

POJISTNÉ PODMÍNKY PRO NEJLEPŠÍ POJISTKU SPONSOR/BANK PLUS

Pojistitel je Wüstenrot, životní pojišťovna, a.s. do 31.1.2009 se sídlem nám. Kinských 602/2, 150 00 Praha 5, Česká republika; od 1.2.2009 se sídlem Na Hřebenech II 1718/8, 140 23 Praha 4, Česká republika, IČ 25270198, zaps. u Městského soudu v Praze, odd. B, vložka 5696 (dále jen „pojišťovna“).

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

Pojištění 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.

Není-li některý z účastníků pojištění plně způsobilý k právním úkonům, jedná za něj jeho zákonný zástupce, příp. osoba jinak oprávněná ho zastupovat, taková osoba je povinna na vyzvu pojišťovny své oprávnění prokázat.

Článek 1: Uzavření pojistné smlouvy

- Návrh na uzavření smlouvy o životním pojištění (dále jen „návrh“) předkládá pojistník písemně na tiskopise pojišťovny. Pojistník je povinen odpovědět pravdivě a úplné na všechny písemné dotazy pojišťovny týkající se sjednávání 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 1 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. nepojištělná osoba, za kterou se považuje osoba ke dni podání návrhu závislá na alkoholu nebo jiných návykových látkách, a dále osoba ke dni podání návrhu praceschopná nebo požívatel plného nebo částečného invalidního důchodu podle zákona o důchodovém pojištění.
- 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 sjednávání pojištění, má pojišťovna právo od pojistné smlouvy odstoupit, jestliže při pravidelném a úplném zodpovězení dotazů by pojišťovnou smlouva 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 sjednávání pojištění. Odstoupení od pojistné smlouvy se zasílá do sídla pojišťovny.
- Odstoupení od pojistné smlouvy musí být odůvodněno, musí z něj být zřejmé, ze které skutečnosti nebo skutečností odstupující své právo od pojistné smlouvy odstupit 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 nebo 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.
- Pokud se pojistník v návrhu zaváže k placení běžného pojistného formou SIPO nebo SINK, pak začne pojistná ochrana v omezeném rozsahu též v 00 hod. dne následujícího po doručení návrhu do sídla pojišťovny. To platí jen pokud:
 - při placení formou SIPO bylo uvedeno správné spojovací číslo pojistníka, nebo
 - při placení formou SINK bylo přiloženo správně vyplněné potvrzení banky o udělení souhlasu s inkasem pojistného z bankovního účtu pojistníka.
- Pojistná ochrana podle odst. 2 a 3 spočívá v tom, že pojistným nebezpečím je pouze úraz. Pojistnými událostmi jsou podle podmínek základního pojištění:
 - smrt následkem úrazu;
 - dále pak podle podmínek připojištění:
 - plná invalidita následkem úrazu,
 - smrt následkem úrazu,

- trvalé poškození zdraví následkem úrazu,
- utrpění úrazu vyjmenovaného v příložené tabulce bolestného,
- hospitalizace z důvodu léčení poškození zdraví následkem úrazu,
- pracovní neschopnost z důvodu poškození zdraví následkem úrazu, trvající déle než 4 týdny,

a to vždy s příslušnou pojistnou částkou uvedenou v návrhu, nejvýše však 500 000 Kč. Dalším omezením pojistné ochrany je pojistitelnost osoby, která má být pojištěna, jak ji běžně posuzuje pojišťovna při posuzování návrhu. Za nepojištělné osoby, na které se tato pojistná ochrana nevztahuje, pojišťovna považuje zejména nepojištělné 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 poškození zdraví následkem úrazu podle podmínek připojištění úrazu a nemoci je vyšší než 70 %.

- Pojištění podle odst. 2 – 4 se označuje jako prozatímní pojištění a platí pro něj podmínky úrazového připojištění. Po vyplnění návrhu je tento návrh potvrzením o uzavření prozatímního pojištění za podmínky úhrady prvního nebo jednorázového pojistného podle odst. 2 a 3. Prozatímní pojištění končí okamžikem, kdy začíná pojištění, sjednané na základě návrhu. Prozatímní pojištění končí také okamžikem odmítnutí tohoto návrhu pojišťovnou, nebo doručením návrhu pojišťovnou na uzavření smlouvy o životním pojištění pojistníkoví za podmínek odchylných od návrhu pojistníka; doba trvání prozatímního pojištění nemůže nikdy přesáhnout 60 dní. Prozatímní pojištění podle odst. 3 končí též dnem, kdy při placení formou SINK nepostačuje výše prostředků na příslušném bankovním účtu k plnění inkasu pojistného.
- Pojišťovna vyplatí plnění z pojistné události podle odst. 4 jen tehdy, pokud se jedná o plnění z pojištění nebo připojištění zahrnutého v návrhu.
- 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 a 3 nevrátí, toto pojistné se považuje za pojistné zaplacené za prozatímní pojištění.

Článek 3: Druhy pojištění

- Základní pojištění je tvořeno těmito obnosovými pojištěními:
 - pojištění pro případ smrti (dále jen „životní pojistka“) a
 - důchodové pojištění (dále jen „Důchodová pojistka“).
- V jedné pojistné smlouvě lze současně se základním pojištěním sjednat tato obnosová připojištění:
 - připojištění vážných onemocnění Plus,
 - připojištění invalidního důchodu,
 - úrazové připojištění POPULAR Plus,
 - úrazové připojištění GRAND Plus,
 - úrazové připojištění GRAND SUPER Plus,
 - připojištění úrazu a nemoci Plus.
- Nejlepší pojistka SPONSOR Plus je pojištění sjednané s výlukou půjčky a dílčího odkupného (čl. 25 odst. 6) s tím, že pojištěný je současně pojistníkem.
- Nelepší pojistka BANK Plus je pojištění sjednané s právem na poskytnutí půjčky a dílčího odkupného (čl. 25).

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 Plus 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 připojištění invalidního důchodu považuje příznání plného invalidního důchodu podle zákona o důchodovém pojištění během trvání pojištění.
- Za pojistnou událost se v úrazovém připojištění POPULAR Plus považuje:
 - trvalé poškození zdraví pojištěného nebo dítěte pojištěného následkem úrazu během trvání připojištění,
 - utrpění úrazu pojištěného nebo dítěte pojištěného během trvání připojištění, vyjmenovaného v příložené tabulce bolestného,
 - z lékařského hlediska nezbytná hospitalizace pojištěného nebo dítěte pojištěného z důvodu léčení poškození zdraví následkem úrazu během trvání připojištění.
- Za pojistnou událost se v úrazovém připojištění GRAND Plus a GRAND SUPER Plus považuje:
 - smrt pojištěného nebo dítěte pojištěného následkem úrazu během trvání připojištění,
 - trvalé poškození zdraví pojištěného nebo dítěte pojištěného následkem úrazu během trvání připojištění.
- Za pojistnou událost se v připojištění úrazu a nemoci Plus považuje:
 - trvalé poškození zdraví pojištěného nebo dítěte pojištěného následkem úrazu během trvání připojištění,
 - utrpění úrazu pojištěného nebo dítěte pojištěného během trvání připojištění, vyjmenovaného v příložené tabulce bolestného,
 - z lékařského hlediska nezbytná pracovní neschopnost pojištěného nebo dítěte pojištěného z důvodu léčení nemoci nebo poškození zdraví následkem úrazu během trvání připojištění, trvajících déle než 4 týdny.
- Pojistnými nebezpečími jsou v pojištění podle odst. 1 smrt, podle odst. 2 dožití nebo smrt, podle odst. 3 vyjmenované vážné nemoci a operace, podle odst. 4 invalidita, podle odst. 5 a 6 úraz a podle odst. 7 úraz a nemoc.
- Pojistník je povinen bez zbytečného odkladu pojišťovně oznámit, že nastala pojistná událost, podat pravdivě vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a předložit k tomu potřebné doklady. Není-li pojistník současně pojištěným, má tuto povinnost pojištěný; 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 pohledávky z pojištění postoupit nebo zastavit jen se souhlasem pojištěného.

- (7) Uzavírá-li pojištník pojistnou smlouvu ve prospěch obmyšleného, je k uzavření takové pojistné smlouvy třeba souhlasu pojištěného. Souhlas pojištěného se vyžaduje i v případě změny obmyšleného, změny podílů na plnění, bylo-li určeno více obmyšlených.

Článek 6: Společná ustanovení o plnění

- (1) Pojišťovna je povinna po oznámení události, se kterou je spojen požadavek na plnění, bez zbytečného odkladu zahájit šetření nutně ke zjištění rozsahu její povinnosti plnit.
- (2) Plnění je splatné do 15 dnů po skončení šetření podle odst. 1. Šetření je skončeno, jakmile pojišťovna sdělí jeho výsledky oprávněné osobě.
- (3) 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 znemožněno nebo ztíženo z viny oprávněné osoby, pojištníka nebo pojištěného. Šetření neprobíhá po dobu odvolání souhlasu se zpracováním citlivých osobních údajů.
- (4) Pokud byly náklady šetření podle odst. 1, vynaložené pojišťovnou, vyvolány nebo zvýšeny porušením povinností účastníků pojištění, má pojišťovna právo požadovat přiměřenou náhradu na tom, kdo povinnost porušil.
- (5) Náklady spojené s uplatněním nároku na plnění nese ten, kdo nárok uplatňuje.
- (6) Pojišťovna může odmítnout plnění, jestliže:
- příčinou pojistné události byla skutečnost, o které se dozvěděla až po vzniku pojistné události a kterou nemohla zjistit při sjednávání pojištění nebo jeho změně v důsledku úmyslné nebo z nedbalosti nepravdivě 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 nepravdivě nebo hrubě zkrleslé údaje týkající se rozsahu pojistné události nebo podstatné údaje týkající se této události zamříc.
- Pojištění zanikne dnem doručení oznámení o odmítnutí plnění.
- (7) Při nesprávných údajích o datu narození nebo pohlaví pojištěného, které vedly ke sjednání pojištění 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.
- (8) Smrt pojištěného musí být pojišťovně neprodleně oznámena oprávněnou osobou. Pojišťovně 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 vysvědčení o příčině smrti a o počátku a průběhu nemoci, jež vedla ke smrti pojištěného,
 - protokol Policie ČR o šetření, pokud pojistná událost byla předmětem šetření Policie ČR.
- (9) K objasnění povinnosti poskytnout plnění může pojišťovna požadovat další potřebné doklady a informace a sama provést potřebná šetření. Za tímto účelem se může pojišťovna obrátit na lékaře, nemocnice a další zdravotnická zařízení, ve kterých byl nebo je pojištěný léčen či vyšetřován. Pojišťovna má dále právo nechat provést potřebná vyšetření lékařem, kterého tím pověřil. Pokud pojištěný odmítne se podrobit takovému vyšetření anebo pokud pojištěný nebo oprávněná osoba odmítne dát souhlas k poskytnutí potřebných dokladů a informací, pak nárok na plnění nevznikne.
- (10) Pojišťovna je oprávněna snížit plnění až o jednu polovinu, pokud pojištěný zemřel v souvislosti s jedním, jimž jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt, není-li dále stanoveno jinak (čl. 11 odst. 11).
- (11) Pojišťovna může snížit plnění o dlužné poplatky z pojištění a úroky z prodlení.
- (12) Oprávněná osoba může uplatnit právo na výplatu důchodu místo jednorázového plnění (důchodová opce), pokud to není v rozporu s jiným ujednáním v pojistné smlouvě. Důchodovou opcí může uplatnit pojištěný nebo obmyšlený v žádosti o výplatu plnění. Podmínkou důchodové opce je, aby výše pravidelně vypláceného důchodu činila nejméně částku stanovenou pojišťovnou v době podání žádosti o výplatu plnění.
- (13) Plnění je splatné v České republice a v méně České republiky, není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak.

Článek 7: Plnění v Životní pojistce

- (1) Ze Životní pojistiky vyplácí pojišťovna oprávněné osobě plnění ve výši sjednané pojistné částky na základě žádosti v případě smrti pojištěného během trvání pojištění.
- (2) Osoba, které má smrti pojištěného vzniknout právo na plnění, tohoto práva nenabude, pokud způsobila pojištěnému 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, vynětí 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 bezvznamnosti 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.
- (3) Pojišťovna nevyplácí oprávněné osobě plnění pro případ smrti pojištěného:
- při smrti pojištěného následkem sebevraždy v době do tří let trvání pojištění (tato čekací doba se uplatní též v případě zvýšení pojistné částky podle čl. 23 odst. 16 písm. b, avšak pouze v části plnění odpovídající tomuto zvýšení),
 - při smrti pojištěného v přímé nebo nepřímé souvislosti s válečnými událostmi,
 - při smrti pojištěného v přímé nebo nepřímé souvislosti s jeho účastí na vzpouře, povstání, občanských nepokojích nebo na jiné násilné akci, na straně původců nebo podpůrců těchto akcí.
- (4) Pojišťovna nevyplácí oprávněné osobě plnění pro případ smrti pojištěného, není-li ve smlouvě ujednáno jinak, pokud smrt byla způsobena v přímé nebo nepřímé souvislosti:
- s letectvím, s výjimkou cestujících motorových 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 přípravých jízd,
 - s radioaktivním zářením,
 - se sportovní a zábavní činností spojenou s vysokým nebezpečím, jako jsou seksoky s padákem, létání včetně používání rogal nebo balónů, horolezectví, speleologie, potápění (od 15 m), sjíždění divokých vod, pokusy o rekordy,
 - s pobytém 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.

Článek 8: Plnění v Důchodové pojistce

- (1) Z Důchodové pojistiky začne pojišťovna na základě žádosti vyplácet důchod, dožije-li se pojištěný sjednaného konce pojištění. Pro důchod platí pojistné podmínky pro příslušný produkt pojišťovny v době žádosti o výplatu důchodu, k 1.1.2007 to jsou Pojistné podmínky pro pojištění doživotního a garantovaného důchodu; pojišťovna poskytuje tyto druhy pojištění:

- pojištění doživotního důchodu, v němž je důchod vyplácen po dobu života pojištěného,
 - pojištění doživotního důchodu s garantovanou dobou výplaty, v němž je důchod vyplácen po dobu života pojištěného, nejméně však po dobu dohodnutou v pojistné smlouvě,
 - pojištění garantovaného důchodu, v němž je důchod vyplácen po dobu dohodnutou v pojistné smlouvě.
- (2) Důchod se vypočte ze zůstatku prostředků na individuálním účtu. Výše důchodu se stanoví podle pojistné matematických zásad s použitím sazebníku pojišťovny aktuálního v době dožití pojištěného.
- (3) Pokud důchod, který má pojišťovna začít vyplácet, nedosahuje minimální výše stanovené pojišťovnou, vyplácí pojišťovna jednorázové plnění místo důchodu.
- (4) Pojištěnému, který splnil podmínky pro vznik nároku na důchod, vyplácí pojišťovna na jeho žádost jednorázové plnění místo důchodu (kapitálová opce).
- (5) V případě smrti pojištěného během trvání pojištění vyplácí pojišťovna obmyšlenému kapitálovou hodnotu pojištění.

Článek 9: Plnění v připojištění vážných onemocnění Plus

- (1) Za vážné nemoci a operace se považují:
- **infarkt myokardu** – odumření části srdeční svaloviny následkem akutního uzávěru 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 omezené funkci levé srdeční komory. Vyloučeny jsou tzv. němé infarkty myokardu, u kterých nejsou zmíněné typické příznaky 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 omezeními anginzními příznaky odstraněno zúžení nebo uzávěr dvou nebo více koronárních tepen, pomocí by-passových implantátů. Pokud je onemocněním 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 nekontrolovaným invazivním růstem a s tendencí k tvorbě metastáz. Vyloučeny jsou všechny nezhoubné nádory, neinvazivní časná stadia 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. Zahnutry jsou leukémie a všechny zhoubné nádory mizního 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 uzávěru či ruptury mozkových tepen nebo embolií z jiných tělesných orgánů. CMP musí vést k náhlému výskytu trvalých neurologických zánikových jevů. Trvalé neurologické postižení 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 započatí dialyzační léčby nebo po provedení transplantace ledvin;
 - **transplantace orgánů**: srdce, plic, jater, slinivky, jedné ledviny nebo kostní dřeně u pojištěného 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 pojištěný 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 snímkovacími vyšetřovacími technikami (CT), typickým nálezem v mozkomíšním 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 anomálními 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 povolání. Nárok na plnění vzniká po potvrzení diagnózy neurologem;
 - **klíšťová encefalitida** – zánět mozku a mozkových vláknin 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 klíštěte, doložením čerstvé nákyzy přítomnosti protilátek (IgM) a léčbou klíšťové encefalidity 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;
 - **slepoty** – 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. Slepoty musí být doložena oftalmologickým nálezem. Nárok na plnění vzniká po potvrzení diagnózy oftalmologem;
 - **hluchota** – úplná a nenávratná ztráta sluchu, trávající nejméně 6 měsíců. Nárok na plnění vzniká po potvrzení diagnózy otorinolaryngologem;
 - **ztráta hlasu** – úplná a nenávratná ztráta hlasu, trávající nejméně 12 měsíců bez přerušení. Nárok na plnění vzniká po potvrzení diagnózy odborným lékařem;
 - **operace srdeční chlopně** – pokud je pojištěnému 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 arterie). Nárok na plnění je po provedení operace;
 - **nákaza HIV při pracovní činnosti** – nákaza HIV při běžném výkonu povolání, např. pichnutím o jehlu, říznutím nebo jiným intenzivním kontaktem s prokazatelně HIV pozí-

ktivním materiálem. Zároveň musí být splněny následující podmínky: Pojištěný 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 plné odpovědnosti za transfúzi výrobcem krevního derivátu, nemocnicí nebo institucí, kde byla transfúze provedena; dále podmínkou je, že k transfúzi došlo na území států Evropské unie, USA a Kanady.

Nákaza HIV bude považována za vážnou nemoc jen po dobu, kdy nebude možno získat sjeďnané pojištěné částky, dojde-li u pojištěného k vážné nemoci nebo operaci podle odst. 1. Pokud pojištěný po podání žádosti o výplatu plnění zemře, stává se plnění součástí dědictví.

- (2) Z připojištění vážných onemocnění Plus vyplátí pojištovna pojištěnému plnění ve výši sjeďnané pojištěné částky, dojde-li u pojištěného k vážné nemoci nebo operaci podle odst. 1. Pokud pojištěný po podání žádosti o výplatu plnění zemře, stává se plnění součástí dědictví.
- (3) Nárok na plnění z připojištění vážných onemocnění Plus nevzniká u pojistných událostí, ke kterým dojde do 6 měsíců od počátku připojištění (čekací doba). Čekací doba se uplatní v případě zvýšení pojištěné částky podle čl. 23 odst. 16 písm. b, avšak pouze v části plnění odpovídající tomuto zvýšení.
- (4) Vznikne-li nárok na plnění z připojištění vážných onemocnění Plus podle odst. 2, nemůže již vzniknout další nárok na plnění z tohoto připojištění. Výplatu tohoto plnění připojištění zaniká.
- (5) Ustanovení odst. 4 se nevztahuje na dítě pojištěného, dojde-li k vážné nemoci nebo operaci dítěte před případným vznikem vážné nemoci nebo operace pojištěného. Připojištění zahrnuje děti od 6 týdnů jejich věku do dosažení věku 18 let. Plnění se vyplácí na 1 dítě jen jednou, a to ve výši 1 třetiny pojištěné částky z připojištění pojištěného, nejvýše však 150 000 Kč. Výplatu plnění končí zahrnutí příslušného dítěte do celého pojištění. Při zániku připojištění zaniká i zahrnutí dětí do tohoto připojištění.
- (6) Vážná nemoc nebo operace musí být pojištovně neprodleně oznámena a doložena lékařskými nálezy. V oznámení se uvedou okolnosti vážné nemoci nebo operace a adresy zdravotnických zařízení, v nichž byl pojištěný nebo dítě pojištěného ošetřeno. V případě hospitalizace musí být dále pojištovně předloženo doklad vystavený nemocnicí, v níž byl pojištěný hospitalizován, obsahující jméno a příjmení pojištěného nebo dítěte pojištěného, jeho datum narození, diagnózu, den přijetí do nemocnice a den propuštění z nemocnice.

Článek 10: Plnění v připojištění invalidního důchodu

- (1) Z připojištění invalidního důchodu začne pojištovna na základě žádosti vyplácet invalidní důchod, pokud se pojištěný stal, nejdříve po 2 letech trvání pojištění, plně invalidním podle zákona o důchodovém pojištění. Čekací doba se neuplatní, pokud se pojištěný stal plně invalidním následkem úrazu. Nárok na invalidní důchod trvá po dobu života a trvání plně invalidity pojištěného podle zákona o důchodovém pojištění, nejdéle však do konce pojištění. Čekací doba podle věty 1 se uplatní též v případě zvýšení pojištěné částky podle čl. 23 odst. 16 písm. b, avšak pouze v části plnění odpovídající tomuto zvýšení.
- (2) Měsíční výše invalidního důchodu činí 1 % pojištěné částky.
- (3) Důchod vyplácí pojištovna v dohodnutých obdobích, a to vždy k prvnímu dni období. První invalidní důchod je splatný prvního dne měsíce následujícího po měsíci, v němž došlo k pojištěné události.
- (4) Pojištěný je na žádost pojištovny povinen se podrobit přezkoumání plně invalidity u lékaře určeného pojištovnou, a to do 1 měsíce od obdržení výzvy. Pokud se pojištěný bez závažného důvodu nepodrobí tomuto přezkoumání invalidity, ztratí tím právo na další výplatu invalidního důchodu.

Článek 11: Společná ustanovení o plnění v připojištěných úrazech a nemoci

- (1) Úrazem se rozumí neočekávané a náhle 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 jakéhokoli druhu, zhoršení nemoci následkem úrazu; to však neplatí pro nákazu tetanem nebo vzteklinou při úraze,
 - infarkt myokardu a cévní mozková příhoda, a to i když se dostaví následkem úrazu.
- (3) Nemoc se rozumí porucha zdraví objektivně doložitelná lékařským vyšetřením, ke které došlo během trvání pojištění a kterou byla pojištěnému způsobena pracovní neschopnost. Za nemoc se nepovažuje těhotenství, a to ani rizikové. Nárok na plnění nevzniká u nemocí, ke kterým dojde do 3 měsíců od počátku připojištění. V případě psychoterapie, zubních a ortopedických náhrad činí čekací doba 9 měsíců od počátku připojištění. Čekací doba se neuplatní, pokud se pojištěný stal práceneschopným následkem úrazu v době trvání připojištění.
- (4) Pracovní neschopnosti se rozumí neschopnost pojištěného vykonávat v důsledku úrazu nebo nemoci dosavadní výdělečnou činnost, nebo jinou výdělečnou činnost, odpovídající vzdělání, zkušenostem nebo schopnostem pojištěného. Neplní-li pojištěný prokazatelně výdělečnou činnost nejméně 3 měsíce před vznikem nemoci nebo úrazu, nemá nárok na plnění; to neplatí, pokud je pojištěný léčen v nemocnici (po dobu tohoto léčení). Nárok na plnění pojištěný nemá, pokud v době pracovní neschopnosti vykonává – byť jen v omezené míře – výdělečnou, řídicí nebo kontrolní činnost.
- (5) Pojištěný je povinen oznámit pojištovně pracovní neschopnost nejpozději 4 týdny po jejím vzniku, jinak nárok na plnění vznikne až dnem doručení oznámení pracovní neschopnosti pojištovně – ledaže pojištěný svou povinnost nemohl z vážných důvodů splnit. Oznámení se podává na tiskopise pojištovny, který vyplňuje pojištěný a ošetřující lékař. Přílohou oznámení je vždy lékařská zpráva. Případné poplatky či jiné úhrady za vystavení oznámení pracovní neschopnosti, lékařské zprávy (a nálezy) hradí pojištěný.
- (6) Pojištěný je povinen ihned oznámit pojištovně skončení pracovní neschopnosti. Na žádost pojištovny je pojištěný povinen kdykoliv prokázat trvání pracovní neschopnosti a předložit lékařské zprávy (a nálezy) o průběhu léčby, případně je povinen se podrobit přezkoumání pracovní neschopnosti u lékaře určeného pojištovnou; v případě porušení těchto povinností nárok na plnění zanikne. Nestanoví-li pojištovna jinak, je pojištěný povinen oznamovat a dokladovat pracovní neschopnost vždy nejdéle po 2 týdnech jejího trvání. Po uplynutí 3 měsíců pracovní neschopnosti ve smyslu předpisů sociálního zabezpečení posuzuje pracovní neschopnost lékař určený pojištovnou a o uznání pracovní neschopnosti pojištěného rozhoduje pojištovna.
- (7) Bude-li doba trvání pracovní neschopnosti neúměrně delší než průměrná doba léčby takové nemoci nebo takového úrazu a toto prodloužení pracovní neschopnosti nebude v lékařské dokumentaci podle názoru pojištovny dostatečně zdůvodněno, určí výši plnění pojištovna na základě posouzení lékaře pojištovny.
- (8) Nastane-li úraz nebo nemoc, 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 nebo nemoci,
 - oznámit pojištovně adresu zdravotnického zařízení, v němž byl ošetřen; v případě úrazu také místo, čas a okolnosti úrazu.
- (9) Pokud vědomé porušení povinností uvedených v odst. 8 mělo podstatný vliv na zvětšení rozsahu následků úrazu nebo nemoci a povinnosti pojištovny plnit, je pojištovna

oprávněna snížit plnění podle toho, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah její povinnosti plnit.

- (10) Pojištovna má právo odmítnout poskytnutí plnění, došlo-li k úrazu nebo nemoci pojištěného v souvislosti s jednáním, pro které byl uznán vinným úmyslným trestným činem, nebo kterým si úmyslně poškodil zdraví. Stejně je tomu i v případech, kdy nedošlo k prodělanému 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, vyměti 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.
- (11) Pojištovna 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 okolností, za kterých k úrazu došlo, to odůvodňují; měl-li však takový úraz za následek smrt pojištěného, sníží pojištovna plnění jen tehdy, jestliže k tomuto úrazu došlo v souvislosti s jednáním pojištěného, jímž jinému 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 měl lékařem nebo výrobcem léku upozorněn, že v době aplikace těchto léků nelze vykonávat činnost, v jejímž důsledku došlo k úrazu.
- (12) Úraz musí být pojištovně neprodleně oznámen. V oznámení se uvede místo, čas a okolnosti úrazu a adresa zdravotnického zařízení, v němž byl pojištěný nebo dítě pojištěného ošetřeno. V případě léčení poškození zdraví v nemocnici musí být pojištovně předloženo doklad vystavený nemocnicí, v níž byl pojištěný nebo dítě pojištěného hospitalizováno, obsahující jméno a příjmení pojištěného (dítěte pojištěného), jde-li o hospitalizaci dítěte pojištěného), jeho datum narození, diagnózu, den přijetí do nemocnice a den propuštění z nemocnice.
- (13) Pojištěný nebo dítě pojištěného jsou na žádost pojištovny povinni se podrobit dodatečným vyšetřením u lékaře určeného pojištovnou, a to do 1 měsíce od obdržení výzvy. Pokud se pojištěný nebo dítě pojištěného bez závažného důvodu nepodrobí tomuto přezkoumání úrazu nebo pracovní neschopnosti, ztratí tím právo na výplatu plnění.

Článek 12: Plnění v úrazovém připojištění POPULAR Plus

- (1) Při trvalém poškození zdraví následkem úrazu vyplátí pojištovna 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 trvale poškození zdraví. Plnění vypočte pojištovna procentem ze sjeďnané pojištěné částky podle ustanovení odst. 2 – 5.
- (2) Stupeň trvalého poškození zdraví při úplné ztrátě orgánů nebo jejich funkce činí:

	Trvalé poškození zdraví následkem 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	25 %
10	Ztráta nohy od kolena výše	60 %
11	Ztráta nohy pod kolémem	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 pojištovnou.
- (4) Nelze-li stanovit stupeň trvalého poškození zdraví podle odst. 2, stanoví ho lékař určený pojištovnou s ohledem na míru funkčnosti poškozeného orgánu.
- (5) V případě, že následkem 1 úrazu dojde k trvalému poškození zdraví u více orgánů, jednotlivá procenta se počítají. Celkové plnění přitom nesmí převyšovat 100 % pojištěné částky. Takto stanovené plnění se sníží o bolestné následkem téhož úrazu.
- (6) Při léčení úrazu, vjmenovaného v tabulce (viz příloha k pojistným podmínkám), vyplátí pojištovna na základě žádosti jednorázové plnění („bolestné“). Bolestné vypočte pojištovna procentem z pojištěné částky, a to podle odst. 7. Za úrazy neuvedené v příložené tabulce pojištovna bolestné neposkytuje.
- (7) V případě, že při 1 pojištěné události dojde k několika druhům úrazů uvedených v tabulce v příloze, poskytuje pojištovna bolestné pouze k 1 z nich; přitom použije vyšší procento. Pokud je v 1 poloze uvedeno několik částí těla, nebo pokud jde o vícečetný úraz 1 orgánu, poskytuje pojištovna jen 1 bolestné s uvedeným procentem.
- (8) Nárok na bolestné je osobním nárokem pojištěného a smrti pojištěného zaniká.
- (9) Při léčení poškození zdraví následkem úrazu v nemocnici během trvání pojištění, nejdéle však po dobu 365 dní v průběhu dvou let ode dne úrazu, poskytne pojištovna na základě žádosti plnění ve formě denní dávky (dále jen „úrazové nemocenské“) za každý den léčby. Za dny léčby v nemocnici se považují dny, kdy pojištěný byl hospitalizován ve 24:00 hod. Za nemocnice 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.
- (10) Úrazové nemocenské podle odst. 9 činí jednu tisícinu pojištěné částky.
- (11) Celkové plnění, náležející pojištěnému z úrazového připojištění POPULAR Plus za celou dobu trvání připojištění, je omezeno výší pojištěné částky. Dosáhne-li celkové plnění výše 100 % pojištěné částky, úrazové připojištění POPULAR Plus zaniká.
- (12) Úrazové připojištění POPULAR Plus zahrnuje děti pojištěného od 6 týdnů jejich věku do dosažení věku 18 let. Plnění u dětí se řídí ustanoveními odst. 1 – 11 s tím, že pojištěná částka činí 1 třetinu pojištěné částky z připojištění pojištěného, nejvýše však 150 000 Kč. Výplatu plnění za dítě pojištěného v této nejvyšší možné výši zaniká zahrnutí příslušného dítěte pojištěného do připojištění. Při zániku úrazového připojištění POPULAR Plus zaniká i zahrnutí dětí do tohoto připojištění.

Článek 13: Plnění v úrazovém připojištění GRAND Plus a GRAND SUPER Plus

- (1) Při smrti úrazem vyplátí pojištovna obmyšlenému plnění ve výši sjeďnané pojištěné částky na základě žádosti, jestliže ke smrti následkem úrazu dojde do 90 dnů ode dne úrazu pojištěného.

- Při trvalém poškození zdraví vyplátí 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 trvale poškození zdraví v rozsahu nejméně 50 %. Jednorázové plnění vypočte pojišťovna podle ustanovení článku 12 odst. 2 – 5 a pokud toto procento činí nejméně 50 %, pak pojišťovna vyplátí 100 % pojistné částky.
- V případě vzniku nároku na jednorázové plnění podle odst. 2 začne pojišťovna v úrazovém připojištění GRAND SUPER Plus vyplácet doživotní úrazový důchod ve výši 1 % pojistné částky měsíčně a pojištění zanikne.
- Úrazový důchod pojišťovna vyplácí za kalendářní měsíce následující po dni úrazu, vždy do 10. dne měsíce. Výplata důchodu končí v měsíci smrti poživatelce úrazového důchodu nebo v měsíci, kdy pojišťovna oznámila poživateli úrazového důchodu, že na základě nového ocenění trvalého poškození zdraví následkem úrazu pokleslo procento trvalého poškození zdraví pod 50 %.
- Výše úrazového důchodu podle předchozího odstavce se vždy po každém jednom roce jeho výplaty zvyšuje o 4 %.
- Připojištění zahrnuje děti pojištěného od 3 let jejich věku do dosažení věku 18 let. Plnění u dětí se řídí ustanoveními odst. 1 – 5 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.
- 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 14: Plnění v připojištění úrazu a nemoci Plus

- Na připojištění úrazu a nemoci Plus se vztahují ustanovení čl. 12 odst. 1 – 8 s tím, že 3. věta v odst. 5 zní: „Taktó stanovené plnění se sníží o bolestné a nemocenské následkem téhož úrazu.“
- Při pracovní neschopnosti následkem nemoci nebo úrazu během trvání pojištění, nejdéle však po dobu 365 dní v průběhu 2 let ode dne úrazu nebo vzniku nemoci, poskytne pojišťovna na základě žádosti plnění ve formě denní dávky (dále jen „nemocenské“) za 29. a každý další den léčení. Za dny léčení v nemocnici se považují dny, kdy pojištěný byl hospitalizován ve 24:00 hod. Za nemocence se nepovažují lázeňské léčebny, rehabilitační centra, sanatoria, léčebny pro dlouhodobě nemocné, léčebny tuberkulózy a respiračních onemocnění, léčebny alkoholismu a toxikománie a další odborné léčebné ústavy, ústavy sociální péče a ošetrovny vojenských útvarů.
- Nemocenské podle odst. 2 činí 1 tisícinu pojistné částky denně.
- Celkové plnění, náležející pojištěnému z připojištění úrazu a nemoci Plus za celou dobu trvání připojištění, je omezeno výší pojistné částky. Dosažne-li celkové plnění výše 100 % pojistné částky, zaniká nejen připojištění úrazu a nemoci Plus, ale i úrazové připojištění POPULAR Plus, úrazové připojištění GRAND Plus a úrazové připojištění GRAND SUPER Plus, pokud bylo sjednáno.
- Připojištění úrazu a nemoci Plus zahrnuje děti pojištěného od 6 týdnů jejich věku do dosažení věku 18 let. Plnění u dětí se řídí ustanoveními odst. 1 – 4 s tím, že pojistná částka činí 1 třetinu pojistné částky v připojištění pojištěného, nejvýše však 150 000 Kč. Výplata plnění za dítě pojištěného v této nejvyšší možné výši zaniká zahrnutím příslušného dítěte pojištěného do připojištění. Při zániku připojištění úrazu a nemoci Plus zaniká i zahrnutí dětí do tohoto připojištění.

Článek 15: Zproštění od placení pojistného

- Pojistník je zproštěn od placení běžného pojistného při pracovní neschopnosti pojištěného na základě žádosti, a to po dobu pracovní neschopnosti pojištěného následkem úrazu nebo nemoci během trvání pojištění; to neplatí pro první 3 měsíce po vzniku této pracovní neschopnosti. Nárok na zproštění od placení pojistného nevznikne, pokud k pracovní neschopnosti dojde v době přerušení placení pojistného (čl. 20), nebo pokud ke dni oznámení pracovní neschopnosti není plně uhrazeno dosavadní splatné pojistné.
- Pracovní neschopnosti se rozumí neschopnost pojištěného vykonávat v důsledku úrazu nebo nemoci dosavadní výdělečnou činnost, nebo jinou výdělečnou činnost, odpovídající vzdělání, zkušenostem nebo schopnostem pojištěného.
- Za pracovní neschopnost pro účely zproštění od placení pojistného se považuje také:
 - ztráta zraku obou očí,
 - ztráta obou rukou v zápěstí nebo výše,
 - ztráta obou nohou v kotníku nebo výše.
- Pracovní neschopnost pro účely sociálního zabezpečení se považuje za pracovní neschopnost pro účely zproštění od placení pojistného po dobu prvních 3 měsíců po vzniku této pracovní neschopnosti. Po uplynutí 3 měsíců pracovní neschopnosti ve smyslu předpisů sociálního zabezpečení posuzuje pracovní neschopnost pro účely zproštění od placení pojistného lékař určený pojišťovnou a o uznání pracovní neschopnosti rozhoduje pojišťovna.
- Pojištěný je povinen oznámit pojišťovně pracovní neschopnost pro účely zproštění od placení pojistného nejpozději 3 měsíce po jejím vzniku, jinak nárok na zproštění od placení pojistného zanikne až dnem oznámení pracovní neschopnosti – ledaže pojištěný svou povinnost nemohl z vážných důvodů splnit. Oznámení se podává na tiskopise pojišťovny, který vyplňuje pojištěný a ošetřující lékař. Přílohou oznámení je vždy lékařská zpráva. Případné poplatky či jiné úhrady za vystavení oznámení pracovní neschopnosti, lékařské zprávy (a nálezy) hraďe pojištěný.
- Zproštění od placení pojistného počíná ode dne nejbližší splatnosti pojistného od uznání pracovní neschopnosti pojišťovnou. Pojištěný je povinen ihned oznámit pojišťovně skončení pracovní neschopnosti.
- Nestanoví-li pojišťovna jinak, je pojištěný povinen po vzniku nároku na zproštění od placení pojistného oznamovat a dokládat pracovní neschopnost vždy nejdéle po 2 týdnech jejího trvání. Na žádost pojišťovny je pojištěný povinen kdykoliv prokázat trvání pracovní neschopnosti a předložit lékařské zprávy (a nálezy) o průběhu léčby, případně je povinen se podrobit přezkoumání pracovní neschopnosti u lékaře určeného pojišťovnou; v případě porušení těchto povinností nárok na zproštění od placení pojistného zanikne.
- Zproštění od placení pojistného končí vždy nejpozději jeden den před výročním dnem počátku pojištění v roce, ve kterém se pojištěný dožije věku 65 let.
- Právo na zproštění od placení pojistného není, pokud:
 - pracovní neschopnost byla způsobena nebo zvýšena v přímé nebo nepřímé souvislosti s událostmi uvedenými v čl. 16,
 - pojištěný je nakažen virem lidského selhání imunity (HIV), a to i v případě, že nákaza nezpůsobila nemoc AIDS (syndrom získaného selhání imunity).
- Zproštění od placení pojistného se nevztahuje na mimořádné pojistné.

Článek 16: Výluky v připojištění

- 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 jejím potrestáním soudem nedošlo pro nepřipustnost trestního stíhání z důvodu udělení milosti či vyhlášení amnestie prezidentem republiky, promlčení trestního stíhání, vynětí této osoby z pravomoci 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

- smlovy, kterou je Česká republika vázána; pro zastavení trestního stíhání z důvodu nepřítomnosti, nebo z důvodu bezvýznamnosti trestu, který by mohl být uložen, zhledem 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,
- s řízením motorového vozidla pojištěným bez odpovídajícího řídičského oprávnění,
 - s jízdou odcizeným motorovým vozidlem,
 - s pokusem o sebevraždu, jakož i s úmyslným poškozením vlastního zdraví včetně úmyslného nevyhledání zdravotní péče nebo úmyslného nebadání 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 účastí na závoděch v motorových vozidlech, letadlech a plavidlech všeho druhu, včetně přípravných jízd,
 - s účastí na krajských, celostátních a mezinárodních závoděch v běhu na lyžích, ve skocích na lyžích, ve slalomu, na bobech, skibobech, saních, skeletoch 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 jezdeckví včetně oficiálních přípravných jízd,
 - se sportovní a zábavní činností spojenou s vysokým nebezpečím, jako jsou saskyky z letadel (parashutismus), létání včetně používání rogal nebo horkovzdušných balónů, bungee jumping, horolezectví, speleologie, potápění (od 15 m), sjíždění divokých vod, pokusy o rekordy,
 - 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.

Článek 17: Změna činnosti pojištěného (změna pojistného rizika)

- Je-li součástí pojistné smlouvy zproštění od placení pojistného nebo připojištění, je pojištěný povinen bezodkladně oznámit pojišťovně každou změnu druhu zaměstnání, sportovní, zábavní a jiné činnosti (dále jen „činnost“) uvedenou v návrhu na uzavření pojistné smlouvy nebo později pojišťovně sdělené.
- 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.
- Pokud ze změny činnosti pojištěného vyplývá placení vyššího pojistného podle sazebníku pojistného platného v době uzavření pojistné smlouvy nebo jiná skutečnost, která by pojišťovnu vedla k uzavření pojistné smlouvy za jiných podmínek, vzniká pojištěnému právo do 1 měsíce ode dne, kdy se o změně činnosti dozvěděla, navrhnut změnu pojistné smlouvy ode dne, kdy ke změně činnosti došlo. Pojistník je povinen se k tomu návrhu vyjádřit do 1 měsíce ode dne jeho doručení, nebylo-li dohodnuto jinak.
- Nesouhlasí-li pojistník se změnou pojistné smlouvy nebo nevysvětlí-li se k této změně ve lhůtě podle předchozího odstavce, má pojišťovna právo pojistnou smlouvu nebo připojištění vypovědět, a to ve lhůtě 2 měsíců ode dne, kdy obdržela nesouhlas pojištníka se změnou pojistné smlouvy, nebo ode dne, kdy uplynula lhůta pro vyjádření pojistníka podle předchozího odstavce. V takovém případě pojistná smlouva nebo připojištění zanikne uplynutím 8 dnů ode dne doručení výpovědi pojistníkem.
- 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 pojistná smlouva nebo připojištění zanikne uplynutím 8 dnů ode dne doručení výpovědi pojistníkem.
- Jestliže pojišťovna pojistnou smlouvu nebo připojištění ve stanovené lhůtě nevyověděla a ani nepředložila návrh na její změnu, nemůže se dodatečně dovolávat důsledků zvýšení pojistného rizika, není-li dále stanoveno jinak (odst. 8 až 10).
- Pokud ze změny činnosti pojištěného vyplývá placení vyššího pojistného podle sazebníku pojistného platného v době uzavření pojistné smlouvy, poskytne pojišťovna plnou pojistnou ochranu bez zvýšení pojistného po dobu 3 měsíců ode dne změny činnosti, není-li dříve dohodnuta změna pojistné smlouvy.
- 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 pojištění, sníží 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.
- 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 pojištění, je pojišťovna oprávněna odmítnout nárok na zproštění od placení pojistného. Pojištění bez náhrady zanikne dnem doručení oznámení o odmítnutí zproštění.
- 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 18: Pojistné

- Pojistné je úplatou za pojištění. Výše pojistného se určuje podle sazeb pro jednotlivé druhy pojištění a připojištění a je uvedena v pojistné smlouvě.
- Pojistné se platí buď najednou na celou dobu pojištění (jednorázové pojistné), nebo za dohodnutá pojistná období (běžné pojistné).
- Pojistné je stanoveno na základě pojistné matematických metod tak, aby bylo dostatečné a umožňovalo pojišťovně trvalou splnitelnost všech jejích závazků vůči účastníkům pojištění i úhradu nákladů spojených s provozováním pojišťovací činnosti.
- 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 Důchodové pojišťky) je započtena technická úroková míra.
- Výše pojistného se určuje v závislosti na vstupním věku a pohlaví pojištěného, na sjednané pojistné době, na výši sjednané pojistné částky a na frekvenci placení pojistného.
- Vstupní věk pojištěného se stanoví rozdílem kalendářního roku počátku pojištění a roku narození pojištěného.
- Běžné pojistné je splatné prvního dne pojistného období a jednorázové pojistné dnem počátku pojištění.
- Pokud pojistné nebylo zaplaceno včas nebo je sjednané výši, má pojišťovna právo na úrok z prodlení. Výši úroku z prodlení určuje platný právní předpis.
- Pojištění zaniká dnem následujícím po marném uplynutím lhůty stanovené pojišťovnou v upomínce k zaplacení pojistného nebo jeho části, doručené pojistníkem; nestanoví-li

- zákona nebo pojistná smlouva jinak. Lhůta nesmí být kratší než 1 měsíc a upozornění musí obsahovat upozornění na zánik pojištění v případě nezaplacení dlužného pojistného.
- (10) Pokud pojistné za další pojistné období nebylo zaplacen a pojištění by tak mělo být z tohoto důvodu přerušeno, změně 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. 22 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 1 000 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 zaplacené 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 nevadí v případě platby prvního mimořádného pojistného současně s prvním běžným pojistným.
 - (16) Je-li zaplacen 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 1 i více smluv vztahujících se na 1 pojištěného mělo v kalendářním roce přesáhnout částku 1 mil. Kč, je zaplacení mimořádného pojistného, kterým by mělo dojít k překročení této částky, podmíněno předchozím souhlasem pojišťovny.
 - (18) Pojistník může mimořádné pojistné platit též jako běžné pojistné. Výši tohoto mimořádného pojistného stanoví pojistník; minimální výše tohoto mimořádného pojistného není stanovena. Na tiskopise návrhu je toto pojistné označeno jako „další běžné pojistné (spoření)“. Na potvrzení o uzavření pojistné smlouvy je toto další běžné pojistné zahrnuto v pojistném za základní pojištění. Při běžném placení mimořádného pojistného se specifický symbol 333 nevadí. Na toto mimořádné pojistné se nevztahuje zproštění od placení pojistného (čl. 15).
 - (19) Zaměstnavatel může svému zaměstnanci – pojistníkovi poskytovat příspěvek na pojistné (dále jen „příspěvek zaměstnavatele“). Příspěvek zaměstnavatele je součástí pojistného placeného pojistníkem.
 - (20) Nezaplátí-li zaměstnavatel splatný příspěvek zaměstnavatele, je pojištěným zaměstnanec povinen uhradit celé pojistné. Nezaplacení splatného příspěvku zaměstnavatele má stejné důsledky jako neplacení pojistného pojistníkem ve sjednané výši. Požadá-li pojištěný zaměstnanec při ukončení placení příspěvku zaměstnavatele o snížení pojistného o tento příspěvek, vyhoví pojišťovna této žádosti, pokud výše pojistného neklesne pod 2 400 Kč ročně; při měsíčním placení činí minimální pojistné 400 Kč měsíčně.

Článek 19: Sleva 5 % z běžného pojistného

- (1) Pojišťovna poskytuje slevu 5 % z běžného pojistného po celou dobu placení běžného pojistného formou SIPO (sružené inkaso plateb obyvательства) nebo SINK (svolení k inkasu, souhlas s inkasem pojistného pojišťovnou z bankovního účtu pojistníka).
- (2) Nárok na slevu 5 % trvá jen po dobu skutečného a včasného provádění plateb formou SIPO nebo SINK. Za včasné placení se považuje připsání pojistného k účtu pojišťovny nejpozději poslední pracovní den v měsíci, v němž nastala jeho splatnost. Neplatí pro pojistné nebo pojistná, jejichž splatnost nastane v prvních 3 měsících trvání pojištění.
- (3) První platbu pojistného po lhůtě uvedené v odst. 2 ztrácí pojistník nárok na slevu 5 % a je povinen platit pojistné v plné výši, přičemž již toto pojistné se považuje za neuhrazené v plné výši. Obdobně se postupuje tehdy, pokud výše prostředků na příslušném účtu nepostačuje k inkasu pojistného.
- (4) Sleva 5 % se nevztahuje na mimořádné pojistné.

Článek 20: 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 měsících, 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 přerušeni.
- (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 21: Přerušeni pojištění pro neplacení pojistného

- (1) Pokud pojistné nebylo zaplacen do 6 měsíců ode dne jeho splatnosti, pojištění se uplynutím této lhůty přerušuje, 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 22: Individuální účet

- (1) Ke dni počátku pojištění zřizuje pojišťovna k pojistné smlouvě individuální účet. Na individuální účet pojišťovna připsuje přijaté pojistné.
- (2) Z individuálního účtu pojišťovna odepisuje:
 - pojistné za Životní pojistku ve výši 90 % sjednaného pojistného za základní pojištění ke dni jeho splatnosti (bez mimořádného pojistného),
 - pojistné za sjednaná připojištění ke dni jeho splatnosti,
 - dílčí odkupné,
 - poplatky za přepracování pojistné smlouvy, za přerušeni placení 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 zaslá pojistníkovi 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 23: Výpověď a změny pojištění

- (1) Pojišťovna nebo pojistník mohou vypovědět pojištění do 2 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 1 roce trvání pojištění a při zániku pojištění za běžné pojistné výpovědi po 2 letech trvání pojištění vyplatí pojišťovna odkupné. Výplatu odkupného pojištění zaniká.
- (5) Odkupné u Důchodové pojistiky činí 98 % kapitálové hodnoty pojištění (čl. 22 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 plnyoucích 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 3 měsíců ode dne zániku pojištění.
- (9) Právo na výplatu odkupného není u Životní pojistiky za běžné pojistné a u všech připojištění za běžné pojistné.
- (10) Pojistník se souhlasem pojištěného nebo pojišťovna mohou vypovědět připojištění s běžným pojistným ke konci pojistného období. Výpověď musí být doručena alespoň 6 týdnů před uplynutím pojistného období, jinak je neplatná.
- (11) Pojistník se souhlasem pojištěného nebo pojišťovna mohou vypovědět připojištění do 3 měsíců ode dne doručení oznámení vzniku pojistné události. Ndem doručení výpovědi počíná běžet výpovědní lhůta 1 měsíce, jejímž uplynutím připojištění zaniká.
- (12) Při zániku základního pojištění zanikají současně všechna připojištění. Při zániku invalidního připojištění zaniká současně i připojištění úrazu a nemoci.
- (13) Pokud se vypoví připojištění za jednorázové pojistné, náleží pojistníkovi za toto připojištění odkupné.
- (14) Pojistník, kterému vznikl nárok na odkupné a který nechtěl pokračovat v placení běžného pojistného, může požádat o zkrácení doby pojištění (redukcí pojistné doby).
- (15) Při redukcí 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 (nejdříve však po 2 letech trvání pojištění); pojišťovna žádosti vyhoví a sdělí pojistníkovi 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 při přezkoumání zdravotního stavu a činnosti pojištěného nevyjdou najevo skutečnosti, které by zvýšení pojistných částek bránily;
 - c) požádat o zvýšení nebo snížení běžně placeného mimořádného pojistného (čl. 18 odst. 18); pojišťovna žádosti vyhoví.
- (17) Žádost podle odst. 16 je nutno doručit pojišťovně nejméně 1 měsíc před výročním dnem trvání pojištění, k němuž má dojít ke změně pojištění.
- (18) Zemře-li nebo zanikne-li bez právního nástupce pojistník odlišný od pojištěného, do pojištění namísto pojistníka vstupuje pojištěný.

Článek 24: Konec pojištění

- (1) Za konec pojištění se považuje 1 den před výročním dnem počátku pojištění v kalendářním roce, v němž se má pojištění 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 25: Půjčka a dílčí odkupné

- (1) U Nejlepší pojistiky BANK poskytne pojišťovna pojistníkovi na základě jeho žádosti zúčtovatelnou půjčku až do výše odkupného, na které by měl nárok v případě výpovědi pojištění.
- (2) Nastane-li pojistná událost, odečte se neumořena část půjčky včetně úroků od plnění.
- (3) U Nejlepší pojistiky 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 6 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 1 měsíc před tímto dnem. Žádosti o změnu pojištění na Nejlepší pojistku SPONSOR nelze vyhovět v posledních 5 letech trvání pojištění.

Článek 26: Ochrana proti inflaci

- (1) Ochrana proti inflaci je automatické zvyšování pojistných částek a pojistného ke dni výročí počátku pojištění. Ochranu proti inflaci lze sjednat v pojištění za běžné pojistné. Ochrana proti inflaci se neprovádí poslední rok trvání pojištění.
- (2) Ochrana proti inflaci se provádí podle indexu spotřebitelských cen vyhlášeného Českým statistickým úřadem. Index zvýšení pojistné částky stanoví pojišťovna. Pokud je roční růst spotřebitelských cen menší než 4 %, použije se index 1,04. Ze zvýšení pojistné částky pojišťovna vypočte zvýšení pojistného podle pojistné technických zásad. U běžně placeného mimořádného pojistného se pojistné přímo vynásobí indexem.
- (3) Pojistník obdrží sdělení o nové výši pojistného a pojistných částek nejméně 1 měsíc přede dnem výročí počátku pojištění. Pokud pojišťovna přede dnem výročí počátku pojištění obdrží žádost pojistníka o ponechání dosavadní výše pojistné částky, vyhoví této žádosti. Odmítne-li pojistník ochranu proti inflaci v jednom roce, ztrácí tím nárok na ochranu proti inflaci v dalších letech.
- (4) Ochrana proti inflaci se vztahuje na všechny druhy pojištění sjednané v jedné pojistné smlouvě.

- (5) Ochrana proti inflaci se neprovádí, pokud vznikl nárok na zproštění od placení pojistného.

Článek 27: Podíly na přebytcích pojistného

- Pojištění se podílí na přebytcích pojistného v Důchodové pojistce ve formě úroku.
- Při výpočtu úroku se vychází z průměrného denního zůstatku individuálního účtu za kalendářní rok. Úroky se připsují na individuální účet po skončení kalendářního roku.
- 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; případná změna aktuální úrokové míry se uveřejňuje ve výroční zprávě pojišťovny. Výroční zpráva je k nahlédnutí v sídle pojišťovny, popř. na internetových stránkách pojišťovny (www.wuostenrot.cz).

Článek 28: Adresy a sdělení

- Pojistník informuje bezodkladně pojišťovnu o každé změně své adresy.
- Pojišťovna zasílá 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 zmocnil k přijímání zásilek od pojišťovny.
- Pokud poštovní zásilka zaslaná 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. Odepře-li adresát písemnost převzít, je písemnost doručena dnem, kdy její přijetí bylo odepřeno; adresát o důsledku odepření převzetí nemusí být poučen.
- 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.
- Veškerá sdělení, oznámení, žádosti a stížnosti týkající se pojištění se podávají písemně, v českém jazyce, ve formě předepsané pojišťovnou. Sdělení pojišťovně (např. výpověď, odstoupení) jsou účinná jejich doručením do sídla pojišťovny.
- Stížnosti se vyřizují ve lhůtě do 1 měsíce od data doručení do sídla pojišťovny. Pokud stížnost vyžaduje delší čas k vyřízení, vyzoomí pojišťovna písemně stěžovatele o prodoužení lhůty na 2 měsíce. Uvedené lhůty neběží, je-li šetření stížnosti znemožněno nebo ztíženo z viny pojistníka, pojištěného nebo oprávněné osoby.
- Není-li pojistník, pojištěná osoba nebo oprávněná osoba spokojena se stanoviskem pojišťovny ke stížnosti, může stížnost postoupit České národní bance.

Článek 29: Účinnost

Tyto pojistné podmínky se vztahují na pojištění sjednaná pojišťovnou od 1.12.2006.

Příloha: Tabulka bolestného

Druh úrazu	Procento
Úrazy hlavy	
Zlomenina klenby lebni bez vpáčení úlomků	1,8 %
Zlomenina kostí spánkové bez vpáčení úlomků	1,4 %
Zlomenina okraje očníce	2,0 %
Zlomenina kostí nosních s posunutím nebo vpáčením úlomků	1,6 %
Zlomenina skeletu a přepážky nosní	1,0 %
Zlomenina kostí lícni	2,0 %
Zlomenina dolní čelisti bez posunutí úlomků	1,6 %
Zlomenina dolní čelisti s posunutím úlomků	2,8 %
Tříštivá zlomenina spodní čelisti	4,0 %
Zlomenina horní čelisti bez posunutí úlomků	1,0 %
Zlomenina horní čelisti s posunutím úlomků	1,6 %
Nitrolební krvácení	10,0 %
Otřes mozku II. a III. stupně s hospitalizací	4,0 %
Vymknutí čelistního kloubu, potvrzené rtg.	1,0 %
Úrazy oka, ucha a krku	
Poleptání (popálení) oční spojivky 3.stupně	2,0 %
Poleptání dutiny ústní a celé oblasti krku	4,0 %
Zlomenina jazyky nebo chrupavky hrtanu	4,4 %
Tržná rána víčka, chirurgicky ošetřena	1,0 %
Odchlípení sítnice vzniklé přímým mechanickým zasažením oka	4,0 %
Rána pronikající do očníce komplikovaná cizím tělískem	3,0 %
Rána rohovky nebo bělmy s proděravěním, léčená chirurgicky	1,0 %
Poranění oka vyžadující jeho bezprostřední vynětí	4,0 %
Rozsáhlé poranění boltce a zvukovodu	2,0 %
Proděravění bubínku s druhotnou infekcí, s hospitalizací	2,0 %
Perforující poranění hrtanu nebo průdušnice	6,0 %
Proděravění jícnu	6,0 %
Úrazy hrudníku	
Zlomeniny kostí hrudní bez posunutí úlomků	1,0 %
Zlomeniny kostí hrudní s posunutím úlomků	2,0 %
Otevřená zlomenina kostí hrudní	4,0 %
Zlomenina 1 žebra, klinicky prokázána	1,0 %
Zlomenina 2 – 5 žeber, klinicky prokázána	1,6 %
Zlomenina více než 5 žeber	2,0 %
Zhmždění hrudníku těžšího stupně	2,0 %
Poranění plic, operativní řešení	8,0 %
Úrazové poškození srdce, klinicky prokázané	20,0 %
Pouřazový pneumotorax zavřený	4,0 %
Pouřazový pneumotorax otevřený	10,0 %
Úrazy páteře, pánve a břicha	
Zlomenina jednoho trnového výběžku	1,0 %
Otevřená zlomenina obratle kromě kostrče	4,0 %
Kompresivní zlomeniny páteře (obratle, kromě kostrče) 18 %	12,0 %
Roztříštěná zlomeniny těl obratlů krčních, hrudních nebo bederních	12,0 %
Zlomenina lopaty kostí kyčelní bez posunutí	1,8 %
Zlomenina lopaty kostí kyčelní s posunem	4,0 %
Zlomenina kostí křížové	1,8 %
Zlomenina kostrče	1,4 %
Zlomenina kostí stydké nebo kyčelní	8,4 %
Tříštivá zlomenina pánve nebo kyčle	8,0 %
Pohmoždění stěny břišní těžšího stupně	1,0 %
Ruptura jater, operační řešení	6,0 %
Ruptura sleziny, operační řešení, odejmutí	5,0 %
Rány pronikající do dutiny břišní s poraněním břišních orgánů	6,0 %
Poranění ledvin, operační řešení, odejmutí	8,0 %
Poranění močového měchýře a močové roury, operační řešení	5,0 %

Druh úrazu	Procento
Úrazy horní končetiny	
Zlomenina těla lopatky	1,6 %
Zlomenina krčku lopatky	1,6 %
Zlomenina klíčku úplná léčená konzervativně fixací	2,0 %
Zlomenina klíčku s posunem léčená konzervativně	2,8 %
Zlomenina klíčku úplná léčená operací	3,2 %
Mnohočetná, tříštivá zlomenina klíční kosti	12,0 %
Otevřená zlomenina ramenního pletence	4,0 %
Zlomenina kosti pažní	4,0 %
Zlomenina kostí loketní	4,0 %
Zlomenina kostí vřetení	4,0 %
Zlomenina obou kostí předloktí	4,0 %
Zlomenina zápěstí	6,0 %
Otevřená zlomenina ruky kromě prstů	4,0 %
Otevřená zlomenina prstů ruky	2,0 %
Podvrtnutí loketního kloubu, sádrová fixace	2,0 %
Podvrtnutí kosti pažní, sádrová fixace	2,0 %
Úplné přerušování šlach ohybačů a natahovačů prstů ruky	2,0 %
Přetržení (odtržení) šlachy dvouhlavého svalu pažního	6,0 %
Vymknutí kloubu mezi klíčkem a kostí hrudní, potvrzené rtg.	3,0 %
Vymknutí kloubu mezi klíčkem a lopatkou, potvrzené rtg.	3,0 %
Vymknutí kosti pažní (ramene), potvrzené rtg.	4,0 %
Vymknutí předloktí (lokte), potvrzené rtg.	4,0 %
Vymknutí zápěstí, potvrzené rtg.	5,0 %
Vymknutí jednoho prstu ruky, potvrzené rtg.	2,0 %
Amputace paže	14,0 %
Amputace jednoho předloktí	12,0 %
Amputace ruky	8,0 %
Amputace jednoho celého prstu	2,0 %
Úrazy dolní končetiny	
Zlomenina v oblasti krčku stehenní kosti	10,0 %
Zlomenina těla kosti stehenní bez posunu úlomků	10,0 %
Otevřená zlomenina kosti stehenní nebo léčená operativně	20,0 %
Zlomenina česky	2,4 %
Zlomenina česky otevřená	8,0 %
Zlomenina kosti holenní	8,0 %
Zlomenina kosti lýtkové	1,6 %
Zlomenina kostí bérce včetně nitrokloubních	8,0 %
Zlomenina obou kostí bérce	12,0 %
Mnohočetná tříštivá zlomenina bérce	12,0 %
Zlomenina zevního nebo vnitřního kotníku	2,8 %
Zlomenina kosti patní	8,0 %
Mnohočetná, tříštivá zlomenina kosti patní	12,0 %
Zlomenina kosti hlezenné	8,4 %
Otevřená zlomenina nohy, kromě prstů a paty	4,0 %
Zlomenina prstů nohy	1,0 %
Přetržení většího svalu nebo šlachy, léčené konzervativně	1,6 %
Přetržení většího svalu nebo šlachy, léčené operativně	5,0 %
Přetržení Achillovy šlachy	4,0 %
Podvrtnutí kolenního kloubu, sádrová fixace	1,4 %
Podvrtnutí hlezenného kloubu, sádrová fixace	1,0 %
Podvrtnutí Chopartova kloubu, sádrová fixace	1,0 %
Natřžení vnitřního nebo zevního postranního vazy kolenního	1,4 %
Natřžení zkříženého vazy kolenního	1,8 %
Přetržení postranního vazy kolenního	2,8 %
Přetržení zkříženého vazy kolenního	4,4 %
Natřžení vnitřního nebo zevního postranního vazy kloubu hlezenného	1,0 %
Přetržení vnitřního nebo postranního vazy kloubu hlezenného	1,6 %
Poranění zevního nebo vnitřního menisku, léčené konzervativně	1,4 %
Poranění zevního nebo vnitřního menisku, léčené operativně	2,8 %
Vymknutí česky, potvrzené rtg.	1,4 %
Vymknutí hlezenné kosti	2,0 %
Vymknutí základních kloubů prstů nohy	1,0 %
Amputace dolní končetiny ve stehně	20,0 %
Amputace bérce	16,0 %
Amputace nohy	12,0 %
Amputace palce nohy	4,0 %
Amputace jednotlivého celého prstu nohy kromě palce	2,0 %
Ostatní úrazy	
Jiná zlomenina	0,5 %
Popálení	
2. stupně do 5 % povrchu těla, minimálně však 10 cm ²	2,1 %
2. stupně do 15 % povrchu těla	4,2 %
2. stupně do 30 % povrchu těla	8,4 %
2. stupně do 50 % povrchu těla	11,2 %
2. stupně nad 50 % povrchu těla	14,0 %
3. stupně do 10 cm ² povrchu těla	2,0 %
3. stupně do 5 % povrchu těla	3,0 %
3. stupně do 10 % povrchu těla	5,4 %
3. stupně do 15 % povrchu těla	7,0 %
3. stupně do 20 % povrchu těla	8,4 %
3. stupně do 40 % povrchu těla	14,4 %
3. stupně nad 40 % povrchu těla	20,0 %