

podmínky

Pojistné podmínky pro investiční životní pojištění Wüstenrot ProRodinu (PP WPR 2014/01)

Článek 1: Úvodní ustanovení

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

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

Pojištěný je osoba, na jejíž život nebo zdraví se pojištění vztahuje. V pojištění může být více pojištěných.

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

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

Článek 2: Výklad pojmů

pojem	výklad pojmu
alokační poměr	podíl určený pojistníkem, podle něhož se běžné a mimořádné pojistné umísťuje do podílových jednotek jednotlivých fondů
čekací doba	dobu, po kterou pojistiteli nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění z událostí, které by jinak byly pojistnými událostmi
dobu nezbytného léčení	časový úsek probíhající pod dohledem lékaře, který je třeba ke zhojení nebo ustálení tělesného poškození způsobeného úrazem, uvedený v Tabulce TP
dopravní nehoda	nehoda, na niž se pojištěný podílel jako účastník provozu na pozemních komunikacích a při které mu v příčinné souvislosti s provozem motorového nebo nemotorového vozidla byl způsoben úraz; za úrazy vzniklé v příčinné souvislosti s provozem motorového nebo nemotorového vozidla se považují též úrazy, ke kterým dojde při nakládání a vykládání přepravovaných věcí a při nastupování a vystupování z motorového nebo nemotorového vozidla; účastníkem provozu na pozemních komunikacích je každý, kdo se přímým způsobem účastní provozu na pozemních komunikacích; za účastníka provozu na pozemních komunikacích se nepovažuje: <ol style="list-style-type: none"> osoba nepřipoutaná na sedadle bezpečnostním pásem, pokud jím je sedadlo vybaveno; cyklista a osoba pohybující se na lyžích nebo kolečkových bruslích nebo obdobném sportovním vybavení bez na hlavě nasazené a řádně připevněné ochranné přilby schváleného typu
fond	soubor různých investičních instrumentů založený a spravovaný pojistitelem nebo externím správcem. Každý fond se rozděluje na podílové jednotky stejné hodnoty. Podílová jednotka je definovaná výhradně pro účely pojištění a vyjadřuje poměrný podíl na aktivech toho kterého fondu
hospitalizace	z lékařského hlediska nezbytná hospitalizace pojištěného ve standardní nemocnici z důvodu poškození zdraví následkem úrazu nebo léčení nemoci
indexace	automatické zvyšování pojistných částek (a běžného pojistného) o dohodnutá procenta k výročnímu dni počátku pojištění
invalidita druhého stupně	invalidita druhého stupně ve smyslu zákona upravujícího důchodové pojištění (ke dni účinnosti těchto pojistných podmínek tj. zákon č. 155/1995 Sb.)
invalidita třetího stupně	invalidita třetího stupně ve smyslu zákona upravujícího důchodové pojištění (ke dni účinnosti těchto pojistných podmínek tj. zákon č. 155/1995 Sb.)
investiční účet	je pomyslný (jen pro účely pojištění uvažovaný) účet zřízený pojistitelem k pojistné smlouvě tvořený podílovými jednotkami. Nejedná se tedy o standardní bankovní účet, nýbrž o účet sloužící k evidenci pohybů a operací s podílovými jednotkami
kapitálová hodnota pojištění	celková hodnota podílových jednotek evidovaných na investičním účtu k danému dni
konec pojištění	okamžik skončení účinnosti pojistné smlouvy
Limity MP	limity pro stanovení maximální pojistné částky (maximální možné výše denní dávky) podle měsíčního příjmu hlavního pojištěného nebo spolupojištěného, které jsou součástí obchodních podmínek
nabídka	návrh na uzavření pojistné smlouvy včetně všech součástí či souvisejících dokumentů. Obsahuje-li nabídka dodatky, výhrady, omezení nebo jiné změny proti původní nabídce podané pojistníkem, považuje se za novou nabídku (protinabídku)
nemoc	porucha tělesného zdraví pojištěného zjištěná a klasifikovaná podle všeobecně uznávaného stavu lékařské vědy. Za nemoc se nepovažuje těhotenství

pojem	výklad pojmu
nepojistitelné osoby	<p>a) osoby k okamžiku podpisu nabídky závislé na alkoholu nebo jiných návykových látkách;</p> <p>b) osoby, jimž byl přiznán nárok na plný invalidní důchod a/nebo přiznána invalidita třetího stupně podle zákona o důchodovém pojištění (dále jen „invalidita třetího stupně“), a to i v případě, že před okamžikem podpisu nabídky jim tento nárok již zanikl a/nebo jim invalidita třetího stupně byla již odebrána;</p> <p>c) osoby trpící k okamžiku podpisu nabídky nervovou nebo duševní poruchou, která není jen přechodná;</p> <p>d) osoby, které jsou k okamžiku podpisu nabídky v pracovní neschopnosti;</p> <p>e) v připojištění pro případ invalidity druhého a třetího stupně jsou nepojistitelnými osobami také osoby, jimž byl přiznán nárok na částečný invalidní důchod a/nebo přiznána invalidita prvního nebo druhého stupně ve smyslu zákona upravujícího důchodové pojištění, a to i v případě, že před okamžikem podpisu nabídky jim tento nárok již zanikl a/nebo jim invalidita prvního nebo druhého stupně byla již odebrána</p>
obchodní podmínky	dokument vydávaný pojistitelem, který obsahuje sazebník poplatků, limitů, rizikových skupin a jiných údajů či pravidel, které se používají v pojištěních sjednaných s pojistitelem a na které se odvolává pojistná smlouva nebo pojistné podmínky; obchodní podmínky jsou také dostupné v sídle pojistitele a na jeho internetových stránkách
obnosové pojištění	pojištění zavazující pojistitele poskytnout v případě pojistné události jednorázové či opakované pojistné plnění v ujednaném rozsahu. Základem pro určení výše pojistného a pro výpočet pojistného plnění je částka určená na návrh pojistníka, kterou má pojistitel v případě vzniku pojistné události vyplatit a/nebo výše a četnost vyplácení důchodu
oceňovací den	den, kdy se stanovuje nákupní a prodejní cena podílových jednotek fondu
odkupné	kapitálová hodnota pojištění stanovená ke dni předčasného zániku pojištění a snížená podle čl. 39 odst. 3 těchto pojistných podmínek
partner	partner podle zákona upravujícího registrované partnerství
počátek pojištění	datum uvedené v pojistce jako počátek pojištění
podílová jednotka	<p><u>standardní podílová jednotka</u> je základní jednotka fondu tvořená ze zaplaceného běžného pojistného (resp. z běžného pojistného uhrazeného z mimořádného pojistného podle čl. 31 odst. 13 těchto pojistných podmínek), se kterou jsou spojena práva a povinnosti pojistníka nebo pojištěného (resp. obmyšlené osoby) související s pojištěním</p> <p><u>extra podílová jednotka</u> je základní jednotka fondu tvořená ze zaplaceného mimořádného pojistného, se kterou jsou spojena práva a povinnosti pojistníka nebo pojištěného (resp. obmyšlené osoby) související s pojištěním</p>
pojistka	potvrzení pojistitele o uzavření pojistné smlouvy
pojistná částka	částka dohodnutá v pojistné smlouvě, na jejímž základě se stanoví pojistné plnění
pojistná doba	doba, na kterou bylo to které pojištění, resp. připojištění toho kterého pojištěného sjednáno a která je uvedena v pojistné smlouvě
pojistná smlouva	smlouva o finančních službách, ve které se pojistitel zavazuje zejména poskytnout ve sjednaném rozsahu pojistné plnění v případě vzniku pojistné události a pojistník se zavazuje zejména platit pojistné
pojistná událost	<p>nahodilá skutečnost, se kterou je spojena povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění.</p> <p>Nahodilou skutečností se rozumí skutečnost, která je možná a u které není jisté, zda v době trvání pojištění vůbec nastane nebo není známa doba jejího vzniku</p>
pojistné nebezpečí	možná příčina vzniku pojistné události
pojistné období	časové období dohodnuté v pojistné smlouvě, za které se platí pojistné (frekvence placení pojistného)
pojistné plnění	částka, kterou je pojistitel povinen plnit na základě pojistné smlouvy, nastane-li pojistná událost
pojistné podmínky	Pojistné podmínky pro investiční životní pojištění Wüstenrot ProRodinu (PP WPR 2014/01)
pojistné riziko	míra pravděpodobnosti vzniku pojistné události vyvolané pojistným nebezpečím
pojistný zájem	oprávněná potřeba ochrany před následky pojistné události
pojištěný	<p>osoba, na jejíž život nebo zdraví se pojištění vztahuje; hlavní pojištěný, (každý) spolupojištěný a (každé) spolupojištěné dítě</p> <p><u>hlavní pojištěný</u> pojištěný v základním pojištění, označený tak v pojistné smlouvě. Pojistník může být pojištěn jen jako hlavní pojištěný</p> <p><u>spolupojištěná osoba:</u> a) spolupojištěný - pojištěný označený tak v pojistné smlouvě, jehož vstupní věk je nejméně 18 (osmnáct) let; b) spolupojištěné dítě - pojištěný označený tak v pojistné smlouvě, jehož vstupní věk je nejvýše 17 (sedmnáct) let</p>
pověřený poskytovatel zdravotních služeb	osoba činná v oblasti zdravotních služeb na základě jiných právních předpisů, kterou pojistitel pověřil zjišťováním a přezkoumáním zdravotního stavu pojištěného
povinnost k pravdivým sdělením	povinnost zájemce o pojištění, pojistníka, příp. také (každého) pojištěného zodpovědět pojistiteli pravdivě a úplně při jednání o uzavření smlouvy nebo při jednání o změně pojistné smlouvy jeho písemné dotazy na skutečnosti, které mají význam pro jeho rozhodnutí, jak ohodnotí pojistné riziko, zda je pojistí a za jakých podmínek. Stejně jako písemné dotazy pojistitele se posuzují i prohlášení výše uvedených osob, jejichž učinění pojistitel za stejným účelem po těchto osobách požaduje. Povinnost se považuje za řádně splněnou, nebylo-li v odpovědi zatajeno nic podstatného, příp. nebylo-li prohlášení v ničem podstatném nepravdivé
pracovní neschopnost	stav, kdy pojištěný nemůže z lékařského hlediska a podle lékařského rozhodnutí žádným způsobem, a to ani přechodně, vykonávat a ani nevykonává své zaměstnání nebo jakoukoliv jinou výdělečnou činnost, včetně řídicí či kontrolní činnosti z důvodu poškození zdraví následkem úrazu nebo nemoci (případně těhotenství, avšak zde jen v dohodnutém rozsahu). A současně bylo pojištěnému v souvislosti s tímto stavem vystaveno potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti (pokud má pojištěný nárok na nemocenské dávky z nemocenského pojištění podle zákona o nemocenském pojištění)

pojem	výklad pojmu
profesionální provozování sportu	sportovní činnost vykonávaná jako pracovní činnost (povolání) na základě smlouvy o spolupráci při výkonu sportovní činnosti či jiné obdobné smlouvy uzavřené se sportovním klubem či jiným subjektem podnikání v této oblasti (dále jen „smlouva o výkonu sportu“); z obsahu takto uzavřené smlouvy (nikoli pouze z jejího názvu) je zřejmé, že sportovec výkonem sportovní činnosti (formou závodů, soutěží, včetně přípravy na ně) získává finanční prostředky k uspokojování svých potřeb (zpravidla se jedná o jeho hlavní, příp. převažující zdroj příjmů); za osobu profesionálně provozující sport se považuje i osoba, která bez ohledu na obsah příslušné smlouvy vykonává sportovní činnost v rámci nejvyšší celostátní soutěže v příslušném druhu sportu, a to i tehdy, pokud vedle sportovní činnosti vykonává ještě pracovní činnost (povolání) nebo se na výkon budoucího povolání soustavně připravuje studiem na střední nebo vysoké škole
rizikové pojistné	pojistné za pojištění pro případ smrti (s konstantní pojistnou částkou) základního pojištění a za všechna sjednaná připojištění před slevami
SINK	forma úhrady pojistného prostřednictvím souhlasu s inkasem z bankovního účtu pojistníka
SIPO	forma úhrady pojistného inkasováním plateb od fyzických osob ve prospěch pojistitele prostřednictvím provozovatele poštovních služeb
smluvní ujednání	součást pojistné smlouvy specifikující konkrétní pojistný vztah v návaznosti na pojistné podmínky
standardní nemocnice	nemocnice, která pracuje pod stálým odborným lékařským dozorem, disponuje dostatečnými diagnostickými a terapeutickými možnostmi, užívá vědecky obecně uznávané léčebné a diagnostické metody, vede záznamy o zdravotním stavu a průběhu léčení a její provozování je v souladu s jinými právními předpisy
škodná událost	skutečnost, ze které vznikla škoda a která by mohla být důvodem vzniku práva na pojistné plnění
Tabulka TNU	tabulka pro stanovení pojistného plnění za trvalé následky úrazu
Tabulka TNUP	tabulka pro stanovení pojistného plnění za trvalé následky úrazu s progresivním plněním
Tabulka TP	tabulka pro stanovení tělesného poškození a denního odškodného
Tabulka VO	tabulka, ve které jsou uvedeny definice nemocí, úrazů nebo operací, které se považují v připojištění vážných onemocnění za pojistnou událost
Tabulka výluk	tabulka výluk z pojištění
Tabulky 2014/01	souhrnné označení pro Tabulku výluk, Tabulku VO, Tabulku TNU, Tabulku TNUP a Tabulku TP
technická úroková míra	zaručený podíl na výnosech z finančního umístění v životním pojištění. Je garantována zákonem a její maximální výši určuje Česká národní banka (dále jen „ČNB“); způsob výpočtu zhodnocení technickou úrokovou mírou je odlišný od výpočtu zhodnocení úrokovou mírou používaného bankami např. u vkladových produktů
tělesné poškození	poškození zdraví pojištěného, k němuž došlo následkem úrazu utrpěného v době trvání daného připojištění a které je uvedeno v Tabulce TP; není-li tělesné poškození uvedeno v Tabulce TP, určí pojistitel výši pojistného plnění podle obdobného tělesného poškození, které je svou povahou a rozsahem přiměřené danému tělesnému poškození
trvalé následky úrazu	následky úrazu utrpěného v době trvání daného připojištění a spočívající v anatomické nebo funkční ztrátě či poškození končetiny, orgánu nebo jeho části, které již nejsou schopny zlepšení. Stupněm poškození se rozumí rozsah trvalých následků, jehož výše se určuje v procentech. Stupeň poškození v procentech určuje pojistitel. Jednotlivé stupně poškození se počítají, celkový součet nesmí v žádném případě přesáhnout 100 % (sto procent)
účastník pojištění	pojistník, pojištěný, oprávněná osoba nebo obmyslený
úraz	neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného nebo neočekávané a nepřerušené působení vysokých nebo nízkých zevních teplot, plynů, par, záření, elektrického proudu a jedů (s výjimkou jedů mikrobiálních a látek imunotoxických), které způsobilo poškození zdraví pojištěného nebo jeho smrt. Za úraz se považuje také utonutí, tonutí; nákaza tetanem nebo vzteklinou při úrazu; vymknutí končetin, stejně jako natržení nebo odtržení na končetinách a páteři se nacházejících svalů, šlach, vaziva a pouzder kloubních v důsledku náhlé odchylky od běžného pohybu. Za úraz se nepovažuje zhoršení nemoci následkem úrazu; nemoci včetně infekčních nemocí; srdeční infarkt; náhlá cévní mozková příhoda; amoce sítnice; duševní choroby a poruchy, a to i když se dostavily jako následky úrazu; nádory zhoubné i nezhoubné; kýly všech lokalizací; poškození zdraví způsobené pojištěnému diagnostickým, léčebným nebo preventivním opatřením, které neslouží k vyléčení následků úrazu nebo neodborným zásahem, který si pojištěný provede nebo nechá provést na svém těle. Za úraz se nepovažují také aseptické záněty tíhových váčků, šlachových pochev a svalových úponů (bursitidy, epikondylitidy, impingement syndrom); přerušení degenerativně změněných orgánů (např. meniskus) malým nepřímým násilím a porušení Achillovy šlachy s výjimkou přetětí z vnějšku; ostruha patní kosti; tělesné poškození vzniklé v důsledku zvedání nebo přesouvání břemen; náhlé páteřní syndromy; poškození meziobratlových plotének, i když se dostavily jako následky úrazu; krvácení do vnitřních orgánů a do mozku nebo poranění břicha či podbřišku, pokud vzniklo v důsledku zdravotní predispozice pojištěného; duševní chorobné stavy po úrazu (např. neurózy nebo psychoneurózy)
vstupní věk pojištěného	rozdíl kalendářního roku počátku pojištění a roku narození pojištěného
výdělečná činnost	zaměstnání hlavního pojištěného, resp. spolupojištěného nebo předmět(y) jeho činnosti jako osoby samostatně výdělečně činné, případně jakákoli jiná činnost, kterou sobě hlavní pojištěný nebo spolupojištěný opatřuje prostředky na obživu. Uvádí se vždy v nabídce a pojistitel i na jejich základě ohodnocuje pojistné riziko. Změnu výdělečné činnosti je pojistník vždy povinen pojistiteli oznámit, jinak nese nepříznivé důsledky s neplněním této povinnosti spojené
výroční den počátku pojištění	den a měsíc z data počátku pojištění uvedeného v pojistné smlouvě
výstupní věková hranice	věk pojištěného uvedený v pojistných podmínkách nebo obchodních podmínkách, v roce jehož dovršení nejpozději zaniká základní pojištění nebo to které připojištění
zájemce	osoba, která má zájem o uzavření pojistné smlouvy s pojistitelem
zájmová činnost	sportovní nebo jí obdobné činnosti pojištěného (včetně činnosti trenéra). Uvádí se vždy v nabídce a pojistitel i na jejich základě ohodnocuje pojistné riziko. Změnu zájmové činnosti je pojistník vždy povinen pojistiteli oznámit, jinak nese nepříznivé důsledky s neplněním této povinnosti spojené

Článek 3: Uzavření pojistné smlouvy

1. Nabídku předkládá první vždy pojistník prostřednictvím pro pojistitele činného pojišťovacího zprostředkovatele, a to písemně na formuláři pojistitele. Nabídka musí být pojistníkem a případně též každým pojištěným vlastnoručně podepsána a opatřena datem. Pojistník je povinen zkontrolovat všechny údaje uvedené v nabídce.
2. Pojistník je povinen každého pojištěného seznámit s obsahem pojistné smlouvy.
3. Pojistník, případně též každý pojištěný, má povinnost k pravdivým sdělením. Pojistitel má povinnost odpovědět pravdivě a úplně na písemné dotazy ke skutečnostem týkajícím se pojištění vůči zájemci při jednání o uzavření pojistné smlouvy, při jednání o změně pojistné smlouvy pak vůči pojistníkovi.
4. Pojistitel je oprávněn a povinen podmínit uzavření a/nebo trvání pojistné smlouvy řádným provedením úkonů předepsaných právními předpisy proti legalizaci činnosti a financování terorismu (především zákonem č. 253/2008 Sb.), zejména provedením tzv. identifikace klienta. Provedení potřebných úkonů může pro pojistitele zajišťovat pojišťovací zprostředkovatel. Pojistník (příp. též každý pojištěný) je povinen poskytnout nezbytnou součinnost k provedení úkonů podle tohoto odstavce.
5. Podmínil-li pojistitel uzavření pojistné smlouvy provedením úkonů podle odst. 4 tohoto článku, avšak v okamžiku uzavření pojistné smlouvy nedošlo k řádnému provedení těchto úkonů nebo je pojistitel nemá doloženy, pojistitel nabídku odmítne, bude-li mu tato okolnost známa. Neodmítl-li pojistitel nabídku podle předchozí věty, přestože v okamžiku uzavření pojistné smlouvy nedošlo k řádnému provedení příslušných úkonů (případně je pojistitel nemá doloženy), uzavírá se pojistná smlouva s rozvazovací podmínkou, aby do 1 (jednoho) měsíce od uzavření pojistné smlouvy byly tyto úkony provedeny. Marným uplynutím této lhůty dojde bez dalšího k zániku pojistné smlouvy.
6. Podpisem nabídky a v ní obsaženého prohlášení uděluje každá pojišťovaná osoba (pojištěný) pojistiteli souhlas se zjišťováním a přezkoumáváním zdravotního stavu a opravňuje dotazované lékaře a další poskytovatele zdravotních služeb ke sdělování informací o zdravotním stavu, a dále též zmocňuje pojistitele k provádění takových zjišťování či šetření, která jsou potřebná pro ověření správnosti a úplnosti údajů či informací nezbytných pro řádné uzavření či změnu pojistné smlouvy, resp. ke zjišťování oprávněnosti nároku na pojistné plnění. Za tímto účelem se může pojistitel obrátit na lékaře, nemocnice a další poskytovatele zdravotních služeb, ve kterých byla ta která pojišťovaná osoba (pojištěný) léčena či vyšetřována, jakož i na poskytovatele péče o zdraví. Pojistitel má dále právo nechat provést potřebná vyšetření lékařem, kterého tím pověří. Pojistitel je také oprávněn přezkoumat zdravotní stav pojištěného při změně pojistné smlouvy. Udělený souhlas se zjišťováním a přezkoumáváním zdravotního stavu se vztahuje i na období po smrti pojištěného.
7. Skutečnosti, které se pojistitel dozví při zjišťování zdravotního stavu pojišťované osoby (pojištěného), jakož i další skutečnosti, rozhodné pro uzavření nebo změnu pojistné smlouvy nebo pro posouzení nároku na pojistné plnění, je pojistitel oprávněn použít jen pro tyto účely, jinak jen se souhlasem toho účastníka pojištění, kterého se týkají, pokud obecně závazné právní předpisy nestanoví jinak.
8. Předložením nabídky se má za to, že byl prokázán pojistný zájem pojistníkův i každého pojištěného, pokud byla nabídka všemi uvedenými osobami podepsána. V případě, že si to vyžadují okolnosti sjednávajícího pojištění, je pojistník povinen na výzvu pojistitele osvědčit existenci pojistného zájmu i jinak. Zánik již jednou prokázáného pojistného zájmu je pojistník (resp. pojištěný) povinen pojistiteli bez zbytečného odkladu oznámit a jednoznačně prokázat.
9. Není-li některý z účastníků pojištění svéprávný, jedná za něj jeho zákonný zástupce, příp. osoba jinak oprávněná ho zastupovat, taková osoba je povinna na výzvu pojistitele své oprávnění prokázat.
10. Lhůta pro přijetí nabídky činí 1 (jeden) měsíc ode dne doručení pojistiteli, nebo 2 (dva) měsíce ode dne doručení pojistiteli v případě, že pojistitel pro účely ohodnocení pojistného rizika zkoumá zdravotní stav některého z pojištěných v rozsahu, který přesahuje údaje poskytnuté ve zdravotním dotazníku současně s nabídkou a/nebo ke zdravotnímu dotazníku pojistitel pokládá doplňující či upřesňující dotazy, případně zkoumá jiné okolnosti týkající se této osoby, které jsou pro účely ohodnocení pojistného rizika podstatné. Součástí nabídky musí být vždy také určení navrhovaného dne počátku pojištění určitým datem, přičemž platí, že pojistitel může tuto nabídku přijmout kdykoli před navrhovaným dnem počátku pojištění, nebo i po tomto dni ve lhůtách určených podle první věty tohoto odstavce, pokud navrhovaný den počátku pojištění předcházet jejich uplynutí.
11. Pojistník je povinen v průběhu lhůty pro přijetí nabídky uhradit zálohu na pojistné (ve výši prvního běžného pojistného, příp. ve výši určené v nabídce). Pojistitel je oprávněn přijmout nabídku i před úhradou zálohy. Pojistná smlouva je v souladu s obsahem nabídky uzavřena okamžikem, kdy pojistitel takovou nabídku akceptoval vystavením pojistky jako potvrzení o uzavření pojistné smlouvy.
12. Obsahuje-li přijetí nabídky pojistitelem dodatky, výhrady, omezení nebo jiné změny proti původní nabídce podané pojistníkem, považuje se takové přijetí za novou nabídku (protinabídku). Lhůta pro přijetí protinabídky činí 1 (jeden) měsíc ode dne doručení pojistníkovi. Pojistná smlouva je v souladu s obsahem protinabídky uzavřena okamžikem, kdy pojistitel obdrží od pojistníka písemné sdělení o tom, že protinabídku akceptoval.
13. Součástí obsahu pojistné smlouvy jsou tyto pojistné podmínky, v pojistné smlouvě specifikované obchodní podmínky, Tabulky 2014/01, a dále též případná smluvní ujednání, zdravotní a jiné dotazníky týkající se zdravotního stavu pojištěného (nebo jiných okolností ohledně i jen některého z pojištěných, které jsou pro účely ohodnocení pojistného rizika podstatné), vykonávané výdělečné a/nebo zájmové činnosti, případně i jiné pojistitelem vyžádané a pojistníkem a/nebo tím kterým pojištěným předložené dokumenty či učiněná prohlášení.
14. Pojistná smlouva se řídí právním řádem České republiky, především občanským zákoníkem. Jestliže v pojistné době dojde ke změně nebo zrušení zákona, na který se odvolávají tyto pojistné podmínky v souvislosti s posuzováním nároků z pojištění, budou tyto nároky posuzovány podle posledního znění tohoto zákona před jeho změnou nebo zrušením. To se netýká případu postupu podle čl. 31 odst. 4 těchto pojistných podmínek.

Článek 4: Vznik pojištění

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

Článek 5: Druhy pojištění

1. Základní pojištění je tvořeno těmito obnosovými pojištěními (resp. souborem obnosových pojištění):
 - pojištění pro případ smrti (s konstantní pojistnou částkou) a
 - pojištění pro případ dožití (spojené s fondem).
2. V jedné pojistné smlouvě lze současně se základním pojištěním sjednat tato obnosová připojištění:
 - smrti s konstantní pojistnou částkou;
 - smrti s klesající pojistnou částkou;

- vážných onemocnění s konstantní pojistnou částkou;
 - vážných onemocnění s klesající pojistnou částkou;
 - invalidity druhého a třetího stupně s výplatou jednorázového plnění;
 - invalidity druhého a třetího stupně s výplatou důchodu;
 - invalidity třetího stupně s výplatou jednorázového plnění;
 - invalidity třetího stupně s výplatou důchodu;
 - smrti úrazem;
 - trvalých následků úrazu s progresivním plněním (dále jen „připojištění trvalých následků úrazu“);
 - vážných trvalých následků úrazu s doživotní úrazovou rentou (dále jen „připojištění vážných trvalých následků s rentou“);
 - tělesného poškození následkem úrazu (dále jen „připojištění tělesného poškození“);
 - denního odškodného za dobu nezbytného léčení úrazu (dále jen „připojištění denního odškodného“);
 - denní dávky při hospitalizaci následkem úrazu;
 - denní dávky při hospitalizaci následkem nemoci;
 - denní dávky při pracovní neschopnosti;
 - zproštění od placení pojistného.
3. Základní pojištění lze sjednat jen pro hlavního pojištěného.
4. Připojištění pro případ smrti s konstantní pojistnou částkou nelze sjednat pro hlavního pojištěného.
5. Připojištění zproštění od placení pojistného lze sjednat jen pro hlavního pojištěného, je-li současně pojistníkem.
6. Pro spolupojištěné dítě lze sjednat pouze tato připojištění:
- smrti úrazem;
 - trvalých následků úrazu;
 - vážných trvalých následků s rentou;
 - tělesného poškození;
 - denního odškodného;
 - denní dávky při hospitalizaci následkem úrazu;
 - denní dávky při hospitalizaci následkem nemoci.

Článek 6: Pojistná událost, pojistné nebezpečí, územní platnost

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

Základní pojištění (hlavní pojištěný)

pojištění	pojistné nebezpečí	pojistná událost
pojištění pro případ smrti (s konstantní pojistnou částkou)	smrt	smrt hlavního pojištěného během trvání pojištění
pojištění pro případ dožití (spojené s fondem)	dožití nebo smrt	dožití se hlavního pojištěného sjednaného věku (konce pojištění), nebo smrt pojištěného během trvání pojištění

Připojištění (hlavní pojištěný a spolupojištěné osoby)

připojištění	pojistné nebezpečí	pojistná událost
smrti s konstantní pojistnou částkou	smrt	smrt spolupojištěného v době trvání tohoto připojištění
smrti s klesající pojistnou částkou	smrt	smrt hlavního pojištěného nebo spolupojištěného v době trvání tohoto připojištění
vážných onemocnění s konstantní pojistnou částkou	vyjmenované vážné nemoci, úrazy nebo operace	vážné onemocnění, úrazy nebo operace (podle Tabulky VO) hlavního pojištěného nebo spolupojištěného, které byly poprvé zjištěny v době trvání tohoto připojištění
vážných onemocnění s klesající pojistnou částkou	vyjmenované vážné nemoci, úrazy nebo operace	vážné onemocnění, úrazy nebo operace (podle Tabulky VO) hlavního pojištěného nebo spolupojištěného, které byly poprvé zjištěny v době trvání tohoto připojištění
invalidity druhého a třetího stupně s výplatou jednorázového plnění	invalidita druhého nebo třetího stupně	přiznání invalidity druhého nebo třetího stupně hlavnímu pojištěnému nebo spolupojištěnému v době trvání tohoto připojištění, a to z důvodu poškození zdraví následkem úrazu nebo léčení nemoci, které byly poprvé zjištěny v době trvání tohoto připojištění
invalidity druhého a třetího stupně s výplatou důchodu	invalidita druhého nebo třetího stupně	přiznání invalidity druhého nebo třetího stupně hlavnímu pojištěnému nebo spolupojištěnému v době trvání tohoto připojištění, a to z důvodu poškození zdraví následkem úrazu nebo léčení nemoci, které byly poprvé zjištěny v době trvání tohoto připojištění
invalidity třetího stupně s výplatou jednorázového plnění	invalidita třetího stupně	přiznání invalidity třetího stupně hlavnímu pojištěnému nebo spolupojištěnému v době trvání tohoto připojištění, a to z důvodu poškození zdraví následkem úrazu nebo léčení nemoci, které byly poprvé zjištěny v době trvání tohoto připojištění
invalidity třetího stupně s výplatou důchodu	invalidita třetího stupně	přiznání invalidity třetího stupně hlavnímu pojištěnému nebo spolupojištěnému v době trvání tohoto připojištění, a to z důvodu poškození zdraví následkem úrazu nebo léčení nemoci, které byly poprvé zjištěny v době trvání tohoto připojištění
smrti úrazem	smrt	smrt pojištěného následkem úrazu utrpěného v době trvání tohoto připojištění, jehož následkem pojištěný do 1 (jednoho) roku ode dne tohoto úrazu a současně za trvání tohoto připojištění zemře

připojištění	pojistné nebezpečí	pojistná událost
trvalých následků úrazu s progresivním plněním	úraz	trvalé následky úrazu pojištěného vzniklé následkem úrazu, které objektivně nastaly během 1 (jednoho) roku ode dne tohoto úrazu utrpěného v době trvání tohoto připojištění
vážných trvalých následků s rentou	úraz	trvalé následky úrazu pojištěného vzniklé následkem úrazu se stupněm poškození nejméně 50 % (padesát procent), které objektivně nastaly během 1 (jednoho) roku ode dne tohoto úrazu z důvodu poškození zdraví následkem úrazu utrpěného v době trvání tohoto připojištění
tělesného poškození	úraz	tělesné poškození pojištěného, a to z důvodu poškození zdraví následkem úrazu utrpěného v době trvání tohoto připojištění
denního odškodného	úraz	doba nezbytného léčení pojištěného z důvodu poškození zdraví následkem úrazu utrpěného v době trvání tohoto připojištění
denní dávky při hospitalizaci následkem úrazu	hospitalizace	z lékařského hlediska nezbytná hospitalizace pojištěného v době trvání tohoto připojištění, a to z důvodu poškození zdraví následkem úrazu utrpěného v době trvání tohoto připojištění
denní dávky při hospitalizaci následkem nemoci	hospitalizace	z lékařského hlediska nezbytná hospitalizace pojištěného v době trvání tohoto připojištění, a to z důvodu léčení nemoci nastalé v době trvání tohoto připojištění
denní dávky při pracovní neschopnosti	pracovní neschopnost	stav, kdy hlavní pojištěný nebo spolupojištěný nemůže z lékařského hlediska a podle lékařského rozhodnutí žádným způsobem, a to ani přechodně, vykonávat a ani nevykonává své zaměstnání nebo jakoukoliv jinou výdělečnou činnost, včetně řídicí či kontrolní činnosti z důvodu poškození zdraví následkem úrazu nebo nemoci (případně těhotenství, avšak zde jen v dohodnutém rozsahu) nastalých v době trvání tohoto připojištění. A současně bylo hlavnímu pojištěnému nebo spolupojištěnému v souvislosti s tímto stavem vystaveno potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti (pokud má nárok na nemocenské dávky z nemocenského pojištění podle zákona o nemocenském pojištění)
zproštění od placení pojistného	pracovní neschopnost	stav, kdy hlavní pojištěný nemůže z lékařského hlediska a dle lékařského rozhodnutí žádným způsobem, a to ani přechodně, vykonávat a ani nevykonává své zaměstnání nebo jakoukoliv jinou výdělečnou činnost, včetně řídicí či kontrolní činnosti z důvodu poškození zdraví následkem úrazu nebo nemoci nastalých v době trvání tohoto připojištění, trvající déle než 3 (tři) měsíce. A současně bylo hlavnímu pojištěnému v souvislosti s tímto stavem vystaveno potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti (pokud má nárok na nemocenské dávky z nemocenského pojištění dle zákona o nemocenském pojištění)
	invalidita třetího stupně	přiznání invalidity třetího stupně hlavnímu pojištěnému v době trvání tohoto připojištění, a to z důvodu poškození zdraví následkem úrazu nebo léčení nemoci nastalých v době trvání tohoto připojištění

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

Článek 7: Nepojistitelné osoby

- Pojištění nelze uzavřít pro nepojistitelné osoby; na nepojistitelné osoby se pojistná ochrana nevztahuje a jsou z pojištění vyloučeny.
- V případě, že byla předložena nabídka týkající se hlavního pojištěného, který je v okamžiku podpisu takové nabídky osobou nepojistitelnou, je pojistná smlouva od počátku neplatná. Jakmile pojistitel tuto skutečnost zjistí, zašle pojistníkovi (nebo oprávněné osobě, není-li již pojistníka) oznámení o tom, že pojištění nevzniklo. Osoba, která byla v neplatné smlouvě označena jako pojistník, a pojistitel jsou povinni si v takovém případě vrátit veškerá plnění, která si vzájemně poskytli, přičemž pojistitel je oprávněn si od zaplacených částek odečíst náklady vynaložené v souvislosti s nevzniklým pojištěním za obdobných podmínek, jako je tomu u nákladů spojených se vznikem a správou pojištění. Výše uvedené platí obdobně i v případě, kdy je za účelem pojištění nepojistitelné osoby předložena nabídka na změnu pojištění; v takovém případě platí, že ke změně pojištění nedošlo.
- V případě, že byla předložena nabídka týkající se spolupojištěné osoby, která je v okamžiku podpisu takové nabídky osobou nepojistitelnou, je pojistná smlouva v části týkající se této spolupojištěné osoby od počátku neplatná. Jakmile pojistitel tuto skutečnost zjistí, zašle pojistníkovi (nebo oprávněné osobě, není-li již pojistníka) oznámení o tom, že pojištění spolupojištěné osoby nevzniklo. Pojistník a pojistitel jsou povinni si v takovém případě vrátit veškerá plnění, která si vzájemně v souvislosti s nevzniklým pojištěním spolupojištěné osoby poskytli, přičemž pojistitel je oprávněn si od zaplacených částek odečíst náklady vynaložené v souvislosti s nevzniklým pojištěním za obdobných podmínek, jako je tomu u nákladů spojených se vznikem a správou pojištění. Výše uvedené platí obdobně i v případě, kdy je za účelem pojištění nepojistitelné osoby předložena nabídka na změnu pojištění; v takovém případě platí, že ke změně pojištění nedošlo.
- Jedná-li se o nepojistitelnost výhradně podle písm. e) z definice nepojistitelných osob uvedené v čl. 2 těchto pojistných podmínek, je pojistná smlouva od počátku neplatná jen v části připojištění invalidity druhého a třetího stupně dotčeného hlavního pojištěného nebo spolupojištěného. V ostatním platí obdobně odst. 2 nebo 3 tohoto článku.

Článek 8: Oprávněné osoby, obmyšlení

- Pojištěný má právo, aby mu bylo vyplaceno pojistné plnění, nastane-li u něho pojistná událost. V připojištění zproštění od placení pojistného je pojistné plnění poskytováno formou zproštění pojistníka povinnosti platit pojistné v rozsahu stanoveném těmito pojistnými podmínkami nebo pojistnou smlouvou.
- Je-li pojistnou událostí smrt pojištěného, pojistné plnění sjednané pro tento případ nenabude pojištěný, ale obmyšlený, kterého může pojistník určit, a to jménem nebo vztahem k tomu kterému pojištěnému. Až do vzniku pojistné události může pojistník obmyšleného měnit, nebylo-li určení obmyšleného ujednáno jako neodvolatelné.
- Určení obmyšleného jako neodvolatelné může být ujednáno pro jakéhokoliv z obmyšlených, přičemž se vždy vztahuje na celý podíl na pojistném plnění z pojištění toho kterého pojištěného a určení obmyšleného jako neodvolatelné musí být vždy učiněno výslovně pro toho kterého pojištěného. Účinky neodvolatelnosti určení obmyšleného zanikají za podmínek uvedených v občanském zákoníku, přičemž pro zánik neodvolatelnosti určení obmyšleného partnera pojistníka platí obdobná pravidla jako pro manžela pojistníka,

avšak za podmínek občanského zákoníku zaniká neodvolatelnost určení obmyšleného jen tehdy, pokud neodvolatelnost pojistník spojil výslovně s tím kterým vztahem a nikoli jen s osobou určenou jménem. Neodvolatelnost určení obmyšleného může být zrušena i na základě písemného souhlasu osoby, které neodvolatelnost svěřila.

4. Nebyl-li v době pojistné události pojištěného určen obmyšlený, nebo nenabude-li takový obmyšlený práva na pojistné plnění v případě smrti pojištěného, nabývají tohoto práva manžel pojištěného nebo partner pojištěného, a není-li jich, děti pojištěného.
5. Není-li osob uvedených v odst. 2 a 4 tohoto článku, nabývají práva na pojistné plnění v případě smrti pojištěného rodiče pojištěného, a není-li ani jich, nabývají tohoto práva dědici pojištěného.
6. Vznikne-li právo na pojistné plnění více osobám, má se za to, že jejich podíly jsou stejné.
7. Uzavírá-li pojistník pojistnou smlouvu ve prospěch obmyšleného, vyžaduje se k uzavření této smlouvy i souhlas pojištěného, pokud je osobou odlišnou od pojistníka. Souhlas takového pojištěného se vyžaduje i pro změnu obmyšleného a změnu podílů na pojistném plnění, bylo-li určeno více obmyšlených. Změna obmyšleného a změna podílů na pojistném plnění jsou účinné dnem doručení písemného sdělení pojistiteli. Je-li k právním jednáním podle věty první a druhé tohoto odstavce nezbytný souhlas pojištěného, bez jeho udělení se k nim nepřihlíží.

Článek 9: Společná ustanovení o šetření pojistné události a o pojistném plnění

1. Oprávněná osoba, příp. ten, kdo se za ni považuje, je povinna bez zbytečného odkladu:
 - a) oznámit písemně pojistiteli, že nastala událost, se kterou spojuje požadavek na pojistné plnění;
 - b) podat pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události a o právech třetích osob;
 - c) předložit potřebné doklady;
 - d) postupovat způsobem ujednaným s pojistitelem, příp. způsobem uvedeným v těchto pojistných podmínkách.Oprávněnou osobou je pojištěný, v pojištění pro případ smrti pak obmyšlený. Stejně oznámení jako oprávněná osoba může učinit jakákoliv osoba, která má na pojistném plnění právní zájem.
2. Pojistitel je bez zbytečného odkladu po obdržení oznámení podle odst. 1 tohoto článku povinen ověřit, že toto oznámení učinila oprávněná osoba, nebo osoba, která má na pojistném plnění právní zájem,
 - a) je-li tomu tak, je povinen zahájit šetření nutné ke zjištění existence a rozsahu jeho povinnosti plnit. Šetření je skončeno sdělením jeho výsledků osobě, která uplatnila právo na pojistné plnění;
 - b) není-li tomu tak, sdělí tuto skutečnost oznamovateli a není povinen zahájit šetření nutné ke zjištění existence a rozsahu jeho povinnosti plnit.
3. Pojistné plnění je splatné do 15 (patnácti) dnů po skončení šetření podle odst. 2 tohoto článku.
4. Pojistitel je povinen ukončit šetření podle odst. 2 tohoto článku do 3 (tří) měsíců od obdržení oznámení podle odst. 1 tohoto článku. Nemůže-li ukončit šetření v této lhůtě, je pojistitel povinen sdělit oznamovateli důvody.
5. Lhůta uvedená v předchozím odstavci neběží a šetření podle odst. 2 tohoto článku se přerušuje především, je-li znemožněno nebo ztíženo v důsledku skutečností zaviněných pojistníkem, pojištěným nebo oprávněnou osobou. Šetření podle odst. 2 tohoto článku se přerušuje zejména:
 - a) uplynutím lhůty stanovené pojistitelem pro předložení k šetření potřebných dokladů (lhůta musí být přiměřená povaze a rozsahu požadovaných dokladů);
 - b) dnem odvolání souhlasu se zpracováním osobních údajů nezbytného pro šetření;
 - c) uplynutím lhůty stanovené pojistitelem pro vyjádření oprávněné osoby, pokud oznámení pojistné události nebylo podáno oprávněnou osobou;
 - d) dnem, kdy se pojistitel dozvěděl o probíhajícím přípravném řízení nebo trestním stíhání ve věci, v níž jsou vyšetřovány okolnosti události, jež v souladu s oznámením k němu oprávněné osoby má být pojistnou událostí.Přerušeni šetření podle odst. 2 tohoto článku končí dnem, kdy odpadl důvod, který k přerušeni vedl.
6. Pojistitel je oprávněn při přerušeni šetření podle odst. 2 tohoto článku na základě odst. 5 písm. a), b) nebo c) tohoto článku stanovit maximální délku trvání přerušeni uvedeného šetření, jejímž marným uplynutím bude toto šetření zastaveno (případně ukončeno).
7. Pojistitel poskytne osobě, která uplatňuje právo na pojistné plnění, na její žádost přiměřenou zálohu; to neplatí, je-li rozumný důvod poskytnutí zálohy odepřít, a v prvních 2 (dvou) měsících po obdrženi oznámení podle odst. 1 tohoto článku od této osoby.
8. Pokud byly náklady šetření podle odst. 2 tohoto článku, vynaložené pojistitelem, vyvolány nebo zvýšeny porušením povinností pojistníka, pojištěného či jiné osoby uplatňující právo na pojistné plnění, má pojistitel právo požadovat přiměřenou náhradu na tom, kdo povinnost porušil.
9. Náklady spojené s uplatněním práva na pojistné plnění nese ten, kdo jej uplatňuje.
10. Obsahuje-li oznámení podle odst. 1 tohoto článku vědomě nepravdivé nebo hrubě zkreslené podstatné údaje týkající se rozsahu oznámené události, anebo zamlčí-li se v něm vědomě údaje týkající se této události, má pojistitel právo na náhradu nákladů účelně vynaložených na šetření skutečností, o nichž mu byly tyto údaje sděleny nebo zamlčeny.
11. Pojistník a každý pojištěný jsou povinni počínat si tak, aby nedocházelo ke škodám či újmám, případně tak, aby škoda či újma již hrozící nebo jejich následky byly co nejmenší.
12. Pro účely šetření ke zjištění rozsahu povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění může pojistitel požadovat potřebné doklady a informace a sám provést potřebná zjišťování, nebo o jejich provedení požádat lékaře, nemocnice a další zdravotnická zařízení, ve kterých byl nebo je ten který pojištěný léčen či vyšetřován, popřípadě lékaře, kterého tím pověřil, jakož i poskytovatele péče o zdraví. Pojistitel je oprávněn obrátit se také na zdravotní pojišťovny (sám, nebo prostřednictvím pojištěného). Pokud se ten který pojištěný odmítne podrobit takovému vyšetření a/nebo pokud ten který pojištěný nebo oprávněná osoba odmítne dát souhlas k poskytnutí potřebných dokladů a informací, nebo potřebný doklad nedodá, nemůže-li jej pojistitel opatřit sám, přerušuje se šetření pojistné události.
13. Pojistné plnění (případně jiná výplata spojená s pojištěním) je splatné v České republice a v měně České republiky, není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak. Pojistitel plní na bankovní účet vedený v České republice, přičemž pojistitel může v obchodních podmínkách stanovit, v jakých případech a za jakých podmínek provede plnění i jiným způsobem nebo jej není povinen provést.
14. Pojistitel může odečíst z pojistného plnění (případně jiné výplaty spojené s pojištěním) dlužné částky pojistného a/nebo jiné své splatné pohledávky z pojištění (např. poplatky z pojištění), a to i tehdy, plní-li pojistitel oprávněné osobě, která je odlišná od pojistníka.
15. Pojistitel je povinen provést z částky, která jím má být vyplacena v souvislosti s pojištěním, příslušné srážky, pokud tak stanoví jiný právní předpis.
16. Právo na pojistné plnění (případně jinou výplatu spojenou s pojištěním) má charakter pohledávky, kterou lze zastavit. Zástavní právo k této pohledávce vznikne uzavřením smlouvy mezi osobou, která má takovou pohledávku za pojistitelem (zástavním dlužníkem) a zástavním věřitelem (např. bankou), pokud v ní není ujednáno jinak. Zástavní právo k pohledávce je vůči pojistiteli (jako dlužníku zastavené pohledávky, tedy poddlužníku) účinné doručením písemného oznámení osoby pohledávkou disponující o něm, nebo tím, že zástavní věřitel pojistiteli prokáže vznik zástavního práva. Je-li pojistník odlišný od pojištěného, může pohledávky z pojištění zastavit jen se souhlasem tím dotčeného pojištěného (ustanovení této věty platí obdobně i pro postoupení pohledávky a tzv. vinkulaci).
17. Nastane-li úraz nebo nemoc, je pojištěný povinen bez zbytečného odkladu vyhledat lékařskou pomoc a pokračovat v léčení až do jeho skončení; dále je povinen dodržovat všechna opatření směřující k odvrácení a zmírnění následků úrazu či nemoci.

18. Na žádost pojistitele je pojištěný po (počátku) pojistné události povinen se podrobit dodatečnému vyšetření u lékaře určeného pojistitelem, a to do 1 (jednoho) měsíce po obdržení výzvy, nestanoví-li pojistitel výslovně lhůtu delší.
19. Pokud pojištěný po podání žádosti o výplatu pojistného plnění zemře, stává se pojistné plnění součástí pozůstalosti.

Článek 10: Společná ustanovení o výlukách a neposkytnutí pojistného plnění

1. Pojistitel neposkytne pojistné plnění, pokud škodná událost nastala v důsledku událostí, aktivit či skutečností uvedených v Tabulce výluk, a též v případech, že pojištěným, tj. osobou, na jejíž život nebo zdraví se mělo pojištění vztahovat, byla nepojistitelná osoba (čl. 7 těchto pojistných podmínek).
2. Pojistitel může odmítnout plnění z pojistné smlouvy, jestliže příčinou pojistné události byla skutečnost, o které se dozvěděl až po vzniku pojistné události a kterou při sjednávání pojištění nebo jeho změny nemohl zjistit v důsledku porušení povinnosti k pravdivým sdělením, pokud by při znalosti této skutečnosti při uzavírání smlouvy tuto smlouvu neuzavřel nebo pokud by ji uzavřel za jiných podmínek. Doručením oznámení o odmítnutí plnění pojištění či připojištění zanikne. Je-li však více pojištěných, zanikne jen připojištění (všechna nebo jen ta výslovně určená) dotčené spolupojištěné osoby.
3. V základním pojištění či připojištění nevzniká nárok na pojistné plnění, pokud pojistná událost nastala v přímé či nepřímé souvislosti s úrazem nebo nemocí, které vznikly před počátkem pojištění a pro něž byl pojištěný před počátkem pojištění léčen, lékařsky sledován nebo byly v tomto období přítomny či diagnostikovány jejich příznaky, a to bez ohledu na skutečnost, zda byly či nebyly uvedeny ve zdravotním dotazníku. Pokud však řádně uvedeny byly (tj. v plném rozsahu a bez zamlčení i jen některých podstatných údajů jich se týkajících), nemůže pojistitel odstoupit od pojistné smlouvy nebo odmítnout plnění a způsobit tak zánik pojištění.
4. Pokud se ten který pojištěný bez závažného důvodu nepodrobí ve stanovené lhůtě vyšetření uvedenému v čl. 9 odst. 18 těchto pojistných podmínek, přerušuje se marným uplynutím této lhůty šetření pojistné události a/nebo pojistitel není povinen vyplatit pojistné plnění ani zálohu na pojistné plnění.
5. Osoba, které má smrtí pojištěného vzniknout právo na pojistné 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 nepřípustnost 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 nepřičetnosti nebo z důvodu bezvýznamnosti trestu, který by mohl být uložen, vzhledem k trestu, který již uložen byl nebo jehož uložení se očekává; pro přerušování 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.
6. Při smrti hlavního pojištěného následkem sebevraždy v době prvních 2 (dvou) let trvání pojištění (tato čekací doba se uplatní též v případě zvýšení pojistné částky, avšak pouze v části pojistného plnění odpovídající tomuto zvýšení) pojistitel oprávněné osobě pro případ smrti hlavního pojištěného vyplatí pojistné plnění ve výši odkupného k datu úmrtí.

Při smrti spolupojištěné osoby následkem sebevraždy v době prvních 2 (dvou) let trvání pojištění (tato čekací doba se uplatní též v případě zvýšení pojistné částky, avšak pouze v části pojistného plnění odpovídající tomuto zvýšení) pojistitel oprávněné osobě pro případ smrti této spolupojištěné osoby pojistné plnění nevyplatí.

Článek 11: Společná ustanovení o snížení pojistného plnění

1. Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění až o jednu polovinu, pokud pojištěný zemřel v souvislosti s jednáním, jímž jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt, není-li dále stanoveno jinak.
2. Bylo-li v důsledku porušení povinnosti pojistníka nebo pojištěného při jednání o uzavření smlouvy nebo o její změně ujednáno nižší pojistné, má pojistitel právo pojistné plnění snížit o takovou část, jaký je poměr pojistného, které obdržel, k pojistnému, které měl obdržet.
3. Mělo-li porušení povinnosti pojistníka, pojištěného nebo jiné osoby, která má na pojistné plnění právo, podstatný vliv na vznik pojistné události, její průběh, na zvětšení rozsahu jejích následků nebo na zjištění či určení výše pojistného plnění, má pojistitel právo snížit pojistné plnění úměrně k tomu, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah pojistitelovy povinnosti plnit.
4. Pokud vědomé porušení povinností uvedených v čl. 9 odst. 17 těchto pojistných podmínek mělo podstatný vliv na zvětšení rozsahu následků úrazu nebo nemoci a povinnosti pojistitele plnit, je pojistitel oprávněn snížit pojistné plnění podle toho, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinnosti plnit.
5. Pojistitel má právo snížit pojistné plnění až na jednu polovinu, došlo-li k úrazu následkem toho, že poškozený požil alkohol nebo použil návykovou látku nebo přípravek takovou látku obsahující, odůvodňují-li to okolnosti, za nichž k úrazu došlo. Měl-li však takový úraz za následek smrt poškozeného, má pojistitel právo snížit pojistné plnění jen tehdy, došlo-li k úrazu v souvislosti s činem poškozeného, jímž jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt. Pojistitel však toto právo nemá, obsahoval-li alkohol nebo návykovou látku lék, který pojištěný užil způsobem, který pojištěnému předepsal lékař, a pokud pojištěný nebyl lékařem nebo výrobcem léku upozorněn, že v době působení léku nelze vykonávat činnost, v jejímž důsledku došlo k úrazu.
6. Právo snížení pojistného plnění podle odst. 5 tohoto článku může pojistitel využít u:
 - základního pojištění;
 - připojištění smrti s konstantní pojistnou částkou;
 - připojištění smrti s klesající pojistnou částkou;
 - připojištění smrti úrazem;
 - připojištění trvalých následků úrazu;
 - připojištění vážných trvalých následků s rentou;
 - připojištění tělesného poškození;
 - připojištění denního odškodného;
 - připojištění denní dávky při hospitalizaci následkem úrazu;
 - připojištění denní dávky při pracovní neschopnosti;
 - připojištění zproštění od placení pojistného.
7. Je-li v Tabulce TP u tělesného poškození uveden určitý požadavek (pracovní neschopnost, pevná fixace, způsob léčení aj.), je jeho splnění podmínkou pro výplatu pojistného plnění pojistitelem v uvedené výši. Není-li daný požadavek splněn, může pojistitel pojistné plnění snížit, popř. je neposkytne. Podmínky snížení nebo neposkytnutí pojistného plnění jsou uvedeny v Tabulce TP.
8. Bude-li u připojištění denní dávky při pracovní neschopnosti délka pracovní neschopnosti neúměrně delší než průměrná doba léčení pro to které onemocnění nebo následek úrazu, a toto prodloužení pracovní neschopnosti nebude v lékařské dokumentaci dostatečně a včas odborně zdůvodněno, pojistitel může pojistné plnění přiměřeně snížit.

Článek 12: Základní pojištění

1. Z pojištění pro případ smrti (s konstantní pojistnou částkou) vyplatí pojistitel na základě žádosti oprávněné osobě v případě smrti hlavního pojištěného během trvání pojištění pojistné plnění rovnající se součtu výše sjednané pojistné částky, výše kapitálové hodnoty pojištění ke dni úmrtí hlavního pojištěného a výše připsaných věrovnostních premií. Kapitálová hodnota pojištění bude zvýšena o částku odpovídající všem ekvivalentům měsíčního pojistného odepсанým z investičního účtu (po datu úmrtí hlavního pojištěného) v pojistném období, ve kterém k úmrtí hlavního pojištěného došlo.
2. Z pojištění pro případ dožití (spojené s fondem) vyplatí pojistitel na základě žádosti pojistné plnění ve výši kapitálové hodnoty pojištění ke dni sjednaného konce pojištění a připsaných věrovnostních premií, dožije-li se hlavní pojištěný sjednaného konce pojištění.

Článek 13: Připojištění smrti s konstantní pojistnou částkou

Z připojištění smrti s konstantní pojistnou částkou vyplatí pojistitel na základě žádosti oprávněné osobě v případě smrti spolupojištěného během trvání tohoto připojištění pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky.

Článek 14: Připojištění smrti s klesající pojistnou částkou

1. Z připojištění smrti s klesající pojistnou částkou vyplatí pojistitel oprávněné osobě pojistné plnění na základě žádosti o výplatu pojistného plnění v případě smrti hlavního pojištěného nebo spolupojištěného během trvání tohoto připojištění. Pojistné plnění se odvozuje od sjednané pojistné částky hlavního pojištěného nebo spolupojištěného, která v jednotlivých letech připojištění klesá lineárně, tj. pojistná částka je každoročně snížena k výročnímu dni počátku pojištění o stejný obnos, a to ve výši podílu pojistné částky platné ke dni počátku připojištění a sjednané pojistné doby tohoto připojištění.
2. Připojištění smrti s klesající pojistnou částkou je připojištěním se zkrácenou dobou placení pojistného, která činí 2/3 (dvě třetiny) pojistné doby tohoto připojištění (zaokrouhlo dole na celý počet let). Výše klesající pojistné částky v jednotlivých letech je uvedena v pojistce.

Článek 15: Připojištění vážných onemocnění s konstantní pojistnou částkou

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

Článek 16: Připojištění vážných onemocnění s klesající pojistnou částkou

1. Za vážná onemocnění se považují onemocnění, úrazy a operace uvedené v Tabulce VO, a to nastanou-li nebo budou-li provedeny u hlavního pojištěného nebo spolupojištěného výhradně za podmínek v Tabulce VO uvedených.
2. Pojistné plnění se odvozuje od pojistné částky, která v jednotlivých letech připojištění klesá lineárně, tj. pojistná částka je každoročně snížena k výročnímu dni počátku pojištění o stejný obnos, a to ve výši podílu pojistné částky platné ke dni počátku připojištění a sjednané pojistné doby tohoto připojištění.
3. Připojištění vážných onemocnění s klesající pojistnou částkou je připojištěním se zkrácenou dobou placení pojistného, která činí 2/3 (dvě třetiny) pojistné doby tohoto připojištění (zaokrouhlo dole na celý počet let). Výše klesající pojistné částky v jednotlivých letech je uvedena v pojistce.
4. Z připojištění vážných onemocnění vyplatí pojistitel hlavnímu pojištěnému nebo spolupojištěnému sjednané pojistné plnění, dojde-li u hlavního pojištěného nebo spolupojištěného k vážnému onemocnění, úrazu nebo operaci podle Tabulky VO.
5. Čekací doba
 - a) nárok na pojistné plnění vzniká u pojistných událostí, které i co do příčiny nastaly po uplynutí čekací doby;
 - b) čekací doba činí 3 (tři) měsíce a začíná běžet ode dne počátku tohoto připojištění. Čekací doba se uplatní též v případě navýšení pojistné částky, avšak pouze v části odpovídající tomuto navýšení;
 - c) čekací doba odpadá u vážných onemocnění výhradně následkem úrazu.
6. Vznikne-li nárok na pojistné plnění z připojištění vážných onemocnění podle odst. 4 tohoto článku, nemůže již témuž hlavnímu pojištěnému nebo spolupojištěnému vzniknout další nárok na pojistné plnění z tohoto připojištění. Výplatu tohoto pojistného plnění připojištění dotčeného hlavního pojištěného nebo spolupojištěného zaniká.
7. Onemocnění uvedená v Tabulce VO budou považována za pojistné události jen po dobu, než bude existovat přípustná forma léčby vedoucí k vyléčení, než bude možné získat imunitu proti příslušnému onemocnění preventivním očkováním.

Článek 17: Připojištění invalidity druhého a třetího stupně s výplatou jednorázového plnění

1. Z připojištění invalidity druhého a třetího stupně s výplatou jednorázového plnění vyplatí pojistitel na základě žádosti pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky, pokud byla hlavnímu pojištěnému nebo spolupojištěnému přiznána invalidita druhého nebo třetího stupně v době trvání tohoto připojištění.
2. Čekací doba
 - a) nárok na pojistné plnění vzniká u pojistných událostí, které i co do příčiny nastaly po uplynutí čekací doby;
 - b) čekací doba činí 3 (tři) měsíce a začíná běžet ode dne počátku tohoto připojištění. Čekací doba se uplatní též v případě navýšení pojistné částky, avšak pouze v části odpovídající tomuto navýšení;
 - c) čekací doba odpadá při přiznání invalidity druhého nebo třetího stupně výhradně následkem úrazu.
3. Výplatu pojistného plnění připojištění zaniká.

Článek 18: Připojištění invalidity druhého a třetího stupně s výplatou důchodu

1. Z připojištění invalidity druhého a třetího stupně s výplatou důchodu začne pojistitel na základě žádosti vyplácet měsíčně pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky, pokud byla hlavnímu pojištěnému nebo spolupojištěnému přiznána invalidita druhého nebo třetího stupně v době trvání tohoto připojištění. Nárok na důchod trvá po dobu života a trvání invalidity druhého nebo třetího stupně hlavního pojištěného nebo spolupojištěného, nejdéle však do původně sjednaného konce tohoto připojištění.
2. Čekací doba
 - a) nárok na pojistné plnění vzniká u pojistných událostí, které i co do příčiny nastaly po uplynutí čekací doby;
 - b) čekací doba činí 3 (tři) měsíce a začíná běžet ode dne počátku tohoto připojištění. Čekací doba se uplatní též v případě navýšení pojistné částky, avšak pouze v části odpovídající tomuto navýšení;
 - c) čekací doba odpadá při přiznání invalidity druhého nebo třetího stupně výhradně následkem úrazu.
3. Důchod vyplácí pojistitel měsíčně, a to vždy do 10. (desátého) dne v měsíci. Důchod náleží nejdříve od měsíce následujícího po měsíci, v němž došlo k pojistné události. První výplatou důchodu toto připojištění zaniká.
4. Hlavní pojištěný nebo spolupojištěný je povinen sdělit informace o přezkoumání zdravotního stavu lékařskou posudkovou službou, zejména pokud dojde ke snížení nebo k odebrání příslušného stupně invalidity, a to do 1 (jednoho) měsíce od tohoto přezkoumání. Pokud hlavní pojištěný nebo spolupojištěný bez závažného důvodu tyto informace nesdělí, ztratí tím právo na další výplatu důchodu.

Článek 19: Připojištění invalidity třetího stupně s výplatou jednorázového plnění

1. Z připojištění invalidity třetího stupně s výplatou jednorázového plnění vyplatí pojistitel na základě žádosti pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky, pokud byla hlavnímu pojištěnému nebo spolupojištěnému přiznána invalidita třetího stupně v době trvání tohoto připojištění.
2. Čekací doba
 - a) nárok na pojistné plnění vzniká u pojistných událostí, které i co do příčiny nastaly po uplynutí čekací doby;
 - b) čekací doba činí 3 (tři) měsíce a začíná běžet ode dne počátku tohoto připojištění. Čekací doba se uplatní též v případě navýšení pojistné částky, avšak pouze v části odpovídající tomuto navýšení;
 - c) čekací doba odpadá při přiznání invalidity třetího stupně výhradně následkem úrazu.
3. Výplatu pojistného plnění připojištění zaniká.

Článek 20: Připojištění invalidity třetího stupně s výplatou důchodu

1. Z připojištění invalidity třetího stupně s výplatou důchodu začne pojistitel na základě žádosti vyplácet měsíčně pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky, pokud byla hlavnímu pojištěnému nebo spolupojištěnému přiznána invalidita třetího stupně v době trvání tohoto připojištění. Nárok na důchod trvá po dobu života a trvání invalidity třetího stupně hlavního pojištěného nebo spolupojištěného, nejdéle však do původně sjednaného konce tohoto připojištění.
2. Čekací doba
 - a) nárok na pojistné plnění vzniká u pojistných událostí, které i co do příčiny nastaly po uplynutí čekací doby;
 - b) čekací doba činí 3 (tři) měsíce a začíná běžet ode dne počátku tohoto připojištění. Čekací doba se uplatní též v případě navýšení pojistné částky, avšak pouze v části odpovídající tomuto navýšení;
 - c) čekací doba odpadá při přiznání invalidity třetího stupně výhradně následkem úrazu.
3. Důchod vyplácí pojistitel měsíčně, a to vždy do 10. (desátého) dne v měsíci. Důchod náleží nejdříve od měsíce následujícího po měsíci, v němž došlo k pojistné události. První výplatou důchodu toto připojištění zaniká.
4. Hlavní pojištěný nebo spolupojištěný je povinen sdělit informace o přezkoumání zdravotního stavu lékařskou posudkovou službou zejména, pokud dojde ke snížení nebo k odebrání příslušného stupně invalidity, a to do 1 (jednoho) měsíce od tohoto přezkoumání. Pokud hlavní pojištěný nebo spolupojištěný bez závažného důvodu tyto informace nesdělí, ztratí tím právo na další výplatu důchodu.

Článek 21: Připojištění smrti úrazem

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

Článek 22: Připojištění trvalých následků úrazu

1. Týkají-li se jednotlivé trvalé následky jednoho nebo více úrazů téhož orgánu, smyslu nebo jejich částí, hodnotí je pojistitel jako celek, a to nejvýše procentem, stanoveným v Tabulce TNU pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného orgánu, smyslu nebo jejich částí.
2. Pojistné plnění se odvozuje od procentem určeného stupně poškození a od pojistné částky sjednané pro toto připojištění, přičemž je dáno procentem stanoveným v Tabulce TNUP z této pojistné částky, které odpovídá pojistitelem určenému stupni poškození podle Tabulky TNU.
3. Připojištění trvalých následků úrazu lze sjednat ve variantách:
 - a) pro stupeň poškození od 1 % (jednoho procenta). Při stupni poškození menším než 1 % (jedno procento) se pojistné plnění neposkytuje, není-li dále stanoveno jinak (odst. 4 tohoto článku);
 - b) pro stupeň poškození od 10 % (deseti procent). Při stupni poškození menším než 10 % (deset procent) se pojistné plnění neposkytuje, není-li dále stanoveno jinak (odst. 4 tohoto článku).
4. V případě jizev způsobených pojištěnému úrazem je pojistné plnění rovno pojistné částce, která je stanovena takto:
 - a) 5 000 Kč (pět tisíc korun českých) v případě jizvy na obličeji a/nebo na krku o délce min. 3 (tři) cm nebo plošná jizva na obličeji a/nebo krku od 4 (čtyř) cm², a to za každou takovou jizvu;
 - b) 3 000 Kč (tři tisíce korun českých) v případě jizvy jinak umístěné o délce min. 6 (šest) cm nebo jinak umístěná plošná jizva od 10 (deseti) cm² do 1 % (jednoho procenta) tělesného povrchu, a to za každou takovou jizvu.Nevztahuje se na jizvy způsobené jakýmkoliv chirurgickým zákrokem, které nemají souvislost s úrazem.
5. V případě, že k trvalým následkům u pojištěného došlo výhradně v důsledku dopravní nehody a stupeň poškození u pojištěného činí nejméně 50 % (padesát procent), vyplatí pojistitel dvojnásobek pojistného plnění jinak určeného podle odst. 1 až 3 tohoto článku, nejvýše však 6 mil. Kč (šest milionů korun českých).

6. Podmínkou výplaty pojistného plnění za trvalé následky úrazu je nejen prokázání vzniku trvalých následků úrazu, ale i lékařsky jednoznačné stanovení stupně poškození. Pokud je sice zjištěn vznik trvalých následků úrazu během 1 (jednoho) roku ode dne úrazu, ale tyto následky zatím nejsou ustálené a není proto možné lékařsky jednoznačně stanovit stupeň poškození, poskytne se pojistné plnění po ustálení trvalých následků, ne však dříve než po uplynutí 1 (jednoho) roku ode dne úrazu (netýká se poranění, u kterých již nemůže dojít ke zlepšení stavu; např. ztrátová poranění).
7. Základem pro určení stupně poškození je Tabulka TNU. Při částečné ztrátě orgánů nebo smyslů, nebo částečné ztrátě funkce orgánů nebo smyslů se pro výpočet pojistného plnění v pojistitelem zajištěném lékařském posudku použijí hodnoty vypočítané podílem z hodnot uvedených v Tabulce TNU.
8. Pojistitel přezkoumá rozsah trvalých následků po jejich ustálení, nejdříve však po 1 (jednom) roce ode dne úrazu (netýká se poranění, u kterých již nemůže dojít ke zlepšení stavu; např. ztrátová poranění). Pojistitel má povinnost vyplatit pojistné plnění za již ustálené trvalé následky úrazu vzniklé následkem úrazu, které objektivně nastaly během 1 (jednoho) roku ode dne úrazu, na základě žádosti pojištěného. Pojistitel nemá povinnost plnit za trvalé následky úrazu, které se poprvé objektivně objevily po uplynutí 1 (jednoho) roku ode dne úrazu.
9. Nelze-li stanovit stupeň poškození podle Tabulky TNU, stanoví pojistitel stupeň poškození z jím zajištěného lékařského posudku s ohledem na míru funkčnosti poškozeného orgánu.
10. Byl-li pojištěný stížen tělesnou nebo smyslovou nemocí nebo vadou již před úrazem a zhorší-li se stav postiženého orgánu následkem úrazu, určí pojistitel stupeň předchozího poškození z dosavadní nemoci nebo vady obdobně, jak je uvedeno v definici trvalých následků úrazu v čl. 2 těchto pojistných podmínek a odst. 6 a 7 tohoto článku a o takto zjištěný rozsah předchozího poškození se sníží konečný stupeň poškození, rozdíl tedy představuje stupeň poškození existující v důsledku úrazu.
11. Není-li po 1 (jednom) roce ode dne úrazu stupeň poškození jednoznačný z hlediska druhu a rozsahu následků úrazu, přezkoumá pojistitel stupeň poškození, a to nejpozději do 2 (dvou) let ode dne vzniku úrazu. Jestliže ani po těchto 2 (dvou) letech není stupeň poškození jednoznačný, stanoví se stupeň poškození podle stavu ke konci této lhůty.
12. Zemře-li pojištěný a není-li stupeň poškození jednoznačný z hlediska druhu a rozsahu následků úrazu, vyplatí pojistitel pojistné plnění ve výši, která odpovídá předpokládanému ustálenému stupni poškození, stanovenému v pojistitelem zajištěném lékařském posudku. Zemře-li však pojištěný do 1 (jednoho) měsíce ode dne úrazu, nárok na pojistné plnění z tohoto připojištění nevzniká.

Článek 23: Připojištění vážných trvalých následků s rentou

1. Vážnými trvalými následky se pro účely tohoto připojištění rozumí trvalé následky úrazu, u nichž stupeň poškození pojištěného činí nejméně 50 % (padesát procent).
2. Týkají-li se jednotlivé trvalé následky jednoho nebo více úrazů téhož orgánu, smyslu nebo jejich částí, hodnotí je pojistitel jako celek, a to nejvýše procentem, stanoveným v Tabulce TNU pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného orgánu, smyslu nebo jejich částí.
3. V případě, že dojde k vážným trvalým následkům úrazu, pojistitel na základě žádosti pojištěného:
 - a) vyplatí pojistnou částku sjednanou pro připojištění vážných trvalých následků s rentou;
 - b) začne pojištěnému vyplácet měsíčně doživotní úrazovou rentu ve výši 1 % (jednoho procenta) pojistné částky sjednané pro připojištění vážných trvalých následků s rentou a připojištění tohoto pojištěného zaniká.
4. Úrazovou rentu pojistitel vyplácí za kalendářní měsíce následující po dni úrazu, vždy do 10. (desátého) dne v měsíci. Výplata úrazové renty končí v měsíci smrti pojištěného nebo v měsíci, kdy pojistitel oznámil pojištěnému, že na základě nového stanovení trvalých následků úrazu poklesl stupeň poškození pod 50 % (padesát procent).
5. Výše úrazové renty podle odst. 3 písm. b) tohoto článku se vždy po každém jednom roce její výplaty zvyšuje o 4 (čtyři) procentní body.
6. V případě, že k vážným trvalým následkům u pojištěného došlo výhradně v důsledku dopravní nehody, vyplatí pojistitel dvojnásobek pojistného plnění jinak určeného podle odst. 1 až 3 písm. a) tohoto článku.
7. Zemře-li pojištěný a není-li stupeň poškození jednoznačný z hlediska druhu a rozsahu následků úrazu, stanoví se stupeň poškození ve výši, která odpovídá předpokládanému ustálenému stupni poškození, stanovenému v pojistitelem zajištěném lékařském posudku. Je-li stupeň poškození nejméně 50 % (padesát procent), vyplatí pojistitel pojistné plnění podle odst. 3 písm. a) tohoto článku. Zemře-li však pojištěný do 1 (jednoho) měsíce ode dne úrazu, nárok na pojistné plnění z tohoto připojištění nevzniká.
8. Ustanovení čl. 22 odst. 6 až 11 těchto pojistných podmínek se pro připojištění vážných trvalých následků s rentou použijí obdobně.

Článek 24: Připojištění tělesného poškození

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

Článek 25: Připojištění denního odškodného

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

4. Denní odškodné za dobu nezbytného léčení je propláceno maximálně za 365 (tři sta šedesát pět) dnů avšak maximálně po dobu 2 (dvou) let od data úrazu. Denní odškodné je vypláceno za dny doby nezbytného léčení, nejdéle však do původně sjednaného konce tohoto připojištění nebo do zániku tohoto připojištění z jakéhokoliv důvodu (kromě důvodu spočívajícím ve smrti hlavního pojištěného).

Článek 26: Připojištění denní dávky při hospitalizaci následkem úrazu

1. Denní dávkou je dohodnutá pojistná částka, kterou je pojistitel povinen plnit za 1 (jeden) den hospitalizace pojištěného následkem úrazu pojištěného utrpeného v době trvání tohoto připojištění.
2. Pojistná událost začíná dnem přijetí pojištěného k hospitalizaci a končí dnem, kdy hospitalizace již není z lékařského hlediska nezbytná. Pojistnou událostí není hospitalizace, kdy k přijetí i propuštění pojištěného došlo v jednom a tomž dni.
3. Denní dávka se vyplácí za každý den hospitalizace, pokud není v těchto pojistných podmínkách (čl. 26 odst. 2) nebo v pojistné smlouvě ujednáno jinak.
4. Denní dávka je vyplácena za dobu maximálně 365 (tři sta šedesát pět) dnů pro každou pojistnou událost. Denní dávka je vyplácena za každý den hospitalizace, nejdéle však do původně sjednaného konce tohoto připojištění nebo do zániku tohoto připojištění z jakéhokoliv důvodu (kromě důvodu spočívajícím ve smrti hlavního pojištěného).
5. V případě, že k hospitalizaci a jejímu trvání došlo výhradně v důsledku dopravní nehody, vyplatí pojistitel dvojnásobek pojistného plnění jinak určeného podle odst. 3 tohoto článku.

Článek 27: Připojištění denní dávky při hospitalizaci následkem nemoci

1. Denní dávkou je dohodnutá pojistná částka, kterou je pojistitel povinen plnit za 1 (jeden) kalendářní den hospitalizace pojištěného následkem nemoci pojištěného nastalé v době trvání tohoto připojištění.
2. Pojistná událost začíná dnem přijetí pojištěného k hospitalizaci a končí dnem, kdy hospitalizace již není z lékařského hlediska nezbytná. Pojistnou událostí není hospitalizace, kdy k přijetí i propuštění pojištěného došlo v jednom a tomž dni.
3. Čekací doba
 - a) nárok na pojistné plnění vzniká u pojistných událostí, které i co do příčiny nastaly po uplynutí čekací doby;
 - b) čekací doba činí 3 (tři) měsíce, pro případ hospitalizace v souvislosti s porodem, zubními či ortopedickými náhradami činí 8 (osm) měsíců a začíná běžet ode dne počátku tohoto připojištění. Čekací doba se uplatní též v případě navýšení denní dávky, avšak pouze v části odpovídající tomuto navýšení;
 - c) čekací doba odpadá při akutních infekčních onemocněních s hospitalizací na infekčním oddělení.
4. Denní dávka se vyplácí za každý den hospitalizace, pokud není v těchto pojistných podmínkách (čl. 27 odst. 2) nebo v pojistné smlouvě ujednáno jinak.
5. Denní dávka je vyplácena za dobu maximálně 365 (tři sta šedesát pět) dnů pro každou pojistnou událost. Denní dávka je vyplácena za každý den hospitalizace, nejdéle však do původně sjednaného konce tohoto připojištění nebo do zániku tohoto připojištění z jakéhokoliv důvodu (kromě důvodu spočívajícím ve smrti hlavního pojištěného).

Článek 28: Připojištění denní dávky při pracovní neschopnosti

1. Denní dávkou je dohodnutá pojistná částka, kterou je pojistitel povinen plnit za 1 (jeden) den pracovní neschopnosti pojištěného. Výši denní dávky určuje při sjednání pojistník, resp. hlavní pojištěný nebo spolupojištěný, přičemž:
 - a) nepřesáhne-li určená výše denní dávky částku stanovenou pojistitelem v obchodních podmínkách, není pro její určení rozhodný měsíční příjem hlavního pojištěného nebo spolupojištěného;
 - b) přesáhne-li určená výše denní dávky částku stanovenou pojistitelem podle písm. a) tohoto odstavce, nesmí přesáhnout maximální možnou výši denní dávky vypočtenou podle měsíčního příjmu hlavního pojištěného nebo spolupojištěného, která je uvedena v Limitech MP. Měsíčním příjmem se rozumí 1/12 (jedna dvanáctina) z příjmů uvedených v přiznání k dani z příjmů za poslední ukončené zdaňovací období:
 - u zaměstnance – jako úhrn příjmů od všech zaměstnavatelů;
 - u osoby samostatně výdělečně činné – jako dílčí základ daně nebo ztráta z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti.Pojistník je odpovědný za to, že výše dohodnuté denní dávky nepřevyšuje a nepřevyšuje maximální možnou výši denní dávky podle Limitů MP.
2. Připojištění je možno sjednat pro osoby, které mají adresu trvalého pobytu v České republice, a které podávají přiznání k dani z příjmů v České republice a mají podle zákona o daních z příjmů příjem ze závislé činnosti (zaměstnavatele) a/nebo pro osoby, které mají pravidelný příjem z podnikání nebo jiné samostatné výdělečné činnosti.
3. Připojištění nelze sjednat pro osoby vedené v evidenci úřadu práce, osoby čerpající mateřskou, resp. rodičovskou dovolenou, všechny osoby bez zdanitelných příjmů nebo osoby, jimž byl přiznán nárok na starobní důchod ve smyslu zákona upravujícího důchodové pojištění.
4. Pojistitel poskytuje osobám podle odst. 2 tohoto článku denní dávku při pracovní neschopnosti způsobené nemocí nebo úrazem, přičemž k pracovní neschopnosti musí dojít v době trvání tohoto připojištění.
5. Pojistná událost musí vzniknout a trvat na území České republiky, příp. pojistná událost (z důvodu akutního onemocnění nebo úrazu) může vzniknout též při zahraničním pobytu v zemích Evropského hospodářského prostoru a Švýcarska v délce nezbytné hospitalizace hlavního pojištěného nebo spolupojištěného uvedené v pojistitelem zajištěném lékařském posudku. Při zahraničním pobytu mimo země Evropského hospodářského prostoru a Švýcarska se za dobu pracovní neschopnosti denní dávka nevyplácí.
6. Čekací doba
 - a) nárok na pojistné plnění vzniká u pojistných událostí, které i co do příčiny nastaly po uplynutí čekací doby;
 - b) čekací doba činí 3 (tři) měsíce, pro případ pracovní neschopnosti v souvislosti s porodem, zubními nebo ortopedickými náhradami činí 8 (osm) měsíců a začíná běžet ode dne počátku tohoto připojištění. Čekací doba se uplatní též v případě navýšení denní dávky, avšak pouze v části odpovídající tomuto navýšení;
 - c) čekací doba odpadá při pracovní neschopnosti výhradně následkem úrazu.
7. Pracovní neschopnost začíná dnem, od kterého uznal ošetřující lékař hlavního pojištěného nebo spolupojištěného práce neschopným a končí dnem kdy:
 - a) byla pracovní neschopnost ošetřujícím lékařem ukončena nebo její další trvání není z lékařského hlediska dále nezbytné;
 - b) byla pracovní neschopnost ukončena v souvislosti s uznáním invalidity prvního, druhého nebo třetího stupně;
 - c) bylo pojistitelem nebo příslušným orgánem státní správy (příp. zaměstnavatelem) zjištěno porušení léčebného režimu hlavním pojištěným nebo spolupojištěným, není-li dále stanoveno jinak.

8. Pracovní neschopnost (jedna pojistná událost) může pro účely tohoto připojištění trvat maximálně 365 (tři sta šedesát pět) dnů. Denní dávka je vyplácena za dny pracovní neschopnosti, nejdéle však do původně sjednaného konce tohoto připojištění nebo do zániku tohoto připojištění z jakéhokoliv důvodu (kromě důvodu spočívajícím ve smrti hlavního pojištěného). V případě pracovní neschopnosti v důsledku onemocnění nebo komplikací souvisejících s těhotenstvím se denní dávka vyplácí maximálně za dobu 14 (čtrnácti) dní pro každé těhotenství.
9. Pojistné plnění se stanoví jako součin sjednané denní dávky a počtu dnů pracovní neschopnosti od v pojistné smlouvě stanoveného dne trvání pracovní neschopnosti. Nejpozději k tomuto dni je hlavní pojištěný nebo spolupojištěný povinen předložit pojistiteli ošetřujícím lékařem vystavené potvrzení o pracovní neschopnosti na formuláři pojistitele a potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti (pokud má hlavní pojištěný nebo spolupojištěný nárok na nemocenské dávky z nemocenského pojištění podle zákona o nemocenském pojištění). V případě opožděného doručení není pojistitel povinen plnit za dny pracovní neschopnosti předcházející dni doručení tohoto potvrzení, ledaže hlavní pojištěný nebo spolupojištěný svoji povinnost nemohl z vážných důvodů splnit.
- V průběhu trvání tohoto připojištění se při šetření pojistných událostí zkoumá obsah příznání k dani z příjmů za to zdaňovací období, které nejbližší předcházelo dni vzniku pojistné události. Pokud je doložen příjem hlavního pojištěného nebo spolupojištěného v době vzniku pojistné události nižší než odpovídající původně sjednané denní dávce, vyplatí pojistitel pojistné plnění úměrné příjmu hlavního pojištěného nebo spolupojištěného předcházející dni vzniku pojistné události podle Limitů MP (netýká se denní dávky stanovené podle odst. 1 písm. a) tohoto článku).
10. Pojistné plnění je vypláceno pouze v případech, že se hlavní pojištěný nebo spolupojištěný po dobu trvání pracovní neschopnosti léčí u lékaře s platnou licenci v daném oboru, popř. ve standardní nemocnici.
11. Pokud je vystaveno potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti současně pro více nemocí či úrazů, pak se denní dávka vyplácí pouze jednou. Za jednu pojistnou událost se považuje nepřetržitá pracovní neschopnost, bez ohledu na případnou změnu diagnózy (důvodu pracovní neschopnosti) během trvání pracovní neschopnosti. Za jednu pojistnou událost se rovněž považují pracovní neschopnosti v důsledku stejné diagnózy, pokud přestávka mezi nimi nepřesahuje 6 (šest) měsíců.
12. Bude-li délka pracovní neschopnosti neúměrně delší než průměrná doba léčení pro to které onemocnění nebo následek úrazu, a toto prodloužení pracovní neschopnosti nebude v lékařské dokumentaci dostatečně odborně a včas zdůvodněno, pojistitel může pojistné plnění přiměřeně snížit. Pojistitel sníží pojistné plnění vždy, byl-li stanoven léčebný režim tzv. klidem u diagnózy, pro kterou není tento postup obvyklý a v lékařské dokumentaci nebude dostatečně odborně a včas zdůvodněn.
13. Nastane-li pojistná událost, je hlavní pojištěný nebo spolupojištěný povinen:
- doručit bez zbytečného odkladu, nejpozději ke v pojistné smlouvě stanovenému dni trvání pracovní neschopnosti, pojistiteli potvrzení ošetřujícího lékaře o vzniku pracovní neschopnosti na formuláři pojistitele; nemůže-li tuto povinnost ze závažných důvodů splnit, je povinen potvrzení doručit ihned poté, co tyto důvody pominuly; formulář pojistitele nemůže být potvrzen manželem, rodičem, sourozencem, dítětem nebo jakoukoliv další osobou blízkou hlavního pojištěného nebo spolupojištěného;
 - doložit kopii potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti (pokud má hlavní pojištěný nebo spolupojištěný nárok na nemocenské dávky z nemocenského pojištění podle zákona o nemocenském pojištění);
 - zasílat při pokračující pracovní neschopnosti pojistiteli průběžně bez zbytečného odkladu, nejméně vždy po 2 (dvou) týdnech, potvrzení ošetřujícího lékaře na formuláři pojistitele o trvání pracovní neschopnosti a lékařské nálezy. Při dlouhodobé pracovní neschopnosti může pojistitel rozhodnout o delší lhůtě pro zaslání potvrzení ošetřujícího lékaře;
 - oznámít skončení pracovní neschopnosti pojistiteli do 5 (pěti) dnů ode dne, kdy nastalo;
 - umožnit pojistiteli kontrolu dodržování léčebného režimu a dalších povinností podle zákona o nemocenském pojištění; za tímto účelem je pojistitel oprávněn kontaktovat hlavního pojištěného nebo spolupojištěného v místě pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti; v případě, že pojistitel zjistí, že hlavní pojištěný nebo spolupojištěný nedodržuje léčebný režim nebo další povinnosti podle zákona o nemocenském pojištění, je oprávněn snížit pojistné plnění či odmítnout jeho výplatu, nebo v případě závažného porušení odstoupit od pojistné smlouvy v rozsahu tohoto připojištění.
14. Neprokáže-li hlavní pojištěný nebo spolupojištěný trvání pracovní neschopnosti do 1 (jednoho) měsíce od předložení posledního potvrzení ošetřujícího lékaře, je pojistitel povinen vyplatit pojistné plnění jen za dobu do dne posledního lékařem potvrzeného ošetření hlavního pojištěného nebo spolupojištěného a ukončit šetření pojistné události.
15. Pojistitel je oprávněn v souvislosti se šetřením pojistné události požadovat i doklady týkající se příjmů hlavního pojištěného nebo spolupojištěného umožňující ověření správnosti stanovení denní dávky podle odst. 1 tohoto článku.
- Měsíční příjem hlavního pojištěného nebo spolupojištěného se dokládá kopií podaného příznání k dani z příjmů fyzických osob (podle zákona o daních z příjmů) za to zdaňovací období, které nejbližší předcházelo dni vzniku pojistné události, přičemž u osoby samostatně výdělečně činné musí být opatřeno potvrzením o převzetí finančním úřadem. Zaměstnanec může se svolením pojistitele předložit místo kopie příznání k dani z příjmů originál potvrzení od všech svých zaměstnavatelů s údajem z příznání k dani z příjmů, který je určující pro správné nastavení denní dávky.
16. Stane-li se hlavní pojištěný nebo spolupojištěný v době trvání tohoto připojištění osobou vedenou v evidenci úřadu práce, čerpající mateřskou, resp. rodičovskou dovolenou, osobou bez zdanitelných příjmů nebo osobou, již byl přiznán nárok na starobní důchod a/nebo přiznána invalidita třetího stupně ve smyslu zákona upravujícího důchodové pojištění, zaniká tím pojistný zájem a hlavní pojištěný nebo spolupojištěný je povinen to bez zbytečného odkladu písemně oznámit pojistiteli. Dnem zániku pojistného zájmu toto připojištění zaniká, pojistitel má však právo na pojistné až do doby, kdy se o zániku pojistného zájmu dozvěděl.
17. Připojištění zaniká také dnem, kdy hlavní pojištěný nebo spolupojištěný ukončí trvalý pobyt na území České republiky.

Článek 29: Připojištění zproštění od placení pojistného

- V případě pracovní neschopnosti způsobené nemocí nebo úrazem či přiznání invalidity třetího stupně pojištěného, zproští pojistitel pojistníka od placení běžného pojistného, přičemž k pracovní neschopnosti či přiznání invalidity třetího stupně musí dojít v době trvání tohoto připojištění. Hlavní pojištěný musí být zároveň také pojistníkem; dojde-li v průběhu trvání připojištění ke změně pojistníka, toto připojištění zaniká.
 - Pojistná událost musí vzniknout a trvat na území České republiky, příp. pojistná událost (z důvodu akutního onemocnění nebo úrazu) může vzniknout též při zahraničním pobytu v zemích Evropského hospodářského prostoru a Švýcarska v délce nezbytné hospitalizace hlavního pojištěného uvedené v pojistitelem zajištěném lékařském posudku. Při zahraničním pobytu mimo země Evropského hospodářského prostoru a Švýcarska nedochází za dobu pracovní neschopnosti ke zproštění od placení.
- Pojistnou událostí se dále rozumí přiznání invalidity třetího stupně hlavnímu pojištěnému.
- Čekací doba
 - nárok na pojistné plnění vzniká u pojistných událostí, které i co do příčiny nastaly po uplynutí čekací doby;
 - čekací doba činí 3 (tři) měsíce, pro případ pracovní neschopnosti v souvislosti s porodem, zubními nebo ortopedickými náhradami činí 8 (osm) měsíců a začíná běžet ode dne počátku tohoto připojištění. Čekací doba se uplatní též v případě navýšení běžného pojistného, avšak pouze v části odpovídající tomuto navýšení;
 - čekací doba odpadá při pracovní neschopnosti výhradně následkem úrazu.

4. Pracovní neschopnost začíná dnem, od kterého uznal ošetřující lékař hlavního pojištěného práce neschopným a končí dnem kdy:
 - a) byla pracovní neschopnost ošetřujícím lékařem ukončena nebo její další trvání není z lékařského hlediska dále nezbytné;
 - b) bylo pojistitelem nebo příslušným orgánem státní správy (příp. zaměstnavatelem) zjištěno porušení léčebného režimu hlavním pojištěným, není-li dále stanoveno jinak.
5. Nárok na zproštění nevzniká za dny pracovní neschopnosti probíhající po původně sjednaném konci tohoto připojištění nebo po zániku tohoto připojištění z jakéhokoliv důvodu (kromě důvodu spočívajícím ve smrti hlavního pojištěného).
6. Zproštění od placení pojistného počíná od 1. (prvního) dne měsíce následujícího po pracovní neschopnosti hlavního pojištěného trvající déle než 3 (tři) měsíce a končí posledním dnem měsíce, ve kterém došlo k ukončení pracovní neschopnosti. Na toto období zprostí pojistitel pojistníka od placení pojistného.
7. Zproštění od placení pojistného počíná (pokračuje) také po dobu přiznání invalidity třetího stupně a končí posledním dnem měsíce, ve kterém došlo k rozhodnutí o odebrání invalidity třetího stupně. Na toto období zprostí pojistitel pojistníka od placení pojistného. Hlavní pojištěný je povinen sdělit informace o přezkoumání zdravotního stavu lékařskou posudkovou službou, a to do 1 (jednoho) měsíce od tohoto přezkoumání. Pokud hlavní pojištěný bez závažného důvodu tyto informace nesdělí, ztratí tím právo na zproštění.
8. Pojistitel zprostí pojistníka od placení pojistného pouze v případě, že se hlavní pojištěný po dobu trvání pracovní neschopnosti léčí u lékaře s platnou licenci v daném oboru, popř. ve standardní nemocnici.
9. Pojistitel zprostí pojistníka od placení pojistného v případě nepřetržité pracovní neschopnosti, bez ohledu na případnou změnu diagnózy (důvodu pracovní neschopnosti) během trvání pracovní neschopnosti.
10. Bude-li délka pracovní neschopnosti neúměrně delší než průměrná doba léčení pro uvedenou nemocnění nebo následek úrazu, a toto prodloužení pracovní neschopnosti nebude v lékařské dokumentaci dostatečně odborně a včas zdůvodněno, pojistitel může zproštění od placení pojistného přiměřeně zkrátit. Pojistitel sníží pojistné plnění vždy, byl-li stanoven léčebný režim tzv. klidem u diagnózy, pro kterou není tento postup obvyklý a v lékařské dokumentaci nebude dostatečně odborně a včas zdůvodněn.
11. Nastane-li pojistná událost, je hlavní pojištěný povinen:
 - a) doručit nejpozději 3 (tři) měsíce po jejím vzniku pojistiteli potvrzení ošetřujícího lékaře o pracovní neschopnosti na formuláři pojistitele nebo rozhodnutí České správy sociálního zabezpečení o přiznání invalidity třetího stupně ve smyslu zákona upravujícího důchodové pojištění; jinak nárok na zproštění od placení pojistného vznikne až dnem oznámení pracovní neschopnosti nebo dnem nabytí právní moci rozhodnutí České správy sociálního zabezpečení o přiznání invalidity třetího stupně ve smyslu zákona upravujícího důchodové pojištění. Nemůže-li tuto povinnost ze závažných důvodů splnit, je povinen potvrzení doručit ihned poté, co tyto důvody pominuly; formulář pojistitele nemůže být potvrzen manželem, rodičem, sourozencem, dítětem nebo jakoukoliv další osobou blízkou hlavního pojištěného;
 - b) doložit kopii potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti;
 - c) doručit při pokračující pracovní neschopnosti pojistiteli vždy k 10. (desátému) dni v měsíci lékařské nálezy a potvrzení ošetřujícího lékaře na formuláři pojistitele o trvání pracovní neschopnosti k poslednímu dni předcházejícího měsíce. Při dlouhodobé pracovní neschopnosti se může pojistitel s hlavním pojištěným dohodnout na delší lhůtu pro zaslání potvrzení ošetřujícího lékaře;
 - d) zasílat nejméně vždy po 1 (jednom) roce kopii rozhodnutí České správy sociálního zabezpečení o trvání invalidity třetího stupně;
 - e) oznámit skončení pracovní neschopnosti nebo odebrání invalidity třetího stupně pojistiteli do 5 (pěti) dnů ode dne, kdy nastalo;
 - f) umožnit pojistiteli kontrolu dodržování léčebného režimu a dalších povinností podle zákona o nemocenském pojištění; za tímto účelem je pojistitel oprávněn kontaktovat hlavního pojištěného v místě pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti; v případě, že pojistitel zjistí, že hlavní pojištěný nedodrhuje léčebný režim nebo další povinnosti podle zákona o nemocenském pojištění, je oprávněn zkrátit zproštění od placení pojistného či ho odmítnout, nebo v případě závažného porušení odstoupit od pojistné smlouvy v rozsahu tohoto připojištění.
12. Neprokáže-li hlavní pojištěný trvání pracovní neschopnosti do 10. (desátého) dne v měsíci podle odst. 11 písm. c) tohoto článku nebo trvání plného invalidního důchodu a/nebo invalidity třetího stupně ve smyslu zákona upravujícího důchodové pojištění do 1 (jednoho) roku podle odst. 11 písm. d) tohoto článku od předložení posledního rozhodnutí České správy sociálního zabezpečení o trvání plného invalidního důchodu a/nebo invalidity třetího stupně ve smyslu zákona upravujícího důchodové pojištění, je pojistitel oprávněn ukončit zproštění od placení pojistného k poslednímu dni měsíce, ve kterém proběhlo poslední lékařem potvrzené ošetření hlavního pojištěného.
13. Připojištění zaniká také dnem, kdy hlavní pojištěný přestane mít adresu trvalého pobytu v České republice.
14. Zproštění od placení pojistného se nevztahuje na mimořádné pojistné.

Článek 30: Změna činnosti pojištěného (podstatná změna pojistného rizika)

1. Pojistitel ohodnocuje pojistné riziko plynoucí z výdělečné a/nebo zájmové činnosti pojištěného zařazením do jedné z rizikových skupin uvedených v obchodních podmínkách (dále jen „rizikové skupiny“). U spolupojištěných dětí se pro zařazení do rizikové skupiny posuzuje jen zájmová činnost.
2. Pokud se v průběhu trvání pojištění změní výdělečná a/nebo zájmová činnost hlavního pojištěného nebo spolupojištěného nebo zájmová činnost spolupojištěného dítěte tak, že jej zařazuje do jiné rizikové skupiny, má se za to, že dochází k podstatné změně pojistného rizika.
3. Podstatnou změnu pojistného rizika je pojistník povinen pojistiteli oznámit bez zbytečného odkladu, nejpozději však do 1 (jednoho) měsíce od okamžiku podstatné změny pojistného rizika. Pokud je pojištěný osobou odlišnou od pojistníka, má tuto povinnost pojištěný. Je-li tato povinnost porušena, má pojistitel právo vypovědět připojištění dotčeného pojištěného bez výpovědní doby, přičemž mu náleží pojistné až do konce pojistného období, v němž připojištění zaniklo.
4. Pokud ze změny pojistného rizika vyplývá zařazení pojištěného do rizikové skupiny, pro kterou pojistitel neposkytuje pojistnou ochranu, má pojistitel právo připojištění dotčeného pojištěného vypovědět s osmidenní výpovědní dobou. Nevypoví-li pojistitel připojištění do 1 (jednoho) měsíce ode dne, kdy mu změna byla oznámena, toto jeho právo zaniká.
5. Pokud ze změny pojistného rizika vyplývá zařazení pojištěného do vyšší rizikové skupiny, pro kterou však pojistitel poskytuje pojistnou ochranu, má pojistitel právo navrhnout novou výši pojistného. Neučiní-li tak do 1 (jednoho) měsíce ode dne, kdy mu změna byla oznámena, toto jeho právo zaniká.
6. Není-li návrh podle odst. 5 tohoto článku přijat (přičemž přijmout jej lze i zaplacením nově určeného pojistného v době pojistitelem určené), má pojistitel právo připojištění dotčeného pojištěného vypovědět s osmidenní výpovědní dobou; toto právo však pojistitel nemá, neupozornil-li na možnost výpovědi již v návrhu. Nevypoví-li pojistitel připojištění do 2 (dvou) měsíců ode dne, kdy obdržel nesouhlas s návrhem, nebo kdy marně uplynula doba podle věty první tohoto odstavce, zanikne jeho právo vypovědět připojištění.
7. Pokud změna pojistného rizika, ze které vyplývá zařazení pojištěného do vyšší rizikové skupiny (bez ohledu na skutečnost, zda pro ni pojistitel pojistnou ochranu poskytuje či nikoli), nebyla pojistiteli oznámena, má pojistitel právo připojištění dotčeného pojištěného vypovědět bez výpovědní doby. Vypoví-li takto pojistitel připojištění, náleží mu pojistné až do konce pojistného období, v němž připojištění dotčeného pojištěného zaniklo. Nevypoví-li pojistitel takto připojištění do 2 (dvou) měsíců ode dne, kdy se o zvýšení pojistného rizika dozvěděl, zanikne jeho právo vypovědět připojištění.

8. Pokud se pojistitel o změně pojistného rizika, ze které vyplývá zařazení pojištěného do vyšší rizikové skupiny, pro kterou pojistitel poskytuje pojistnou ochranu, nedozvěděl pro porušení povinnosti pojistníka (resp. pojištěného) mu tuto změnu oznámit, a nastala-li po této změně pojistná událost, má pojistitel právo snížit pojistné plnění úměrně k tomu, jaký je poměr pojistného, které obdržel, k pojistnému, které by měl obdržet, kdyby se byl o zvýšení pojistného rizika z oznámení včas dozvěděl.
9. Pokud se pojistitel o změně pojistného rizika, ze které vyplývá zařazení pojištěného do rizikové skupiny, pro kterou pojistitel neposkytuje pojistnou ochranu, nedozvěděl pro porušení povinnosti pojistníka (resp. pojištěného) mu tuto změnu oznámit, a nastala-li po této změně pojistná událost, nemá pojistitel povinnost poskytnout pojistné plnění.
10. Pokud ze změny pojistného rizika vyplývá zařazení pojištěného do nižší rizikové skupiny, má pojistitel povinnost snížit pojistné na výši odpovídající nové rizikové skupině, a to s účinností od počátku pojistného období, ve kterém se pojistitel o této změně dozvěděl.
11. Jestliže pojistitel připojištění podle odst. 4, 6 a 7 tohoto článku nevyověděl a ani nepředložil návrh na jeho změnu, nemůže se dodatečně dovolávat důsledků zvýšení pojistného rizika.

Článek 31: Pojistné

1. Výše pojistného je uvedena v pojistné smlouvě a je stanovena podle sazeb pro jednotlivé druhy pojištění a připojištění s ohledem zejména na zdravotní stav pojištěného, pojištěným vykonávanou výdělečnou a/nebo zájmovou činnost (zařazení pojištěného do rizikové skupiny), vstupní věk pojištěného, rozsah pojištění, výši pojistných částek, pojistnou dobu a dobu placení pojistného, není-li shodná s pojistnou dobou. V pojistném za pojištění pro případ smrti (s konstantní pojistnou částkou) základního pojištění, v připojištění smrti s konstantní pojistnou částkou, v připojištění smrti s klesající pojistnou částkou, v připojištění vážných onemocnění a ve všech připojištěních invalidity je započtena technická úroková míra.
2. Ekvivalent měsíčního pojistného (zaokrouhlen vždy na celé Kč):
 - a) se stanoví jako 1/12 (jedna dvanáctina) ročně placeného rizikového pojistného (po slevě),
 - b) se stanoví jako 1/6 (jedna šestina) pololetně placeného rizikového pojistného (po slevě),
 - c) se stanoví jako 1/3 (jedna třetina) čtvrtletně placeného rizikového pojistného (po slevě),
 - d) je roven měsíčně placenému rizikovému pojistnému (po slevě).
 Ekvivalent pojistného za pojištění pro případ smrti základního pojištění a všech připojištění všech pojištěných se odepisuje z investičního účtu měsíčně (bez ohledu na pojistné období) k 1. (prvnímu) dni v měsíci.
3. Pojistné se platí za dohodnutá pojistná období (běžně pojistné). První den prvního pojistného období je shodný se dnem počátku pojištění. Pokud byla v souvislosti s nabídkou uhrazena záloha na pojistné, stává se tato úhrada okamžikem uzavření pojistné smlouvy platbou pojistného. U připojištění s klesající pojistnou částkou je doba placení pojistného zkrácena a činí 2/3 (dvě třetiny) pojistné doby (zaokrouhleno dolů na celý počet let). Po uplynutí zkrácené doby placení pojistného dojde ke snížení pojistného o část placenou za připojištění s klesající pojistnou částkou, případně také o část pojistného za připojištění zproštění od placení pojistného, vztahující se k tomu kterému připojištění, nezaniká-li toto připojištění (čl. 41 odst. 6 těchto pojistných podmínek).
4. Pojistitel má právo upravit k výročnímu dni počátku pojištění nově výši pojistného u připojištění na další pojistné období v souvislosti se změnami podmínek rozhodných pro stanovení výše pojistného v případech, že dojde ke změně právních předpisů, jimiž se řídí posuzování invalidity pro účely dávek z veřejného sociálního pojištění (zejména zákona upravujícího důchodové pojištění, a to v části upravující procentuální pokles pracovní schopnosti pro přiznání různých stupňů invalidity). Pojistitel je povinen nově stanovenou výši pojistného sdělit pojistníkovi nejpozději ve lhůtě 2 (dvou) měsíců před výročním dnem počátku pojištění, od kterého se má výše pojistného změnit.
5. Pokud pojistník se změnou výše pojistného podle odst. 4 tohoto článku nesouhlasí, musí svůj nesouhlas uplatnit do 1 (jednoho) měsíce ode dne, kdy se o navrhované změně výše pojistného dozvěděl; v tomto případě připojištění zanikne k výročnímu dni počátku pojištění, není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak. Pojistitel je povinen ve sdělení o nově stanovené výši pojistného pojistníka na tento důsledek upozornit.
6. Bylo-li v důsledku pojistníkem nesprávně uvedených údajů data narození placeno vyšší pojistné, upraví pojistitel jeho výši počínaje pojistným obdobím následujícím po pojistném období, ve kterém se dozvěděl správné údaje. Pojistné placené za následující pojistná období se snižuje o přeplatek pojistného.
7. Pojistitel je oprávněn zaplacené částky pojistného použít k úhradě splatného pojistného, případně pojistných, v pořadí podle jeho, případně jejich splatnosti, a teprve poté ve stejném pořadí k úhradě jiných dluhů pojistníka z titulu pojištění. Pojistitel v obchodních podmínkách stanoví pravidla a limity, při jejichž dodržení bude přeplatek pojistníkovi na jeho žádost vrácen.
8. Pokud pojistné nebylo zaplaceno řádně (tj. zejména včas nebo ve sjednané výši), má pojistitel právo na zákonný úrok z prodlení. Řádně zaplaceným pojistným se rozumí pojistné, které bylo připsáno ve výši, méně a lhůtě stanovených v pojistné smlouvě, resp. v upomínce k zaplacení pojistného, na kterýkoli pojistitelem v obchodních podmínkách k tomu určený účet. Obchodní podmínky stanoví další pravidla pro placení pojistného, např. identifikaci platby (zejména variabilního symbolu) nebo případy, ve kterých lze uhradit pojistné jiným způsobem.
9. Pojištění zaniká marným uplynutím lhůty stanovené pojistitelem v upomínce k zaplacení pojistného nebo jeho části, doručené pojistníkovi; nestanoví-li občanský zákoník nebo pojistná smlouva jinak. Lhůta musí být stanovena nejméně v trvání 1 (jednoho) měsíce ode dne doručení upomínky a upomínka musí obsahovat poučení o zániku pojištění v případě nezaplacení dlužného pojistného. Při neplacení pojistného nevzniká právo na snížení pojistné částky, ani na zkrácení pojistné doby a pojištění pro neplacení pojistného zaniká.
10. Pojistitel má právo na pojistné za dobu trvání pojištění, není-li výše stanoveno jinak. Zaniklo-li však pojištění z důvodu zániku pojistného zájmu, má pojistitel právo na pojistné i za dobu od zániku pojištění až do doby, kdy se o zániku pojistného zájmu dozvěděl.
11. Pojistitel je povinen přijmout splatné pojistné a jiné splatné pohledávky z pojištění i od pojistníkovy zástavního věřitele, od oprávněné osoby nebo od pojištěného.
12. Pojistník může při dodržení dohodnutých pravidel, a pokud nepodal žádost o redukci pojistné doby, v době trvání pojištění zaplatit mimořádné pojistné. Minimální a maximální výše mimořádného pojistného, a ostatní pravidla týkající se placení mimořádného pojistného jsou uvedeny v obchodních podmínkách. Pokud by celkové mimořádné pojistné na 1 (jednu) i více smluv jakéhokoliv životního pojištění umožňujícího placení mimořádného pojistného vztahujících se na 1 (jednoho) pojištěného (v tomto pojištění hlavního pojištěného) mělo v kalendářním roce přesáhnout částku uvedenou v obchodních podmínkách, je přijetí mimořádného pojistného, kterým by mělo dojít k překročení této částky, podmíněno předchozím souhlasem pojistitele s takovou platbou, jinak pojistitel takovou platbu nepřijme a vrátí pojistníkovi. V případě zaplacení mimořádného pojistného, které nedosahuje minimální výše uvedené v obchodních podmínkách, není pojistitel povinen takovou platbu přijmout.
13. Je-li zaplaceno mimořádné pojistné a v okamžiku připsání tohoto mimořádného pojistného na bankovní účet pojistitele je pojistník v prodlení s placením běžného pojistného, uhradí se z tohoto mimořádného pojistného nejprve dlužné běžné pojistné; zbývající část se považuje za mimořádné pojistné, ze kterého se vytvoří extra podílové jednotky.

Článek 32: Slevy z pojistného

1. Sleva za finanční produkty Wüstenrot

Před uzavřením pojistné smlouvy může pojistník uplatnit nárok na slevu z rizikového pojistného, pokud pojistník nebo kterýkoli pojištěný již mají uzavřenu jinou smlouvu či smlouvy o finančních službách s některou z obchodních společností finanční skupiny Wüstenrot (kromě smluv o cestovním pojištění) a tato smlouva nebo smlouvy jsou dosud účinné (nejsou ukončené). Takto přiznaná sleva zůstává v platnosti po celou dobu trvání pojistné smlouvy. Byla-li však přiznána na základě nepravdivých údajů, je pojistitel oprávněn ji odejmout. Výše slevy je uvedena v obchodních podmínkách.

2. Sleva za výši rizikového pojistného

a) dosahuje-li výše rizikového pojistného, tj. pojistného za pojištění pro případ smrti (s konstantní pojistnou částkou) základního pojištění a za všechna sjednaná připojištění všech pojištěných v součtu:

- měsíčně placeného pojistného alespoň 1 000 Kč (tisíc korun českých);
- čtvrtletně placeného pojistného alespoň 3 000 Kč (tři tisíce korun českých);
- pololetně placeného pojistného alespoň 6 000 Kč (šest tisíc korun českých); nebo
- ročně placeného pojistného alespoň 12 000 Kč (dvanáct tisíc korun českých),

náleží pojistníkovi sleva ve výši 5 % (pět procent) z rizikového pojistného.

b) není-li sleva za výši rizikového pojistného poskytována od počátku pojištění, náleží od data, od kterého je účinná změna pojistné smlouvy, v jejímž důsledku došlo k navýšení rizikového pojistného splňující podmínky poskytnutí této slevy.

Sleva podle písm. a) a b) tohoto odstavce se však neposkytuje v případě, že k dosažení uvedené výše rizikového pojistného došlo pouze v důsledku indexace podle čl. 43 těchto pojistných podmínek.

c) klesne-li výše rizikového pojistného pod výši, od které je sleva za výši rizikového pojistného poskytována, ruší se tato sleva k datu, od kterého je účinná změna pojistné smlouvy, v jejímž důsledku došlo ke snížení rizikového pojistného. To neplatí v případě, že ke snížení rizikového pojistného došlo v důsledku pojistné události mající za následek ukončení některého připojištění některého z pojištěných (kromě případů, kdy pojistitel využil svého práva k odmítnutí plnění nebo částečného odstoupení od pojistné smlouvy), popř. ukončení placení pojistného za některé připojištění se zkrácenou dobou placení pojistného.

3. Sleva za finanční produkty Wüstenrot a sleva za výši rizikového pojistného se počítají z rizikového pojistného za pojištění pro případ smrti (s konstantní pojistnou částkou) základního pojištění a za všechna sjednaná připojištění všech pojištěných před slevou.

Článek 33: Věrnostní prémie

1. K pojistné smlouvě mohou být poskytnuty věrnostní prémie. Způsob výpočtu věrnostních premií a podmínky jejich poskytnutí jsou uvedeny v obchodních podmínkách.
2. Na výplatu věrnostních premií vznikne nárok, vyplácí-li pojistitel pojistné plnění ze základního pojištění. Při redukcí pojistné doby nárok na věrnostní prémie nevzniká.

Článek 34: Fondy

1. Pojistitel nabízí dva druhy fondů:

- a) vnitřní fondy pojistitele (WI portfolia) a
- b) standardní fondy (externí fondy).

Přehled konkrétních fondů s uvedením informací o povaze podkladových aktiv a vlastnostech investice je součástí obchodních podmínek.

fond	popis
WI portfolia	jsou soubory finančních instrumentů a/nebo investic spravovaných pojistitelem a/nebo pojistitelem pověřenou osobou, výhradně pro účely pojištění a jsou složené z různých druhů investičních nástrojů dle příslušné investiční strategie stanovené pro to které portfolio.
Externí fondy	jsou investiční fondy nebo otevřené podílové fondy založené a spravované jinou osobou, než je pojistitel (externí správce).

2. Každý fond je vztažen k odděleným a identifikovatelným aktivům pojistitele nebo vlastníka u externích fondů. Fondy se odlišují typem aktiv, ke kterým jsou vztaženy, a tím i výnosností a mírou rizika. Aktiva, k nimž jsou jednotlivé fondy vztaženy, a výnosy plynoucí z těchto aktiv jsou vlastnictvím pojistitele (resp. vlastníka externího fondu) a zůstávají jím po celou dobu trvání pojištění. Pojištění proto nezakládá žádný nárok na žádná z těchto aktiv, ani na žádné výnosy z těchto aktiv plynoucí.
3. Pojistitel může během trvání základního pojištění měnit nabídku fondů, tj. zařazovat nové fondy nebo některé ze stávajících fondů z nabídky fondů vyřadit. Vyřadit z nabídky fondů však nelze WI – garantované portfolio a WI – stabilní portfolio, u kterých pojistitel pouze může vyhlásit, že alokační poměr v části týkající se těchto dvou portfolií existující k předem stanovenému dni u té které pojistné smlouvy nelze nadále zvyšovat.
4. K vyřazení fondu nebo vyhlášení podle předchozího odstavce může dojít zejména v případě, kdy hodnota fondu nestačí k hospodárnému provozu fondu. Pojistitel v případě vyřazení fondu alespoň 2 (dva) měsíce před plánovaným vyřazením fondu pošle pojistníkovi oznámení a navrhne nový alokační poměr (pro fondy, které má pojistitel pro toto pojištění dále v nabídce) a vyzve pojistníka k určení vlastního alokačního poměru, pokud s pojistitelem navrženým alokačním poměrem nesouhlasí. Pojistník tak může učinit ve lhůtě 1 (jednoho) měsíce od obdržení oznámení o vyřazení fondu, jinak platí alokační poměr uvedený pojistitelem v oznámení.
5. Podílové jednotky lze přesunout pouze do fondu s obdobnou investiční strategií, který je navázaný na investiční instrumenty s obdobnou úrovní regulace a kvalitou obhospodařovatele jako u vyřazeného fondu. Prodej podílových jednotek pojistníka vyřazovaného fondu je v tomto případě realizován bez poplatku za prodej podílových jednotek.
6. Pojistitel je oprávněn sám nebo na základě doporučení správce externího fondu, resp. zakladatel a vlastník externího fondu je oprávněn, rozdělit nebo sloučit podílové jednotky jednotlivých fondů, které vlastní. Tím se změní počet i hodnota podílových jednotek vázaných k fondu. Hodnota podílových jednotek pojistníka evidovaných na investičním účtu u fondů, jejichž podílové jednotky se sloučily nebo rozdělily, se tímto nemění. Pojistník bude písemně vyrozuměn o aktuálním počtu podílových jednotek dotčených touto operací.

Článek 35: Ceny podílových jednotek

1. Prodejní a nákupní ceny podílových jednotek jednotlivých fondů stanovuje pojistitel nejméně jednou za kalendářní týden (není-li výslovně stanoveno jinak) a zveřejňuje je na svých internetových stránkách.
2. Nákupní cena je pojistitelem stanovená cena, za kterou lze nakoupit podílovou jednotku daného fondu. Pro nákup podílových jednotek se používá nákupní cena stanovená v nejbližší oceňovací den předcházející dni nákupu podílových jednotek.

- Prodejní cena je pojistitelem stanovená cena, za kterou lze prodat podílovou jednotku daného fondu. Pro prodej podílových jednotek se používá prodejní cena stanovená v nejbližší oceňovací den předcházející dni prodeje podílových jednotek.
- Prodejní cenu podílové jednotky:
 - WI portfolií (vyjma WI - garantovaného portfolia a WI - stabilního portfolia) stanovuje pojistitel nebo externí správce fondu na základě hodnoty fondu a počtu jeho podílových jednotek;
 - WI - garantovaného portfolia stanovuje pojistitel tak, aby zohledňovala garantovaný výnos odvozený od maximální technické úrokové míry vyhlášené ČNB platné v době uzavření pojistné smlouvy;
 - WI - stabilního portfolia stanovuje pojistitel tak, aby zohledňovala garantovaný výnos odvozený od čtrnáctidenní repo sazby vyhlášené ČNB. Výnos tohoto portfolia se mění se stejnou frekvencí jako repo sazba ČNB. V případě záporné referenční úrokové sazby pojistitel garantuje nulové zhodnocení;
 - externího fondu stanovuje pojistitel v závislosti na hodnotě jeho podílového listu či akcie.
- Maximální rozdíl mezi nákupní a prodejní cenou podílových jednotek (prodejní cena je nižší) je uveden v obchodních podmínkách.

Článek 36: Investiční účet a umístění pojistného

- Pojistitel zřizuje ke každé pojistné smlouvě investiční účet, a to nejdříve ke dni sjednaného počátku pojištění, je-li k tomuto dni již uhrazeno pojistné nebo byla-li vystavena pojistka (čl. 3 odst. 11 a čl. 4 těchto pojistných podmínek). Jinak zřizuje pojistitel investiční účet až k okamžiku uhrazení prvního pojistného nebo vystavení pojistky (čl. 3 odst. 11 a čl. 4 těchto pojistných podmínek). Investiční účet slouží ke stanovení plnění a dalších nároků plynoucích z pojištění. Na investičním účtu jsou evidovány standardní podílové jednotky připsané za zaplacené běžné pojistné (resp. z běžného pojistného uhrazeného z mimořádného pojistného podle čl. 31 odst. 13 těchto pojistných podmínek) podle alokačního poměru zvoleného pojistníkem nebo stanoveného na základě pojistné smlouvy i extra podílové jednotky připsané za zaplacené mimořádné pojistné.
- Standardní podílové jednotky za zaplacené první pojistné se připisují na investiční účet pojistníka za nákupní cenu platnou ke dni zřízení investičního účtu. Standardní podílové jednotky za zaplacené následné pojistné se připisují na investiční účet pojistníka za nákupní cenu platnou ke dni řádného zaplacení tohoto pojistného. Standardní podílové jednotky za běžné pojistné uhrazené z mimořádného pojistného podle čl. 31 odst. 13 těchto pojistných podmínek se připisují na investiční účet pojistníka za nákupní cenu platnou ke dni řádného zaplacení mimořádného pojistného.
- Extra podílové jednotky za zaplacené mimořádné pojistné se připisují na investiční účet pojistníka za nákupní cenu platnou ke dni řádného zaplacení mimořádného pojistného.
- Pojistitel odepisuje z investičního účtu část standardních podílových jednotek, jejichž hodnota odpovídá částce:
 - ekvivalentu měsíčního pojistného za pojištění pro případ smrti (s konstantní pojistnou částkou) základního pojištění;
 - ekvivalentu měsíčního pojistného za všechna připojištění všech pojištěných;
 - nákladů souvisejících s uzavřením pojistné smlouvy;
 - poplatku za správu pojištění;
 - poplatku za přijetí mimořádného pojistného;
 - dílčího odkupného a poplatku za výplatu dílčího odkupného;
 - poplatku za předčasné ukončení pojistné smlouvy (s výplatou odkupného);
 - dalších poplatků uvedených v obchodních podmínkách.
- Pokud dojde při odepisování částek podle odst. 4 tohoto článku ze standardních podílových jednotek k jejich vyčerpání na nulu a zároveň pojistitel eviduje extra podílové jednotky, odepisuje následně pojistitel částky podle odst. 4 (které nebylo možné odepsat ze standardních podílových jednotek) z extra podílových jednotek.
Dojde-li k vyčerpání standardních podílových jednotek, případně i extra podílových jednotek, a zbývající částky podle odst. 4 tohoto článku (které nebylo možné odepsat) se odepíší ze standardních podílových jednotek, bude počet standardních podílových jednotek po takové operaci záporný. Pojistitel má při zániku pojištění nárok na částky podle odst. 4 tohoto článku, vyjma neuhrazené části nákladů souvisejících s uzavřením pojistné smlouvy za pojištění pro případ dožití (spojené s fondem), k datu zániku pojištění, které nebylo možné ze standardních podílových jednotek odepsat.

Článek 37: Změna alokačního poměru

- Změnu alokačního poměru provede pojistitel na základě písemného oznámení pojistníka učiněném na příslušném formuláři pojistitele k následujícímu pracovnímu dni po obdržení tohoto oznámení.
- Alokační poměr pro běžné a mimořádné pojistné musí být stejný.
- Nový alokační poměr je platný pro běžné a mimořádné pojistné zaplacené po provedení změny alokačního poměru pojistitelem.
- Pojistitel je oprávněn stanovit maximální alokační poměr do WI - garantovaného a WI - stabilního portfolia.

Článek 38: Převody podílových jednotek

- Pojistník může požádat o převod podílových jednotek mezi jednotlivými fondy. Na základě této žádosti pojistitel provede prodej podílových jednotek daného fondu a nakoupí podílové jednotky jiného pojistníkem určeného fondu, pokud je převod přípustný podle pravidel znázorněných v této tabulce:

Možné převody podílových jednotek mezi fondy z → do ↓ do	WI – dluhopisové portfolio WI – smíšené portfolio Externí fondy	WI - garantované portfolio	WI - stabilní portfolio
WI – dluhopisové portfolio WI – smíšené portfolio Externí fondy	ano	ne	ano
WI - garantované portfolio	ano	ne	ne
WI - stabilní portfolio	ano	ne	ne

- Pokud požadovaný převod podílových jednotek by byl jen částečně odporuje pravidlům v odst. 1 tohoto článku, pojistitel jej odmítne jako celek.
- Pojistitel provede převod podílových jednotek k pracovnímu dni následujícímu po dni, kdy žádost obdrží, a za prodejní a nákupní cenu podílových jednotek pro tento den.
- Pojistitel je oprávněn v obchodních podmínkách stanovit minimální počet nebo minimální peněžní hodnotu převáděných podílových jednotek.
- Ve výjimečných případech je pojistitel oprávněn převody podílových jednotek omezit. V takovém případě bude pojistitel pojistníka informovat o podmínkách tohoto omezení, zejména o předpokládané délce trvání omezení.

Článek 39: Některé případy ukončení a změny pojištění

- Pojistitel nebo pojistník může pojištění vypovědět:
 - s osmidenní výpovědní dobou do 2 (dvou) měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy, nebo
 - ke konci pojistného období a je-li výpověď doručena druhé straně nejméně 6 (šest) týdnů před koncem pojistného období, nebo
 - s měsíční výpovědní dobou do 3 (tří) měsíců ode dne oznámení vzniku pojistné události.Výpověď se může týkat i jen části pojistné smlouvy v případě, že ten který pojištěný má sjednáno více jednotlivých (druhů) pojištění nebo je-li více pojištěných, vypovědět tak lze určená jednotlivá připojištění téhož pojištěného a/nebo pojištění určeného pojištěného z více pojištěných. Pojistitel však může způsoby uvedenými pod písm. b) a c) tohoto odstavce vypovědět pouze připojištění.
Výpovědní lhůty počínají běžet dnem následujícím po dni doručení výpovědi a pojištění či připojištění zaniká jejich uplynutím.
- Při zániku pojištění výpovědí po 2 (dvou) letech trvání pojištění vyplatí pojistitel odkupné.
- Odkupné u pojištění pro případ dožití (spojené s fondem) se stanoví k datu předčasného zániku pojištění jako kapitálová hodnota pojištění snižená o:
 - zápornou rezervu pojistného pojištění pro případ smrti (s konstantní pojistnou částkou) základního pojištění;
 - neuhrazenou část nákladů souvisejících s uzavřením pojistné smlouvy za pojištění pro případ dožití (spojené s fondem) do konce původně sjednané pojistné doby základního pojištění;
 - poplatek za předčasné ukončení pojistné smlouvy.Jelikož se v průběhu trvání pojištění pro případ smrti (s konstantní pojistnou částkou) základního pojištění zvyšuje pravděpodobnost úmrtí hlavního pojištěného, přičemž pojistné za toto pojištění zůstává konstantní, tvoří pojistitel z pojistného za toto pojištění rezervu. V rezervě pojištěného jsou náklady spojené s uzavřením pojistné smlouvy jednorázově zohledněny (hodnota rezervy pojištěného je tak záporná). Placením pojistného se tyto náklady spojené s uzavřením pojistné smlouvy postupně umoňují.
Pokud je kapitálová hodnota pojištění snižená o částky podle písm. a), b) a c) tohoto odstavce záporná, je odkupné rovno nule. Pojistník je však povinen uhradit případné dlužné pojistné, vyjma pojistného za pojištění pro případ dožití (spojené s fondem), za dobu do zániku pojištění a případné neuhrazené poplatky za správu pojištění a poplatek za předčasné ukončení pojistné smlouvy.
Odkupné neodpovídá zaplacenému pojistnému.
- Odkupné je splatné do 6 (šesti) týdnů ode dne zániku pojištění výpovědí. Odkupné se nevyplácí na základě žádosti pojistníka (bez výpovědi pojištění). Pokud k datu ukončení pojištění nebyla vytvořena kladná kapitálová hodnota pojištění, je odkupné rovno nule.
- Právo na výplatu odkupného není u pojištění pro případ smrti (s konstantní pojistnou částkou) základního pojištění a u žádného připojištění.
- Pojistník má právo kdykoli v době trvání pojištění požadovat po pojistiteli sdělení o tom, kolik by činila výše odkupného. Pojistitel výši odkupného včetně jeho výpočtu sdělí ve lhůtě 1 (jednoho) měsíce ode dne obdržení žádosti pojistníka.
- Bylo-li uvedeno nesprávné datum narození pojištěného, má pojistitel právo od smlouvy odstoupit, prokáže-li, že by vzhledem k pojistným podmínkám platným v době uzavření pojistné smlouvy tuto smlouvu neuzavřel. Neuplatní-li pojistitel právo odstoupit od smlouvy během života pojištěného a do 3 (tří) let ode dne uzavření smlouvy, nejpozději však do 2 (dvou) měsíců poté, co se o nesprávném údaji dozvěděl, jeho právo zaniká. Odstoupit lze i jen od části pojistné smlouvy v případě, že ten který pojištěný má sjednáno více jednotlivých (druhů) pojištění nebo je-li více pojištěných, odstoupit lze od určených jednotlivých pojištění téhož pojištěného a/nebo od pojištění určeného pojištěného z více pojištěných.
- Pojistník může vždy k počátku pojistného období požádat o změnu pojistné smlouvy. Žádost o změnu pojistné smlouvy je nutno doručit pojistiteli nejméně 6 (šest) týdnů před 1. (prvním) dnem následujícího pojistného období, k němuž má dojít ke změně. Pojistitel není povinen žádosti o změnu pojistné smlouvy vyhovět. V době plnění ze zproštění od placení pojistného není možné provést změny na pojistné smlouvě, které mají vliv na výši pojistného (vč. indexace). Snižování pojistných částek a pojistného není možné v prvních 2 (dvou) letech trvání pojištění.
Při změně pojištění pro případ dožití (spojené s fondem) s následkem zvýšení pojistného se náklady související s uzavřením pojistné smlouvy stanoví z pojistného po navýšení.
Při změně pojištění pro případ dožití (spojené s fondem) s následkem snížení pojistného nebo zkrácení pojistné doby se náklady související s uzavřením pojistné smlouvy stanoví z pojistného po snížení. K datu účinnosti změny (snížení pojistného nebo zkrácení pojistné doby) sníží pojistitel kapitálovou hodnotu o neuhrazenou část nákladů souvisejících s uzavřením pojistné smlouvy odpovídající snížení pojistného nebo zkrácení pojistné doby.
- Zemře-li pojistník odlišný od pojištěného nebo zanikne-li bez právního nástupce pojistník odlišný od pojištěného, přechází práva a povinnosti tohoto pojistníka s účinností od okamžiku jeho smrti (zániku) na hlavního pojištěného. Oznáme-li však hlavní pojištěný pojistiteli v písemné formě do 1 (jednoho) měsíce ode dne pojistníkovy smrti, nebo ode dne jeho zániku, že na trvání pojištění nemá zájem, zaniká pojištění dnem smrti, nebo dnem zániku pojistníka. Účinky prodlení vůči hlavnímu pojištěnému nenastanou dříve než uplynutím 15 (patnácti) dnů ode dne, kdy se hlavní pojištěný o svém vstupu do pojištění dozvěděl.
- Poruší-li pojistník nebo pojištěný při sjednávání pojistné smlouvy úmyslně nebo z nedbalosti svoji povinnost k pravdivým sdělením, má pojistitel právo od pojistné smlouvy odstoupit, jestliže prokáže, že při řádném splnění této povinnosti by pojistnou smlouvu neuzavřel. Toto právo odstoupit od smlouvy zaniká, nevyužije-li je pojistitel do 2 (dvou) měsíců ode dne, kdy zjistil nebo musel zjistit příslušné porušení povinnosti. To platí i v případě změny pojistné smlouvy. Odstoupit lze i jen od části pojistné smlouvy v případě, že ten který pojištěný má sjednáno více jednotlivých (druhů) pojištění nebo je-li více pojištěných, odstoupit lze od určených jednotlivých pojištění téhož pojištěného a/nebo od pojištění určeného pojištěného z více pojištěných.
- Poruší-li pojistitel při sjednávání pojistné smlouvy svoji povinnost zodpovědět pravdivě a úplně písemné dotazy pojistníka na skutečnosti týkající se pojištění nebo povinnost upozornit pojistníka jako zájemce o pojištění na nesrovnalosti mezi nabízeným pojištěním a zájemcovými požadavky, má pojistník právo od pojistné smlouvy odstoupit. Toto právo odstoupit od smlouvy zaniká, nevyužije-li je pojistník do 2 (dvou) měsíců ode dne, kdy zjistil nebo musel zjistit příslušné porušení povinnosti. To platí i v případě změny pojistné smlouvy. Oznámení o odstoupení od pojistné smlouvy se zasílá do sídla pojistitele.
- Odstoupení od pojistné smlouvy podle předchozích odstavců 10 a 11 tohoto článku musí být odůvodněno, musí z něj být zřejmé, že které skutečnosti nebo skutečností odstupující své právo od pojistné smlouvy odstoupit odvozuje. Jestliže tomu tak není, upozorní ta smluvní strana, již bylo doručeno oznámení o odstoupení bez příslušného odůvodnění na povinnost provést jeho doplnění, k čemuž jí stanoví dodatečnou lhůtu, která nesmí být kratší než 14 (čtrnáct) dnů. Pokud ani v této lhůtě nebude oznámení o odstoupení doplněno, účinky odstoupení nenastanou. Jestliže dojde k řádnému doplnění odůvodnění odstoupení v dodatečné lhůtě, nastanou účinky odstoupení ke dni doručení původního (neodůvodněného) oznámení.
- Odstoupením od pojistné smlouvy se pojistná smlouva od počátku ruší, odstoupí-li však odstupující výslovně jen od části pojistné smlouvy týkající se pojištění spolupojištěné osoby, pak se od počátku ruší jen tato část pojistné smlouvy. Pojistitel je povinen bez zbytečného odkladu, nejpozději do 1 (jednoho) měsíce ode dne odstoupení od pojistné smlouvy, vrátit zaplacené pojistné, od kterého se odečte to, co již z pojištění plnil. V případě odstoupení pojistitele se od zaplaceného pojistného dále odečítají i náklady spojené se vznikem a správou pojištění

zahrnuté v pojistném, případně další dodatečné náklady spojené se vznikem pojištění nebo s odstoupením od pojistné smlouvy. Pojistník nebo pojištěný, který není současně pojistníkem, popřípadě obmyšlený, je ve stejné lhůtě jako pojistitel povinen pojistiteli vrátit částku vyplaceného pojistného plnění. Při odstoupení jen od části pojistné smlouvy se postupuje obdobně.

Článek 40: Redukce pojistné doby

- Pojistník, kterému by v případě výpovědi pojištění vznikl nárok na odkupné a který nehodlá pokračovat v placení pojistného a nemá zájem na dalším trvání připojištění, může požádat o redukcí (zkrácení) pojistné doby základního pojištění.
- Při redukcí pojistné doby se kapitálová hodnota pojištění snižuje o dosud neuhrazenou část nákladů souvisejících s uzavřením pojistné smlouvy za pojištění pro případ dožití (spojené s fondem) a případnou zápornou rezervu pojistného za pojištění pro případ smrti (s konstantní pojistnou částkou) základního pojištění k datu účinnosti redukce pojistné doby.
- Pojištění se převádí do redukováného stavu od nejbližší následující splatnosti pojistného.
- K datu účinnosti redukce pojistné doby zanikají všechna připojištění všech pojištěných.
- Ke dni účinnosti redukce pojistné doby se podílové jednotky všech fondů (vyjma podílových jednotek alokovaných ve WI – stabilním portfoliu) evidované na investičním účtu převedou do WI – stabilního portfolia na zbylou pojistnou dobu. Převod podílových jednotek se uskuteční za nákupní a prodejní ceny podílových jednotek fondů ke dni převodu.
- Po redukcí pojistné doby pojistitel odepisuje z investičního účtu část podílových jednotek, jejichž hodnota odpovídá:
 - poplatku za převedení pojištění do redukováného stavu;
 - ekvivalentu měsíčního pojistného za pojištění pro případ smrti (s konstantní pojistnou částkou) základního pojištění;
 - poplatku za správu pojištění.Pokud v redukováném stavu nepostačuje kapitálová hodnota pojištění na úhradu částek podle písm. a), b) a c) tohoto odstavce, které mají být za daný měsíc uhrazeny, pojištění zaniká.
- Po redukcí pojistné doby nemůže pojistník požádat o výplatu dílčího odkupného, převod podílových jednotek a provádět změnu alokačního poměru platného ke dni účinnosti redukce.
- Pokud pojistník zaplatí mimořádné pojistné na smlouvu v redukováném stavu, pojistitel takovou platbu nepřijme a vrátí pojistníkovi.
- Při redukcí pojistné doby zůstává zachováno právo pojistníka na výpověď pojištění s výplatou odkupného.

Článek 41: Zánik pojištění

- Pojištění zaniká vždy nejpozději dnem dožití se hlavního pojištěného sjednaného konce základního pojištění, nebo smrtí hlavního pojištěného nastala-li dříve.
- Připojištění toho kterého pojištěného zaniká vždy nejpozději poslední den pojistné doby, na kterou bylo to které připojištění sjednáno. Pojistná doba toho kterého připojištění může být stanovena maximálně do výstupní věkové hranice toho kterého pojištěného, nejdéle však v délce pojistné doby základního pojištění.
- Při zániku (z jakéhokoli důvodu) základního pojištění zanikají současně vždy také všechna sjednaná připojištění všech pojištěných, nezanikla-li dříve.
- Každé sjednané připojištění hlavního pojištěného a/nebo spolupojištěného zaniká nejpozději poslední den před výročním dnem počátku pojištění v tom kalendářním roce, ve kterém hlavní pojištěný a/nebo spolupojištěný dovrší věku, který je v obchodních podmínkách uveden pro to které připojištění jako výstupní věková hranice (ustanovení odst. 7 tohoto článku tím není dotčeno).
- Každé sjednané připojištění spolupojištěného dítěte zaniká nejpozději poslední den před výročním dnem počátku pojištění v tom kalendářním roce, ve kterém to které spolupojištěné dítě dovrší věku 26 (dvacet šest) let (ustanovení odst. 7 tohoto článku tím není dotčeno).
- Je-li připojištění zproštěno od placení pojistného k okamžiku uplynutí zkrácené doby placení pojistného jediným trvajícím připojištěním, uplynutím zkrácené doby placení pojistného toto připojištění vždy zaniká.
- Zanikne-li pojistný zájem úplně nebo ve vztahu k základnímu pojištění, zanikne i pojištění. V případě takového zániku vyplatí pojistitel odkupné vypočtené ke dni zániku pojištění jako v případě výpovědi pojištění. Zanikne-li však pojistný zájem jen ve vztahu k připojištění(m) toho kterého pojištěného a tedy pojistný zájem v omezenějším rozsahu trvá dále, zaniknou jen zánikem pojistného zájmu dotčená připojištění toho kterého pojištěného.
- Pojistník může spojit existenci pojistného zájmu v životním pojištění při vzniku pojištění s jednoznačně určenou skutečností i jinou než uvedenou v § 2762 občanského zákoníku (např. je-li životní pojištění užito jako zajišťovací instrument k úvěru). Změna takové skutečnosti způsobí však zánik pojištění jen tehdy, pokud si tak pojistník bude výslovně přát (resp. pojistitel je připraven zohlednit případnou změnu poměrů pojistníka či pojištěného a jejich zájem na dalším trvání pojištění).
- Pojistník a pojistitel se mohou dohodnout na zániku pojištění. V takové dohodě musí být určen okamžik zániku pojištění a dohodnut způsob vzájemného vyrovnání závazků.

Článek 42: Dílčí odkupné

- Pojistitel poskytne pojistníkovi na základě jeho žádosti dílčí odkupné z běžného a/nebo mimořádného pojistného; o částku dílčího odkupného se sníží stav investičního účtu (kapitálová hodnota pojištění). Dílčí odkupné je splatné do 6 (šesti) týdnů od doručení žádosti pojistiteli, žádost o dílčí odkupné z běžného pojistného je možné podat nejdříve po 2 (dvou) letech trvání pojištění, žádost o dílčí odkupné z mimořádného pojistného je možné podat nejdříve po 1 (jednom) roce trvání pojištění.
- Maximální možná výše dílčího odkupného je uvedena v obchodních podmínkách. Hlavní pojištěný, je-li odlišný od pojistníka, souhlasí s výplatou dílčího odkupného pojistníkovi, vznikne-li mu na něj právo.
- Dílčí odkupné z běžného a/nebo mimořádného pojistného nelze poskytnout, pokud je pojistné plnění (případně jiná výplata spojená s pojištěním) předmětem zástavního práva (analogicky platí pro postoupení pohledávky a tzv. vinkulaci) nebo je pojištění v redukováném stavu.

Článek 43: Indexace

- Indexace se vztahuje na všechny druhy pojištění sjednané v jedné pojistné smlouvě, s výjimkou připojištění smrti s klesající pojistnou částkou a připojištění vážných onemocnění s klesající pojistnou částkou.
- Indexační procenta se stanovují podle volby pojistníka uvedené v nabídce a v rozpětí stanoveném pojistitelem v obchodních podmínkách. Jejich určení je možné měnit výhradně k výročnímu dni počátku pojištění, pokud pojistitel obdrží takový návrh pojistníka alespoň 10 (deset) týdnů před výročním dnem počátku pojištění. Na změnu indexačních procent není nárok a pojistitel je také oprávněn podmínit jejich zvýšení zejména prokázáním vyhovujícího zdravotního stavu pojištěného.

3. Indexace se provádí podle dohodnutých indexačních procent tak, že z indexací zvýšeného pojistného vypočte pojistitel zvýšení pojistné částky u pojištění pro případ dožití (spojené s fondem). U pojištění pro případ smrti (s konstantní pojistnou částkou) základního pojištění a u všech přípojištění všech pojištěných ze zvýšené pojistné částky vypočte pojistitel zvýšení běžného pojistného podle pojistné matematických metod.
4. Zvýší-li pojistitel běžné pojistné podle odst. 3 tohoto článku, je oprávněn zaokrouhlit nově stanovenou výši běžného pojistného na celé jednotky, a to nahoru. V případě, že pojistník má pro placení běžného pojistného sjednáno jiné než měsíční pojistné období, je pojistitel oprávněn zvýšit běžné pojistné určené podle odst. 3 tohoto článku a zaokrouhlené podle předchozí věty tak, aby toto bylo nejbližším vyšším násobkem čísla, které je rovno počtu měsíců sjednaného pojistného období.
5. Pojistník obdrží sdělení o nové výši běžného pojistného a pojistných částek nejméně 1 (jeden) měsíc před výročním dnem počátku pojištění. Pokud pojistitel před tímto dnem obdrží žádost pojistníka o ponechání dosavadní výše běžného pojistného a pojistné částky, vyhoví této žádosti a indexace není pro ten který rok a výhradně pro něj provedena, nepožaduje-li pojistník výslovně jinak.
6. Pojistitel je oprávněn v obchodních podmínkách stanovit pro základní pojištění a pro jednotlivá přípojištění maximální výši pojistných částek, jejímž překročením indexací bude provádění indexace pro to které přípojištění (příp. základní pojištění) ukončeno.
7. Bylo-li provádění indexace ukončeno, není možné jej obnovit nebo znovu sjednat.
8. Provádění indexace je ukončeno vždy, pokud došlo ke snížení pojistné částky nebo k redukcí pojistné doby podle čl. 40 těchto pojistných podmínek.
9. Průběh indexace je přerušeno vždy, pokud vznikl nárok na zproštění od placení pojistného. Přerušeno provádění indexace trvá po dobu nároku na zproštění od placení pojistného. Indexace se obnovuje k nejbližšímu výročnímu dni počátku pojištění, který následuje po ukončení zproštění od placení pojistného.

Článek 44: Forma právních jednání

1. Pojistná smlouva musí mít písemnou formu, nestanoví-li občanský zákoník jinak. Ostatní právní jednání týkající se pojištění musí mít písemnou formu, neujedná-li strany, že této formy není zapotřebí (písm. c) tohoto odstavce a odst. 3 a 6 tohoto článku). Písemná forma se vždy vyžaduje pro právní jednání týkající se:
 - a) trvání a zániku pojištění;
 - b) změny rozsahu pojištění;
 - c) oznámení pojistitele o výsledku šetření pojistné události (sdělení důvodů, proč nelze šetření ukončit ve stanovené lhůtě, však výhradně písemně činěno být nemusí).
2. Písemná forma je zachována i při právním jednání učiněném elektronickými nebo jinými technickými prostředky umožňujícími zachycení jeho obsahu a určení jednajících osob. Právní jednání podle odst. 3 tohoto článku se nepovažují za učiněná v písemné formě.
3. Právní jednání účastníka pojištění, která nemusí mít písemnou formu, musí být učiněna jedním z těchto dvou způsobů:
 - a) prostřednictvím a v rozsahu internetové aplikace pojistitele, do které je účastníkovi pojištění umožněn přístup prostřednictvím pojistitelem přidělených jedinečných a důvěrných autentizačních prvků. O umožnění přístupu rozhoduje pojistitel. Účastník pojištění je odpovědný za ochranu přidělených autentizačních prvků a pojistitel neodpovídá za ztráty a škody způsobené jejich zneužitím;
 - b) telefonicky na telefonním čísle pojistitelem k tomuto účelu určeném nebo prostřednictvím e-mailové zprávy zaslané na e-mailovou adresu pojistitelem k tomuto účelu určenou, a to výhradně v rozsahu těch oznámení a návrhů na změnu smlouvy, které jsou uvedeny v Přehledu způsobů podání oznámení změny pojistné smlouvy a dalších pokynů.
4. Pro právní jednání učiněná některým z uvedených způsobů platí, že musí být, vyžádá-li si to pojistitel, dodatečně doplněna písemnou formou, a to ve lhůtě pojistitelem určené, jejímž marným uplynutím se má za to, že není pojistitel povinen k tomu kterému právnímu jednání přihlížet.
5. Pojistitel je oprávněn stanovit, že bez ohledu na jeho formu musí být určité právní jednání týkající se pojištění učiněno prostřednictvím jím vytvořeného a k tomu určeného formuláře.
6. V záležitostech pojištění, zejména v souvislosti s jeho správou a šetřením pojistných událostí, je pojistitel oprávněn kontaktovat ostatní účastníky pojištění prostředky elektronické komunikace (např. telefon, SMS, e-mailová zpráva, fax, datová schránka), pokud není dohodnuto jinak. Každý z ostatních účastníků pojištění je povinen neprodleně pojistiteli oznámit změnu kontaktních údajů poskytnutých mu za účelem vzájemné komunikace. Pojistitel při volbě formy komunikace přihlíží k povinnostem stanoveným mu jinými právními předpisy a charakteru sdělovaných informací.
7. Bez ohledu na formu se veškerá sdělení, oznámení, žádosti či návrhy týkající se pojištění podávají v českém jazyce. Veškeré předkládané doklady v jiném než českém jazyce musí být úředně přeloženy do českého jazyka (to neplatí pro doklady ve slovenském jazyce).
8. Vzhledem zejména k potřebě správy pojistných smluv, u kterých měla některá právní jednání formu podle odst. 3 tohoto článku, je nezbytné dokumentovat některé operace zvukovým záznamem, a to i s ohledem na potřebu jednoznačného určení osoby odpovědné za škodu, jež by té které smluvní straně v souvislosti s takovými operacemi eventuálně vznikla, souhlasí pojistník, každý pojištěný i každý další účastník pojištění s tím, že z veškeré komunikace s call centrem pojistitele (nebo pro něj činného) může být pořizován zvukový záznam a že takový záznam může být použit jako důkazní prostředek. Na pořizování záznamu bude pojistitel i tak předem upozorňovat.
9. Síť elektronických komunikací (veřejné telefonní linky, linky mobilních sítí, e-mail a fax) sloužící pro komunikaci mezi pojistitelem a některým z účastníků pojištění nejsou pod přímou kontrolou pojistitele, který tudíž neodpovídá za škodu způsobenou jejich případným zneužitím. Taková komunikace je zabezpečena proti zpřístupnění třetím osobám jen tehdy, pokud tak pojistitel výslovně uvede a za podmínky dodržení bezpečnostních pravidel tím kterým z účastníků pojištění.

Článek 45: Doručování

1. Písemnosti (listiny) jsou pojistiteli doručovány:
 - a) prostřednictvím provozovatele poštovních služeb na adresu sídla pojistitele, nebo
 - b) osobně do sídla pojistitele v době úředních hodin.
2. Písemnosti (listiny) jsou tomu kterému účastníkovi pojištění doručovány:
 - a) prostřednictvím provozovatele poštovních služeb na poslední pojistiteli známou korespondenční adresu v České republice (pokud adresát přesídlil do ciziny, musí pojistitel sdělit dodací adresu na území České republiky a jméno(a) a příjmení osoby na tomtéž území, kterou zmocnil k přijímání zásilek od pojistitele). Pojistitel je oprávněn doručovat každému z účastníků pojištění i na jinou než korespondenční adresu, pokud se na korespondenční adresu doručení nezdařilo, nebo se z jiného důvodu jeví neúčelným; nebo
 - b) osobně prostřednictvím zaměstnance nebo pověřeného zástupce pojistitele.
3. Účastník pojištění je povinen bezodkladně informovat pojistitele o každé změně své korespondenční adresy (adresy jím určené ke komunikaci s ním).

4. U písemnosti pojištěitele odeslané s využitím provozovatele poštovních služeb a došlé adresátovi se má za to, že došla 3. (třetí) pracovní den po odeslání. Za došlou zásilku se považuje i zásilka odeslaná pojištěitelem na poslední jemu známou korespondenční adresu adresáta v České republice, jejíž změnu adresát pojištěiteli včas neoznámil.
5. Odepře-li adresát písemnost převzít, má se za to, že došla dne, kdy její přijetí bylo odepřeno; adresát o důsledku odepření převzetí nemusí být poučen.
6. Doručování elektronickými prostředky včetně doručování projevů vůle, u kterých není nutné dodržet písemnou formu, se řídí pravidly uvedenými v čl. 44 těchto pojistných podmínek, není-li dohodnuto nebo jinými právními předpisy stanoveno jinak.

Článek 46: Změna obchodních podmínek

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

Článek 47: Závěrečné ustanovení

Tyto pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. 2. 2014.