

POJISTNÉ PODMÍNKY PRO NEJLEPŠÍ POJISTKU SPONSOR/BANK

Pojistitel je Wüstenrot, životní pojišťovna, a.s. se sídlem Praha 5, nám. Kinských 602/2, PSČ 150 00, Česká republika, IČ 25720198, zaps. u Městského soudu v Praze, odd. B, vložka 5696 (dále jen „pojišťovna“).

Pojistník je osoba, která uzavřela s pojišťovnou smlouvu o životním pojištění Nejlepší pojistka SPONSOR/BANK a připojištění k němu (dále 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 (dále jen „plnění“).

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

Článek 1: Uzavření pojistné smlouvy

- Návrh na uzavření pojistné smlouvy (dále jen „návrh“) předkládá pojistník písemně na tiskopise pojišťovny. Pojistník je povinen odpovědět pravdivě a úplně na všechny písemné dotazy pojišťovny týkající se sjednávajícího pojištění. To platí též, jde-li o změnu pojištění. Má-li být pojištěna jiná osoba, má i tato osoba stejnou povinnost. Stejnou povinnost má i pojišťovna vůči pojistníkovi a pojištěnému.
- Součástí návrhu je Zdravotní dotazník pro pojištěného, případně i další pojišťovnou vyžádané dotazníky. Pojišťovna je oprávněna zjišťovat a přezkoumávat zdravotní stav pojišťované osoby. Za tímto účelem se může pojišťovna obrátit na lékaře, nemocnice a další zdravotnická zařízení, ve kterých byly pojišťované osoby léčeny či vyšetřovány. Pojišťovna má dále právo nechat provést potřebná vyšetření lékařem, kterého tím pověř. Pojišťovna je také oprávněna přezkoumat zdravotní stav pojištěného při přepracování pojistné smlouvy.
- Podpisem návrhu dává pojistník a pojištěný pojišťovně souhlas se zjišťováním a přezkoumáním zdravotního stavu pojištěného a opravňuje dotazované lékaře a zdravotnická zařízení ke sdělování informací o jeho zdravotním stavu. Pokud se pojištěný na žádost pojišťovny podrobí požadované lékařské prohlídce a pojistník následně zruší nebo odvolá návrh, je pojistník povinen uhradit náklady spojené s touto prohlídkou.
- Skutečnosti, které se pojišťovna dozví při zjišťování zdravotního stavu, smí použít jen pro svou potřebu pro účely pojištění.
- Je-li pojistník odlišný od pojištěného, je pojistník povinen takového pojištěného seznámit s obsahem pojistné smlouvy.
- Lhůta pro přijetí návrhu je jeden měsíc ode dne jeho doručení pojišťovně. Pokud je podmínkou uzavření pojistné smlouvy lékařská prohlídka, činí tato lhůta 2 měsíce. Lhůta pro přijetí návrhu přitom nemůže uplynout před navrhovaným dnem počátku pojištění.
- Pojistná smlouva je uzavřena okamžikem, kdy pojistník obdrží pojistku jako potvrzení o uzavření pojistné smlouvy. Součástí pojistné smlouvy je návrh. Součástí pojistné smlouvy jsou dále tyto pojistné podmínky a další případná smluvní ujednání. Pojistná smlouva se řídí právním řádem České republiky a vztahují se na ni příslušná zákonná ustanovení, zejména zákona o pojistné smlouvě a občanského zákoníku. Nejedná se o pojištění uzavírané na dálku.
- Pojištěným nemůže být tzv. nepojistitelná osoba, za kterou se považuje osoba ke dni podání návrhu závislá na alkoholu nebo jiných návykových látkách, a dále osoba ke dni podání návrhu praceneschopná.
- Pojištění začíná v 00 hodin dne sjednaného jako počátek pojištění, pokud není dohodnuto jinak.
- Zodpoví-li pojistník nebo pojištěný při sjednávání pojistné smlouvy úmyslně nebo z nedbalosti nepravdivě nebo neúplně písemné dotazy pojišťovny týkající se sjednávajícího pojištění, má pojišťovna právo od pojistné smlouvy odstoupit, jestliže při pravdivém a úplném zodpovězení dotazů by pojistnou smlouvu neuzavřela. Toto právo může pojišťovna uplatnit do 2 měsíců ode dne, kdy takovou skutečnost zjistila, jinak právo zanikne. To platí i v případě změny pojistné smlouvy.
- Stejně právo odstoupit od pojistné smlouvy jako pojišťovna má, za podmínek podle odst. 10, i pojistník, jestliže mu pojišťovna nebo jí zmocněný zástupce nepravdivě nebo neúplně zodpověděl jeho písemné dotazy týkající se sjednávajícího pojištění. Odstoupení od pojistné smlouvy se zasílá do sídla pojišťovny.
- Odstoupení od pojistné smlouvy musí být odůvodněno, musí z něj být zřejmé, že které skutečnosti nebo skutečnosti odstupující své právo od pojistné smlouvy odstoupit odvozuje. Pokud pojistník neodůvodní své odstoupení od pojistné smlouvy ani ve lhůtě písemně k tomu stanovené pojišťovnou, považuje se toto odstoupení za neplatné. Lhůta nesmí být kratší 14 dnů. Za den doručení odstoupení od pojistné smlouvy se u dodatečně odůvodněného odstoupení považuje již den, kdy bylo pojišťovně doručeno neodůvodněné odstoupení od pojistné smlouvy.
- Odstoupením od pojistné smlouvy se smlouva od počátku ruší. Pojišťovna je povinna bez zbytečného odkladu, nejpozději do 30 dnů ode dne odstoupení od pojistné smlouvy, vrátit zaplacené pojistné, od kterého se odečte to, co již z pojištění plnila. V případě odstoupení pojišťovny se od zaplaceného pojistného dále odečítají i jednorázové náklady spojené se vznikem pojištění a náklady na správu 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 pojišťovna povinen pojišťovně vrátit částku vyplaceného plnění, která přesahuje výši zaplaceného pojistného.

Článek 2: Začátek pojistné ochrany

- Pojistná ochrana začíná nejdříve dnem počátku pojištění, pokud k tomuto dni již bylo vyhotoveno potvrzení o uzavření pojistné smlouvy pojišťovnou. Jinak pojistná ochrana začíná až v 00 hod. dne následujícího po vyhotovení potvrzení o uzavření pojistné smlouvy pojišťovnou, nejdříve však v 00 hod. dne následujícího po zaplacení prvního nebo jednorázového pojistného. Pojišťovna neposkytne plnění, pokud dojde k pojistné události v době před zaplacením pojistného anebo před vyhotovením potvrzení o uzavření pojistné smlouvy, i když k ní dojde v době po sjednání počátku pojištění.
- Zaplatí-li pojistník první nebo jednorázové pojistné v době před navrhovaným dnem počátku pojištění, začne pojistná ochrana v omezeném rozsahu v 00 hod. dne následujícího po zaplacení prvního nebo jednorázového pojistného pojistníkem.
- Pojistná ochrana podle odst. 2 spočívá v tom, že pojistnou událostí je pouze smrt úrazem v rozsahu a podle podmínek úrazového připojištění GRAND k Nejlepší pojistce, s pojistnou částkou uvedenou v návrhu u Nejlepší pojistky, nejvýše však 500 000 Kč. Dalším omezením pojistné ochrany je pojistitelnost osoby, která má být pojištěna, jak jí běžně posuzuje pojišťovna při posuzování návrhu na uzavření pojistné smlouvy. Za

nepojistitelné osoby, na které se tato pojistná ochrana nevztahuje, pojišťovna považuje zejména nepojistitelné osoby podle čl. 1 odst. 8, dále pak osoby ke dni podání návrhu trpící nervovou nebo duševní poruchou, úplnou slepotou, hluchotou a osoby, jejichž trvalé následky úrazu podle podmínek a tabulek úrazového připojištění GRAND k Nejlepší pojistce jsou vyšší než 70 %.

- Pojištění podle odst. 2 a 3 se označuje jako prozatímní pojištění. Po vyplnění návrhu je tento návrh potvrzením o uzavření prozatímního pojištění za podmínky úhrady prvního nebo jednorázového pojistného podle odst. 2. Prozatímní pojištění končí okamžikem, kdy začíná pojištění, sjednané na základě návrhu. Prozatímní pojištění končí také okamžikem odmítnutí tohoto návrhu pojišťovnou, nebo doručení návrhu pojišťovny na uzavření smlouvy o životním pojištění pojistníkovi za podmínek odchylných od návrhu na uzavření pojistné smlouvy; doba trvání prozatímního pojištění nemůže nikdy přesáhnout 60 dní.
- Za prozatímní pojištění se neplatí žádné dodatečné pojistné. Pokud však dojde k pojistné události a pojišťovna poskytne pojistné plnění z prozatímního pojištění, pak pojišťovna pojistné podle odst. 2 nevrátí, toto pojistné se považuje za pojistné zaplacené za prozatímní pojištění.

Článek 3: Druhy pojištění

- Nejlepší pojistka je tvořena těmito obnosovými pojištěními:
 - pojištění pro případ smrti (dále jen „Životní pojistka“) a
 - důchodové pojištění (dále jen „Důchodová pojistka“).
- V jedné pojistné smlouvě lze současně s Nejlepší pojistkou sjednat tato obnosová připojištění:
 - připojištění vážných onemocnění,
 - úrazové připojištění POPULAR a
 - úrazové připojištění GRAND.
- Nejlepší pojistka SPONSOR je pojištění sjednané s výlukou půjčky a dílčího odkupného (čl. 22 odst. 6) s tím, že pojištěný je současně pojistníkem.
- Nejlepší pojistka BANK je pojištění sjednané s právem na poskytnutí půjčky a dílčího odkupného (čl. 22).

Článek 4: Pojistné nebezpečí, pojistná událost

- Za pojistnou událost se v Životní pojistce považuje smrt pojištěného během trvání pojištění.
- Za pojistnou událost se v Důchodové pojistce považuje dožití se pojištěného sjednaného věku (konce pojištění), nebo smrt pojištěného během trvání pojištění.
- Za pojistnou událost se v připojištění vážných onemocnění považuje vážné onemocnění pojištěného, které bylo poprvé zjištěno během trvání připojištění. Za pojistnou událost se považuje také vážné onemocnění dítěte pojištěného, které vzniklo během trvání připojištění a nemá návaznost na předchozí zjištěná i nezjištěná onemocnění dítěte.
- Za pojistnou událost se v úrazovém připojištění POPULAR považuje:
 - trvalé poškození zdraví pojištěného anebo dítěte pojištěného následkem úrazu během trvání připojištění,
 - z lékařského hlediska nezbytná hospitalizace pojištěného anebo dítěte pojištěného z důvodu léčení poškození zdraví následkem úrazu během trvání připojištění,
 - utrpení zlomeniny nebo popáleniny pojištěného anebo dítěte pojištěného během trvání připojištění.
- Za pojistnou událost se v úrazovém připojištění GRAND považuje:
 - smrt pojištěného anebo dítěte pojištěného následkem úrazu během trvání připojištění,
 - trvalé poškození zdraví pojištěného anebo dítěte pojištěného během trvání připojištění.
- Pojistnými nebezpečími jsou v pojištění podle odst. 1 smrt, podle odst. 2 dožití nebo smrt, podle odst. 3 vážné onemocnění, podle odst. 4 a 5 úraz.
- Pojistník je povinen bez zbytečného odkladu pojišťovně oznámit, že nastala pojistná událost, podat pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložit k tomu potřebné doklady. Není-li pojistník současně pojištěným, má tuto povinnost obmyšlený; je-li pojistnou událostí smrt pojištěného, má tuto povinnost obmyšlený.
- Územní platnost pojištění není omezena, není-li dále stanoveno jinak.

Článek 5: Oprávněné osoby

- Pojištěný má právo, aby mu bylo vyplaceno plnění, nastane-li u něho pojistná událost. Pojistník může určit obmyšleného, a to jménem nebo vztahem k pojištěnému. Až do vzniku pojistné události může pojistník obmyšleného měnit. Změna obmyšleného je účinná dnem doručení sdělení pojišťovně.
- Nebyl-li v době pojistné události určen obmyšlený nebo nenabude-li obmyšlený práva na plnění v případě smrti pojištěného, nabývají tohoto práva manžel pojištěného, a není-li ho, děti pojištěného.
- Není-li osob uvedených v odst. 2 a 3, nabývají práva na plnění v případě smrti pojištěného rodiče pojištěného, a není-li jich, osoby, které žily s pojištěným po dobu nejméně jednoho roku před jeho smrtí ve společné domácnosti a které z toho důvodu pečovaly o společnou domácnost nebo byly odkázány výživou na pojištěného; není-li ani těchto osob, nabývají tohoto práva dědici pojištěného.
- Vznikne-li právo na plnění několika osobám a nejsou-li jejich podíly určeny, má každá z nich právo na stejný díl.
- Je-li pojistník odlišný od pojištěného, může určit nebo změnit osobu obmyšleného nebo pohledávky z pojištění postoupit nebo zastavit jen se souhlasem pojištěného.
- Uzavírá-li pojistník pojistnou smlouvu ve prospěch obmyšleného, je k uzavření takové pojistné smlouvy třeba souhlasu pojištěného, popřípadě zákonného zástupce takové osoby, není-li zákonným zástupcem pojistník sám. Souhlas pojištěného nebo zákonného zástupce se vyžaduje i v případě změny obmyšleného, změny podílů na plnění, bylo-li určeno více obmyšlených, a k vyplacení odkupného a dílčího odkupného.

Článek 6: Společná ustanovení o plnění

- Pojišťovna je povinna po oznámení události, se kterou je spojen požadavek na plnění, bez zbytečného odkladu zahájit šetření nutné ke zjištění rozsahu její povinnosti plnit.
- Plnění je splatné do 15 dnů po skončení šetření podle odst. 1. Šetření je skončeno, jakmile pojišťovna sdělí jeho výsledky oprávněné osobě.
- Pojišťovna je povinna ukončit šetření do 3 měsíců po tom, co jí byla událost podle odst. 1 oznámena. Nemůže-li ukončit šetření v této lhůtě, je pojišťovna povinna sdělit osobě, které má vzniknout nebo vzniklo právo na plnění, důvody, pro které nelze šetření ukončit, a poskytnout jí na její žádost přiměřenou zálohu. Uvedená lhůta neběží, je-li šetření nemožné nebo ztíženo z viny oprávněné osoby, pojistníka nebo pojištěného. Šetření neprobíhá po dobu odvolání souhlasu se zpracováním citlivých osobních údajů.
- Pokud byly náklady šetření podle odst. 1, vynaložené pojišťovnou, vyvolány nebo zvýšeny porušením povinností účastníků pojištění, má pojišťovna právo požadovat na tom, kdo povinnost porušil, přiměřenou náhradu.
- Náklady spojené s uplatněním nároku na plnění nese ten, kdo nárok uplatňuje.
- Pojišťovna může odmítnout plnění, jestliže

- příčinou pojistné události byla skutečnost, o které se dozvěděla až po vzniku pojistné události a kterou nemohla zjistit při sjednání pojistění nebo jeho změně v důsledku úmyslné nebo z nedbalosti nepravdivé nebo neúplně zodpovězených písemných dotazů, a jestliže by při znalosti této skutečnosti v době uzavření pojistné smlouvy tuto smlouvu neuzavřela, nebo ji uzavřela za jiných podmínek, nebo
 - oprávněná osoba uvede při uplatňování práva na plnění vědomě nepravdivé nebo hrubě zkreslené údaje týkající se rozsahu pojistné události nebo podstatné údaje týkající se této události zamlčí.
- Pojistění zanikne dnem doručení oznámení o odmítnutí plnění.
- Při nesprávných údajích o datu narození nebo pohlaví pojistěného, které vedly ke sjednání pojistění s nižším pojistným (s vyšším plněním), se plnění snižuje v poměru pojistného, které bylo zapláceno, k pojistnému, které by bylo placeno na základě správných údajů.
 - Smrt pojistěného musí být pojistovně neprodeně oznámena oprávněnou osobou. Pojistovně musí být předloženy tyto doklady:
 - vyplněný formulář Oznámení pojistné události,
 - úředně ověřený úmrtí list s udáním data a místa narození zemřelého,
 - podrobné lékařské nebo úřední vysvětlení o příčině smrti a o počátku a průběhu nemoci, jež vedla ke smrti pojistěného,
 - protokol Policie ČR o šetření, byla-li pojistná událost předmětem šetření Policie ČR.
 - K objasnění povinnosti poskytnout plnění může pojistovna požadovat další potřebné doklady a informace a sama provést potřebná šetření. Za tímto účelem se může pojistovna obrátit na lékaře, nemocnice a další zdravotnická zařízení, ve kterých byl nebo je pojistěný léčen či vyšetřován. Pojistovna má dále právo nechat provést potřebná vyšetření lékařem, kterého tím pověří. Pokud pojistěný odmítne se podrobit takovému vyšetření anebo pokud pojistěný nebo oprávněná osoba odmítne dát souhlas k poskytnutí potřebných dokladů a informací, pak nárok na plnění nevznikne.
 - Pojistovna je oprávněna snížit plnění až o jednu polovinu, pokud pojistěný zemřel v souvislosti s jednáním, jímž jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt, není-li dále stanoveno jinak (čl. 10 odst. 6).
 - Pojistovna může snížit plnění o dlužné poplatky z pojistění a úroky z prodlení.
 - Plnění je splatné v České republice a v méně České republiky, není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak.

Článek 7: Plnění v Životní pojistce

- Ze Životní pojistky vyplácí pojistovna oprávněné osobě plnění ve výši sjednané pojistné částky na základě žádosti v případě smrti pojistěného během trvání pojistění.
- Osoba, které má smrti pojistěného vzniknout právo na plnění, tohoto práva nenabude, pokud způsobila pojistěnému smrt úmyslným trestným činem, pro který byla soudem uznána vinnou. Stejně je tomu i v případech, kdy nedošlo k projednání skutku této osoby před soudem anebo jejímu potrestání soudem pro nepřipustnost trestního stíhání z důvodu udělení milosti či vyhlášení amnestie prezidentem republiky, promlčení trestního stíhání, vymezení této osoby z pravomoci orgánů činných v trestním řízení nebo neudělení souhlasu s takovým řízením příslušným orgánem, pro nedostatek trestní odpovědnosti z důvodu nízkého věku této osoby, v důsledku smrti nebo prohlášení za mrtvého této osoby; v důsledku uplatnění mezinárodní smlouvy, kterou je Česká republika vázána; pro zastavení trestního stíhání z důvodu nepřítomnosti nebo z důvodu bezvýznamnosti trestu, který by mohl být uložen, vzhledem k trestu, který již uložen byl nebo jehož uložení se očekává; pro přerušení trestního stíhání z důvodu nepřítomnosti této osoby nebo těžké či duševní nemoci této osoby, vyhoštění této osoby či předání trestního stíhání do ciziny; dále také v případech podmíněného zastavení trestního stíhání nebo narovnání.
- Pojistovna nevyplácí oprávněné osobě plnění pro případ smrti pojistěného:
 - při smrti pojistěného následkem sebevraždy v době do tří let trvání pojistění,
 - při smrti pojistěného v přímé nebo nepřímé souvislosti s válečnými událostmi,
 - při smrti pojistěného v přímé nebo nepřímé souvislosti s jeho účastí na vzpouře, povstání, občanských nepokojích nebo na jiné násilné akci, na straně původců nebo podněcovatelů těchto akcí.
- Pojistovna nevyplácí oprávněné osobě plnění pro případ smrti pojistěného, není-li ve smlouvě ujednáno jinak, pokud smrt byla způsobena v přímé nebo nepřímé souvislosti:
 - s letectvím, s výjimkou cestujících motorovými letadly; za tyto cestující se nepovažují posádky letadel a další osoby pracovní činné na palubách letadel,
 - s účastí na závodech v motorových vozidlech, letadlech a plavidlech všeho druhu, včetně přípravných jízd,
 - s radioaktivním zářením,
 - se sportovní a zábavní činností spojenou s vysokým nebezpečím, jako jsou seskoky s padákem, létání včetně používání rogal nebo balónů, horolezectví, speleologie, potápění (od 15 m), sjíždění divokých vod,
 - s pobytom mimo Českou republiku delším než 3 měsíce bez souhlasu pojistovny; souhlasu pojistovny není zapotřebí při pobytu na území států Evropské unie, Norska, Švýcarska, Lichtenštejnska, USA a Kanady.

Článek 8: Plnění v Důchodové pojistce

- Z Důchodové pojistky začne pojistovna na základě žádosti vyplácet důchod, dožije-li se pojistěný sjednaného konce pojistění. Nárok na důchod trvá po dobu života pojistěného, pokud se pojistěný s pojistovnou nedohodne jinak.
- Výše důchodu se vypočte ze zůstatku prostředků na individuálním účtu k poslednímu dni měsíce předcházejícího měsíci, od něhož byl důchod přiznán. Výše důchodu se stanoví podle pojistné matematických zásad s použitím aktuálních úmrtnostních tabulek pojistovny.
- Důchod vyplácí pojistovna v dohodnutých obdobích, a to vždy k prvnímu dni období.
- Pokud důchod, který má pojistovna začít vyplácet, nedosahuje minimální výše stanovené pojistovnou, vyplácí pojistovna jednorázové plnění místo důchodu.
- Pojistěnému, který splnil podmínky pro vznik nároku na důchod, vyplácí pojistovna na jeho žádost jednorázové plnění místo důchodu (kapitálová opce).
- V případě smrti pojistěného během trvání pojistění vyplácí pojistovna obmyslenému kapitálovou hodnotu pojistění.

Článek 9: Plnění v připojištění vážných onemocnění

- Za vážná onemocnění se považují:
 - **infarkt myokardu** – odumření části srdeční svaloviny následkem akutního uzavření některého úseku koronární tepny. Diagnóza musí být doložena typickou bolestí na hrudi, zvýšenými specifickými laboratorními hodnotami (AST, CK, CK-MB, LDH), aktuálním EKG, které musí ukazovat na typické změny pro infarkt myokardu včetně změn v omezení funkce levé srdeční komory. Vyloučeny jsou tzv. němé infarkty myokardu, u kterých nejsou zmíněné typické příznaky nebo pro infarkt myokardu zjevné, popř. nejsou zjištěny. Nárok na plnění vzniká po potvrzení diagnózy kardiologem;
 - **by-pass** – operace na otevřeném srdci, při které je u pacientů s omežujícími anginiízními příznaky odstraněno zúžené nebo uzavřené dvě nebo více koronárních tepen, pomocí by-passových implantátů. Pokud je onemocnění léčeno jinými, nechirurgickými metodami jako např. angioplastikou, laserem a jinými neoperativními postupy, je toto onemocnění vyloučeno z pojistné ochrany. Nárok na plnění je po provedení operace;
 - **rakovina** – zhoubný nádor s nekontrolovatelným invazivním růstem a s tendencí k tvorbě metastáz. Vyloučeny jsou všechny nezhoubné nádory, neinvazivní časná sta-

- dia nádorů (např. carcinoma in-situ) a všechny nádory 1. stupně, u kterých není nutná chemoterapie. Dále jsou vyloučeny nádory vyskytující se současně s onemocněním HIV nebo s kožními nádory – kromě zhoubného melanomu. Zahnutý jous leukémie a všechny zhoubné nádory mízního systému, stejně jako všechny recidivy a metastázy nádorů 1. stupně. Nárok na plnění vzniká po histologickém potvrzení diagnózy a po zařazení onemocnění (s výjimkou leukémie) podle mezinárodní nádorové klasifikace (TNM), popřípadě po zjištění recidiv nebo metastáz;
 - **cévní mozková příhoda** (dále jen „CMP“) – musí být způsobena krvácením do mozku nebo mozkovým infarktem vlivem uzavěru či ruptury mozkových tepen nebo embolií z jiných tělesných orgánů. CMP musí vést k náhlému výskytu trvalých neurologických zánikových jevů. Trvalé neurologické poškození musí prokazatelně přetrvávat nejméně 6 týdnů od CMP a dále trvat. Nárok na plnění vzniká po potvrzení diagnózy neurologem, a to nejdříve 6 týdnů po CMP;
 - **selhání ledvin** – trvalé selhání funkce obou ledvin (terminální ledvinová insuficience), vyžadující trvalou dialýzu nebo transplantaci ledvin. Nárok na plnění vzniká po započetí dialyzační léčby nebo po provedení transplantace ledvin;
 - **transplantace orgánů**: srdce, plic, jater, slinivky, jedné ledviny nebo kostní dřeně u pojistěného příjemce orgánu. Transplantaci srdce se rozumí i implantace umělého srdce. Nárok na plnění vzniká po provedení transplantace. Před provedením transplantace vzniká nárok na plnění, pokud byl pojistěný zařazen do Národního registru osob čekajících na transplantaci orgánů. Závažným onemocněním není transplantace rohovky, sluchových kůstek, autotransplantace kostní dřeně a transplantace jiných orgánů, neuvedených v první větě tohoto odst.;
 - **roztřesená skleróza** – chronické onemocnění centrálního nervového systému s nevratnými typickými neurologickými výpadky a ohnisky, prokázané odpovídajícími snímkovými vyšetřovacími technikami (CT), typickým nálezem v mozkomírním moku a minimálně 2 relapsy. Relapsem se míní náhlý výskyt nových nebo starších příznaků, nebo odpovídající zhoršení současných příznaků. Nárok na plnění vzniká po potvrzení diagnózy neurologem, a to nejdříve po 12 měsících od výskytu onemocnění;
 - **Alzheimerova nemoc**, spojená s rozsáhlým omezením funkce mozku, s poklesem nebo ztrátou intelektuálních schopností nebo s anomálním jednáním, vyžadující stálý dozor třetí osoby. Nárok na plnění vzniká po potvrzení diagnózy neurologem;
 - **Parkinsonova nemoc** – pomalu pokračující degenerativní onemocnění centrálního nervového systému, které dospělo do stádia vyžadujícího stálý dozor a pomoc třetí osoby. Nárok na plnění vzniká po potvrzení diagnózy idiopatické Parkinsonovy nemoci neurologem;
 - **těžké popáleniny** – popáleniny třetího stupně na nejméně 20 % povrchu těla. Nárok na plnění vzniká po potvrzení diagnózy odborným lékařem;
 - **kóma** – ztráta vědomí spojená s následky v podobě neurologických nebo neuropsychických deficitů, vedoucích k omezením ve společenském styku a ve výkonu povolení. Nárok na plnění vzniká po potvrzení diagnózy neurologem;
 - **klíšťová encefalitida** – zánet mozku a mozkových blan způsobený virovou nákazou (arboviry) přenesenou klíštětem v době trvání připojištění, s těžkými neurologickými nebo psychiatrickými trvalými následky. Příznaky nemoci se musí projevit do dvou let po kousnutí klíštětem. Nárok na plnění vzniká po potvrzení diagnózy neurologem; diagnóza musí být podložena: anamnesticky kousnutím klíštětem, doložením čerstvé nákyzy přítomnosti protilátek (IgM) a léčbou klíšťové encefalitidy v nemocnici;
 - **ochrnutí** – úplné a trvalé ochrnutí obou dolních končetin nebo obou horních končetin, a to s trvalým úplným přerušením vodivosti míchy a v důsledku úrazu nebo nemoci. Nárok na plnění vzniká po potvrzení diagnózy neurologem, a to nejdříve po 3 měsících od počátku ochrnutí. Závažným onemocněním není ochrnutí jedné končetiny (monoplegie), částečné ochrnutí a přechodné ochrnutí;
 - **slepota** – akutním onemocněním nebo úrazem získaná úplná a nenávratná ztráta zraku obou očí. Úplnou ztrátou zraku obou očí se míní stav, kdy už není rozpoznatelné světlo a po osvětlení nenásleduje zúžení zornice. Slepota musí být doložena oftalmologickými nálezy. Nárok na plnění vzniká po potvrzení diagnózy oftalmologem;
 - **hluchota** – úplná a nenávratná ztráta sluchu, trvající nejméně 6 měsíců. Nárok na plnění vzniká po potvrzení diagnózy otorinolaryngologem;
 - **ztráta hlasu** – úplná a nenávratná ztráta hlasu, trvající nejméně 12 měsíců bez přerušení. Nárok na plnění vzniká po potvrzení diagnózy odborným lékařem;
 - **operace srdeční chlopně** – pokud je pojistěnému zavedena operační cestou náhrada jedné nebo více srdečních chlopní a chlopně aorty na základě získané hemodynamicky významné srdeční vady. Závažným onemocněním není provedení zákroku bez otevření hrudníku (balónková dilatace, laserová operace). Nárok na plnění je po provedení operace;
 - **operace aorty** – z lékařského hlediska nezbytná operace aorty, spojená s otevřením hrudníku, při níž jsou části torakální a abdominální aorty nahrazeny nebo odstraněny. Závažným onemocněním není provedení zákroku bez otevření hrudníku (angioplastika, balónková dilatace, laserová operace) a zákrok na větvích aorty (např. arteria carotis, ledvinová artérie). Nárok na plnění je po provedení operace;
 - **nákaza HIV při pracovní činnosti** – nákaza HIV při běžném výkonu povolání, např. píchnutím o jehlu, říznutím nebo jiným intenzivním kontaktem s prokazatelně HIV pozitivním materiálem. Zároveň musí být splněny následující podmínky: Pojištění si musí během 24 hodin od kontaktu nechat udělat krevní test, který prokáže nepřítomnost HIV protilátek. Průkaz HIV a HIV protilátek musí následovat během 4 měsíců po kontaktu dalším krevním testem. Kontakt musí být nahlášen a onemocnění uznáno jako nemoc z povolání;
 - **nákaza HIV při transfúzi krve** či krevních produktů – podmínkou poskytnutí plnění je převzetí odpovědnosti za transfúzi výrobcem krevního derivátu, nemocnicí nebo institucí, kde byla transfúze provedena; další podmínkou je, že k transfúzi došlo na území států Evropské unie, USA a Kanady. Nákaza HIV bude považována za vážné onemocnění jen po dobu, kdy nebude možno získat imunitu proti HIV preventivním očkováním a dokud nebude existovat přípustná forma léčby vedoucí k vyléčení.
- Z připojištění vážných onemocnění vyplácí pojistovna pojistěnému plnění ve výši sjednané pojistné částky. Pokud pojistěný po podání žádosti o výplatu plnění zemře, stává se plnění součástí dědictví.
 - Nárok na plnění nevzniká u pojistných událostí, ke kterým dojde do šesti měsíců od počátku připojištění.
 - Vznikne-li nárok na plnění z připojištění vážných onemocnění, nemůže již vzniknout další nárok na plnění z tohoto připojištění. Výplatu plnění připojištění zaniká.
 - Ustanovení odst. 4 se nevztahuje na dítě pojistěného. Připojištění zahrnuje děti od 3 let jejich věku do dosažení věku 18 let. Plnění se vyplácí na jedno dítě jen jednou, a to ve výši jedné třetiny pojistné částky v připojištění pojistěného, nejvýše však 150 000 Kč. Při zániku připojištění zaniká i zahrnutí dítě do tohoto připojištění.
 - Vážné onemocnění musí být pojistovně neprodeně oznámeno a doloženo lékařskými nálezy. V oznámení se uvedou okolnosti vážného onemocnění a adresy zdravotnických zařízení, v němž byl pojistěný nebo dítě pojistěného ošetřeno. V případě hospitalizace musí být dále pojistovně předložen doklad vystavený nemocnicí, v níž byl pojistěný hospitalizován, obsahující jméno a příjmení pojistěného, jeho datum narození, diagnózu, den přijetí do nemocnice a den propuštění z nemocnice.

Článek 10: Společná ustanovení o plnění v úrazovém připojištění

- Úrazem se rozumí neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly

- nezávisle na vůli pojištěného, ke kterému došlo během trvání pojištění a kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt.
- (2) Za úraz se nepovažuje:
- pracovní úraz nebo nemoc z povolání, pokud nemá povahu úrazu podle odst. 1,
 - nemoc jakéhokoliv druhu, zhoršení nemoci následkem úrazu; to však neplatí pro nákladu tetanem nebo vzteklinou při úrazu,
 - srdeční infarkt a mozková mrtvice, a to i když se dostaví následkem úrazu.
- (3) Nastane-li úraz, je pojištěný povinen bez zbytečného odkladu:
- vyhledat lékařskou pomoc a pokračovat v léčbě až do jeho skončení; dále je povinen dodržovat všechna opatření směřující k odvrácení a zmírnění následků úrazu,
 - oznámit pojišťovně místo, čas a okolnosti úrazu a adresu zdravotnického zařízení, v němž byl ošetřen.
- (4) Pokud vědomé porušení povinností uvedených v odst. 3 mělo podstatný vliv na zvětšení rozsahu následků úrazu a povinnosti pojišťovny plnit, je pojišťovna oprávněna snížit plnění podle toho, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah její povinnosti plnit.
- (5) Pojišťovna má právo odmítnout poskytnutí plnění, došlo-li k úrazu pojištěného v souvislosti s jednáním, pro které byl uznán vinným úmyslným trestným činem, nebo kterým si úmyslně poškodil zdraví.
- (6) Pojišťovna má právo snížit plnění až na jednu polovinu, došlo-li k úrazu následkem požití alkoholu nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky pojištěným, a okolnosti, za kterých k úrazu došlo, to odůvodňují; měl-li však takový úraz za následek smrt pojištěného, sníží pojišťovna plnění jen tehdy, jestliže k tomuto úrazu došlo v souvislosti s jednáním pojištěného, jímž jímž způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt. To neplatí, pokud látky podle věty první obsahovaly léky, které pojištěný užil způsobem předepsaným pojištěnému lékařem, a pokud nebyl lékařem nebo výrobcem léku upozorněn, že v době aplikace těchto léků nelze vykonávat činnost, v jejímž důsledku došlo k úrazu.

Článek 11: Plnění v úrazovém připojištění POPULAR

- (1) Při trvalém poškození zdraví vyplatí pojišťovna na základě žádosti jednorázové plnění v závislosti na stupni trvalého poškození zdraví, prokáže-li se v průběhu 1 roku ode dne úrazu, že úraz zanechal trvalé poškození zdraví. Plnění vypočte pojišťovna procentem ze sjednané pojistné částky podle ustanovení odst. 2 – 5.
- (2) Stupeň trvalého poškození zdraví při úplné ztrátě orgánů nebo jejich funkce činí:

	Trvalý následek úrazu	Procento
1	Ztráta obou nohou v kotníku nebo výše	100 %
2	Ztráta obou rukou v zápěstí nebo výše	100 %
3	Ztráta ruky v zápěstí a nohy v kotníku nebo výše	100 %
4	Ztráta zraku obou očí	100 %
5	Ztráta zraku jednoho oka	25 %
6	Ztráta zraku druhého oka	45 %
7	Ztráta sluchu obou uší	40 %
8	Ztráta sluchu jednoho ucha	15 %
9	Ztráta sluchu druhého ucha	35 %
10	Ztráta nohy od kolena výše	60 %
11	Ztráta nohy pod kolennem	50 %
12	Ztráta nohy v kotníku nebo ztráta chodidla	30 %
13	Ztráta všech prstů u nohy	15 %
14	Ztráta palce u nohy	10 %
15	Ztráta jiného prstu u nohy	2 %
16	Ztráta ruky v zápěstí nebo výše	50 %
17	Ztráta všech prstů ruky	40 %
18	Ztráta palce ruky	20 %
19	Ztráta ukazováku	10 %
20	Ztráta jiného prstu ruky	5 %
21	Ztráta zubu (kromě mléčného zubu)	1 %

- (3) Při částečné ztrátě orgánů nebo jejich funkce stanoví odpovídající procento trvalého poškození zdraví z odst. 1 lékař určený pojišťovnou.
- (4) Nelze-li stanovit stupeň trvalého poškození zdraví podle odst. 2, stanoví ho lékař určený pojišťovnou s ohledem na míru funkčnosti poškozeného orgánu.
- (5) V případě, že následkem jednoho úrazu dojde k trvalému poškození zdraví u více orgánů, jednotlivá procenta se sčítají. Celkové plnění přitom nesmí převýšit 100 % z pojistné částky.
- (6) Při léčbě poškození zdraví následkem úrazu v nemocnici během trvání pojištění, nejdéle však po dobu 365 dní v průběhu dvou let ode dne úrazu, poskytne pojišťovna na základě žádosti plnění ve formě denní dávky za každý den léčby. Za dny léčby v nemocnici se považují dny, kdy pojištěný byl hospitalizován ve 24:00 hod. Za nemocnici se nepovažují lázeňské léčebny, rehabilitační centra, sanatoria, léčebny pro dlouhodobě nemocné, léčebny tuberkulózy a respiračních onemocnění, léčebny alkoholismu a toxikomanie a další odborné léčebné ústavy, ústavy sociální péče a ošetrovny vojenských útvarů.
- (7) Denní dávka podle odst. 6 činí jednu tisícinu pojistné částky.
- (8) Při léčbě zlomeniny nebo popáleniny vyplatí pojišťovna na základě žádosti jednorázové plnění v závislosti na druhu a rozsahu zlomeniny nebo popáleniny, pokud délka léčby byla minimálně 3 týdny. Plnění vypočte pojišťovna procentem z pojistné částky sjednané pro úrazové připojištění, a to podle ustanovení odst. 9 – 12.
- (9) Druh a rozsah zlomeniny nebo popáleniny se hodnotí procenty; procenta uvedená v následující tabulce platí pro mnohočetné zlomeniny, resp. pro popáleniny 2. a 3. stupně:

	Následek úrazu	Procento
1	Popáleniny 3. stupně na nejméně 40 % povrchu těla	10 %
2	Tříštvrtá zlomenina pánevní nebo kyčle	4 %
3	Mnohočetná zlomenina kosti stehenní nebo paty	6 %
4	Mnohočetná zlomenina bérce, klíční kosti, kotníku, lokte, paže nebo předloktí	6 %
5	Tříštvrtá zlomenina spodní čelisti	2 %
6	Otevřená zlomenina ramenního pletence, česky, hrudní kosti, obratle (kromě kostrče), ruky (kromě prstů a zápěstí), nohy (kromě prstů a paty)	2 %
7	Kompresivní zlomeniny páteře (obratle kromě kostrče)	6 %
8	Mnohočetná zlomenina žebra nebo žebra, lící kosti, kostrče, horní čelisti	1 %
9	Otevřená zlomenina prstů ruky nebo nohy	0,5 %

- (10) Při zlomeninách a popáleninách menšího rozsahu stanoví odpovídající procento úměrně procentům z odst. 9 lékař určený pojišťovnou.
- (11) Nelze-li stanovit rozsah zlomeniny nebo popáleniny podle odst. 9 a 10, stanoví ho lékař určený pojišťovnou s ohledem na jejich druh a rozsah.
- (12) Je-li následkem jednoho úrazu více zlomenin nebo popálenin, tak se jednotlivá procenta sčítají. Celkové plnění přitom nesmí převýšit 10 % z pojistné částky.
- (13) Úraz pojištěného musí být pojišťovně neprodleně oznámen. V oznámení se uvede místo, čas a okolnosti úrazu a adresa zdravotnického zařízení, v němž byl pojištěný ošetřen. V případě léčby následků úrazu v nemocnici musí být dále pojišťovně předloženo doklad vystavený nemocnicí, v níž byl pojištěný hospitalizován, obsahující jméno a příjmení

pojištěného, jeho datum narození, diagnózu, den přijetí do nemocnice a den propuštění z nemocnice.

- (14) Připojištění zahrnuje děti pojištěného od 3 let jejich věku do dosažení věku 18 let. Plnění u dětí se řídí ustanoveními odst. 1 – 12 s tím, že pojistná částka činí jednu třetinu pojistné částky v připojištění pojištěného, nejvýše však 150 000 Kč. Při zániku připojištění zaniká i zahrnutí dětí do tohoto připojištění.

Článek 12: Plnění v úrazovém připojištění GRAND

- (1) Při smrti úrazem vyplatí pojišťovna obmyšlenému plnění ve výši sjednané pojistné částky na základě žádosti, jestliže ke smrti následkem úrazu dojde do 90 dnů ode dne úrazu pojištěného.
- (2) Při trvalém poškození zdraví vyplatí pojišťovna na základě žádosti jednorázové plnění v závislosti na stupni trvalého poškození zdraví, prokáže-li se v průběhu 1 roku ode dne úrazu, že úraz zanechal trvalé poškození zdraví v rozsahu nejméně 50 %. Jednorázové plnění vypočte pojišťovna podle ustanovení článku 11 odst. 2 – 5 a pokud toto procento činí nejméně 50 %, pak pojišťovna vyplatí 100 % pojistné částky a připojištění zanikne.
- (3) Úraz pojištěného musí být pojišťovně neprodleně oznámen. V oznámení se uvede místo, čas a okolnosti úrazu a adresa zdravotnického zařízení, v němž byl pojištěný ošetřen.
- (4) Připojištění zahrnuje děti pojištěného od 3 let jejich věku do dosažení věku 18 let. Plnění u dětí se řídí ustanoveními odst. 1 – 3 s tím, že pojistná částka činí jednu třetinu pojistné částky v připojištění pojištěného, nejvýše však 150 000 Kč. Při zániku připojištění zaniká i zahrnutí dětí do tohoto připojištění.
- (5) Plnění pro případ smrti dítěte pojištěného následkem úrazu se sjednává ve výši 3 % z pojistné částky v připojištění pojištěného, nejvýše však 15 000 Kč.

Článek 13: Zproštění od placení pojistného

- (1) Pojistník je zproštěn od placení pojistného při plné pracovní neschopnosti pojištěného na základě žádosti, a to po dobu plné pracovní neschopnosti pojištěného následkem úrazu nebo nemoci během trvání pojištění; to neplatí pro prvních 6 měsíců po vzniku této pracovní neschopnosti.
- (2) Plnou pracovní neschopnost se rozumí dočasná nebo trvalá plná neschopnost pojištěného vykonávat v důsledku úrazu nebo nemoci dosavadní výdělečnou činnost, nebo jinou výdělečnou činnost, odpovídající vzdělání, zkušenostem nebo schopnostem pojištěného.
- (3) Za trvalou plnou pracovní neschopnost se považuje také:
- ztráta zraku obou očí,
 - ztráta obou rukou v zápěstí nebo výše,
 - ztráta obou nohou v kotníku nebo výše.
- (4) Dočasná pracovní neschopnost pro účely sociálního zabezpečení se považuje za plnou pracovní neschopnost pojištěného po dobu prvních 6 měsíců po vzniku této pracovní neschopnosti. Po uplynutí 6 měsíců dočasné pracovní neschopnosti ve smyslu předpisů sociálního zabezpečení posuzuje plnou pracovní neschopnost pojištěného pro účely životního pojištění lékař určený pojišťovnou a o uznání plné pracovní neschopnosti pojištěného rozhoduje pojišťovna.
- (5) Pojistník nebo pojištěný je povinen oznámit pojišťovně plnou pracovní neschopnost pojištěného nejpozději 6 měsíců po jejím vzniku, jinak nárok na zproštění od placení pojistného vznikne až dnem oznámení plné pracovní neschopnosti.
- (6) Zproštění od placení pojistného počíná ode dne nejbližší splatnosti pojistného od uznání plné pracovní neschopnosti pojišťovnou. Pojištěný je povinen ihned oznámit pojišťovně skončení pracovní neschopnosti, případně je povinen se podrobit přezkoumání pracovní neschopnosti u lékaře určeného pojišťovnou.
- (7) V pojistné smlouvě lze sjednat výluku zproštění od placení pojistného.

Článek 14: Výluka

- (1) V připojištění pojišťovna neposkytuje plnění, pokud smrt nebo újma na zdraví byla způsobena nebo zvýšena v přímé nebo nepřímé souvislosti:
- se ztrátou vědomí nebo s podstatným ovlivněním psychické výkonnosti pojištěného, pokud byly způsobeny alkoholem, léky nebo návykovou látkou (platí jen pro připojištění vážných onemocnění),
 - s trestným činem pojištěného, pro který byl soudem uznán vinným; stejně i v případech, kdy k projednání skutku této osoby před soudem anebo jejímu potrestání soudem nedošlo pro nepřipustnost trestního stíhání z důvodu udělení milosti či vyhlášení amnestie prezidentem republiky, promlčení trestního stíhání, vymezení této osoby za pravomocí orgánů činných v trestním řízení nebo neudělení souhlasu s takovým řízením příslušným orgánem, nedostatek trestní odpovědnosti pro nízký věk této osoby, smrt nebo prohlášení za mrtvého této osoby; v důsledku uplatnění mezinárodní smlouvy, kterou je Česká republika vázána; pro zastavení trestního stíhání z důvodu nepřítomnosti, nebo z důvodu bezvýznamnosti trestu, který by mohl být uložen, vzhledem k trestu, který již uložen byl nebo jehož uložení se očekává; pro přerušení trestního stíhání z důvodu nepřítomnosti této osoby, nebo též ke či duševní nemoci této osoby, vyhoštění této osoby či předání trestního stíhání do ciziny; dále také v případech podmínečného zastavení trestního stíhání nebo narovnání,
 - s řízením motorového vozidla pojištěným bez odpovídajícího řídičského oprávnění,
 - s jízdou odcizeným motorovým vozidlem,
 - se sebevraždou, s pokusem o sebevraždu, jakož i s úmyslným poškozením vlastního zdraví včetně úmyslného nevyhledání zdravotní péče nebo úmyslného nedbání léčebných pokynů,
 - s válečnými událostmi,
 - s účastí pojištěného na vzpouře, povstání, občanských nepokojích nebo na jiné násilné akci, na straně původců nebo podnětovatelů těchto akcí,
 - s duševní poruchou, kolapsem, epileptickým nebo jiným záchvatem,
 - s radioaktivním zářením nebo s ionizujícími paprsky.
- (2) V úrazovém připojištění pojišťovna neposkytuje plnění, pokud smrt nebo újma na zdraví byla způsobena úrazem
- který utrpěl pojištěný v důsledku toho, že byl postižen srdečním infarktem nebo mozkovou mrtvicí,
 - vzniklými léčebnými postupy nebo zásahy, které pojištěný na sobě provedl nebo si je nechal provést, pokud k nim nedošlo v souvislosti s úrazem, na který se připojištění vztahuje.
- (3) V úrazovém připojištění pojišťovna neposkytuje plnění, není-li ve smlouvě ujednáno jinak, pokud smrt nebo újma na zdraví byla způsobena nebo zvýšena v přímé nebo nepřímé souvislosti
- s letectvím, s výjimkou cestujících motorovými letadly; za tyto cestující se nepovažují posádky letadel a další osoby pracovní činné na palubách letadel,
 - s účastí na závodech v motorových vozidlech, letadlech a plavidlech všeho druhu, včetně přípravných jízd,
 - s účastí na krajských, celostátních a mezinárodních závodech v běhu na lyžích, ve skocích na lyžích, ve slalomu, na bobech, skibobech, saních, skeletonech nebo snowboardech včetně oficiálních přípravných jízd,
 - s účastí na soutěžích v bojových sportech (např. karate, taekwondo, box, kickbox, judo apod.), v horské cyklistice a v jezdeckých včetně oficiálních přípravných jízd,
 - se sportovní a zábavní činností spojenou s vysokým nebezpečím, jako jsou seskoky z letadel (parasutismus), létání včetně používání rogal nebo horkovzdušných balónů, bungee jumping, horolezectví, speleologie, potápění (od 15 m), sjíždění divokých vod,
 - s pobytem mimo Českou republiku delším než 3 měsíce bez souhlasu pojišťovny;

souhlasu pojišťovny není zapotřebí při pobytu na území států Evropské unie, Norska, Švýcarska, Lichtenštejnska, USA a Kanady.

- (4) Právo na zproštění od placení pojistného není, pokud
 - plná pracovní neschopnost byla způsobena nebo zvýšena v přímé nebo nepřímé souvislosti s událostí uvedenými v odst. 1 a 3,
 - pojištěný je nakažen virem lidského selhání imunity (HIV), a to i v případě, že nákaza nezpůsobila nemoc AIDS (syndrom získaného selhání imunity).

Článek 15: Změna činnosti pojištěného (změna pojistného rizika) a připojištění

- (1) Je-li součástí pojistné smlouvy připojištění, je pojištěný povinen bezodkladně oznámit pojišťovně každou změnu druhu zaměstnání, sportovní, zábavní a jiné činnosti (dále jen „činnost“) uvedené v návrhu na uzavření pojistné smlouvy nebo později pojišťovně sdělené.
- (2) Pokud ze změny činnosti pojištěného vyplývá placení nižšího pojistného podle sazebníku pojistného platného v době změny, platí toto pojistné od počátku pojistného období, ve kterém se pojišťovna o změně činnosti dozvěděla.
- (3) Pokud ze změny činnosti pojištěného vyplývá placení vyššího pojistného podle sazebníku pojistného platného v době uzavření pojistné smlouvy nebo jiné skutečnosti, která by pojišťovnu vedla k uzavření pojistné smlouvy za jiných podmínek, vzniká pojišťovně právo do 1 měsíce ode dne, kdy se o změně činnosti dozvěděla, navrhnout změnu pojistné smlouvy ode dne, kdy ke změně činnosti došlo. Pojistník je povinen se k tomuto návrhu vyjádřit do 1 měsíce ode dne jeho doručení, nebylo-li dohodnuto jinak.
- (4) Nesouhlasí-li pojistník se změnou pojistné smlouvy nebo nevymáhal-li se k této změně ve lhůtě podle předchozího odstavce, má pojišťovna právo připojištění vypovědět, a to ve lhůtě 2 měsíců ode dne, kdy obdržela nesouhlas pojištěného se změnou pojistné smlouvy, nebo ode dne, kdy uplynula lhůta pro vyjádření pojistníka podle předchozího odstavce. V takovém případě připojištění zanikne uplynutím 8 dnů ode dne doručení výpovědi pojistníkoví.
- (5) Jestliže je nová činnost takového charakteru, že by v době uzavření pojistné smlouvy vedla pojišťovnu k tomu, aby tuto smlouvu vůbec neuzavřela nebo nesouhlasila se vznikem připojištění, má pojišťovna právo pojistnou smlouvu nebo připojištění vypovědět ve lhůtě do 1 měsíce ode dne, kdy se o nové činnosti dozvěděla. V takovém případě připojištění zanikne uplynutím 8 dnů ode dne doručení výpovědi pojistníkoví.
- (6) Jestliže pojišťovna pojistnou smlouvu nebo připojištění ve stanovené lhůtě nevypověděla a ani nepředložila návrh na její změnu, nemůže se dodatečně dovolávat důsledků zvýšení pojistného rizika, není-li dále stanoveno jinak.
- (7) Pokud ze změny činnosti pojištěného vyplývá placení vyššího pojistného podle sazebníku pojistného platného v době uzavření pojistné smlouvy, poskytuje pojišťovna plnou pojistnou ochranu bez zvýšení pojistného po dobu tří měsíců ode dne změny činnosti, není-li dříve dohodnuta změna pojistné smlouvy.
- (8) Dojde-li v souvislosti s novou činností pojištěného k úrazu v období po uplynutí tříměsíční lhůty po změně činnosti pojištěného, aniž by došlo k dohodě o placení vyššího pojistného podle odst. 3, nebo k jiné dohodě o změně připojištění, snižuje pojišťovna plnění z úrazového připojištění v poměru sjednaného pojistného k pojistnému, které by jí náleželo podle sazby platné pro novou činnost v den pojistné události.
- (9) Dojde-li v souvislosti s novou činností pojištěného k plné pracovní neschopnosti v období po uplynutí tříměsíční lhůty po změně činnosti pojištěného, aniž by došlo k dohodě o placení vyššího pojistného podle odst. 3, nebo k jiné dohodě o změně připojištění, je pojišťovna oprávněna odmítnout nárok na zproštění od placení pojistného. Pojištění bez náhrady zanikne dnem doručení oznámení o odmítnutí zproštění.
- (10) Pokud pojišťovna nenabízí v připojištěných pojistnou ochranu pro novou činnost pojištěného, je oprávněna odmítnout plnění po uplynutí tříměsíční lhůty po změně činnosti pojištěného; odmítnutím plnění zanikne příslušné připojištění bez náhrady.

Článek 16: Pojistné

- (1) Pojistné je úplatou za pojištění. Výše pojistného se určuje podle sazeb pro jednotlivé druhy pojištění a připojištění a je uvedena v pojistné smlouvě.
- (2) Pojistné se platí buď najednou na celou dobu pojištění (jednorázové pojistné), nebo za dohodnutá pojistná období (běžné pojistné).
- (3) Pojistné je stanoveno na základě pojistné matematických metod tak, aby bylo dostatečně a umožňovalo pojišťovně trvalou splnitelnost všech jejich závazků vůči účastníkům pojištění i úhradu nákladů spojených s provozováním pojišťovací činnosti.
- (4) Pojistné se stanoví v závislosti na pojistném riziku. Součástí pojistného jsou též náklady spojené s uzavřením pojistné smlouvy a se správou pojištění. V pojistném (s výjimkou úrazových připojištění za běžné pojistné a důchodového pojištění) je započtena technická úroková míra. Při stanovení pojistného se zohledňuje též frekvence placení pojistného.
- (5) Výše pojistného v Nejlepší pojistce SPONSOR/BANK a v připojištění vázých onemocnění se určuje v závislosti na vstupním věku a pohlaví pojištěného, na sjednané pojistné době, na výši sjednané pojistné částky a na frekvenci placení pojistného. Výše pojistného v úrazových připojištěných se určuje v závislosti na výši sjednané pojistné částky a na frekvenci placení pojistného. V úrazových připojištěných za jednorázové pojistné ovlivňuje výši pojistného navíc sjednaná pojistná doba a technická úroková míra.
- (6) Vstupní věk pojištěného se stanoví rozdílem kalendářního roku počátku pojištění a roku narození pojištěného.
- (7) Běžné pojistné je splatné prvního dne pojistného období a jednorázové pojistné dnem počátku pojištění.
- (8) Pokud pojistné nebylo zapláceno včas nebo ve sjednané výši, má pojišťovna právo na úrok z prodlení. Výši úroku z prodlení určuje platný právní předpis.
- (9) Pojištění zaniká dnem následujícím po marném uplynutím lhůty stanovené pojišťovnou v upomínce k zaplacení pojistného nebo jeho části, doručené pojistníkoví; nestanoví-li zákon nebo pojistná smlouva jinak. Lhůta nesmí být kratší než jeden měsíc a upomínka musí obsahovat upozornění na zánik pojištění v případě nezaplacení dlužného pojistného.
- (10) Pokud pojistné za další pojistné období nebylo zapláceno a pojištění by tak mělo být z tohoto důvodu přerušeno, změní se pojištění na pojištění bez dalšího placení pojistného a bez nároku na zproštění od placení pojistného, které bude trvat po dobu, kdy kapitálová hodnota pojištění bude kladná (redukcí pojistné doby). Pojištění zaniká dnem, za který již nebylo z individuálního účtu odepsáno pojistné podle čl. 19 odst. 2.
- (11) Pojišťovna má právo na pojistné za dobu do zániku pojištění.
- (12) Pojišťovna je povinna přijmout splatné pojistné a jiné splatné pohledávky z pojištění také od zástavního věřitele pojistníka, oprávněné osoby nebo pojištěného.
- (13) Pojistník může kdykoliv v době trvání pojistné smlouvy zaplatit mimořádné pojistné. Minimální výše mimořádného pojistného je 1000 Kč. Mimořádné pojistné přijaté od pojistníka v daném kalendářním měsíci se považuje za pojistné uhrazené na tento kalendářní měsíc.
- (14) Mimořádné pojistné se platí na účet pojišťovny určený k úhradě běžného (jednorázového) pojistného se specifickým symbolem 333. Pojistné zaplácené bez uvedení tohoto specifického symbolu se u pojištění za běžné pojistné považuje za běžné pojistné, u pojištění za jednorázové pojistné za mimořádné pojistné.
- (15) Specifický symbol 333 se neuvádí v případě platby prvního mimořádného pojistného současně s prvním běžným pojistným.
- (16) Je-li zapláceno mimořádné pojistné a v okamžiku připsání tohoto mimořádného pojistného na účet pojišťovny je pojistník v prodlení s placením běžného pojistného, uhradí se z tohoto mimořádného pojistného nejprve dlužné běžné pojistné; zbyváající část se nadále považuje za mimořádné pojistné.
- (17) Pokud by celkové mimořádné pojistné na jednu i více smluv vztahujících se na jednoho

pojištěného mělo v jednom kalendářním roce přesáhnout částku 1 mil. Kč, je zaplacení mimořádného pojistného, kterým by mělo dojít k překročení této částky, podmíněno předchozím souhlasem pojišťovny.

Článek 17: Přerušeni placení pojistného

- (1) Placení pojistného může být přerušeno i opakovaně, pokud pojistník platil pojistné po dobu 12 kalendářních měsíců předcházejících dni počátku přerušeni placení pojistného. První přerušeni placení pojistného je možné po 24 měsících trvání pojištění. Placení pojistného se přerušuje na základě žádosti pojistníka, a to k prvnímu dni nejbližší následujícího pojistného období po obdržení žádosti pojišťovnou, není-li pojistníkem výslovně požadováno jinak; vždy však pouze k prvnímu dni pojistného období. Placení pojistného lze přerušit jen na celá pojistná období.
- (2) Není-li výslovně požadováno jinak, přerušuje se placení pojistného na 12 kalendářních měsíců, což je i maximální doba trvání jednoho přerušeni. Přerušeni placení pojistného lze zrušit písemným oznámením pojišťovně, a to k prvnímu dni nejbližší následujícího pojistného období po obdržení žádosti pojišťovnou, není-li pojistníkem výslovně požadováno jinak; vždy však pouze k prvnímu dni pojistného období.
- (3) Přerušeni placení pojistného nemá vliv na splatnost pojistného, která nastala přede dnem počátku pojištění.
- (4) Za pojistné události vzniklé v době přerušeni placení pojistného pojišťovna neposkytuje plnění, není-li ujednáno jinak.
- (5) Pojistník může požádat o to, aby pojistná ochrana trvala i v době přerušeni placení pojistného. Pojišťovna žádosti vyhoví za předpokladu, že na individuálním účtu je dostatek prostředků na úhradu běžného pojistného a poplatků za celou dobu přerušeni.
- (6) Doba přerušeni placení pojistného se započítává do pojistné doby.
- (7) Placení pojistného nemůže být přerušeno, pokud je plnění z pojistné smlouvy předmětem zástavní smlouvy nebo postoupeno.

Článek 18: Přerušeni pojištění pro neplacení pojistného

- (1) Pokud pojistné nebylo-li zapláceno do šesti měsíců ode dne jeho splatnosti, pojištění se uplynutím této lhůty přeruší, nestanoví-li tyto pojistné podmínky jinak.
- (2) Za dobu přerušeni pojištění netrvá povinnost platit pojistné a není právo na plnění ze škodních událostí, které nastaly v době přerušeni a které by jinak byly pojistnými událostmi.
- (3) Doba přerušeni pojištění se započítává do pojistné doby.
- (4) Přerušeni pojištění se obnovuje k prvnímu dni měsíce nejbližší následujícího po zaplacení celého dlužného pojistného, dále pojistného, jehož splatnost má po tomto dni nejdříve nastat, a poplatku za obnovu pojištění, pokud již dříve jinak nezaniklo.

Článek 19: Individuální účet

- (1) Ke dni počátku pojištění zřizuje pojišťovna k pojistné smlouvě individuální účet. Na individuální účet pojišťovna připsuje pojistné a mimořádné pojistné přijaté od pojistníka.
- (2) Z individuálního účtu pojišťovna odepisuje:
 - pojistné za Životní pojistku ve výši 90 % sjednaného pojistného za Nejlepší pojistku SPONSOR/BANK ke dni jeho splatnosti,
 - pojistné za sjednaná připojištění ke dni jeho splatnosti,
 - dílčí odkupné,
 - poplatky za přepracování pojistné smlouvy, za přerušeni placení pojistného, za upomínku zaplacení pojistného, za přijetí mimořádného pojistného a za výplatu dílčího odkupného.
- (3) Pojišťovna si může účtovat poplatek i za jiné úkony požadované pojistníkem, které jsou uvedeny v aktuálním sazebníku poplatků. Pojišťovna je oprávněna sazebník poplatků jednostranně měnit.
- (4) Stav individuálního účtu k danému dni se považuje za kapitálovou hodnotu pojištění.
- (5) Pojišťovna zasílá pojistníkoví po ukončení kalendářního roku výpis z individuálního účtu.
- (6) Aktuální sazebník poplatků je k nahlédnutí v sídle pojišťovny, popř. na internetových stránkách pojišťovny (www.wuestenrot.cz).

Článek 20: Výpověď a změny pojištění

- (1) Pojišťovna nebo pojistník mohou vypovědět pojištění do dvou měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy. Dnem doručení výpovědi počíná běžet osmidenní výpovědní lhůta, jejímž uplynutím pojištění zaniká.
- (2) Pojistník může vypovědět pojištění za jednorázové pojistné kdykoliv, nejdříve však ke konci prvního roku trvání pojištění. Výpovědní lhůta je tříměsíční a počíná běžet prvního dne měsíce následujícího po doručení výpovědi pojišťovně.
- (3) Pojistník může vypovědět pojištění za běžné pojistné ke konci pojistného období. Výpověď musí být doručena alespoň 6 týdnů před uplynutím pojistného období, jinak je neplatná.
- (4) Při zániku pojištění za jednorázové pojistné výpovědi po jednom roce trvání pojištění a při zániku pojištění za běžné pojistné výpovědi po dvou letech trvání pojištění vyplatí pojišťovna odkupné. Výplatu odkupného pojištění zaniká.
- (5) Odkupné u Důchodové pojistiky činí 98 % kapitálové hodnoty pojištění (čl. 19 odst. 4).
- (6) Odkupné u Životní pojistiky za jednorázové pojistné a u všech připojištění za jednorázové pojistné činí 98 % rezervy pojistného, která představuje hodnotu závazků plynoucích z pojištění vypočtenou pojistné matematickými metodami včetně rezerv nákladů spojených se správou pojištění.
- (7) Pojistník má právo kdykoli v době trvání pojištění požadovat po pojišťovně sdělení o tom, kolik by činila výše odkupného. Pojišťovna výši odkupného sdělí ve lhůtě 1 měsíce ode dne obdržení žádosti pojistníka. Každá druhá a další žádost o sdělení výše odkupného v jednom kalendářním roce podléhá poplatku.
- (8) Odkupné je splatné do tří měsíců ode dne zániku pojištění.
- (9) Právo na výplatu odkupného není:
 - po zahájení výplaty důchodu a
 - u Životní pojistiky za běžné pojistné a u všech připojištění za běžné pojistné.
- (10) Při zániku Nejlepší pojistiky SPONSOR/BANK zanikají současně všechna sjednaná připojištění.
- (11) Pojistník se souhlasem pojištěného nebo pojišťovna mohou vypovědět jakékoliv sjednané připojištění s běžným pojistným ke konci pojistného období. Výpověď musí být doručena alespoň 6 týdnů před uplynutím pojistného období, jinak je neplatná.
- (12) Pojistník se souhlasem pojištěného nebo pojišťovna mohou vypovědět jakékoliv sjednané připojištění do 3 měsíců ode dne doručení oznámení vzniku pojistné události. Dnem doručení výpovědi počíná běžet výpovědní lhůta 1 měsíce, jejímž uplynutím připojištění zaniká.
- (13) Pokud se vypoví připojištění za jednorázové pojistné, náleží pojistníkoví za toto připojištění odkupné.
- (14) Pojistník, kterému vznikl nárok na odkupné a který nehodlá pokračovat v placení běžného pojistného, může požádat o zkrácení doby pojištění (redukce pojistné doby).
- (15) Při redukci pojistné doby zůstává zachováno právo pojistníka na výpověď pojištění s výplatu odkupného.
- (16) Pojistník může vždy k výročnímu dni trvání pojištění:
 - a) požádat o snížení sjednaných pojistných částek; pojišťovna žádosti vyhoví a sdělí pojistníkoví novou výši běžného pojistného; výše běžného pojistného a pojistných částek nemohou klesnout pod minimální částky vyžadované pojišťovnou u nově sjednaných pojištění;
 - b) požádat o zvýšení sjednaných pojistných částek; pojišťovna žádosti vyhoví a sdělí

pojistníkovi novou výši běžného pojistného za předpokladu, že po přezkoumání zdravotního stavu pojištěného nevyjdou najevo skutečnosti, které by zvýšení pojistných částek bránily, a jsou splněny podmínky obsažené v čl. 15.

(17) Žádost podle odst. 16 je nutno doručit pojišťovně nejméně jeden měsíc před výročním dnem trvání pojištění, k němuž má dojít ke změně pojištění.

Článek 21: Konec pojištění

- (1) Za konec pojištění se považuje jeden den před výročním dnem počátku pojištění v kalendářním roce, v němž se má pojištěný dožít věku 61 let, není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak. K tomuto dni pojištění zaniká.
- (2) Pojistník a pojišťovna se mohou dohodnout na zániku pojištění. V takové dohodě musí být určen okamžik zániku pojištění a dohodnut způsob vzájemného vyrovnání závazků.

Článek 22: Půjčka a dílčí odkupné

- (1) U Nejlepší pojistky BANK poskytne pojišťovna pojistníkovi na základě jeho žádosti záručnou půjčku až do výše odkupného, na které by měl nárok v případě výpovědi pojištění.
- (2) Nastane-li pojistná událost, odečte se neumořená část půjčky včetně úroků od plnění.
- (3) U Nejlepší pojistky BANK poskytne pojišťovna pojistníkovi na základě jeho žádosti dílčí odkupné; o částku dílčího odkupného se sníží stav individuálního účtu (kapitálová hodnota pojištění). Maximální možnou výši dílčího odkupného stanoví pojišťovna podle pojistné technických zásad. Právo na výplatu dílčího odkupného má pojistník po šesti týdnech od doručení žádosti pojišťovně, nejdříve však po 2 letech trvání pojištění.
- (4) Není-li pojistník současně pojištěným, pak lze poskytnout půjčku nebo vyplatit odkupné či dílčí odkupné jen se souhlasem pojištěného.
- (5) Půjčku nebo dílčí odkupné nelze poskytnout, pokud je plnění z pojistné smlouvy předmětem zástavní smlouvy nebo postoupeno.
- (6) Na žádost pojistníka pojišťovna změni pojištění Nejlepší pojistka BANK na pojištění Nejlepší pojistka SPONSOR a naopak. Změna pojištění se provádí k výročnímu dni počátku pojištění s tím, že žádost musí být doručena pojišťovně nejpozději jeden měsíc před tímto dnem. Žádosti o změnu pojištění na Nejlepší pojistku SPONSOR nelze vyhovět v posledních pěti letech trvání pojištění.

Článek 23: Indexování pojištění

- (1) V pojištění za běžné pojistné lze sjednat automatické zvyšování pojistného a pojistných částek (indexování pojištění) ke dni výročí počátku pojištění. Indexování pojištění se neprovádí poslední rok trvání pojištění.
- (2) Automatické zvyšování pojistného se provádí podle indexu spotřebitelských cen vyhlášeného Českým statistickým úřadem. Index zvyšování pojistného stanoví pojišťovna. Pokud je roční růst spotřebitelských cen menší než 4 %, použije se index 1,04. Ze zvýšení pojistného pojišťovna vypočte zvýšení pojistných částek podle pojistné technických zásad.
- (3) Pojistník obdrží sdělení o nové výši pojistného a pojistných částek nejméně jeden měsíc přede dnem výročí počátku pojištění. Pokud pojišťovna přede dnem výročí počátku pojištění obdrží žádost pojistníka o ponechání dosavadní výše pojistného, vyhoví této žádosti. Odmítne-li pojistník indexování pojištění v jednom roce, ztrácí tím nárok na indexování pojištění v dalších letech.

(4) Indexování pojištění se vztahuje na všechny druhy pojištění sjednané v jedné pojistné smlouvě.

(5) Indexování pojištění se neprovádí, pokud vznikl nárok na zproštění od placení pojistného.

Článek 24: Podíly na přebytcích pojistného

- (1) Pojištění se podílejí na přebytcích pojistného:
 - v Důchodové pojistce ve formě úroku,
 - v době výplaty důchodu ve formě jeho zvýšení (bonus).
- (2) Při výpočtu úroku se vychází z průměrného denního zůstatku individuálního účtu za kalendářní rok. Úroky se připsují na individuální účet po skončení kalendářního roku.
- (3) Sazby podílů na přebytcích pojistného určuje pojišťovna; sazby se uveřejňují ve výroční zprávě pojišťovny. Pojišťovna poskytne úrok podle odst. 1 nejméně ve výši aktuální technické úrokové míry.

Článek 25: Adresy a sdělení

- (1) Pojistník informuje bezodkladně pojišťovnu o každé změně své adresy.
- (2) Pojišťovna zaslíá pojistníkovi poštovní zásilky na jeho poslední známou adresu v České republice. Pokud pojistník přesídlí do ciziny, musí pojišťovně sdělit dodací adresu na území České republiky a jméno osoby na tomtéž území, kterou zplnomocnil k přijímání zásilek od pojišťovny.
- (3) Pokud poštovní zásilka zasláná pojišťovnou nezastihla adresáta na poslední adrese známé pojišťovně, za den doručení se považuje den, kdy se zásilka dostala do dispozice adresáta na této adrese, nebo třetí den po uložení písemnosti u držitele poštovní licence, pokud byla písemnost takto uložena, a to i když se adresát o uložení nedozvěděl. Odepre-li adresát písemnost převzít, je písemnost doručena dnem, kdy její přijetí bylo odepřeno; adresát o důsledku odepření převzetí nemusí být poučen.
- (4) Pojistník nebo pojištěný je povinen bezodkladně oznámit pojišťovně ukončení trvalého pobytu pojištěného na území České republiky a každou změnu jeho přechodného pobytu mimo Českou republiku delšího než 3 měsíce; to neplatí pro pobyt na území států Evropské unie, Norska, Švýcarska, Lichtenštejnska, USA a Kanady.
- (5) Veškerá sdělení, oznámení, žádosti a stížnosti týkající se pojištění se podávají písemně ve formě předepsané pojišťovnou. Sdělení pojišťovně jsou účinná jejich doručením do sídla pojišťovny.
- (6) Stížnosti se vyřizují ve lhůtě do 20 pracovních dnů od data doručení do sídla pojišťovny. Pokud stížnost vyžaduje delší čas k vyřízení, vyrozumí pojišťovna písemně stěžovatele o prodloužení lhůty na 40 dnů. Uvedené lhůty nezběží, je-li setření stížnosti znemožněno nebo ztíženo z viny pojistníka, pojištěného nebo oprávněné osoby.
- (7) Není-li pojistník, pojištěná osoba nebo oprávněná osoba spokojena se stanoviskem pojišťovny ke stížnosti, může stížnost postoupit Úřadu státního dozoru v pojišťovnictví a penzijním připojištění při ministerstvu financí.

Článek 26: Účinnost

Tyto pojistné podmínky se vztahují na pojištění sjednaná pojišťovnou od 1.1.2005.

Sazebník poplatků (platnost od 1.1.2005)

	poplatek
1. písemná upomínka	-
2. písemná upomínka	190 Kč
dodatečné zřízení zástavního práva (vinkulace)	90 Kč
duplikát pojistky	50 Kč
náhradní složenky	50 Kč
uzavření pojistné smlouvy Důchodová pojistka SPONSOR/BANK*	500 % měsíčního pojistného
přepřacování pojistné smlouvy	190 Kč
vedení individuálního účtu - Důchodová pojistka SPONSOR/BANK	30 Kč měsíčně
výpis z individuálního účtu	-
mimořádný výpis z individuálního účtu	90 Kč
přeruščení placení pojistného	190 Kč
půjčka	1 % z půjčky, minimálně 190 Kč
dílčí odbytné	190 Kč
mimořádné pojistné	1 % z pojistného

* Netýká se Důchodové pojistky v Nejlepší pojistce.