištění denního odškodného za dobu nezbytného léčení úrazu
Tabulka VO	tabulka, ve které jsou uvedeny definice nemocí, úrazů nebo operací, které se považují v připojištění vážných onemocnění za pojistnou událost

pojmem	výklad pojmu
Tabulka VU	tabulka pro stanovení pojistného plnění z připojištění denního odškodného za vyjmenované úrazy
Tabulka výluk	tabulka výluk z pojištění
Tabulky 2014/02	souhrnné označení pro Tabulku výluk, Tabulku VO, Tabulku TNU, Tabulku TNUP, Tabulku TP a Tabulku VU
těhotenství s komplikacemi	<p>těhotenství, jehož průběh doprovází závažné komplikace odůvodňující uznání pojištěné ošetřujícím lékařem práce neschopnou z důvodů, které lze potvrdit laboratorními nebo zobrazovacími metodami (např. rozborom krve, ultrazvukem) a které znamenají jednoznačné riziko pro matku a/nebo plod (a to jen po dobu, po kterou tyto komplikace trvají).</p> <p><u>Jedná se zejména o tyto závažné komplikace:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – mimoděložní těhotenství; – hematom doložitelný ultrazvukovým vyšetřením; – úporné zvracení s nařízenou hospitalizací; – krvácení s nařízenou hospitalizací; – komplikace placenty (jako předčasné odlučování apod.); – preeklampsie, eklampsie s doporučenou hospitalizací; – těžké formy zvýšeného krevního tlaku diagnostikované až v době těhotenství; – Rh inkompatibilita (u druhého těhotenství); – doložené podezření na vývojovou vadu plodu. <p>Zdravotní obtíže nebo stavy, které nelze objektivně doložit laboratorními nebo zobrazovacími metodami a které jsou běžnými příznaky těhotenství jako např. těhotenská nevolnost, zvýšená zvracivost, „špinění“ v rané fázi těhotenství, těhotenská únava, otoky nohou nejsou považovány za závažné komplikace ve smyslu těchto pojistných podmínek, ať už byly či nebyly důvodem pro uznání pojištěné práce neschopnou</p>
technická úroková míra	zaručený podíl na výnosech z finančního umístění v životním pojištění. Je garantována zákonem a její maximální výši určuje Česká národní banka; způsob výpočtu zhodnocení technickou úrokovou mírou je odlišný od výpočtu zhodnocení úrokovou mírou používaného bankami např. u vkladových produktů
tělesné poškození	<p>poškození zdraví pojištěného, k němuž došlo následkem úrazu utrpěného v době trvání daného připojištění a které je uvedeno v Tabulce TP nebo Tabulce VU.</p> <p><u>Není-li tělesné poškození uvedeno v Tabulce TP, určí pojistitel výši pojistného plnění podle obdobného tělesného poškození, které je svou povahou a rozsahem přiměřené danému tělesnému poškození.</u></p> <p><u>Není-li tělesné poškození výslovně uvedeno v Tabulce VU, nejedná se o pojistnou událost z připojištění denního odškodného za vyjmenované úrazy (pojistné plnění náleží jen za tělesná poškození v Tabulce VU výslovně uvedená)</u></p>
trvalé následky úrazu	následky úrazu, utrpěného v době trvání daného připojištění a spočívající v anatomické nebo funkční ztrátě či poškození končetiny, orgánu nebo jeho části, které již nejsou schopny zlepšení. Stupněm poškození se rozumí rozsah trvalých následků, jehož výše se určuje v procentech. Stupeň poškození v procentech určuje pojistitel. Jednotlivé stupně poškození se počítají, celkový součet nesmí v žádném případě přesáhnout 100 % (sto procent)
účastník pojištění úraz	<p>pojistník, pojištěný, oprávněná osoba nebo obmyslený</p> <p>neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného nebo neočekávané a nepřerušené působení vysokých nebo nízkých zevních teplot, plynů, par, záření, elektrického proudu a jedů (s výjimkou jedů mikrobiálních a látek imunotoxických), které způsobilo poškození zdraví pojištěného nebo jeho smrt.</p> <p>Za úraz se považuje také utonutí, tonutí; nákaza tetanem nebo vzteklinou při úrazu; vymknutí končetin, stejně jako natržení nebo odtržení na končetinách a páteři se nacházejících svalů, šlach, vaziva a pouzder kloubních v důsledku náhlé odchylky od běžného pohybu.</p> <p><u>Za úraz se nepovažuje zhoršení nemoci následkem úrazu; nemoci včetně infekčních nemocí; srdeční infarkt; náhlá cévní mozková příhoda; amoce sítnice; duševní choroby a poruchy, a to i když se dostavily jako následky úrazu; nádory zhoubné i nezhoubné; kýly všech lokalizací; poškození zdraví způsobené pojištěnému diagnostickým, léčebným nebo preventivním opatřením, které neslouží k vyléčení následků úrazu nebo neodborným zásahem, který si pojištěný provede nebo nechá provést na svém těle.</u></p> <p><u>Za úraz se nepovažují také aseptické záněty tíhových váčků, šlachových pochev a svalových úponů (bursitidy, epikondylitidy, impingement syndrom); přerušení degenerativně změněných orgánů (např. meniskus) malým nepřímým násilím a porušení Achillovy šlachy s výjimkou přetětí z vnějšku; ostruha patní kosti; tělesné poškození vzniklé v důsledku zvedání nebo přesouvání břemen; náhlé páteřní syndromy; poškození meziobratlových plotének, i když se dostavily jako následky úrazu; krvácení do vnitřních orgánů a do mozku nebo poranění břicha či podbřišku, pokud vzniklo v důsledku zdravotní predispozice pojištěného; duševní chorobné stavy po úrazu (např. neurózy nebo psychoneurózy)</u></p>
vstupní věk pojištěného	rozdíl kalendářního roku počátku pojištění (v případě dodatečného sjednání připojištění pak počátku toho kterého připojištění) a roku narození pojištěného
výdělečná činnost	zaměstnání pojištěného nebo předmět(y) jeho činnosti jako osoby samostatně výdělečné činné, případně jakákoliv jiná činnost, kterou sobě pojištěný opatřuje prostředky na obživu. Uvádí se vždy v nabídce a pojistitel i na jejich základě ohodnocuje pojistné riziko. Změnu výdělečné činnosti je pojistník vždy povinen pojistiteli oznámit, jinak nese nepříznivé důsledky s neplněním této povinnosti spojené
výroční den počátku pojištění	den a měsíc z data počátku pojištění uvedeného v pojistné smlouvě
výstupní věková hranice	věk pojištěného uvedený v obchodních podmínkách, v roce jehož dovršení nejpозději zaniká základní pojištění nebo to které připojištění
zájemce	osoba, která má zájem o uzavření pojistné smlouvy s pojistitelem
zájmová činnost	sportovní nebo jí obdobné činnosti pojištěného (včetně činnosti trenéra). Uvádí se vždy v nabídce a pojistitel i na jejich základě ohodnocuje pojistné riziko. Změnu zájmové činnosti je pojistník vždy povinen pojistiteli oznámit, jinak nese nepříznivé důsledky s neplněním této povinnosti spojené
žádost na dálku	dokument s údaji uvedenými zájemcem o uzavření pojistné smlouvy písemně ve formuláři umístěném na internetových stránkách pojistitele, a/nebo ústně v rozhovoru s operátorem call centra pojistitele

Článek 3: Uzavření pojistné smlouvy formou obchodu na dálku

- Pojistník jako zájemce o uzavření pojistné smlouvy prostřednictvím:
 - internetových stránek pojistitele (nebo pojistitelem určených) a na nich umístěného formuláře, a/nebo
 - telefonického hovoru s operátorem call centra pojistitele (nebo pro pojistitele činného),sdělí pojistiteli údaje, které pojistitel požaduje pro uzavření pojistné smlouvy, a podá tak pojistiteli žádost o předložení nabídky (žádost na dálku).
- Na základě žádosti na dálku předloží pojistitel v nejkratším možném termínu na pojistníkem v žádosti na dálku určený e-mail (elektronickou adresu) nabídku vyhotovenou podle pojistníkem v žádosti na dálku uvedených údajů včetně všech nezbytných součástí pojistné smlouvy a společně s instrukcemi k postupu vedoucímu k uzavření pojistné smlouvy (dále jen „instrukce“). Pokud o to pojistník v žádosti na dálku požádal, zašle mu pojistitel tuto nabídku také obyčejnou zásilkou prostřednictvím provozovatele poštovních služeb na jeho korespondenční adresu. Pojistník je povinen zkontrolovat všechny údaje uvedené v nabídce, zda jsou správné a nadále aktuální (není-li tomu tak, postupuje podle instrukcí).
- Nabídku pojistitele může pojistník přijmout zaplacením prvního pojistného ve lhůtě uvedené v nabídce, jinak do 15 (patnácti) dnů ode dne doručení nabídky pojistiteli pojistníkoví.
- Zaplacením prvního pojistného pojistník (pojištěný) činí tyto úkony a stvrzuje tyto skutečnosti (pokud pojistné z jeho podnětu zaplatí osoba od něj odlišná, považuje se toto pojistné pro účely uzavření pojistné smlouvy za zaplacené pojistníkem):
 - potvrzuje pravdivost, správnost a úplnost údajů uvedených v nabídce a v souvislosti s ní učiněných prohlášení;
 - potvrzuje, že ke dni podání žádosti na dálku učiněné čestné prohlášení o zdravotním stavu bylo pravdivé, a že byl informován a je srozuměn s pojistitelským způsobem ocenění přejímaného rizika pro uzavření pojistné smlouvy;
 - bere na vědomí, že nepravdivost, nesprávnost, a/nebo neúplnost uvedených údajů a/nebo učiněných prohlášení opravňuje pojistitele snížit nebo odmítnout výplatu pojistného plnění, odstoupit od pojistné smlouvy nebo může mít za následek neplatnost pojistné smlouvy;
 - potvrzuje, že obdržel a byl seznámen s dokumenty uvedenými v nabídce, a to přesným, jasným a srozumitelným způsobem, tedy jim rozumí a souhlasí s nimi;
 - potvrzuje, že ke dni podání žádosti na dálku jste nebyl nepojistitelnou osobou ve smyslu čl. 2 těchto pojistných podmínek;
 - potvrzuje svůj pojistný zájem;
 - uděluje pojistiteli v nabídce pojistitele specifikovaný souhlas se zpracováním osobních údajů (včetně i citlivých údajů o zdravotním stavu);
 - souhlasí s tím, že z veškeré komunikace s call centrem pojistitele (nebo pro pojistitele činného) bude pořizován zvukový záznam. Souhlasí s tím, že zvukové záznamy mohou být použity jako důkazní prostředek;
 - jako pojištěný uděluje pojistiteli souhlas se zjišťováním a přezkoumáváním zdravotního stavu a opravňuje dotazované lékaře a další poskytovatele zdravotních služeb, jakož i poskytovatele péče o zdraví, ke sdělování informací o svém zdravotním stavu. Dále též zmocňuje pojistitele k provádění takových zjišťování či šetření, která jsou potřebná pro ověření správnosti a úplnosti poskytnutých údajů (aniž by však pojistitel k tomu při uzavření či změně pojistné smlouvy byl povinen) či informací nezbytných pro řádné uzavření či změnu pojistné smlouvy, resp. ke zjišťování oprávněnosti nároku na pojistné plnění. Za tímto účelem se může pojistitel obrátit na lékaře, nemocnice a další poskytovatele zdravotních služeb, ve kterých byl léčen či vyšetřován, jakož i na poskytovatele péče o zdraví. Pojistitel má dále právo nechat provést potřebná vyšetření lékařem, kterého tím pověř. Udělený souhlas se zjišťováním a přezkoumáváním zdravotního stavu se vztahuje i na období po smrti pojištěného. Rovněž souhlasí s tím, aby pojistitel vyžadoval a získával potřebné informace v jakékoli pojišťovně, se kterou bylo jednáno o uzavření smlouvy o životním, úrazovém či nemocenském pojištění jeho osoby, a zmocňuje a autorizuje tyto pojišťovny k podávání takových informací. Dále zplnomocňuje pojistitele k nahlížení do spisů a pořizování jejich kopií a výpisů u orgánů státní správy a samosprávy a dalších subjektů, týkajících se událostí, jež by mohly být posouzeny jako pojistná událost;
 - eventuálně dle svého uvážení uděluje pojistiteli v nabídce pojistitele specifikovaný souhlas s předáním jeho vybraných osobních údajů dalším správcům osobních údajů za účelem nabízení obchodu a služeb, sdělování údajů o jejich službách nebo zboží a službách jakýchkoli třetích osob, a to i formou tzv. obchodních sdělení podle zvláštního právního předpisu.
- Pojistná smlouva je uzavřena okamžikem připsání prvního pojistného na účet pojistitele. Toto pojistné musí být uhrazeno řádně, tj. zejména ve výši uvedené v nabídce. Nebylo-li toto pojistné zaplacené řádně a ve stanovené lhůtě, pojištění nevznikne.
- Pojistník musí být současně pojištěným a nemůže být zastoupen při úkonech podle odst. 1 tohoto článku.

Článek 4: Uzavření pojistné smlouvy jinak než formou obchodu na dálku

- Nabídku předkládá pojistník prostřednictvím pro pojistitele činného pojišťovacího zprostředkovatele, a to písemně na formuláři pojistitele. Nabídka musí být pojistníkem a případně též pojištěným, pokud je osobou odlišnou od pojistníka, vlastnoručně podepsána a opatřena datem. Pojistník je povinen zkontrolovat všechny údaje uvedené v nabídce.
- Součástí nabídky musí být vždy také určení navrhovaného dne počátku pojištění určitým datem, přičemž platí, že pojistitel může tuto nabídku přijmout kdykoli před navrhovaným dnem počátku pojištění, nebo i po tomto dni ve lhůtě určené podle odst. 5 tohoto článku, pokud navrhovaný den počátku pojištění předcházal jejich uplynutí.
- Podpisem nabídky a v ní obsaženého prohlášení uděluje pojišťovaná osoba (pojištěný) pojistiteli souhlas se zjišťováním a přezkoumáváním zdravotního stavu a opravňuje dotazované lékaře a další poskytovatele zdravotních služeb, jakož i poskytovatele péče o zdraví, ke sdělování informací o zdravotním stavu, a dále též zmocňuje pojistitele k provádění takových zjišťování či šetření, která jsou potřebná pro ověření správnosti a úplnosti údajů či informací nezbytných pro řádné uzavření či změnu pojistné smlouvy, resp. ke zjišťování oprávněnosti nároku na pojistné plnění. Za tímto účelem se může pojistitel obrátit na lékaře, nemocnice a další poskytovatele zdravotních služeb, ve kterých byl pojištěný léčen či vyšetřován, jakož i poskytovatele péče o zdraví. Pojistitel má dále právo nechat provést potřebná vyšetření lékařem, kterého tím pověř. Pojistitel je také oprávněn přezkoumat zdravotní stav pojištěného při změně pojistné smlouvy. Udělený souhlas se zjišťováním a přezkoumáváním zdravotního stavu se vztahuje i na období po smrti pojištěného.
- Je-li pojistník odlišný od pojištěného, je povinen pojištěného seznámit s obsahem pojistné smlouvy.
- Lhůta pro přijetí nabídky pojistníka je 1 (jeden) měsíc ode dne doručení pojistiteli. Tato lhůta však nemůže uplynout před navrhovaným dnem počátku pojištění, má-li tento nastat až po uplynutí lhůty určené podle věty první tohoto odstavce, v takovém případě lhůta pro přijetí nabídky pojistníka končí až navrhovaným dnem počátku pojištění. Pojistitel nabídku nepřijme, dokud není zaplacená jím požadovaná záloha na pojistné. Tuto podmínku může pojistitel prominout a přijmout nabídku i před zaplacením zálohy na pojistné, stejně tak může pojistitel prominout i nedodržení lhůty pro zaplacení zálohy na pojistné. Pokud byla v souvislosti s nabídkou uhrazena záloha na pojistné, okamžikem počátku pojištění ji pojistitel považuje za pojistné, byla-li k tomuto okamžiku již uzavřena pojistná smlouva, jinak až okamžikem uzavření pojistné smlouvy.
- Pojistná smlouva je v souladu s obsahem nabídky uzavřena okamžikem, kdy pojistitel takovou nabídku akceptoval vystavením pojistky jako potvrzení o uzavření pojistné smlouvy.

Článek 5: Společná ustanovení o uzavření a změně pojistné smlouvy

1. Pojistník, případně též pojištěný, je-li odlišný od pojistníka, má povinnost k pravdivým sdělením. Pojistitel má povinnost odpovědět pravdivě a úplně na písemné dotazy ke skutečnostem týkajícím se pojištění vůči zájemci při jednání o uzavření pojistné smlouvy, při jednání o změně pojistné smlouvy pak vůči pojistníkovi. Prohlášení pojistníka a/nebo pojištěného se považují za odpovědi na dotazy pojistitele ve smyslu § 2788 občanského zákoníku.
2. Pojistitel je oprávněn a povinen podmínit uzavření a/nebo trvání pojistné smlouvy řádným provedením úkonů předepsaných právními předpisy proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu (především zákonem č. 253/2008 Sb.), zejména provedením tzv. identifikace klienta. Provedení potřebných úkonů může pro pojistitele zajišťovat mj. pojišťovací zprostředkovatel při uzavření pojistné smlouvy jinak než formou obchodu na dálku.
Pojistník (příp. též pojištěný) je povinen poskytnout nezbytnou součinnost k provedení úkonů podle tohoto odstavce.
3. Podmínil-li pojistitel uzavření pojistné smlouvy provedením úkonů podle odst. 2 tohoto článku, avšak v okamžiku uzavření pojistné smlouvy nedošlo k řádnému provedení těchto úkonů nebo je pojistitel nemá doloženy, pojistitel nabídku odmítne, bude-li mu tato okolnost známa. Neodmítl-li pojistitel nabídku podle předchozí věty, přestože v okamžiku uzavření pojistné smlouvy nedošlo k řádnému provedení příslušných úkonů (případně je pojistitel nemá doloženy), uzavírá se pojistná smlouva s rozvazovací podmínkou, aby do 1 (jednoho) měsíce od uzavření pojistné smlouvy byly tyto úkony provedeny. Marným uplynutím této lhůty dojde bez dalšího k zániku pojistné smlouvy.
4. Skutečnosti, které se pojistitel dozví při zjišťování zdravotního stavu pojišťované osoby (pojištěného), jakož i další skutečnosti, rozhodné pro uzavření nebo změnu pojistné smlouvy nebo pro posouzení nároku na pojistné plnění, je pojistitel oprávněn použít jen pro tyto účely, jinak jen se souhlasem toho účastníka pojištění, kterého se týkají, pokud obecně závazné právní předpisy nestanoví jinak.
5. Zaplacením prvního pojistného při uzavření pojistné smlouvy formou obchodu na dálku ve výši uvedené v nabídce pojistitele nebo předložením nabídky pojistníkem při uzavření pojistné smlouvy jinak než formou obchodu na dálku se má za to, že byl prokázán pojistníkům pojistný zájem. Není-li pojistník současně pojištěným, má se pojistníkům pojistný zájem za prokázaný jen tehdy, vyslovil-li pojištěný s pojištěním souhlas podpisem nabídky. V případě, že si to vyžadují okolnosti sjednávaného pojištění, je pojistník povinen na výzvu pojistitele osvědčit existenci pojistného zájmu i jinak. Zánik již jednou prokázaného pojistného zájmu je pojistník (resp. pojištěný) povinen pojistiteli bez zbytečného odkladu oznámit a jednoznačně prokázat.
6. Není-li některý z účastníků pojištění svéprávný, jedná za něj jeho zákonný zástupce, příp. osoba jinak oprávněná ho zastupovat (kromě jednání uvedeného v čl. 3 odst. 6 a čl. 32 odst. 3 těchto pojistných podmínek), taková osoba je povinna na výzvu pojistitele své oprávnění prokázat.
7. Lhůta pro přijetí návrhu na změnu pojistné smlouvy činí 1 (jeden) měsíc ode dne doručení protistraně, nebo 2 (dva) měsíce ode dne doručení pojistiteli v případě, že pojistitel pro účely ohodnocení pojistného rizika zkoumá zdravotní stav pojištěného v rozsahu, který přesahuje údaje poskytnuté pojištěným ve zdravotním dotazníku současně s návrhem na změnu pojistné smlouvy a/nebo ke zdravotnímu dotazníku pojistitel pokládá doplňující či upřesňující dotazy, případně zkoumá jiné okolnosti týkající se pojištěného, které jsou pro účely ohodnocení pojistného rizika podstatné.
8. Obsahuje-li přijetí nabídky pojistitelem dodatky, výhrady, omezení nebo jiné změny proti původní nabídce podané pojistníkem, považuje se takové přijetí za novou nabídku (protinabídku). Lhůta pro přijetí protinabídky činí 1 (jeden) měsíc ode dne doručení protistraně. Pojistná smlouva je v souladu s obsahem protinabídky uzavřena okamžikem, kdy protistrana obdrží od strany, vůči které protinabídka směřovala, písemné sdělení o tom, že protinabídku akceptovala.
9. Součástí obsahu pojistné smlouvy jsou tyto pojistné podmínky, v pojistné smlouvě specifikované obchodní podmínky, Tabulky 2014/02, a dále též případná smluvní ujednání, zdravotní a jiné dotazníky týkající se zdravotního stavu pojištěného (nebo jiných okolností ohledně pojištěného, které jsou pro účely ohodnocení pojistného rizika podstatné), vykonávané výdělečné a/nebo zájmové činnosti, případně i jiné pojistitelem vyžádané a pojistníkem a/nebo pojištěným předložené dokumenty či učiněná prohlášení.
10. Pojistná smlouva se řídí právním řádem České republiky, především občanským zákoníkem. Jestliže v pojistné době dojde ke změně nebo zrušení zákona, na který se odvolávají tyto pojistné podmínky v souvislosti s posuzováním nároků z pojištění, budou tyto nároky posuzovány podle posledního znění tohoto zákona před jeho změnou nebo zrušením. To se netýká případu postupu podle čl. 28 odst. 3 těchto pojistných podmínek.

Článek 6: Vznik pojištění

1. Pojištění vzniká v 0:00 hod. dne následujícího po dni uzavření pojistné smlouvy. Pokud však byl v souladu s pojistnou smlouvou sjednán den počátku pojištění později, pak vzniká pojištění v 0:00 hod. dne počátku pojištění.
2. Při uzavření pojistné smlouvy formou obchodu na dálku začíná pojistná ochrana dnem počátku pojištění, nejdříve však v 0:00 hod. dne následujícího po uzavření pojistné smlouvy, došlo-li k uzavření pojistné smlouvy po počátku pojištění.
3. Při uzavření pojistné smlouvy jinak než formou obchodu na dálku začíná pojistná ochrana dnem počátku pojištění, nejdříve však v 0:00 hod. dne následujícího po uzavření pojistné smlouvy, pokud k tomuto dni již bylo zaplaceno pojistné v částce odpovídající prvnímu běžnému pojistnému. Jinak pojistná ochrana začíná až v 0:00 hod. dne následujícího po zaplacení pojistného v částce odpovídající prvnímu běžnému pojistnému.
4. Pojistitel neposkytne pojistné plnění, pokud dojde k pojistné události v době před uzavřením pojistné smlouvy, i když k ní dojde v době po dni počátku pojištění uvedeném v nabídce, pokud není výslovně stanoveno jinak.

Článek 7: Druhy pojištění

1. Základní pojištění je tvořeno obnosovým pojištěním pro případ smrti.
2. Se stejným počátkem pojištění, jaký je sjednán pro základní pojištění, mohou být v jedné pojistné smlouvě s ním sjednána výhradně tato obnosová připojištění:
 - smrti úrazem;
 - trvalých následků úrazu s progresivním plněním - pouze ve variantě od 10 % (deseti procent) stupně poškození;
 - vážných trvalých následků úrazu s doživotní úrazovou rentou (dále také „připojištění vážných trvalých následků s rentou“);
 - denního odškodného za vyjmenované úrazy;
 - denní dávky při hospitalizaci následkem úrazu.
3. V jedné pojistné smlouvě lze k základnímu pojištění kromě připojištění uvedených v odst. 2 tohoto článku sjednat tato obnosová připojištění:
 - vážných onemocnění;
 - invalidního důchodu;
 - trvalých následků úrazu s progresivním plněním (dále také „připojištění trvalých následků úrazu“) - ve variantách od 1 % (jednoho procenta) nebo od 10 % (deseti procent) stupně poškození;
 - tělesného poškození následkem úrazu (dále jen „připojištění tělesného poškození“);

- denního odškodného za dobu nezbytného léčení úrazu;
- denní dávky při hospitalizaci následkem nemoci;
- denní dávky při pracovní neschopnosti;
- zproštění od placení pojistného.

Článek 8: Pojistná událost, pojistné nebezpečí, územní platnost

1. Pojistnými událostmi a pojistnými nebezpečími pro účely základního pojištění či připojištění podle těchto pojistných podmínek jsou:

Základní pojištění

pojištění	pojistné nebezpečí	pojistná událost
pro případ smrti	smrt	smrt hlavního pojištěného během trvání pojištění

Připojištění

připojištění	pojistné nebezpečí	pojistná událost
vážných onemocnění	vyjmenované vážné nemoci, úrazy nebo operace	vážné onemocnění, úrazy nebo operace (podle Tabulky VO) pojištěného, které byly poprvé zjištěny v době trvání tohoto připojištění
invalidního důchodu	invalidita třetího stupně	přiznání invalidity třetího stupně pojištěnému v době trvání tohoto připojištění, a to z důvodu poškození zdraví následkem úrazu nebo léčení nemoci, které byly poprvé zjištěny v době trvání tohoto připojištění
smrti úrazem	smrt	smrt pojištěného následkem úrazu utrpěného v době trvání tohoto připojištění, jehož následkem pojištěný do 1 (jednoho) roku ode dne tohoto úrazu a současně za trvání tohoto připojištění zemře
trvalých následků úrazu	úraz	trvalé následky úrazu (vyšší nebo rovny dohodnutému % stupně poškození) pojištěného vzniklé následkem úrazu, které objektivně nastaly během 1 (jednoho) roku ode dne tohoto úrazu utrpěného v době trvání tohoto připojištění
vážných trvalých následků úrazu s rentou	úraz	trvalé následky úrazu pojištěného vzniklé následkem úrazu se stupněm poškození nejméně 50 % (padesát procent), které objektivně nastaly během 1 (jednoho) roku ode dne tohoto úrazu z důvodu poškození zdraví následkem úrazu utrpěného v době trvání tohoto připojištění
tělesného poškození	úraz	tělesné poškození pojištěného, a to z důvodu poškození zdraví následkem úrazu utrpěného v době trvání tohoto připojištění
denního odškodného za dobu nezbytného léčení úrazu	úraz	doba nezbytného léčení tělesného poškození pojištěného z důvodu poškození zdraví následkem úrazu utrpěného v době trvání tohoto připojištění
denního odškodného za vyjmenované úrazy	úraz	doba léčení tělesného poškození (výslovně uvedeného v Tabulce VU) pojištěného z důvodu poškození zdraví následkem úrazu utrpěného v době trvání tohoto připojištění
denní dávky při hospitalizaci následkem úrazu	hospitalizace	z lékařského hlediska nezbytná hospitalizace pojištěného v době trvání tohoto připojištění, a to z důvodu poškození zdraví následkem úrazu utrpěného v době trvání tohoto připojištění
denní dávky při hospitalizaci následkem nemoci	hospitalizace	z lékařského hlediska nezbytná hospitalizace pojištěného v době trvání tohoto připojištění, a to z důvodu léčení nemoci nastalé v době trvání tohoto připojištění
denní dávky při pracovní neschopnosti	pracovní neschopnost	stav, kdy pojištěný nemůže z lékařského hlediska a podle lékařského rozhodnutí žádným způsobem, a to ani přechodně, vykonávat a ani nevykonává své zaměstnání nebo jakoukoliv jinou výdělečnou činnost, včetně řídicí či kontrolní činnosti z důvodu poškození zdraví následkem úrazu, nemoci, nebo těhotenství s komplikacemi (avšak v některých případech jen v dohodnutém rozsahu), nastalých v době trvání tohoto připojištění. A současně bylo pojištěnému v souvislosti s tímto stavem vystaveno potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti (pokud má pojištěný nárok na nemocenské dávky z nemocenského pojištění podle zákona o nemocenském pojištění)
zproštění od placení pojistného	pracovní neschopnost	stav, kdy pojištěný nemůže z lékařského hlediska a podle lékařského rozhodnutí žádným způsobem, a to ani přechodně, vykonávat a ani nevykonává své zaměstnání nebo jakoukoliv jinou výdělečnou činnost, včetně řídicí či kontrolní činnosti z důvodu poškození zdraví následkem úrazu nebo nemoci nastalých v době trvání tohoto připojištění, trvající déle než 3 (tři) měsíce. A současně bylo pojištěnému v souvislosti s tímto stavem vystaveno potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti (pokud má pojištěný nárok na nemocenské dávky z nemocenského pojištění podle zákona o nemocenském pojištění)
	invalidita třetího stupně	přiznání invalidity třetího stupně v době trvání tohoto připojištění, a to z důvodu poškození zdraví následkem úrazu nebo léčení nemoci nastalých v době trvání tohoto připojištění

2. Územní platnost pojištění není omezena, není-li v pojistné smlouvě nebo těchto pojistných podmínkách dohodnuto jinak (připojištění vážných onemocnění, připojištění denní dávky při pracovní neschopnosti a připojištění zproštění od placení pojistného).

Článek 9: Nepojistitelné osoby

- Pojištění nelze uzavřít pro nepojistitelné osoby; na nepojistitelné osoby se pojistná ochrana nevztahuje a jsou z pojištění vyloučeny.
- V případě, že byla předložena nabídka týkající se pojištěného, který je v okamžiku podpisu takové nabídky nebo ke dni podání žádosti o předložení nabídky pojistníkem osobou nepojistitelnou, je pojistná smlouva od počátku neplatná. Jakmile pojistitel tuto skutečnost zjistí, zašle pojistníkovi (nebo oprávněné osobě, není-li již pojistníka) oznámení o tom, že pojištění nevzniklo. Osoba, která byla v neplatné smlouvě

označena jako pojistník, a pojistitel jsou povinni si v takovém případě vrátit veškerá plnění, která si vzájemně poskytli, přičemž pojistitel je oprávněn si od zaplacených částek odečíst náklady vynaložené v souvislosti s nevzniklým pojištěním za obdobných podmínek, jako je tomu u nákladů spojených se vznikem a správou pojištění. Výše uvedené platí obdobně i v případě, kdy je za účelem pojištění nepojistitelné osoby předložena nabídka na změnu pojištění; v takovém případě platí, že ke změně pojištění nedošlo.

Článek 10: Oprávněné osoby, obmyšlení

- Pojištěný má právo, aby mu bylo vyplaceno pojistné plnění, nastane-li u něho pojistná událost. V připojištění zproštění od placení pojistného je pojistné plnění poskytováno formou zproštění pojistníka povinnosti platit pojistné v rozsahu stanoveném těmito pojistnými podmínkami nebo pojistnou smlouvou.
- Je-li pojistnou událostí smrt pojištěného, pojistné plnění sjednané pro tento případ nenabude pojištěný, ale obmyšlený, kterého může pojistník určit, a to jménem nebo vztahem k pojištěnému. Až do vzniku pojistné události může pojistník obmyšleného měnit, nebylo-li určení obmyšleného ujednáno jako neodvolatelné.
- Určení obmyšleného jako neodvolatelné může být ujednáno pro jakéhokoliv z obmyšlených, přičemž se vždy vztahuje na celý podíl na pojistném plnění. Účinky neodvolatelnosti určení obmyšleného zanikají za podmínek uvedených v občanském zákoníku, přičemž pro zánik neodvolatelnosti určení obmyšleného partnera pojistníka platí obdobná pravidla jako pro manžela pojistníka, avšak za podmínek občanského zákoníku zaniká neodvolatelnost určení obmyšleného jen tehdy, pokud neodvolatelnost pojistník spojil výslovně s tím kterým vztahem a nikoli jen s osobou určenou jménem. Neodvolatelnost určení obmyšleného může být zrušena i na základě písemného souhlasu osoby, které neodvolatelnost svědčila.
- Nebyl-li v době pojistné události pojištěného určen obmyšlený, nebo nenabude-li takový obmyšlený práva na pojistné plnění v případě smrti pojištěného, nabývají tohoto práva manžel pojištěného nebo partner pojištěného, a není-li jich, děti pojištěného.
- Není-li osob uvedených v odst. 2 a 4 tohoto článku, nabývají práva na pojistné plnění v případě smrti pojištěného rodiče pojištěného, a není-li ani jich, nabývají tohoto práva dědici pojištěného.
- Vznikne-li právo na pojistné plnění více osobám, má se za to, že jejich podíly jsou stejné.
- Uzavírá-li pojistník pojistnou smlouvu ve prospěch obmyšleného, vyžaduje se k uzavření této smlouvy i souhlas pojištěného, pokud je osobou odlišnou od pojistníka. Souhlas takového pojištěného se vyžaduje i pro změnu obmyšleného a změnu podílů na pojistném plnění, bylo-li určeno více obmyšlených. Změna obmyšleného a změna podílů na pojistném plnění jsou účinné dnem doručení písemného sdělení pojistiteli. Je-li k právním jednáním podle věty první a druhé tohoto odstavce nezbytný souhlas pojištěného, bez jeho udělení se k nim nepřihlíží.

Článek 11: Společná ustanovení o šetření pojistné události a o pojistném plnění

- Oprávněná osoba, příp. ten, kdo se za ni považuje, je povinna bez zbytečného odkladu:
 - oznámít písemně pojistiteli, že nastala událost, se kterou spojuje požadavek na pojistné plnění;
 - podat pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a o právech třetích osob;
 - předložit potřebné doklady;
 - postupovat způsobem ujednaným s pojistitelem, příp. způsobem uvedeným v těchto pojistných podmínkách.Oprávněnou osobou je pojištěný, v pojištění pro případ smrti pak obmyšlený. Stejně oznámení jako oprávněná osoba může učinit jakákoliv osoba, která má na pojistném plnění právní zájem.
- Pojistitel je bez zbytečného odkladu po obdržení oznámení podle odst. 1 tohoto článku povinen ověřit, že toto oznámení učinila oprávněná osoba, nebo osoba, která má na pojistném plnění právní zájem, a:
 - je-li tomu tak, je povinen zahájit šetření nutné ke zjištění existence a rozsahu jeho povinnosti plnit. Šetření je skončeno sdělením jeho výsledků osobě, která uplatnila právo na pojistné plnění;
 - není-li tomu tak, sdělí tuto skutečnost oznamovateli a není povinen zahájit šetření nutné ke zjištění existence a rozsahu jeho povinnosti plnit.
- Pojistné plnění je splatné do 15 (patnácti) dnů po skončení šetření podle odst. 2 tohoto článku.
- Pojistitel je povinen ukončit šetření podle odst. 2 tohoto článku do 3 (tří) měsíců od obdržení oznámení podle odst. 1 tohoto článku. Nemůže-li ukončit šetření v této lhůtě, je pojistitel povinen sdělit oznamovateli důvody.
- Lhůta uvedená v předchozím odstavci neběží a šetření podle odst. 2 tohoto článku se přerušuje především, je-li znemožněno nebo ztíženo v důsledku skutečností zaviněných pojistníkem, pojištěným nebo oprávněnou osobou. Šetření podle odst. 2 tohoto článku se přerušuje zejména:
 - uplynutím lhůty stanovené pojistitelem pro předložení k šetření potřebných dokladů (lhůta musí být přiměřená povaze a rozsahu požadovaných dokladů);
 - dnem odvolání souhlasu se zpracováním osobních údajů nezbytného pro šetření;
 - uplynutím lhůty stanovené pojistitelem pro vyjádření oprávněné osoby, pokud oznámení pojistné události nebylo podáno oprávněnou osobou;
 - dnem, kdy se pojistitel dozvěděl o probíhajícím přípravném řízení nebo trestním stíhání ve věci, v níž jsou vyšetřovány okolnosti události, jež v souladu s oznámením k němu oprávněné osoby má být pojistnou událostí.Přerušeno šetření podle odst. 2 tohoto článku končí dnem, kdy odpadl důvod, který k přerušeno vedl.
- Pojistitel je oprávněn při přerušeno šetření podle odst. 2 tohoto článku na základě odst. 5 písm. a), b) nebo c) tohoto článku stanovit maximální délku trvání přerušeno uvedeného šetření, jejímž marným uplynutím bude toto šetření zastaveno (případně ukončeno).
- Pojistitel poskytne osobě, která uplatňuje právo na pojistné plnění, na její žádost přiměřenou zálohu; to neplatí, je-li rozumný důvod poskytnutí zálohy odepřít, a v prvních 2 (dvou) měsících po obdržení oznámení podle odst. 1 tohoto článku od této osoby.
- Pokud byly náklady šetření podle odst. 2 tohoto článku, vynaložené pojistitelem, vyvolány nebo zvýšeny porušením povinností pojistníka, pojištěného či jiné osoby uplatňující právo na pojistné plnění, má pojistitel právo požadovat přiměřenou náhradu na tom, kdo povinnost porušil.
- Náklady spojené s uplatněním práva na pojistné plnění nese ten, kdo jej uplatňuje.
- Obsahuje-li oznámení podle odst. 1 tohoto článku vědomě nepravdivé nebo hrubě zkreslené podstatné údaje týkající se rozsahu oznámené události, anebo zamílčí-li se v něm vědomě údaje týkající se této události, má pojistitel právo na náhradu nákladů účelně vynaložených na šetření skutečností, o nichž mu byly tyto údaje sděleny nebo zamílčeny.
- Pojistník a pojištěný jsou povinni počínat si tak, aby nedocházelo ke škodám či újmám, případně tak, aby škoda či újma již hrozící nebo jejich následky byly co nejmenší.
- Pro účely šetření ke zjištění rozsahu povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění může pojistitel požadovat potřebné doklady a informace a sám provést potřebná zjišťování, nebo o jejich provedení požádat lékaře, nemocnice a další zdravotnická zařízení, ve kterých byl nebo je

- pojištěný léčen či vyšetřován, popřípadě lékaře, kterého tím pověří, jakož i poskytovatele péče o zdraví. Pojistitel je oprávněn obrátit se také na zdravotní pojišťovny (sám, nebo prostřednictvím pojištěného). Pokud se pojištěný odmítne podrobit takovému vyšetření a/nebo pokud pojištěný nebo oprávněná osoba odmítne dát souhlas k poskytnutí potřebných dokladů a informací, nebo potřebný doklad nedodá, nemůže-li jej pojistitel opatřit sám, přerušuje se šetření pojistné události.
13. Pojistné plnění (případně jiná výplata spojená s pojištěním) je splatné v České republice a v měně České republiky, není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak. Pojistitel plní na bankovní účet vedený v České republice, přičemž pojistitel může v obchodních podmínkách stanovit, v jakých případech a za jakých podmínek provede plnění i jiným způsobem nebo jej není povinen provést.
 14. Pojistitel může odečíst z pojistného plnění (případně jiné výplaty spojené s pojištěním) dlužné částky pojistného a/nebo jiné své splatné pohledávky z pojištění (např. poplatky z pojištění), a to i tehdy, plní-li pojistitel oprávněné osobě, která je odlišná od pojistníka.
 15. Pojistitel je povinen provést z částky, která jím má být vyplacena v souvislosti s pojištěním, příslušné srážky, pokud tak stanoví jiný právní předpis.
 16. Právo na pojistné plnění (případně jinou výplatu spojenou s pojištěním) má charakter pohledávky, kterou lze zastavit. Zástavní právo k této pohledávce vznikne uzavřením smlouvy mezi osobou, která má takovou pohledávku za pojistitelem (zástavním dlužníkem) a zástavním věřitelem (např. bankou), pokud v ní není ujednáno jinak. Zástavní právo k pohledávce je vůči pojistiteli (jako dlužníku zastavené pohledávky, tedy poddlužníku) účinné doručením písemného oznámení osoby pohledávku disponující o něm, nebo tím, že zástavní věřitel pojistiteli prokáže vznik zástavního práva. Je-li pojistník odlišný od pojištěného, může pohledávku z pojištění zastavit jen se souhlasem pojištěného (ustanovení této věty platí obdobně i pro postoupení pohledávky a tzv. vinkulaci).
 17. Nastane-li úraz nebo nemoc, je pojištěný povinen bez zbytečného odkladu vyhledat lékařskou pomoc a pokračovat v léčení až do jeho skončení; dále je povinen dodržovat všechna opatření směřující k odvrácení a zmírnění následků úrazu či nemoci.
 18. Na žádost pojistitele je pojištěný po (počátku) pojistné události povinen se podrobit dodatečnému vyšetření u lékaře určeného pojistitelem, a to do 1 (jednoho) měsíce po obdržení výzvy, nestanoví-li pojistitel výslovně lhůtu delší.
 19. Pokud pojištěný po podání žádosti o výplatu pojistného plnění zemře, stává se pojistné plnění součástí pozůstalosti.

Článek 12: Společná ustanovení o vylukách a neposkytnutí pojistného plnění

1. Pojistitel neposkytne pojistné plnění, pokud:
 - a) pojistná událost nastala v důsledku událostí, aktivit či skutečností uvedených v Tabulce vyluk;
 - b) v případě, že pojištěným, tj. osobou, na jejíž život nebo zdraví se mělo pojištění vztahovat, byla nepojistitelná osoba (čl. 9 těchto pojistných podmínek);
 - c) poškození zdraví pojištěného nastalo v důsledku událostí, aktivit či skutečností neodpovídající pojmům definovaným v čl. 2 těchto pojistných podmínek (viz např. pojem „úraz“).
2. Pojistitel může odmítnout plnění z pojistné smlouvy, jestliže příčinou pojistné události byla skutečnost, o které se dozvěděl až po vzniku pojistné události a kterou při sjednávání pojištění nebo jeho změny nemohl zjistit v důsledku porušení povinnosti k pravdivým sdělením, pokud by při znalosti této skutečnosti při uzavírání smlouvy tuto smlouvu neuzavřel nebo pokud by ji uzavřel za jiných podmínek. Doručením oznámení o odmítnutí plnění základní pojištění či připojištění zanikne.
3. V základním pojištění či připojištění nevzniká nárok na pojistné plnění, pokud pojistná událost nastala v přímé či nepřímé souvislosti s úrazem nebo nemocí, které vznikly před počátkem pojištění a pro něž byl pojištěný před počátkem pojištění léčen, lékařsky sledován nebo byly v tomto období přítomny či diagnostikovány jejich příznaky, a to bez ohledu na skutečnost, zda učiněné čestné prohlášení o zdravotním stavu bylo pravdivé. Pokud však pravdivé v podstatném údaji nebylo; může pojistitel odstoupit od pojistné smlouvy nebo odmítnout plnění a způsobit tak zánik pojištění. Bylo-li takové čestné prohlášení o zdravotním stavu učiněné až v souvislosti se zvýšením pojistné částky nebo dodatečným sjednáním připojištění, pak může pojistitel odmítnout plnění pouze z části odpovídající tomuto zvýšení pojistné částky, případně odstoupit od části pojistné smlouvy (dodatečně sjednaného připojištění).
4. Pokud se pojištěný bez závažného důvodu nepodrobí ve stanovené lhůtě vyšetření uvedenému v čl. 11 odst. 18 těchto pojistných podmínek, přerušuje se marným uplynutím této lhůty šetření pojistné události a/nebo pojistitel není povinen vyplatit pojistné plnění ani zálohu na pojistné plnění.
5. Pojistitel neposkytne pojistné plnění:
 - a) má-li vzniknout právo na pojistné plnění osobě, která způsobila pojištěnému pojistnou událost v souvislosti se skutkem, který je podle trestního zákoníku úmyslným trestným činem, a v rámci trestního řízení o tomto skutku bylo:
 - ukončeno přípravné řízení podáním obžaloby nebo podáním návrhu na potrestání této osoby; to neplatí, je-li následně v trestním řízení tato osoba na základě pravomocného rozhodnutí zproštěna obžaloby, pojistitel je v takovém případě povinen bez zbytečného odkladu poté, co mu je taková skutečnost oznámena, obnovit šetření pojistné události, nebo
 - pravomocně rozhodnuto o podmíněném zastavení trestního stíhání této osoby jako obviněného, nebo
 - pravomocně rozhodnuto o schválení narovnání a zastavení trestního stíhání této osoby jako obviněného nebo pravomocně rozhodnuto o podmíněném odložení podání návrhu na potrestání této osoby jako podezřelého;
 - b) má-li vzniknout právo na pojistné plnění osobě, která způsobila pojištěnému pojistnou událost v souvislosti se skutkem, který je podle trestního zákoníku úmyslným trestným činem, v situaci, kdy trestní stíhání této osoby z důvodu jejího úmrtí nebylo zahájeno nebo bylo zastaveno, a je-li jinak prokázáno, že se tato osoba takového skutku dopustila;
 - c) způsobil-li si pojištěný pojistnou událost nebo mu ji z jeho podnětu způsobila jiná osoba v souvislosti se skutkem, který je podle trestního zákoníku úmyslným trestným činem, a v rámci trestního řízení o tomto skutku bylo:
 - ukončeno přípravné řízení podáním obžaloby nebo podáním návrhu na potrestání pojištěného nebo této osoby; to neplatí, je-li následně v trestním řízení pojištěný nebo tato jiná osoba na základě pravomocného rozhodnutí zproštěna obžaloby, pojistitel je v takovém případě povinen bez zbytečného odkladu poté, co mu je taková skutečnost oznámena, obnovit šetření pojistné události, nebo
 - pravomocně rozhodnuto o podmíněném zastavení trestního stíhání pojištěného nebo této osoby jako obviněného, nebo
 - pravomocně rozhodnuto o schválení narovnání a zastavení trestního stíhání pojištěného nebo této osoby jako obviněného nebo pravomocně rozhodnuto o podmíněném odložení podání návrhu na potrestání pojištěného nebo této osoby jako podezřelého;
 - d) způsobil-li si pojištěný pojistnou událost nebo mu ji z jeho podnětu způsobila jiná osoba v souvislosti se skutkem, který je podle trestního zákoníku úmyslným trestným činem, v situaci, kdy trestní stíhání pojištěného nebo této jiné osoby z důvodu úmrtí nebylo zahájeno nebo bylo zastaveno, a je-li jinak prokázáno, že se pojištěný nebo tato jiná osoba takového skutku dopustili.
6. Při smrti pojištěného následkem sebevraždy v době prvních 2 (dvou) let trvání pojištění (tato čekací doba se uplatní též v případě zvýšení pojistné částky, avšak pouze v části pojistného plnění odpovídající tomuto zvýšení) pojistitel oprávněné osobě pro případ smrti pojištěného pojistné plnění z pojištění za běžné pojistné nevyplatí.

Článek 13: Společná ustanovení o snížení pojistného plnění

1. Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění až o jednu polovinu, pokud pojištěný zemřel v souvislosti s jednáním, jímž jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt, není-li dále stanoveno jinak.
2. Bylo-li v důsledku porušení povinnosti pojistníka nebo pojištěného při jednání o uzavření smlouvy nebo o její změně ujednáno nižší pojistné, má pojistitel právo pojistné plnění snížit o takovou část, jaký je poměr pojistného, které obdržel, k pojistnému, které měl obdržet.
3. Mělo-li porušení povinnosti pojistníka, pojištěného nebo jiné osoby, která má na pojistné plnění právo, podstatný vliv na vznik pojistné události, její průběh, na zvětšení rozsahu jejích následků nebo na zjištění či určení výše pojistného plnění, má pojistitel právo snížit pojistné plnění úměrně k tomu, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah pojistitelovy povinnosti plnit.
4. Pokud vědomé porušení povinností uvedených v čl. 11 odst. 17 těchto pojistných podmínek mělo podstatný vliv na zvětšení rozsahu následků úrazu nebo nemoci a povinnosti pojistitele plnit, je pojistitel oprávněn snížit pojistné plnění podle toho, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinnosti plnit.
5. Pojistitel má právo snížit pojistné plnění až na jednu polovinu, došlo-li k úrazu následkem toho, že poškozený požil alkohol nebo použil návykovou látku nebo přípravku takovou látku obsahující, odůvodňují-li to okolnosti, za nichž k úrazu došlo. Měl-li však takový úraz za následek smrt poškozeného, má pojistitel právo snížit pojistné plnění jen tehdy, došlo-li k úrazu v souvislosti s činem poškozeného, jímž jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt. Pojistitel však toto právo nemá, obsahoval-li alkohol nebo návykovou látku lék, který pojištěný užil způsobem, který pojištěnému předepsal lékař, a pokud pojištěný nebyl lékařem nebo výrobcem léku upozorněn, že v době působení léku nelze vykonávat činnost, v jejímž důsledku došlo k úrazu.
6. Právo snížení pojistného plnění podle odst. 5 tohoto článku může pojistitel využít u:
 - základního pojištění;
 - připojištění smrti úrazem;
 - připojištění trvalých následků úrazu;
 - připojištění vážných trvalých následků s rentou;
 - připojištění tělesného poškození;
 - připojištění denního odškodného za dobu nezbytného léčení úrazu;
 - připojištění denního odškodného za vyjmenované úrazy;
 - připojištění denní dávky při hospitalizaci následkem úrazu;
 - připojištění denní dávky při pracovní neschopnosti;
 - připojištění zproštění od placení pojistného.
7. Je-li v Tabulce TP nebo Tabulce VU u tělesného poškození uveden určitý požadavek (pracovní neschopnost, sádrová fixace, způsob léčení aj.), je jeho splnění podmínkou pro výplatu pojistného plnění pojistitelem v uvedené výši. Není-li daný požadavek splněn, může pojistitel pojistné plnění snížit, popř. je neposkytne. Podmínky snížení nebo neposkytnutí pojistného plnění jsou uvedeny v Tabulce TP nebo Tabulce VU.
8. Bude-li u připojištění denní dávky při pracovní neschopnosti délka pracovní neschopnosti neúměrně delší než průměrná doba léčení pro to které onemocnění, následek úrazu, nebo tu kterou závažnou komplikaci v těhotenství a toto prodloužení pracovní neschopnosti nebude v lékařské dokumentaci dostatečně a včas odborně zdůvodněno, pojistitel může pojistné plnění přiměřeně snížit. Pojistitel sníží pojistné plnění vždy, byl-li stanoven léčebný režim tzv. klídem u diagnózy, pro kterou není tento postup obvyklý a v lékařské dokumentaci nebude dostatečně odborně a včas zdůvodněn.

Článek 14: Základní pojištění

Z pojištění pro případ smrti vyplátí pojistitel oprávněné osobě pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky na základě žádosti o výplatu pojistného plnění v případě smrti pojištěného během trvání pojištění.

Článek 15: Připojištění vážných onemocnění

1. Za vážná onemocnění se považují onemocnění, úrazy a operace uvedené v Tabulce VO, a to nastanou-li nebo budou-li provedeny u pojištěného výhradně za podmínek v Tabulce VO uvedených.
2. Z připojištění vážných onemocnění vyplátí pojistitel pojištěnému pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky, dojde-li u pojištěného k vážné nemoci nebo operaci podle Tabulky VO.
3. Čekací doba
 - a) nárok na pojistné plnění vzniká u pojistných událostí, které i co do příčiny nastaly po uplynutí čekací doby;
 - b) čekací doba činí 3 (tři) měsíce a začíná běžet ode dne počátku tohoto připojištění. Čekací doba se uplatní též v případě navýšení pojistné částky, avšak pouze v části odpovídající tomuto navýšení;
 - c) čekací doba odpadá u vážných onemocnění výhradně následkem úrazu.
4. Vznikne-li nárok na pojistné plnění z připojištění vážných onemocnění podle odst. 2 tohoto článku, nemůže již vzniknout další nárok na pojistné plnění z tohoto připojištění. Výplatou tohoto pojistného plnění připojištění zaniká.
5. Onemocnění uvedená v Tabulce VO budou považována za pojistné události jen po dobu, než bude existovat přípustná forma léčby vedoucí k vyléčení, nebo než bude možné získat imunitu proti příslušnému onemocnění preventivním očkováním.

Článek 16: Připojištění invalidního důchodu

1. Z připojištění invalidního důchodu začne pojistitel na základě žádosti vyplácet invalidní důchod, pokud byla pojištěnému přiznána invalidita třetího stupně v době trvání tohoto připojištění. Nárok na invalidní důchod trvá po dobu života a trvání invalidity třetího stupně pojištěného, nejdéle však do konce pojištění.
2. Čekací doba
 - a) nárok na pojistné plnění vzniká u pojistných událostí, které i co do příčiny nastaly po uplynutí čekací doby;
 - b) čekací doba činí 3 (tři) měsíce a začíná běžet ode dne počátku tohoto připojištění. Čekací doba se uplatní též v případě navýšení pojistné částky, avšak pouze v části odpovídající tomuto navýšení;
 - c) čekací doba odpadá při přiznání invalidity třetího stupně výhradně následkem úrazu.
3. Měsíční výše invalidního důchodu činí 1 % (jedno procento) sjednané pojistné částky tohoto připojištění.
4. Invalidní důchod vyplácí pojistitel v dohodnutých obdobích, a to vždy k prvnímu dni období. Invalidní důchod náleží nejdříve od měsíce následujícího po měsíci, v němž došlo k pojistné události.
5. Pojištěný je povinen sdělit informace o přezkoumání zdravotního stavu lékařskou posudkovou službou, a to do 1 (jednoho) měsíce od tohoto přezkoumání. Pokud pojištěný bez závažného důvodu tyto informace nesdělí, ztratí tím právo na další výplatu invalidního důchodu.

Článek 17: Připojištění smrti úrazem

1. Z připojištění smrti úrazem vyplatí pojistitel na základě žádosti oprávněné osobě pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky, zemře-li pojištěný do 1 (jednoho) roku ode dne úrazu na následky tohoto úrazu, ke kterému došlo v době trvání tohoto připojištění, není-li dále stanoveno jinak.
2. V případě, že pojištěný zemře výhradně v důsledku dopravní nehody, vyplatí pojistitel dvojnásobek sjednané pojistné částky, není-li dále stanoveno jinak.

Článek 18: Připojištění trvalých následků úrazu

1. Týkají-li se jednotlivé trvalé následky jednoho nebo více úrazů téhož orgánu, smyslu nebo jejich částí, hodnotí je pojistitel jako celek, a to nejvýše procentem, stanoveným v Tabulce TNU pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného orgánu, smyslu nebo jejich částí.
2. Pojistné plnění se odvozuje od procentem určeného stupně poškození a od pojistné částky sjednané pro toto připojištění, přičemž je dáno procentem stanoveným v Tabulce TNUP z této pojistné částky, které odpovídá pojistitelem určenému stupni poškození podle Tabulky TNU.
3. Připojištění trvalých následků úrazu lze sjednat ve variantách:
 - a) od 1 % (jednoho procenta) stupně poškození. Při stupni poškození menším než 1 % (jedno procento) se pojistné plnění neposkytuje, není-li dále stanoveno jinak (odst. 4 tohoto článku);
 - b) od 10 % (deseti procent) stupně poškození. Při stupni poškození menším než 10 % (deset procent) se pojistné plnění neposkytuje, není-li dále stanoveno jinak (odst. 4 tohoto článku).
4. V případě jizev způsobených pojištěnému úrazem je pojistné plnění rovno pojistné částce, která je stanovena takto:
 - a) 5 000 Kč (pět tisíc korun českých) v případě jizvy na obličeji a/nebo na krku o délce min. 3 (tři) cm nebo plošná jizva na obličeji a/nebo krku od 4 (čtyř) cm², a to za každou takovou jizvu;
 - b) 3 000 Kč (tři tisíce korun českých) v případě jizvy jinak umístěné o délce min. 6 (šest) cm nebo jinak umístěná plošná jizva od 10 (deseti) cm² do 1 % (jednoho procenta) tělesného povrchu, a to za každou takovou jizvu.Nevztahuje se na jizvy způsobené jakýmkoliv chirurgickým zákrokem, které nemají souvislost s úrazem.
5. V případě, že k trvalým následkům u pojištěného došlo výhradně v důsledku dopravní nehody a stupeň poškození u pojištěného činí nejméně 50 % (padesát procent), vyplatí pojistitel dvojnásobek pojistného plnění jinak určeného podle odst. 1 a 2 tohoto článku, nejvýše však 6 mil. Kč (šest milionů korun českých).
6. Podmínkou výplaty pojistného plnění za trvalé následky úrazu je nejen prokázání vzniku trvalých následků úrazu, ale i lékařsky jednoznačné stanovení stupně poškození. Pokud je sice zjištěn vznik trvalých následků úrazu během 1 (jednoho) roku ode dne úrazu, ale tyto následky zatím nejsou ustálené a není proto možné lékařsky jednoznačně stanovit stupeň poškození, poskytne se pojistné plnění po ustálení trvalých následků, ne však dříve než po uplynutí 1 (jednoho) roku ode dne úrazu (netýká se poranění, u kterých již nemůže dojít ke zlepšení stavu; např. ztrátová poranění).
7. Základem pro určení stupně poškození je Tabulka TNU. Při částečné ztrátě orgánů nebo smyslů, nebo částečné ztrátě funkce orgánů nebo smyslů se pro výpočet pojistného plnění v pojistitelem zajištěném lékařském posudku použijí hodnoty vypočítané podílem z hodnot uvedených v Tabulce TNU.
8. Pojistitel přezkoumá rozsah trvalých následků po jejich ustálení, nejdříve však po 1 (jednom) roce ode dne úrazu (netýká se poranění, u kterých již nemůže dojít ke zlepšení stavu; např. ztrátová poranění). Pojistitel má povinnost vyplatit pojistné plnění za již ustálené trvalé následky úrazu vzniklé následkem úrazu, které objektivně nastaly během 1 (jednoho) roku ode dne úrazu, na základě žádosti pojištěného. Pojistitel nemá povinnost plnit za trvalé následky úrazu, které se poprvé objektivně objevily po uplynutí 1 (jednoho) roku ode dne úrazu.
9. Nelze-li stanovit stupeň poškození podle Tabulky TNU, stanoví pojistitel stupeň poškození z jím zajištěného lékařského posudku s ohledem na míru funkčnosti poškozeného orgánu.
10. Byl-li pojištěný stížen tělesnou nebo smyslovou nemocí nebo vadou již před úrazem a zhorší-li se stav postiženého orgánu následkem úrazu, určí pojistitel stupeň předchozího poškození z dosavadní nemoci nebo vady obdobně, jak je uvedeno v pojmu trvalých následků úrazu v čl. 2 těchto pojistných podmínek a odst. 6 a 7 tohoto článku a o takto zjištěný rozsah předchozího poškození se sníží konečný stupeň poškození, rozdíl tedy představuje stupeň poškození existující v důsledku úrazu.
11. Není-li po 1 (jednom) roce ode dne úrazu stupeň poškození jednoznačný z hlediska druhu a rozsahu následků úrazu, přezkoumá pojistitel stupeň poškození, a to nejpozději do 2 (dvou) let ode dne vzniku úrazu. Jestliže ani po těchto 2 (dvou) letech není stupeň poškození jednoznačný, stanoví se stupeň poškození podle stavu ke konci této lhůty.
12. Zemře-li pojištěný a není-li stupeň poškození jednoznačný z hlediska druhu a rozsahu následků úrazu, vyplatí pojistitel pojistné plnění ve výši, která odpovídá předpokládanému ustálenému stupni poškození, stanovenému v pojistitelem zajištěném lékařském posudku. Zemře-li však pojištěný do 1 (jednoho) měsíce ode dne úrazu, nárok na pojistné plnění z tohoto připojištění nevzniká.

Článek 19: Připojištění vážných trvalých následků s rentou

1. Vážnými trvalými následky se pro účely tohoto připojištění rozumí trvalé následky úrazu, u nichž stupeň poškození pojištěného činí nejméně 50 % (padesát procent).
2. Týkají-li se jednotlivé trvalé následky jednoho nebo více úrazů téhož orgánu, smyslu nebo jejich částí, hodnotí je pojistitel jako celek, a to nejvýše procentem, stanoveným v Tabulce TNU pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného orgánu, smyslu nebo jejich částí.
3. V případě, že dojde k vážným trvalým následkům úrazu, pojistitel na základě žádosti pojištěného:
 - a) vyplatí pojistnou částku sjednanou pro připojištění vážných trvalých následků s rentou;
 - b) začne pojištěnému vyplácet měsíčně doživotní úrazovou rentu ve výši 1 % (jednoho procenta) pojistné částky sjednané pro připojištění vážných trvalých následků s rentou a připojištění zaniká.
4. Úrazovou rentu pojistitel vyplácí za kalendářní měsíce následující po dni úrazu, vždy do 10. (desátého) dne v měsíci. Výplata úrazové renty končí v měsíci smrti pojištěného nebo v měsíci, kdy pojistitel oznámil pojištěnému, že na základě nového stanovení trvalých následků úrazu poklesl stupeň poškození pod 50 % (padesát procent).
5. Výše úrazové renty podle odst. 3 písm. b) tohoto článku se vždy po každém jednom roce její výplaty zvyšuje o 4 (čtyři) procentní body.
6. Zemře-li pojištěný a není-li stupeň poškození jednoznačný z hlediska druhu a rozsahu následků úrazu, stanoví se stupeň poškození ve výši, která odpovídá předpokládanému ustálenému stupni poškození, stanovenému v pojistitelem zajištěném lékařském posudku. Je-li stupeň poškození nejméně 50 % (padesát procent), vyplatí pojistitel pojistné plnění podle odst. 3 písm. a) tohoto článku. Zemře-li však pojištěný do 1 (jednoho) měsíce ode dne úrazu, nárok na pojistné plnění z tohoto připojištění nevzniká.
7. Ustanovení čl. 18 odst. 6 až 11 těchto pojistných podmínek se pro připojištění vážných trvalých následků s rentou použijí obdobně.

Článek 20: Připojištění tělesného poškození

1. Pojistné plnění se odvozuje od tělesného poškození a pro něj určeného stupně poškození v procentech uvedeného v Tabulce TP , a je dáno tímto procentem z pojistné částky.
2. Je-li pojištěnému způsobeno jedním úrazem několik tělesných poškození na různých částech těla, stanoví pojistitel výši pojistného plnění součtem procent za jednotlivá tělesná poškození; celkový součet nesmí v žádném případě přesáhnout 100 % (sto procent).
3. Je-li pojištěnému způsobeno jedním úrazem několik tělesných poškození na stejné části těla, plní pojistitel pouze za nejvýše hodnocené tělesné poškození na dotčené části těla.
4. Dojde-li v průběhu léčení tělesného poškození k dalšímu úrazu pojištěného, plní pojistitel za tělesné poškození způsobené novým úrazem nezávisle na pojistném plnění za tělesné poškození způsobené předchozím úrazem.

Článek 21: Připojištění denního odškodného za dobu nezbytného léčení úrazu

1. Denním odškodným je dohodnutá pojistná částka, kterou je pojistitel povinen plnit za 1 (jeden) den doby nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem utrpěným v době trvání tohoto připojištění.
Pojistné plnění pro účely připojištění denního odškodného za dobu nezbytného léčení úrazu se stanoví jako součin počtu dnů doby nezbytného léčení úrazu, ve kterých pojištěný již byl pod dohledem lékaře, doložených lékařskými zprávami odpovídající danému tělesnému poškození, a pojistné částky sjednané pro toto připojištění.
Denní odškodné se vyplácí za každý den doby nezbytného léčení, přičemž maximální počet dnů doby nezbytného léčení toho kterého úrazu je stanoven Tabulkou TP a představuje nejvyšší možný počet dnů, za který pojistitel vyplácí pojistné plnění za takový úraz. Pojistné plnění je vždy vypláceno až po ukončení léčení úrazu, nejdéle však po uplynutí doby nezbytného léčení podle Tabulky TP.
2. Je-li pojištěnému způsobeno jedním úrazem několik tělesných poškození, plní pojistitel jen za dobu nejdelšího nezbytného léčení úrazu.
3. Dojde-li v době léčení tělesného poškození k dalšímu úrazu pojištěného a doby nezbytného léčení tělesných poškození způsobených těmito úrazy se vzájemně překrývají, vyplácí pojistitel za dny z překrývající se doby nezbytného léčení sjednanou pojistnou částku denního odškodného pouze jednou.
4. Denní odškodné je vypláceno maximálně za 365 (tři sta šedesát pět) dnů avšak maximálně po dobu 2 (dvou) let od data úrazu. Denní odškodné není vypláceno za dny doby nezbytného léčení probíhající po zániku tohoto připojištění z jakéhokoliv důvodu.

Článek 22: Připojištění denního odškodného za vyjmenované úrazy

1. Denním odškodným za vyjmenované úrazy je dohodnutá pojistná částka, kterou je pojistitel povinen plnit za 1 (jeden) den doby léčby tělesného poškození uvedeného v Tabulce VU způsobeného úrazem utrpěným v době trvání tohoto připojištění.
Pojistné plnění pro účely připojištění denního odškodného za vyjmenované úrazy se stanoví jako součin počtu dnů doby léčby toho kterého tělesného poškození způsobeného úrazem výslovně uvedeného v Tabulce VU a pojistné částky sjednané pro toto připojištění, a to bez ohledu na skutečný počet dnů léčby. Pojistné plnění náleží jen za tělesná poškození v Tabulce VU výslovně uvedená, jinak nárok na pojistné plnění nevzniká.
2. Je-li pojištěnému způsobeno jedním úrazem několik tělesných poškození, plní pojistitel jen za tělesné poškození s nejvyšším počtem dnů doby léčby uvedeným v Tabulce VU.
3. Dojde-li v době léčby tělesného poškození uvedeného v Tabulce VU k dalšímu úrazu pojištěného, kterým bude pojištěnému způsobeno další tělesné poškození uvedené v Tabulce VU, a doby léčby těchto tělesných poškození způsobených těmito úrazy se vzájemně překrývají, vyplácí pojistitel za dny z překrývající se doby léčby sjednanou pojistnou částku denního odškodného pouze jednou.
4. Denní odškodné je vypláceno maximálně za 365 (tři sta šedesát pět) dnů. Denní odškodné není vypláceno za dny doby léčby probíhající po zániku tohoto připojištění z jakéhokoliv důvodu.

Článek 23: Připojištění denní dávky při hospitalizaci následkem úrazu

1. Denní dávkou je dohodnutá pojistná částka, kterou je pojistitel povinen plnit za 1 (jeden) den hospitalizace pojištěného následkem úrazu pojištěného utrpěného v době trvání tohoto připojištění.
2. Pojistná událost začíná dnem přijetí pojištěného k hospitalizaci a končí dnem, kdy hospitalizace již není z lékařského hlediska nezbytná. Pojistnou událostí není hospitalizace, kdy k přijetí i propuštění pojištěného došlo v jednom a tomtéž dni.
3. Denní dávka se vyplácí za každý den hospitalizace, pokud není v těchto pojistných podmínkách (čl. 23 odst. 2) nebo v pojistné smlouvě ujednáno jinak.
4. Denní dávka je vyplácena za dobu maximálně 365 (tři sta šedesát pět) dnů pro každou pojistnou událost. Denní dávka není vyplácena za dny hospitalizace probíhající po zániku tohoto připojištění z jakéhokoliv důvodu.

Článek 24: Připojištění denní dávky při hospitalizaci následkem nemoci

1. Denní dávkou je dohodnutá pojistná částka, kterou je pojistitel povinen plnit za 1 (jeden) den hospitalizace pojištěného následkem nemoci pojištěného nastalé v době trvání tohoto připojištění.
2. Pojistná událost začíná dnem přijetí pojištěného k hospitalizaci a končí dnem, kdy hospitalizace již není z lékařského hlediska nezbytná. Pojistnou událostí není hospitalizace, kdy k přijetí i propuštění pojištěného došlo v jednom a tomtéž dni.
3. Čekací doba
 - a) nárok na pojistné plnění vzniká u pojistných událostí, které i co do příčiny nastaly po uplynutí čekací doby;
 - b) čekací doba činí 3 (tři) měsíce, pro případ hospitalizace v souvislosti s porodem, zubními či ortopedickými náhradami činí 8 (osm) měsíců a začíná běžet ode dne počátku tohoto připojištění. Čekací doba se uplatní též v případě navýšení denní dávky, avšak pouze v části odpovídající tomuto navýšení;
 - c) čekací doba odpadá při akutních infekčních onemocněních s hospitalizací na infekčním oddělení.
4. Denní dávka se vyplácí za každý den hospitalizace, pokud není v těchto pojistných podmínkách (čl. 24 odst. 2) nebo v pojistné smlouvě ujednáno jinak.
5. Denní dávka je vyplácena za dobu maximálně 365 (tři sta šedesát pět) dnů pro každou pojistnou událost. Denní dávka není vyplácena za dny hospitalizace probíhající po zániku tohoto připojištění z jakéhokoliv důvodu.

Článek 25: Připojištění denní dávky při pracovní neschopnosti

- Denní dávkou je dohodnutá pojistná částka, kterou je pojistitel povinen plnit za 1 (jeden) den pracovní neschopnosti pojištěného. Výši denní dávky určuje při sjednání pojistník, resp. pojištěný, přičemž:
 - nepřesáhne-li určená výše denní dávky částku stanovenou pojistitelem v obchodních podmínkách, není pro její určení rozhodný měsíční příjem pojištěného;
 - presáhne-li určená výše denní dávky částku stanovenou pojistitelem podle písm. a) tohoto odstavce, nesmí přesáhnout maximální možnou výši denní dávky vypočtenou podle měsíčního příjmu pojištěného, která je uvedena v Limitech MP.Měsíčním příjmem se rozumí 1/12 (jedna dvanáctina) z příjmů uvedených v přiznání k dani z příjmů za poslední ukončené zdaňovací období:
 - u zaměstnance – jako úhrn příjmů od všech zaměstnavatelů;
 - u osoby samostatně výdělečně činné – jako dílčí základ daně nebo ztráta z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti.Pojistník je odpovědný za to, že výše dohodnuté denní dávky nepřevyšuje a nepřevyšuje maximální možnou výši denní dávky podle Limitů MP.
- Připojištění je možno sjednat pro osoby, které mají adresu trvalého pobytu v České republice, a které podávají přiznání k dani z příjmů v České republice a mají podle zákona o daních z příjmů příjem ze závislé činnosti (zaměstnavatele) a/nebo pro osoby, které mají pravidelný příjem z podnikání nebo jiné samostatné výdělečné činnosti.
- Připojištění nelze sjednat pro osoby vedené v evidenci úřadu práce, osoby čerpající mateřskou, resp. rodičovskou dovolenou, všechny osoby bez zdanitelných příjmů nebo osoby, jimž byl přiznán nárok na starobní důchod ve smyslu zákona upravujícího důchodové pojištění.
- Pojistitel poskytuje osobám podle odst. 2 tohoto článku denní dávku při pracovní neschopnosti způsobené nemocí, úrazem, nebo těhotenstvím s komplikacemi, přičemž k pracovní neschopnosti musí dojít v době trvání tohoto připojištění.
- Pojistná událost musí vzniknout a trvat na území České republiky, příp. pojistná událost (z důvodu akutního onemocnění nebo úrazu) může vzniknout též při zahraničním pobytu v zemích Evropského hospodářského prostoru a Švýcarska v délce nezbytné hospitalizace pojištěného uvedené v pojistitelem zajištěném lékařském posudku. Při zahraničním pobytu mimo země Evropského hospodářského prostoru a Švýcarska se za dobu pracovní neschopnosti denní dávka nevyplácí.
- Čekací doba
 - nárok na pojistné plnění vzniká u pojistných událostí, které i co do příčiny nastaly po uplynutí čekací doby;
 - čekací doba činí 3 (tři) měsíce, pro případ pracovní neschopnosti v souvislosti s porodem, zubními nebo ortopedickými náhradami činí 8 (osm) měsíců a začíná běžet ode dne počátku tohoto připojištění. Čekací doba se uplatní též v případě navýšení denní dávky, avšak pouze v části odpovídající tomuto navýšení;
 - čekací doba odpadá při pracovní neschopnosti výhradně následkem úrazu.
- Pracovní neschopnost začíná dnem, od kterého uznal ošetřující lékař pojištěného práce neschopným a končí dnem kdy:
 - byla pracovní neschopnost ukončena nebo její další trvání není z lékařského hlediska dále nezbytné;
 - byla nebo měla být pracovní neschopnost ukončena s ohledem na termín porodu;
 - byla pracovní neschopnost ukončena v souvislosti s uznáním invalidity prvního, druhého nebo třetího stupně;
 - bylo pojistitelem nebo příslušným orgánem státní správy (příp. zaměstnavatelem) zjištěno porušení léčebného režimu pojištěným, není-li dále stanoveno jinak.
- Pracovní neschopnost (jedna pojistná událost) může pro účely tohoto připojištění trvat maximálně:
 - 365 (tři sta šedesát pět) dnů, je-li způsobená nemocí nebo úrazem;
 - 270 (dvě stě sedmdesát) dnů, je-li způsobená těhotenstvím s komplikacemi;
 - 70 (sedmdesát) dnů, je-li způsobená těhotenstvím s komplikacemi vzniklé asistovanou reprodukcí.Denní dávka není vyplácena za dny pracovní neschopnosti probíhající po zániku tohoto připojištění z jakéhokoliv důvodu.
- Pojistné plnění se stanoví jako součin sjednané denní dávky a počtu dnů pracovní neschopnosti od v pojistné smlouvě stanoveného dne trvání pracovní neschopnosti. Nejpozději k tomuto dni je pojištěný povinen předložit pojistiteli ošetřujícím lékařem vystavené potvrzení o pracovní neschopnosti na formuláři pojistitele a potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti (pokud má pojištěný nárok na nemocenskou dávku z nemocenského pojištění podle zákona o nemocenském pojištění). V případě opožděného doručení není pojistitel povinen plnit za dny pracovní neschopnosti předcházející dni doručení tohoto potvrzení, ledaže pojištěný svoji povinnost nemohl z vážných důvodů splnit.

V průběhu trvání tohoto připojištění se při šetření pojistných událostí zkoumá obsah přiznání k dani z příjmů za to zdaňovací období, které nejbližše předcházelo dni vzniku pojistné události. Pokud je doložen příjem pojištěného v době vzniku pojistné události nižší než odpovídající původně sjednané denní dávce, vyplatí pojistitel pojistné plnění úměrné příjmu pojištěného předcházející dni vzniku pojistné události podle Limitů MP (netýká se denní dávky stanovené podle odst. 1 písm. a) tohoto článku).
- Pojistné plnění je vypláceno pouze v případě, že se pojištěný po dobu trvání pracovní neschopnosti léčí u lékaře s platnou licenci v daném oboru, popř. ve standardní nemocnici.
- Pokud je vystaveno potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti současně pro více nemocí či úrazů, pak se denní dávka vyplácí pouze jednou. Za jednu pojistnou událost se považuje nepřetržitá pracovní neschopnost, bez ohledu na případnou změnu diagnózy (důvodu pracovní neschopnosti) během trvání pracovní neschopnosti. Za jednu pojistnou událost se rovněž považují pracovní neschopnosti v důsledku stejné diagnózy, pokud přestávka mezi nimi nepřesahuje 6 (šest) měsíců.
- Bude-li délka pracovní neschopnosti neúměrně delší než průměrná doba léčení pro to které onemocnění, následek úrazu, nebo tu kterou závažnou komplikaci v těhotenství a toto prodloužení pracovní neschopnosti nebude v lékařské dokumentaci dostatečně odborně a včas zdůvodněno, pojistitel může pojistné plnění přiměřeně snížit. Pojistitel sníží pojistné plnění vždy, byl-li stanoven léčebný režim tzv. klidem u diagnózy, pro kterou není tento postup obvyklý a v lékařské dokumentaci nebude dostatečně odborně a včas zdůvodněn.
- Nastane-li pojistná událost, je pojištěný povinen:
 - doručit bez zbytečného odkladu, nejpozději ke v pojistné smlouvě stanovenému dni trvání pracovní neschopnosti, pojistiteli potvrzení ošetřujícího lékaře o vzniku pracovní neschopnosti na formuláři pojistitele; nemůže-li tuto povinnost ze závažných důvodů splnit, je povinen potvrzení doručit ihned poté, co tyto důvody pominuly; formulář pojistitele nemůže být potvrzen manželem, rodičem, sourozencem, dítětem nebo jakoukoliv další osobou blízkou pojištěného;
 - doložit kopii potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti (pokud má pojištěný nárok na nemocenskou dávku z nemocenského pojištění podle zákona o nemocenském pojištění);
 - zasílat při pokračující pracovní neschopnosti pojistiteli průběžně bez zbytečného odkladu, nejméně vždy po 2 (dvou) týdnech, potvrzení ošetřujícího lékaře na formuláři pojistitele o trvání pracovní neschopnosti a lékařské nálezy. Při dlouhodobé pracovní neschopnosti může pojistitel rozhodnout o delší lhůtě pro zasílání potvrzení ošetřujícího lékaře;

- d) oznámit skončení pracovní neschopnosti pojistiteli do 5 (pěti) dnů ode dne, kdy nastalo;
- e) umožnit pojistiteli kontrolu dodržování léčebného režimu a dalších povinností podle zákona o nemocenském pojištění; za tímto účelem je pojistitel oprávněn kontaktovat pojištěného v místě pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti; v případě, že pojistitel zjistí, že pojištěný nedodržuje léčebný režim nebo další povinnosti podle zákona o nemocenském pojištění, je oprávněn snížit pojistné plnění či odmítnout jeho výplatu, nebo v případě závažného porušení odstoupit od pojistné smlouvy v rozsahu tohoto připojištění.
14. Neprokáže-li pojištěný trvání pracovní neschopnosti do 1 (jednoho) měsíce od předložení posledního potvrzení ošetřujícího lékaře, je pojistitel povinen vyplatit pojistné plnění jen za dobu do dne posledního lékařem potvrzeného ošetření pojištěného a ukončit šetření pojistné události.
15. Pojistitel je oprávněn v souvislosti se šetřením pojistné události požadovat i doklady týkající se příjmů pojištěného umožňující ověření správnosti stanovení denní dávky podle odst. 1 tohoto článku.
- Měsíční příjem pojištěného se dokládá kopií podaného přiznání k dani z příjmů fyzických osob (podle zákona o daních z příjmů) za to zdaňovací období, které nejbližší předcházelo dni vzniku pojistné události, přičemž u osoby samostatně výdělečně činné musí být opatřeno potvrzením o převzetí finančním úřadem. Zaměstnanec může se svolením pojistitele předložit místo kopie přiznání k dani z příjmů originál potvrzení od všech svých zaměstnavatelů s údajem z přiznání k dani z příjmů, který je určující pro správné nastavení denní dávky.
16. Stane-li se pojištěný v době trvání tohoto připojištění:
- a) osobou vedenou v evidenci úřadu práce, osobou bez zdanitelných příjmů nebo osobou, již byl přiznán nárok na starobní důchod ve smyslu zákona upravujícího důchodové pojištění, zaniká tím pojistný zájem a pojištěný je povinen to bez zbytečného odkladu písemně oznámit pojistiteli;
- b) osobou čerpající mateřskou, resp. rodičovskou dovolenou zaniká tím pojistný zájem jen v případě, že tuto skutečnost pojištěný bez zbytečného odkladu písemně oznámí pojistiteli.
- Dnem zániku pojistného zájmu toto připojištění zaniká, pojistitel má však právo na pojistné až do doby, kdy se o zániku pojistného zájmu dozvěděl.
17. Připojištění zaniká také dnem, kdy pojištěný ukončí trvalý pobyt na území České republiky.

Článek 26: Připojištění zproštění od placení pojistného

1. V případě pracovní neschopnosti způsobené nemocí nebo úrazem či přiznání invalidity třetího stupně pojištěného, zprostí pojistitel pojistníka od placení běžného pojistného, přičemž k pracovní neschopnosti či přiznání invalidity třetího stupně musí dojít v době trvání tohoto připojištění. Pojištěný musí být zároveň také pojistníkem; dojde-li v průběhu trvání připojištění ke změně pojistníka, toto připojištění zaniká.
2. Pojistná událost musí vzniknout a trvat na území České republiky, příp. pojistná událost (z důvodu akutního onemocnění nebo úrazu) může vzniknout též při zahraničním pobytu v zemích Evropského hospodářského prostoru a Švýcarska v délce nezbytné hospitalizace pojištěného uvedené v pojistitelem zajištěném lékařském posudku. Při zahraničním pobytu mimo země Evropského hospodářského prostoru a Švýcarska nedochází za dobu pracovní neschopnosti ke zproštění od placení.
- Pojistnou událostí se dále rozumí přiznání invalidity třetího stupně pojištěnému.
3. Čekací doba
- a) nárok na pojistné plnění vzniká u pojistných událostí, které i co do příčiny nastaly po uplynutí čekací doby;
- b) čekací doba činí 3 (tři) měsíce, pro případ pracovní neschopnosti v souvislosti s porodem, zubními nebo ortopedickými náhradami činí 8 (osm) měsíců a začíná běžet ode dne počátku tohoto připojištění. Čekací doba se uplatní též v případě navýšení běžného pojistného, avšak pouze v části odpovídající tomuto navýšení;
- c) čekací doba odpadá při pracovní neschopnosti výhradně následkem úrazu.
4. Pracovní neschopnost začíná dnem, od kterého uznal ošetřující lékař pojištěného práce neschopným a končí dnem kdy:
- a) byla pracovní neschopnost ošetřujícím lékařem ukončena nebo její další trvání není z lékařského hlediska dále nezbytné;
- b) byla pracovní neschopnost ukončena v souvislosti s uznáním invalidity prvního, druhého nebo třetího stupně;
- c) bylo pojistitelem nebo příslušným orgánem státní správy (příp. zaměstnavatelem) zjištěno porušení léčebného režimu pojištěným, není-li dále stanoveno jinak.
5. Nárok na zproštění nevzniká za dny pracovní neschopnosti probíhající po zániku tohoto připojištění z jakéhokoliv důvodu.
6. Zproštění od placení pojistného počíná od 1. (prvního) dne měsíce následujícího po pracovní neschopnosti pojištěného trvající déle než 3 (tři) měsíce a končí posledním dnem měsíce, ve kterém došlo k ukončení pracovní neschopnosti. Na toto období zprostí pojistitel pojistníka od placení pojistného.
7. Zproštění od placení pojistného počíná (pokračuje) také po dobu přiznání invalidity třetího stupně a končí posledním dnem měsíce, ve kterém došlo k rozhodnutí o odebrání invalidity třetího stupně. Na toto období zprostí pojistitel pojistníka od placení pojistného. Pojištěný je povinen sdělit informace o přezkoumání zdravotního stavu lékařskou posudkovou službou, a to do 1 (jednoho) měsíce od tohoto přezkoumání. Pokud pojištěný bez závažného důvodu tyto informace nesdělí, ztratí tím právo na zproštění.
8. Pojistitel zprostí pojistníka od placení pojistného pouze v případě, že se pojištěný po dobu trvání pracovní neschopnosti nebo po dobu přiznání invalidity třetího stupně (vyžaduje-li to povaha poškození zdraví, pro který byla invalidita třetího stupně pojištěnému přiznána) léčí u lékaře s platnou licenci v daném oboru, popř. ve standardní nemocnici.
9. Pojistitel zprostí pojistníka od placení pojistného v případě nepřetržité pracovní neschopnosti, bez ohledu na případnou změnu diagnózy (důvodu pracovní neschopnosti) během trvání pracovní neschopnosti.
10. Bude-li délka pracovní neschopnosti neúměrně delší než průměrná doba léčení pro uvedené onemocnění nebo následek úrazu, a toto prodloužení pracovní neschopnosti nebude v lékařské dokumentaci dostatečně odborně a včas zdůvodněno, pojistitel může zproštění od placení pojistného přiměřeně zkrátit. Pojistitel sníží pojistné plnění vždy, byl-li stanoven léčebný režim tzv. klidem u diagnózy, pro kterou není tento postup obvyklý a v lékařské dokumentaci nebude dostatečně odborně a včas zdůvodněn.
11. Nastane-li pojistná událost, je pojištěný povinen:
- a) doručit nejpozději 3 (tři) měsíce po jejím vzniku pojistiteli potvrzení ošetřujícího lékaře o pracovní neschopnosti na formuláři pojistitele nebo rozhodnutí České správy sociálního zabezpečení o přiznání invalidity třetího stupně podle zákona o důchodovém pojištění; jinak nárok na zproštění od placení pojistného vznikne až dnem oznámení pracovní neschopnosti nebo dnem nabytí právní moci rozhodnutí České správy sociálního zabezpečení o přiznání invalidity třetího stupně ve smyslu zákona upravujícího důchodové pojištění. Nemůže-li tuto povinnost ze závažných důvodů splnit, je povinen potvrzení doručit ihned poté, co tyto důvody pominou; formulář pojistitele nemůže být potvrzen manželem, rodičem, sourozencem, dítětem nebo jakoukoliv další osobou blízkou pojištěného;
- b) doložit kopii potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti;
- c) doručit při pokračující pracovní neschopnosti pojistiteli vždy k 10. (desátému) dni v měsíci lékařské nálezy a potvrzení ošetřujícího lékaře na formuláři pojistitele o trvání pracovní neschopnosti k poslednímu dni předcházejícího měsíce. Při dlouhodobé pracovní neschopnosti se může pojistitel s pojištěným dohodnout na delší lhůtě pro zaslání potvrzení ošetřujícího lékaře;

- d) zasílat nejméně vždy po 1 (jednom) roce kopii rozhodnutí České správy sociálního zabezpečení o trvání invalidity třetího stupně;
- e) oznámit skončení pracovní neschopnosti nebo odebrání invalidity třetího stupně pojistiteli do 5 (pěti) dnů ode dne, kdy nastalo;
- f) umožnit pojistiteli kontrolu dodržování léčebného režimu a dalších povinností podle zákona o nemocenském pojištění; za tímto účelem je pojistitel oprávněn kontaktovat pojištěného v místě pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti; v případě, že pojistitel zjistí, že pojištěný nedodržuje léčebný režim nebo další povinnosti podle zákona o nemocenském pojištění, je oprávněn zkrátit zproštění od placení pojistného či ho odmítnout, nebo v případě závažného porušení odstoupit od pojistné smlouvy v rozsahu tohoto připojištění.
12. Neprokáže-li pojištěný trvání pracovní neschopnosti do 10. (desátého) dne v měsíci podle odst. 11 písm. c) tohoto článku nebo trvání invalidity třetího stupně ve smyslu zákona upravujícího důchodové pojištění do 1 (jednoho) roku podle odst. 11 písm. d) tohoto článku od předložení posledního rozhodnutí České správy sociálního zabezpečení o trvání invalidity třetího stupně ve smyslu zákona upravujícího důchodové pojištění, je pojistitel oprávněn ukončit zproštění od placení pojistného k poslednímu dni měsíce, ve kterém proběhlo poslední lékařem potvrzené ošetření pojištěného.
13. Připojištění zaniká také dnem, kdy pojištěný přestane mít adresu trvalého pobytu v České republice.

Článek 27: Změna činnosti pojištěného (podstatná změna pojistného rizika)

- Pojistitel ohodnocuje pojistné riziko plynoucí z výdělečné a/nebo zájmové činnosti pojištěného zařazením do jedné z rizikových skupin uvedených v obchodních podmínkách (dále jen „rizikové skupiny“).
- Pokud se v průběhu trvání pojištění změni výdělečná a/nebo zájmová činnost pojištěného tak, že jej zařazuje do jiné rizikové skupiny, má se za to, že dochází k podstatné změně pojistného rizika.
- Podstatnou změnu pojistného rizika je pojistník povinen pojistiteli oznámit bez zbytečného odkladu, nejpozději však do 1 (jednoho) měsíce od okamžiku podstatné změny pojistného rizika. Pokud je pojištěný osobou odlišnou od pojistníka, má tuto povinnost pojištěný.
- Pokud ze změny pojistného rizika vyplývá zařazení pojištěného do rizikové skupiny, pro kterou pojistitel neposkytuje pojistnou ochranu, má pojistitel právo připojištění vypovědět s osmidenní výpovědní dobou. Nevypoví-li pojistitel připojištění do 1 (jednoho) měsíce ode dne, kdy mu změna byla oznámena, toto jeho právo zaniká.
- Pokud ze změny pojistného rizika vyplývá zařazení pojištěného do vyšší rizikové skupiny, pro kterou však pojistitel poskytuje pojistnou ochranu, má pojistitel právo navrhnout novou výši pojistného. Neučiní-li tak do 1 (jednoho) měsíce ode dne, kdy mu změna byla oznámena, toto jeho právo zaniká.
- Není-li návrh podle odst. 5 tohoto článku přijat (přičemž přijmout jej lze i zaplacením nově určeného pojistného v době pojistitelem určené), má pojistitel právo připojištění vypovědět s osmidenní výpovědní dobou; toto právo však pojistitel nemá, neupozornil-li na možnost výpovědi již v návrhu. Nevypoví-li pojistitel připojištění do 2 (dvou) měsíců ode dne, kdy obdržel nesouhlas s návrhem, nebo kdy marně uplynula doba podle věty první tohoto odstavce, zanikne jeho právo vypovědět připojištění.
- Pokud změna pojistného rizika, ze které vyplývá zařazení pojištěného do vyšší rizikové skupiny (bez ohledu na skutečnost, zda pro ni pojistitel pojistnou ochranu poskytuje či nikoli), nebyla pojistiteli oznámena, má pojistitel právo připojištění vypovědět bez výpovědní doby. Vypoví-li takto pojistitel připojištění, náleží mu pojistné až do konce pojistného období, v němž připojištění zaniklo. Nevypoví-li pojistitel takto připojištění do 2 (dvou) měsíců ode dne, kdy se o zvýšení pojistného rizika dozvěděl, zanikne jeho právo vypovědět připojištění.
- Pokud se pojistitel o změně pojistného rizika, ze které vyplývá zařazení pojištěného do vyšší rizikové skupiny, pro kterou pojistitel poskytuje pojistnou ochranu, nedozvěděl pro porušení povinnosti pojistníka (resp. pojištěného) mu tuto změnu oznámit, a nastala-li po této změně pojistná událost, má pojistitel právo snížit pojistné plnění úměrně k tomu, jaký je poměr pojistného, které obdržel, k pojistnému, které by měl obdržet, kdyby se byl o zvýšení pojistného rizika z oznámení včas dozvěděl.
- Pokud se pojistitel o změně pojistného rizika, ze které vyplývá zařazení pojištěného do rizikové skupiny, pro kterou pojistitel neposkytuje pojistnou ochranu, nedozvěděl pro porušení povinnosti pojistníka (resp. pojištěného) mu tuto změnu oznámit, a nastala-li po této změně pojistná událost, nemá pojistitel povinnost poskytnout pojistné plnění.
- Pokud ze změny pojistného rizika vyplývá zařazení pojištěného do nižší rizikové skupiny, má pojistitel povinnost snížit pojistné na výši odpovídající nové rizikové skupině, a to s účinností od počátku pojistného období, ve kterém se pojistitel o této změně dozvěděl.
- Jestliže pojistitel připojištění podle odst. 4, 5 a 7 tohoto článku nevypověděl a ani nepředložil návrh na jeho změnu, nemůže se dodatečně dovolávat důsledků zvýšení pojistného rizika.

Článek 28: Pojistné

- Výše pojistného je uvedena v pojistné smlouvě a je stanovena podle sazeb pro jednotlivé druhy pojištění a připojištění s ohledem zejména na zdravotní stav pojištěného, pojištěným vykonávanou výdělečnou a/nebo zájmovou činnost (zařazení pojištěného do rizikové skupiny), vstupní věk pojištěného, rozsah pojištění, výši pojistných částek a pojistnou dobu. V pojistném za pojištění pro případ smrti, připojištění vážných onemocnění a připojištění invalidního důchodu je započtena technická úroková míra.
- Pojistné se platí za dohodnutá pojistná období (běžné pojistné). Běžné pojistné je splatné prvního dne příslušného pojistného období. Při uzavření pojistné smlouvy jinak než formou obchodu na dálku je první den prvního pojistného období shodný se dnem počátku pojištění, byla-li v souvislosti s nabídkou uhrazena záloha na pojistné, stává se tato úhrada okamžikem uzavření pojistné smlouvy platbou pojistného. Při uzavření pojistné smlouvy formou obchodu na dálku musí být první pojistné zaplacené ve lhůtě uvedené v nabídce pojistitele.
- Pojistitel má právo upravit k výročnímu dni počátku pojištění nově výši pojistného u připojištění na další pojistné období v souvislosti se změnami podmínek rozhodných pro stanovení výše pojistného v případě, že dojde ke změně právních předpisů, jimiž se řídí posuzování invalidity pro účely dávek z veřejného sociálního pojištění (zejména zákona upravujícího důchodové pojištění, a to v části upravující procentuální pokles pracovní schopnosti pro přiznání různých stupňů invalidity).
Pojistitel je povinen nově stanovenou výši pojistného sdělit pojistníkovi nejpozději ve lhůtě 2 (dvou) měsíců před výročním dnem počátku pojištění, od kterého se má výše pojistného změnit.
- Pokud pojistník se změnou výše pojistného podle odst. 3 tohoto článku nesouhlasí, musí svůj nesouhlas uplatnit do 1 (jednoho) měsíce ode dne, kdy se o navrhované změně výše pojistného dozvěděl; v tomto případě připojištění zanikne k výročnímu dni počátku pojištění, není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak. Pojistitel je povinen ve sdělení o nově stanovené výši pojistného pojistníka na tento důsledek upozornit.
- Bylo-li v důsledku pojistníkem nesprávně uvedených údajů data narození placeno vyšší pojistné, upraví pojistitel jeho výši počínaje pojistným obdobím následujícím po pojistném období, ve kterém se dozvěděl správné údaje. Pojistné placené za následující pojistná období se snižuje o přeplatek pojistného.
- Pojistitel je oprávněn zaplacené částky pojistného použít k úhradě splatného pojistného, případně pojistných, v pořadí podle jeho, případně jejich splatnosti, a teprve poté ve stejném pořadí k úhradě jiných dluhů pojistníka z titulu pojištění. Přeplatky pojistného použije pojistitel na úhradu pojistného za další pojistná období (do jeho splatnosti se přeplatek má za zálohu na pojistné). Pojistitel v obchodních podmínkách stanoví pravidla a limity, při jejichž dodržení bude přeplatek pojistníkovi na jeho žádost vrácen.

7. Pokud pojistné nebylo zaplacené řádně (tj. zejména včas nebo ve sjednané výši), má pojistitel právo na zákonný úrok z prodlení (nejedná-li se o případ prvního pojistného při uzavření pojistné smlouvy formou obchodu na dálku). Řádně zaplaceným pojistným se rozumí pojistné, které bylo připsáno ve výši, méně a lhůt stanovených v pojistné smlouvě, resp. v upomínce k zaplacení pojistného, na kterýkoli pojistitelem v obchodních podmínkách k tomu určený účet. Obchodní podmínky stanoví další pravidla pro placení pojistného, např. identifikaci platby (zejména variabilního symbolu) nebo případy, ve kterých lze uhradit pojistné jiným způsobem.
8. Pojištěním zaniká marným uplynutím lhůty stanovené pojistitelem v upomínce k zaplacení pojistného nebo jeho části, doručené pojistníkovi; nestanoví-li občanský zákoník nebo pojistná smlouva jinak. Lhůta musí být stanovena nejméně v trvání 1 (jednoho) měsíce ode dne doručení upomínky a upomínka musí obsahovat poučení o zániku pojištění v případě nezaplacení dlužného pojistného. Při neplacení pojistného nevzniká právo na snížení pojistné částky, ani na zkrácení pojistné doby a pojištění pro neplacení pojistného zaniká.
9. Pojistitel má právo na pojistné za dobu trvání pojištění, není-li výše stanoveno jinak. Zaniklo-li však pojištění z důvodu zániku pojistného zájmu, má pojistitel právo na pojistné i za dobu od zániku pojištění až do doby, kdy se o zániku pojistného zájmu dozvěděl.
10. Pojistitel je povinen přijmout splatné pojistné a jiné splatné pohledávky z pojištění i od pojistníka zástavního věřitele, od oprávněné osoby nebo od pojištěného.
11. Došlo-li nebo má-li dojít ke změně pojistné smlouvy jinak než dohodou pojistníka a pojistitele a touto změnou došlo nebo dojde ke snížení pojistného pod hodnoty minimálního pojistného uvedené v obchodních podmínkách, mění se pojistné období (frekvence placení pojistného) na roční (není-li již roční), a to s účinností od výročního dne počátku pojištění nejbližší následujícího. Pojistitel je povinen tuto změnu pojistné smlouvy pojistníkovi předem oznámit.

Článek 29: Některé případy ukončení a změny pojištění

1. Pojistitel nebo pojistník může pojištění vypovědět:
 - a) s osmidenní výpovědní dobou do 2 (dvou) měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy, nebo
 - b) ke konci pojistného období, jedná-li se o pojištění za běžné pojistné a je-li výpověď doručena druhé straně nejméně 6 (šest) týdnů před koncem pojistného období, nebo
 - c) s měsíční výpovědní dobou do 3 (tří) měsíců ode dne oznámení vzniku pojistné události.
 Pojistitel však může způsoby uvedené pod písm. b) a c) tohoto odstavce vypovědět pouze připojištění.
 Výpovědní lhůty počínají běžet dnem následujícím po dni doručení výpovědi a pojištění či připojištění zaniká jejich uplynutím.
2. V pojištění není nárok na odkupné.
3. Bylo-li uvedeno nesprávné datum narození pojištěného, má pojistitel právo od smlouvy odstoupit, prokáže-li, že by vzhledem k pojistným a obchodním podmínkám platným v době uzavření pojistné smlouvy tuto smlouvu neuzavřel. Neuplatní-li pojistitel právo odstoupit od smlouvy během života pojištěného a do 3 (tří) let ode dne uzavření smlouvy, nejpozději však do 2 (dvou) měsíců poté, co se o nesprávném údaji dozvěděl, jeho právo zaniká.
4. Pojistník může vždy k počátku pojistného období navrhnout změnu pojistné smlouvy, s výjimkou změny pojistné smlouvy spočívající ve sjednání či ukončení indexace, změny indexačních procent a změny pojistného období, které lze navrhnout jen k výročnímu dni počátku pojištění. Návrh na změnu pojistné smlouvy je nutno doručit pojistiteli nejméně 6 (šest) týdnů před počátkem pojistného období (resp. před výročním dnem počátku pojištění), k němuž má dojít ke změně. Jedná-li se však o změnu pojistné smlouvy spočívající ve sjednání či ukončení indexace nebo změny indexačních procent je takový návrh nutno doručit pojistiteli nejméně 10 (deset) týdnů před výročním dnem počátku pojištění, k němuž má dojít ke změně.
 Pojistitel není povinen návrhu na změnu pojistné smlouvy vyhovět.
 V době plnění ze zproštění od placení pojistného není možné provést změny na pojistné smlouvě, které mají vliv na výši pojistného (vč. indexace). V prvních 2 (dvou) letech trvání pojištění pojistitel nepřistoupí na takové změny pojistné smlouvy, jež by vedly ke snížení celkového pojistného. Změny pojistné smlouvy, které ke snížení celkového pojistného nevedou, jsou možné.
5. Zemře-li pojistník odlišný od pojištěného nebo zanikne-li bez právního nástupce pojistník odlišný od pojištěného, přechází práva a povinnosti tohoto pojistníka s účinností od okamžiku jeho smrti (zániku) na pojištěného, bylo-li mu již 18 (osmnáct) let; nebylo-li k datu úmrtí pojistníka pojištěnému 18 (osmnáct) let, zaniká pojištění k datu úmrtí pojistníka. Oznámí-li však pojištěný pojistiteli v písemné formě do 1 (jednoho) měsíce ode dne pojistníkovy smrti, nebo ode dne jeho zániku, že na trvání pojištění nemá zájem, zaniká pojištění dnem smrti, nebo dnem zániku pojistníka. Účinky prodlení vůči pojištěnému nenastanou dříve než uplynutím 15 (patnácti) dnů ode dne, kdy se pojištěný o svém vstupu do pojištění dozvěděl.
6. Poruší-li pojistník nebo pojištěný při sjednávání pojistné smlouvy úmyslně nebo z nedbalosti svoji povinnost k pravdivým sdělením, má pojistitel právo od pojistné smlouvy odstoupit, jestliže prokáže, že při řádném splnění této povinnosti by pojistnou smlouvu neuzavřel. Toto právo odstoupit od smlouvy zaniká, nevyužije-li je pojistitel do 2 (dvou) měsíců ode dne, kdy zjistil nebo musel zjistit příslušné porušení povinnosti. To platí i v případě změny pojistné smlouvy.
7. Poruší-li pojistitel při sjednávání pojistné smlouvy svoji povinnost zodpovědět pravdivě a úplně písemné dotazy pojistníka na skutečnosti týkající se pojištění nebo povinnost upozornit pojistníka jako zájemce o pojištění na nesrovnalosti mezi nabízeným pojištěním a zájemcovými požadavky, má pojistník právo od pojistné smlouvy odstoupit. Toto právo odstoupit od smlouvy zaniká, nevyužije-li je pojistník do 2 (dvou) měsíců ode dne, kdy zjistil nebo musel zjistit příslušné porušení povinnosti. To platí i v případě změny pojistné smlouvy. Oznámení o odstoupení od pojistné smlouvy se zasílá do sídla pojistitele.
8. Odstoupení od pojistné smlouvy podle předchozích odstavců 6 a 7 tohoto článku musí být odůvodněno, musí z něj být zřejmé, že které skutečnosti nebo skutečnosti odstupující své právo od pojistné smlouvy odstoupit odvozuje. Jestliže tomu tak není, upozorní ta smluvní strana, již bylo doručeno oznámení o odstoupení bez příslušného odůvodnění na povinnost provést jeho doplnění, k čemuž jí stanoví dodatečnou lhůtu, která nesmí být kratší než 14 (čtrnácti) dnů. Pokud ani v této lhůtě nebude oznámení o odstoupení doplněno, účinky odstoupení nenastanou. Jestliže dojde k řádnému doplnění odůvodnění odstoupení v dodatečné lhůtě, nastanou účinky odstoupení ke dni doručení původního (neodůvodněného) oznámení.
9. Odstoupením od pojistné smlouvy se pojistná smlouva od počátku ruší. Pojistitel je povinen bez zbytečného odkladu, nejpozději do 1 (jednoho) měsíce ode dne odstoupení od pojistné smlouvy, vrátit zaplacené pojistné, od kterého se odečte to, co již z pojištění plnil. V případě odstoupení pojistitele se od zaplaceného pojistného dále odečítají i jednorázové náklady spojené se vznikem a správou pojištění zahrnuté v pojistném, případně další dodatečné náklady spojené se vznikem pojištění nebo s odstoupením od pojistné smlouvy. Pojistník nebo pojištěný, který není současně pojistníkem, popřípadě obmyšlený, je ve stejné lhůtě jako pojistitel povinen pojistiteli vrátit částku vyplaceného pojistného plnění. Při odstoupení jen od části pojistné smlouvy se postupuje obdobně.

Článek 30: Zánik pojištění

1. Pojištění zaniká vždy nejpozději poslední den pojistné doby, na kterou bylo ujednáno.
2. Při zániku (z jakéhokoli důvodu) základního pojištění zanikají současně vždy také všechna sjednaná připojištění, nezanikla-li dříve.
3. Každé sjednané připojištění zaniká nejpozději poslední den před výročním dnem počátku pojištění v tom kalendářním roce, ve kterém pojištěný dovrší věku, který je v obchodních podmínkách uveden pro to které připojištění jako výstupní věková hranice (ustanovení odst. 4 tohoto článku tím není dotčeno).
4. Zanikne-li pojistný zájem úplně nebo ve vztahu k základnímu pojištění, zanikne i pojištění. Zanikne-li však pojistný zájem jen ve vztahu k připojištění(m) a tedy pojistný zájem v omezenějším rozsahu trvá dále, zaniknou jen zánikem pojistného zájmu dotčená připojištění.
5. Pojistník může spojit existenci pojistného zájmu v životním pojištění při vzniku pojištění či později s jednoznačně určenou skutečností i jinou než uvedenou v § 2762 občanského zákoníku (např. je-li životní pojištění užito jako zajišťovací instrument k úvěru). Změna takové skutečnosti způsobí však zánik pojištění jen tehdy, pokud si tak pojistník bude výslovně přát (resp. pojistitel je připraven zohlednit případnou změnu poměrů pojistníka či pojištěného a jejich zájem na dalším trvání pojištění).
6. Pojistník a pojistitel se mohou dohodnout na zániku pojištění. V takové dohodě musí být určen okamžik zániku pojištění a dohodnut způsob vzájemného vyrovnání závazků.

Článek 31: Indexace

1. Indexaci nelze sjednat k počátku pojištění základního pojištění, ale nejdříve k prvnímu výročnímu dni trvání pojištění, pokud pojistitel obdrží takový návrh pojistníka alespoň 10 (deset) týdnů před tímto dnem.
2. Indexační procenta se stanovují podle volby pojistníka uvedené v návrhu na změnu pojistné smlouvy a v rozpětí stanoveném pojistitelem v obchodních podmínkách. Na sjednání indexace ani změnu indexačních procent není nárok a pojistitel je také oprávněn podmínit sjednání indexace nebo zvýšení indexačních procent zejména prokázáním vyhovujícího zdravotního stavu pojištěného.
3. Indexace se vztahuje na všechny druhy pojištění sjednané v jedné pojistné smlouvě, není-li stanoveno jinak.
4. Indexace se provádí podle dohodnutých indexačních procent tak, že z indexací zvýšené pojistné částky vypočte pojistitel zvýšení běžného pojistného podle pojistné matematických metod.
5. Zvýší-li pojistitel běžné pojistné podle odst. 4 tohoto článku, je oprávněn zaokrouhlit nově stanovenou výši běžného pojistného na celé jednotky, a to nahoru. V případě, že pojistník má pro placení běžného pojistného sjednáno jiné než měsíční pojistné období, je pojistitel oprávněn zvýšit běžné pojistné určené podle odst. 4 tohoto článku a zaokrouhlené podle předchozí věty tak, aby toto bylo nejbližším vyšším násobkem čísla, které je rovno počtu měsíců sjednaného pojistného období.
6. Pojistník obdrží sdělení o nové výši běžného pojistného a pojistných částek nejméně 1 (jeden) měsíc před výročním dnem počátku pojištění. Pokud pojistitel před tímto dnem obdrží oznámení pojistníka o ponechání dosavadní výše běžného pojistného a pojistné částky, vyhoví této žádosti a indexace není pro ten který rok a výhradně pro něj provedena.
7. Pojistitel je oprávněn v obchodních podmínkách stanovit pro základní pojištění a pro jednotlivá připojištění maximální výši pojistných částek, jejímž překročením indexací bude provádění indexace pro to které připojištění (příp. základní pojištění) ukončeno.
8. Bylo-li provádění indexace ukončeno, není možné jej obnovit nebo znovu sjednat.
9. Provádění indexace je přerušeno vždy, pokud vznikl nárok na zproštění od placení pojistného (v této době není možné sjednat indexaci, ani měnit indexační procenta). Přerušeno provádění indexace trvá po dobu nároku na zproštění od placení pojistného. Indexace se obnovuje k nejbližšímu výročnímu dni počátku pojištění, který následuje po ukončení zproštění od placení pojistného.

Článek 32: Forma právních jednání

1. Pojistná smlouva musí mít písemnou formu, nestanoví-li občanský zákoník jinak. Ostatní právní jednání týkající se pojištění musí mít písemnou formu, neujedná-li strany, že této formy není zapotřebí (písm. c) tohoto odstavce, odst. 3 a 6 tohoto článku a čl. 3 odst. 3 a 4 těchto pojistných podmínek). Písemná forma se vždy vyžaduje pro právní jednání týkající se:
 - a) trvání a zániku pojištění;
 - b) změny rozsahu pojištění;
 - c) oznámení pojistitele o výsledku šetření pojistné události (sdělení důvodů, proč nelze šetření ukončit ve stanovené lhůtě, však výhradně písemně činěno být nemusí).
2. Písemná forma je zachována i při právním jednání učiněném elektronickými nebo jinými technickými prostředky umožňujícími zachycení jeho obsahu a určení jednající osoby. Právní jednání podle odst. 3 tohoto článku se nepovažují za učiněná v písemné formě.
3. Právní jednání účastníka pojištění, která nemusí mít písemnou formu, musí být učiněna jedním z těchto dvou způsobů:
 - a) prostřednictvím a v rozsahu internetové aplikace pojistitele, do které je účastníkovi pojištění umožněn přístup prostřednictvím pojistitelem přidělených jedinečných a důvěrných autentizačních prvků. O umožnění přístupu rozhoduje pojistitel. Účastník pojištění je odpovědný za ochranu přidělených autentizačních prvků a pojistitel neodpovídá za ztráty a škody způsobené jejich zneužitím;
 - b) telefonicky na telefonním čísle pojistitelem k tomuto účelu určeném nebo prostřednictvím e-mailové zprávy zaslané na e-mailovou adresu pojistitelem k tomuto účelu určenou, a to výhradně v rozsahu těch oznámení a návrhů na změnu smlouvy, které jsou uvedeny v Přehledu způsobů podání oznámení změny pojistné smlouvy a dalších pokynů.
4. Pro právní jednání učiněná některým z uvedených způsobů platí, že musí být, vyžádá-li si to pojistitel, dodatečně doplněna písemnou formou, a to ve lhůtě pojistitelem určené, jejímž marným uplynutím se má za to, že není pojistitel povinen k tomu kterému právnímu jednání přihlížet.
5. Pojistitel je oprávněn stanovit, že bez ohledu na jeho formu musí být určité právní jednání týkající se pojištění učiněno prostřednictvím jím vytvořeného a k tomu určeného formuláře.
6. V záležitostech pojištění, zejména v souvislosti s jeho správou a šetřením pojistných událostí, je pojistitel oprávněn kontaktovat ostatní účastníky pojištění prostředky elektronické komunikace (např. telefon, SMS, e-mailová zpráva, fax, datová schránka), pokud není dohodnuto jinak. Pojistitel při volbě formy komunikace přihlíží k povinnostem stanoveným mu jinými právními předpisy a charakteru sdělovaných informací.
7. Účastník pojištění je povinen bezodkladně informovat pojistitele o každé změně kontaktních údajů poskytnutých mu za účelem vzájemné elektronické komunikace.
8. Bez ohledu na formu se veškerá sdělení, oznámení, žádosti či návrhy týkající se pojištění podávají v českém jazyce. Veškeré předkládané doklady v jiném než českém jazyce musí být úředně přeloženy do českého jazyka (to neplatí pro doklady ve slovenském jazyce).

9. Vzhledem zejména k potřebě správy pojistných smluv uzavřených formou obchodu na dálku a pojistných smluv, u kterých měla některá právní jednání formu podle odst. 3 tohoto článku, je nezbytné dokumentovat některé operace zvukovým záznamem, a to i s ohledem na potřebu jednoznačného určení osoby odpovědné za škodu, jež by té které smluvní straně v souvislosti s takovými operacemi eventuálně vznikla, souhlasí pojistník, pojištěný i každý další účastník pojištění s tím, že z veškeré komunikace s call centrem pojistitele (nebo pro něj činného) může být pořizován zvukový záznam a že takový záznam může být použitý jako důkazní prostředek. Na pořizování záznamu bude pojistitel i tak předem upozorňovat.
10. Síť elektronických komunikací (veřejné telefonní linky, linky mobilních sítí, e-mail a fax) sloužící pro komunikaci mezi pojistitelem a některým z účastníků pojištění nejsou pod přímou kontrolou pojistitele, který tudíž neodpovídá za škodu způsobenou jejich případným zneužitím. Taková komunikace je zabezpečena proti zpřístupnění třetím osobám jen tehdy, pokud tak pojistitel výslovně uvede a za podmínky dodržení bezpečnostních pravidel tím kterým z účastníků pojištění.

Článek 33: Doručování

1. Písemnosti (listiny) jsou pojistiteli doručovány:
 - a) prostřednictvím provozovatele poštovních služeb na adresu sídla pojistitele, nebo
 - b) osobně do sídla pojistitele v době úředních hodin.
2. Písemnosti (listiny) jsou tomu kterému účastníkovi pojištění doručovány:
 - a) prostřednictvím provozovatele poštovních služeb na poslední pojištěli známou korespondenční adresu v České republice (pokud adresát přesídílí do ciziny, musí pojistitel sdělit dodací adresu na území České republiky a jméno(a) a příjmení osoby na tomtéž území, kterou zmocnil k přijímání zásilek od pojistitele). Pojistitel je oprávněn doručovat každému z účastníků pojištění i na jinou než korespondenční adresu, pokud se na korespondenční adresu doručení nezdařilo, nebo se z jiného důvodu jeví neúčelným, nebo
 - b) osobně prostřednictvím zaměstnance nebo pověřeného zástupce pojistitele.

Pro oba způsoby doručování platí, že pojistitel není povinen doručovat na adresy mimo Českou republiku kromě případů, kdy tak je povinen činit na základě obecně závazných právních předpisů, nebo se k tomu v konkrétním případě výslovně zaváže.
3. Účastník pojištění je povinen bezodkladně informovat pojistitele o každé změně své korespondenční adresy (adresy jím určené ke komunikaci s ním).
4. U písemnosti pojistitele odeslané s využitím provozovatele poštovních služeb a došlé adresátovi se má za to, že došla 3. (třetí) pracovní den po odeslání. Za došlou zásilku se považuje i zásilka odeslaná pojistitelem na poslední jemu známou korespondenční adresu adresáta v České republice, jejíž změnu adresát pojistiteli včas neoznámil.
5. Odepře-li adresát písemnost převzít, má se za to, že došla dne, kdy její přijetí bylo odepřeno; adresát o důsledku odepření převzetí nemusí být poučen.
6. Doručování elektronickými prostředky včetně doručování právních jednání, u kterých není nutné dodržet písemnou formu, se řídí pravidly uvedenými v čl. 32 těchto pojistných podmínek, není-li dohodnuto nebo jinými právními předpisy stanoveno jinak, přičemž:
 - a) pojistiteli nechť je doručováno na adresu kontakt@wuestenrot.cz (není-li výslovně požadováno jinak);
 - b) tomu kterému účastníkovi pojištění nechť je doručováno na e-mailovou adresu tohoto účastníka pojištění uvedenou v pojistné smlouvě, nebo prokazatelně pojistiteli jinak sdělenou;
 - c) právní jednání pojistitele odeslaná tomu kterému účastníkovi pojištění na jeho poslední pojištěli známou e-mailovou adresu se považují za doručena dnem jejich odeslání.

Článek 34: Změna obchodních podmínek

1. Pojistitel je oprávněn obchodní podmínky aktualizovat a měnit. Pojistitel seznamuje pojistníka s novým zněním obchodních podmínek v dostatečném časovém předstihu, nejméně 14 (čtrnáct) dnů, ve svém sídle a na svých internetových stránkách, příp. také písemným oznámením. Pojistník je povinen se se změněnými obchodními podmínkami seznámit poté, co byl pojistitelem informován o jejich změně.
2. Pojistník má právo tyto změny odmítnout a pojistnou smlouvu z tohoto důvodu vypovědět ve výpovědní době 1 (jeden) měsíc ode dne doručení výpovědi pojistiteli. Tuto výpověď musí pojistník doručit pojistiteli do 14 (čtrnácti) dnů ode dne, kdy se o změně obchodních podmínek dozvěděl.
3. Bez ohledu na předchozí ustanovení je pojistitel oprávněn obchodní podmínky jednostranně změnit v nezbytně nutném rozsahu vyvolaném legislativními změnami.

Článek 35: Závěrečné ustanovení

Tyto pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. 7. 2014.