

VŠEOBECNÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

ze dne 1. 1. 2005

Úvodní ustanovení

- Životní pojištění, které sjednává ČSOB Pojišťovna, a. s., člen holdingu ČSOB (dále jen „pojišťovna“), se řídí příslušnými ustanoveními zákona č. 37/2004 Sb., o pojištění smrti a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o pojištění smrti“) a ustanoveními souvisejících právních předpisů, ujednáními pojištění, těmito Všeobecnými pojištními podmínkami pro životní pojištění (dále jen „VPP“) a případnými doplňkovými nebo zvláštními pojištními podmínkami pojištětele pro daný pojištní produkt. Veškeré pojištní podmínky vztahující se k pojištění sjednanému pojištnou smlouvou jsou její nedílnou součástí.
- V jedné pojištní smlouvě lze s životním pojištěním sjednat i další druhy pojištění osob. Pro ně pak kromě těchto VPP platí i pojištní podmínky příslušného druhu pojištění.
- Pojištění, které se řídí těmito VPP, je pojištěním obnosovým.

Společná ustanovení

Článek 1 – Výklad pojmů

Tyto VPP vymezují následující pojmy:

Účastník pojištění – pojišťovna a pojištěl jakožto smluvní strany a dále pojištěný a každá další osoba, které z pojištění vzniklo právo nebo povinnost.

Pojišťovna – ČSOB Pojišťovna, a. s., člen holdingu ČSOB.

Pojištěl – fyzická nebo právnická osoba způsobilá k právním úkonům, která s pojištětelem uzavřela pojištnou smlouvu a je povinna platit pojištění; je-li pojištěním fyzická osoba, je nutnou podmínkou uzavření pojištní smlouvy její zletilost.

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

Oprávněná osoba – osoba, které v důsledku pojištní události vznikne právo na pojištní plnění. Oprávněnou osobou je pojištěný, není-li v pojištní smlouvě ujednáno jinak.

Obmyslený – osoba určená pojištěním v pojištní smlouvě, které vznikne právo na pojištní plnění v případě smrti pojištěného. Není-li obmyslený pojištěním v pojištní smlouvě určen, vznikne právo na pojištní plnění v případě smrti pojištěného osobám dle zákona o pojištní smlouvě.

Pojištní smlouva – pojištní smlouva je dvoustranný právní úkon, na základě kterého vzniká pojištění. Pojištní smlouva vymezuje podmínky pojištění. Odkazují-li pojištní podmínky na pojištní smlouvu, rozumí se pojištnou smlouvou jak vlastní ujednání pojištní smlouvy, tak veškeré pojištní podmínky, které jsou v souladu s „Úvodními ustanoveními“ těchto VPP její nedílnou součástí.

Pojistka – písemné potvrzení pojištětele o uzavření pojištní smlouvy.

Pojištění obnosové – pojištění, jehož účelem je získání obnosu, tj. dohodnuté finanční částky v důsledku pojištní události, ve výši, která je nezávislá na vzniku nebo rozsahu škody.

Pojištní doba – doba, na kterou bylo pojištění sjednáno. Pojištní doba je časový interval vymezený počátkem a koncem pojištění (pojištění na dobu určitou) nebo pouze počátkem pojištění (pojištění na dobu neurčitou). Pojištní doba je vymezena v pojištní smlouvě.

Pojištní období – časové období dohodnuté v pojištní smlouvě, za které se platí běžné pojištění.

Pojistné – úplata za sjednané pojištění, jejíž výše je stanovena v pojištní smlouvě.

Běžné pojištění – pojištění stanovené za pojištní období.

Jednorázové pojištění – pojištění stanovené na celou dobu, na kterou bylo pojištění sjednáno.

Pojištní událost – nahodilá skutečnost blíže označená v pojištní smlouvě, se kterou je spojen vznik povinnosti pojištětele poskytnout pojištní plnění. Za nahodilou se považuje taková skutečnost, která je možná a u které není jisté, zda v době trvání pojištění vůbec nastane, nebo není známa doba jejího vzniku.

Pojištní plnění – plnění, které je pojištěl povinen poskytnout, nastala-li pojištní událost; pojištěl je poskytl v souladu s obsahem pojištní smlouvy, a to buď ve formě jednorázové částky nebo opakovaného plnění (např. důchodu). Pojištní plnění je splatné dle zásad obsažených v čl. 8 těchto VPP.

Pojištní částka – částka, ze které se stanoví výše plnění v případě pojištní události v souladu se zněním pojištní smlouvy.

Hodnota pojištění – hodnota příslušné technické rezervy, včetně připsaných podílů na zisku - nestanoví-li pojištní smlouva jinak - náležející ke každému jednotlivému životnímu pojištění, z něhož se vyplácí pojištní plnění při dožití nebo u kterého vzniká nárok na odkupné. Stanoví se k určitému časovému okamžiku pojištní matematickými metodami.

Odkupné – část nespotebovaného pojištního ukladání pojištětelem jako technická rezerva vypočtená pojištní matematickými metodami k datu zániku pojištění. Odkupné pojištěl vyplatí při zániku pojištění, a to v případech blíže stanovených v pojištní smlouvě.

Sazebník administrativních poplatků a limitů (dále jen „sazebník“) – dokument pojištětele obsahující aktuální hodnoty administrativních poplatků a dalších limitů pro daný pojištní produkt; při stanovení konkrétní výše daného poplatku nebo limitu postupuje pojištěl v souladu s čl. 13 odst. 6 těchto VPP. Sazebník je k dispozici na všech obchodních místech pojištětele.

Článek 2 – Vznik a doba trvání pojištění

- Pojištění vzniká na základě písemné pojištní smlouvy.
- Jako písemné potvrzení o uzavření pojištní smlouvy vydá pojištěl pojištní smlouvu.
- Dojde-li ke ztrátě, poškození nebo zničení pojištní smlouvy, vydá pojištěl pojištní smlouvu na jeho žádost a náklady druhopis pojištní smlouvy. Vystavením druhopisu pojištní smlouvy pojištěl vydá dříve vydané druhopisy platnosti.
- Pojištění se sjednává na dobu vymezenou v pojištní smlouvě (pojištní doba).
- Počátek pojištění je v 00:00 hodin dne sjednaného v pojištní smlouvě jako počátek pojištění.
- Konec pojištění je ve 24:00 hodin dne sjednaného v pojištní smlouvě jako konec pojištění, nezanikne-li pojištění v souladu s pojištnou smlouvou dříve.
- Pojištění se z důvodu nezaplacení pojištního během pojištní doby nepřerušuje.

Článek 3 – Pojištění

- Výše pojištního a délka pojištního období jsou uvedeny v pojištní smlouvě. Běžné pojištění je splatné prvního dne pojištního období a jednorázové pojištění dnem počátku pojištění.
- Není-li v pojištní smlouvě ujednáno jinak, považuje se pojištění za uhrazené dnem jeho připsání na pojištní účet vedený u peněžního ústavu a pod pojištětelem určeným variabilním symbolem. Předchází-li tento den dni splatnosti pojištního, považuje se pojištění za uhrazené až dnem jeho splatnosti.
- Je-li výše pojištního závislá též na věku pojištěného, považuje se za jeho věk rozdíl mezi kalendářním rokem počátku pojištění a kalendářním rokem, v němž se pojištěný narodil.
- Pojištěl má právo na pojištné za dobu do zániku pojištění, na jednorázové pojištění má právo za celou pojištnou dobu.
- Nastala-li pojištní událost, v důsledku které pojištění zaniklo, náleží pojištěl pojištné do konce pojištního období, v němž pojištní událost nastala; jednorázové pojištění náleží pojištěl za celou dobu, na kterou bylo pojištění sjednáno.

Článek 4 – Změny pojištění

- Není-li v pojištní smlouvě nebo v obecně závazných právních předpisech stanoveno jinak, realizují se jakékoliv změny týkající se pojištění již sjednaného včetně změn jeho rozsahu na základě vzájemné dohody smluvních stran. Dohoda mezi smluvními stranami musí mít písemnou formu, jinak je neplatná.

Článek 5 – Zánik pojištění

- Pojištění zaniká:
 - uplynutím pojištní doby, není-li v pojištní smlouvě ujednáno jinak,
 - smrtí pojištěného, není-li v pojištní smlouvě ujednáno jinak,
 - písemnou dohodou smluvních stran; v dohodě musí být uveden okamžik zániku pojištění a způsob vzájemného vyrovnání závazků,
 - dnem následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené pojištětelem v upomínce k zaplacení pojištního nebo jeho části, doručené pojištníkově, není-li v pojištní smlouvě ujednáno jinak,
 - odstoupením pojištníka nebo pojištětele od pojištní smlouvy ve smyslu zákona o pojištní smlouvě,
 - odmítnutím plnění ze strany pojištětele ve smyslu zákona o pojištní smlouvě,
 - vyovědění dle čl. 6 těchto VPP,
 - jiným způsobem uvedeným v pojištní smlouvě nebo v zákoně o pojištní smlouvě.
- Veškerá pojištění sjednaná dle odst. 2 Úvodních ustanovení těchto VPP v jedné pojištní smlouvě s životním pojištěním zanikají nejpozději zánikem tohoto životního pojištění.

Článek 6 – Vyovědění pojištění

- Pojištění může vyovědět každá ze smluvních stran do dvou měsíců ode dne uzavření pojištní smlouvy. Vyovědění lhůta je osmi dní a počíná běžet dnem doručení písemné vyovědění druhé smluvní straně. Jejím uplynutím pojištění zaniká.
- Pojištěl dále může pojištění, u kterého je sjednáno běžné pojištění, písemně vyovědět ke konci každého pojištního období. Vyovědět musí být dána alespoň šest týdnů před jeho uplynutím. Pojištění za jednorázové pojištění může pojištěl kromě vyovědění dle odst. 1 tohoto článku písemně vyovědět k poslednímu dni každého kalendářního měsíce. Vyovědět může být podána alespoň šest týdnů před dnem, k němuž je uplatňována.
- Pojištění může být vyovězeno i v dalších případech uvedených v zákoně o pojištní smlouvě.
- Vznik-li již k datu zániku pojištění vyovědění dle odst. 1 až 3 tohoto článku nárok na odkupné a dá-li pojištění, není-li shodný s pojištěním, souhlas k vyplacení odkupného, vyplatí pojištěl pojištníkově odkupné. Nevznik-li nebo nevznik-li u pojištění ještě nárok na odkupné, zaniká pojištění bez náhrady.

Článek 7 – Odkupné

- Podmínky vzniku nároku na odkupné stanoví pojištěl v pojištních podmínkách pro daný pojištní produkt.

Článek 8 – Plnění z pojištění

- Není-li v pojištní smlouvě ujednáno jinak, pojištění se vztahuje na pojištní události v ní vymezené, které v době trvání pojištění nastanou kdekoli.
- Z pojištění je pojištěl povinen poskytnout pojištní plnění, nastane-li pojištní událost v souladu s obsahem pojištní smlouvy. Je-li to v pojištní smlouvě ujednáno, může z něj poskytovat i jiné druhy plnění.
- Z pojištění pojištěl poskytuje buď jednorázové nebo opakované plnění (např. důchod), a to podle toho, co bylo ujednáno v pojištní smlouvě.
- Důchod se vyplácí za dohodnutá období, která se počítají od prvního dne měsíce následujícího po měsíci, ve kterém právo na výplatu důchodu vzniklo.
- Rozsah pojištního plnění je určen v pojištní smlouvě.
- Pojištní plnění je splatné do patnácti dnů po skončení šetření nutného ke zjištění rozsahu povinnosti pojištětele plnit. Šetření je skončeno, jakmile pojištěl sdělí jeho výsledky oprávněné osobě.

Článek 9 – Výluky z pojištění

- Pojištěl neposkytne z pojištění pojištní plnění v těchto případech:
 - má-li vzniknout právo na pojištní plnění osobě, která způsobila pojištnímu pojištnou událost v souvislosti se skutkem, který je dle trestního zákona úmyslným trestním činem, a v rámci trestního řízení o tomto skutku bylo:
 - ukončeno přípravné řízení podáním obžaloby nebo podáním návrhu na potrestání této osoby; současně se ujednává, že tato výluka z pojištění pozbývá platnosti, je-li následně v trestním řízení pojištěný nebo tato jiná osoba na základě pravomocného rozhodnutí zproštěna obžalobou, pojištěl je v takovém případě povinen bez zbytečného odkladu poté, co mu je taková skutečnost oznámena, obnovit šetření pojištní události; nebo
 - nastala-li u pojištěného pojištní událost pod vlivem alkoholu nebo jiných omamných, toxických, psychotropních či ostatních látek způsobilych nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování,
 - nastala-li pojištní událost následkem sebevraždy pojištěného nebo pokusu o ni a pojištění již trvalo nepetržitě nejméně dva roky bezprostředně předcházející sebevraždě nebo pokusu o ni,
 - porušil-li pojištníka nebo pojištěný při sjednání pojištění nebo jeho změně některou z povinností uvedených v těchto VPP, nebo dalších povinností uvedených v pojištní smlouvě nebo stanovených obecně závaznými právními předpisy, a v důsledku tohoto porušení bylo stanoveno nižší pojištění,

- pravomocně rozhodnuto o podmíněném zastavení trestního stíhání této osoby jako obviněného nebo

- pravomocně rozhodnuto o schválení narovnání a zastavení trestního stíhání této osoby jako obviněného nebo pravomocně rozhodnuto o podmíněném odložení podání návrhu na potrestání pojištěného nebo této osoby jako podezřelého,

b) způsobil-li si pojištěný pojištnou událost nebo mu ji z jeho podnětu způsobila jiná osoba v souvislosti se skutkem, který je dle trestního zákona úmyslným trestním činem, a v rámci trestního řízení o tomto skutku bylo:

- ukončeno přípravné řízení podáním obžaloby nebo podáním návrhu na potrestání pojištěného nebo této osoby; současně se ujednává, že tato výluka z pojištění pozbývá platnosti, je-li následně v trestním řízení pojištěný nebo tato jiná osoba na základě pravomocného rozhodnutí zproštěna obžalobou, pojištěl je v takovém případě povinen bez zbytečného odkladu poté, co mu je taková skutečnost oznámena, obnovit šetření pojištní události; nebo

- pravomocně rozhodnuto o podmíněném zastavení trestního stíhání pojištěného nebo této osoby jako obviněného nebo

- pravomocně rozhodnuto o schválení narovnání a zastavení trestního stíhání pojištěného nebo této osoby jako obviněného nebo pravomocně rozhodnuto o podmíněném odložení podání návrhu na potrestání pojištěného nebo této osoby jako podezřelého,

c) nastala-li u pojištěného pojištní událost v přímé nebo nepřímé souvislosti s válečným konfliktem, bojovými nebo válečnými akcemi, vzpourami, povstáními, nepokoji a teroristickými činy,

d) způsobil-li si pojištěný pojištnou událost při řízení motorového vozidla, pravidla či letadla, pro něž měl pojištěný příslušné oprávnění k řízení, nebo nastala-li pojištní událost při letech, u nichž, s vědomím pojištěného, použité letadlo nebo pilot neměl úřední povolení, nebo které byly provedeny proti úřednímu předpisu nebo bez vědomí či proti vůli držitele letadla, dále za pojištnou událost, ke které došlo při účasti pojištěného na soutěžích a závodech motorových vozidel, letadel nebo plavidel a přípravných jízdách, letech nebo plavbách k nim (trénink); (rizika zde uvedená v souvislosti se soutěžemi a závody lze pojištní na základě zvláštní dohody s pojištětelem),

e) nastala-li pojištní událost do dvou měsíců od počátku pojištění v důsledku zdravotních potíží, kterými pojištěný trpěl již před sjednáním pojištění a které uvedl při uzavření pojištní smlouvy, není-li však v pojištní smlouvě stanoveno jinak,

f) nastala-li pojištní událost následkem sebevraždy pojištěného nebo pokusu o ni a pojištění ještě netrvalo nepetržitě nejméně dva roky bezprostředně předcházející sebevraždě nebo pokusu o ni,

g) nastala-li pojištní událost v důsledku úmyslného sebepoškození,

h) byla-li pojištní událost způsobena jaderným zářením vyvolaným výbuchem nebo záradou jaderného zařízení a přístrojů, nebo nedbalostí odpovědných osob, institucí nebo úřadů při dopravě, skladování nebo manipulaci s radioaktivními materiály.

2. Pojištěl neposkytne z pojištění pojištní plnění i v dalších případech uvedených v pojištní smlouvě.

3. Zaniká-li pojištění pojištnou událostí, za niž pojištěl v souladu s ustanoveními tohoto článku neplní, a vznik-li již z pojištění nárok na odkupné, vyplatí pojištěl, s výjimkou případů dle odst. 1. písm. a) tohoto článku oprávněné osobě odkupné.

Článek 10 – Omezení pojištního plnění

- Pojištěl je oprávněn přiměřeně snížit pojištní plnění z pojištění v těchto případech:
 - nastala-li pojištní událost v přímé souvislosti s protiprávním jednáním pojištěného, o kterém bylo pravomocně rozhodnuto orgánem veřejné správy ve správním řízení, nebo způsobil-li si pojištěný pojištnou událost v souvislosti se skutkem, který je dle trestního zákona nedbalostním trestním činem, a v rámci trestního řízení o tomto skutku bylo:
 - ukončeno přípravné řízení podáním obžaloby nebo podáním návrhu na potrestání pojištěného; současně se ujednává, že tato výluka z pojištění pozbývá platnosti, je-li následně v trestním řízení pojištěný nebo tato jiná osoba na základě pravomocného rozhodnutí zproštěna obžalobou, pojištěl je v takovém případě povinen bez zbytečného odkladu poté, co mu je taková skutečnost oznámena, obnovit šetření pojištní události; nebo
 - pravomocně rozhodnuto o podmíněném zastavení trestního stíhání pojištěného jako obviněného nebo
 - pravomocně rozhodnuto o schválení narovnání a zastavení trestního stíhání pojištěného jako obviněného nebo pravomocně rozhodnuto o podmíněném odložení podání návrhu na potrestání pojištěného nebo této osoby jako podezřelého,
 - nastala-li u pojištěného pojištní událost pod vlivem alkoholu nebo jiných omamných, toxických, psychotropních či ostatních látek způsobilych nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování,
 - nastala-li pojištní událost následkem sebevraždy pojištěného nebo pokusu o ni a pojištění již trvalo nepetržitě nejméně dva roky bezprostředně předcházející sebevraždě nebo pokusu o ni,
 - porušil-li pojištníka nebo pojištěný při sjednání pojištění nebo jeho změně některou z povinností uvedených v těchto VPP, nebo dalších povinností uvedených v pojištní smlouvě nebo stanovených obecně závaznými právními předpisy, a v důsledku tohoto porušení bylo stanoveno nižší pojištění,

- e) mělo-li vědomé porušení povinností uvedených v těchto VPP nebo dalších povinností uvedených v pojistné smlouvě nebo stanovených obecně závaznými právními předpisy podstatný vliv na vznik pojistné události, její průběh nebo na zvětšení rozsahu jejich následků anebo na zjištění nebo určení výše pojistného plnění,
- f) odvolá-li pojištěný v průběhu pojištění nebo v průběhu šetření nutného ke zjištění rozsahu povinností pojistitele plnit svůj souhlas ke zjišťování a přezkoumávání zdravotního stavu a zpracování osobních údajů dle čl. 13 odst. 8 těchto VPP a má-li tato skutečnost vliv na šetření nutné ke zjištění rozsahu povinností pojistitele plnit.

2. Pojistitel je oprávněn přiměřeně snížit pojistné plnění z pojištění i v dalších případech uvedených v pojistné smlouvě.

Článek 11 – Práva a povinnosti účastníků pojištění

1. Pojistník a pojištěný jsou povinni pravidelně a úplně odpovědět na všechny písemné dotazy pojistitele týkající se sjednáváného pojištění. To platí i v případě, že jde o změnu pojištění. Stejnou povinnost má pojistitel vůči pojistníkovi a pojištěnému.
2. Pojistník má právo kdykoliv během trvání pojištění písemně požadovat na pojistiteli sdělení o tom, kolik by činila výše odkupného. Pojistitel výši odkupného sdělí ve lhůtě jednoho měsíce ode dne obdržení písemné žádosti pojistníka. Pojistitel má právo na úhradu nákladů, které mu sdělením výše odkupného pojistníkovi vzniknou.
3. Pojistník je povinen bez zbytečného odkladu pojistiteli oznámit, že nastala pojistná událost, podat pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události, předložit k tomu potřebné doklady a postupovat způsobem dohodnutým v pojistné smlouvě. Není-li pojistník současně pojištěným, má tuto povinnost pojištěný; je-li pojistnou událostí smrt pojištěného, má tuto povinnost oprávněná osoba.
4. Ujednává se, že osoba, která je dle odst. 3 tohoto článku povinná bez zbytečného odkladu pojistiteli oznámit, že pojistná událost nastala, tuto povinnost splní až písemným oznámením pojistné události na příslušném tiskopisu pojistitele. Tato osoba je povinná předložit i další doklady požadované pojistitelem, pokud mají vliv na stanovení povinností pojistitele plnit a/nebo na výši pojistného plnění. Pojistitel rovněž může provést šetření pojistné události sám.
5. Je-li pojistnou událostí smrt pojištěného, pojistitel při oznámení pojistné události dle odst. 3 tohoto článku vždy požaduje i předložení pojišťky, ověřené kopie úmrtního listu a podrobné lékařské nebo úřední zprávy o příčině smrti; v případě dožití se dne konce pojištění pojištěným požaduje pojistitel vždy i předložení pojišťky.
6. Pojistitel je povinen po oznámení pojistné události v souladu s odst. 3 a 4 tohoto článku bez zbytečného odkladu zahájit šetření nutné ke zjištění rozsahu jeho povinností plnit a ukončit je do 3 měsíců po tom, co mu byla tato událost oznámena. Nemůže-li ukončit šetření v této lhůtě, je povinen sdělit osobě, které má vzniknout právo na pojistné plnění, důvody, pro které nelze šetření ukončit, a poskytnout jí na její písemnou žádost přiměřenou zálohu. Výše uvedenou lhůtu 3 měsíců lze dohodou prodloužit. Tato lhůta neběží, je-li šetření znemožněno nebo ztíženo z viny oprávněné osoby, pojistníka nebo pojištěného.
7. Oprávněná osoba je povinná podrobit se identifikaci v souladu se zákonem č. 61/1996 Sb., o některých opatřeních

proti legalizaci výnosů z trestné činnosti, ve znění pozdějších předpisů.

8. Pojistitel má právo na pojistné za sjednané pojištění a pojistník je povinen hradit je řádně a včas.
9. Pojistník je dále povinen:
 - a) bez zbytečného odkladu pojištěnému oznámit, že v jeho prospěch bylo sjednáno pojištění, a seznámit pojištěného s právy a povinnostmi, které pro něho ze sjednaného pojištění vyplývají,
 - b) bez zbytečného odkladu pojistiteli písemně oznámit všechny změny osobních a jiných identifikačních údajů, které byly zjišťovány při sjednávání pojištění nebo jeho změně, pokud i jiné údaje, na které byl v této souvislosti tážán.
10. Pojistitel je povinen zachovávat mlčenlivost o skutečnostech týkajících se pojištění fyzických a právnických osob, jakož i o skutečnostech, které se dozví při sjednávání pojištění, jeho správě a při likvidaci pojistných událostí. Poskytnout tuto informaci může jen se souhlasem pojištěného, nebo pokud tak stanoví obecně závazné právní předpisy.
11. Účastníci pojištění mají dále kromě práv a povinností uvedených v těchto VPP práva a povinnosti uvedené v pojistné smlouvě a stanovené obecně závaznými právními předpisy.

Článek 12 – Podíl na zisku

1. Podílem na zisku se rozumí rozdělení případných pojistné technických přebytků z investování prostředků rezervy pojistného životních pojištění do jednotlivých platných pojistných smluv, a to podle pojistné technických zásad pojistitele.
2. Tyto přebytky se stanovují na základě výsledků účetní uzávěrky a zvyšují hodnotu pojištění, kromě pojištění, z nichž se již vyplácí důchod, a pojištění, kde investiční riziko nese pojistník.
3. U pojistných smluv, z nichž se již vyplácí důchod, budou přebytky vypláceny formou valorizace důchodu.
4. U pojistných smluv, kde investiční riziko nese pojistník, budou výnosy připisovány do jednotlivých pojistných smluv podle počtu podílů a druhu zvolených investičních instrumentů.

Článek 13 – Zvláštní ujednání

1. Všechny platby učiněné v souvislosti s pojištěním, ať již pojistníkem nebo pojistitelem, a také pojistné částky jsou uváděny a hrazeny v české měně a jsou splatné na území České republiky.
2. Rovněž veškeré doklady a dokumenty týkající se pojištění musí být účastníky pojištění předkládány v českém jazyce. V případě, že tyto byly vystaveny v cizím jazyce, musí k nim být přiložen úředně ověřený překlad do českého jazyka.
3. Odvolávají-li se všeobecně, doplňkové nebo zvláštní pojistné podmínky na platné právní předpisy, zejména zákony, rozumí se jimi platné právní předpisy České republiky.
4. Země-li nebo zanikne-li bez právního nástupce pojistník, vstupuje do pojištění na jeho místo pojištěný, a to dnem, kdy pojistník zemřel nebo zanikl bez právního nástupce. Není-li pojištěný zletilý nebo způsobilý k právním úkonům, stává se pojistníkem jeho zákonný zástupce.
5. Mimo sjednané pojistné je pojistitel oprávněn účtovat pojistníkovi úhrady svých nákladů dle kalkulačních zásad pojistitele a poplatky dle sazebníku.
6. Administrativní poplatky účtuje pojistitel ve výši uvedené v sazebníku, který je platný a účinný ke dni provedení příslušného úkonu. Jsou-li pro provádění úkon stanoveny limity,

posuzuje je pojistitel rovněž podle hodnoty limitu uvedené v sazebníku, který je platný a účinný ke dni provedení příslušného úkonu. Dojde-li ze strany pojistitele ke změně hodnot poplatků a/nebo limitů, je pojistitel povinen zveřejnit na svých obchodních místech nové znění sazebníku nejpozději jeden měsíc před jeho účinností.

7. Pojistitel je oprávněn při uzavírání pojistné smlouvy, změně pojistné smlouvy i kdykoliv v době trvání pojištění přezkoumávat zdravotní stav pojištěného, a to na základě zpráv vyžádaných s jeho souhlasem prostřednictvím pověřeného lékařského zařízení od lékařů a zdravotnických zařízení, ve kterých se léčí, jakož i prohlídkou lékařem, kterého mu pojistitel sám určí. Veškeré tyto na náklady pojistitele získané dokumenty se stávají vlastnictvím pojistitele a pojistitel není povinen předkládat je ostatním účastníkům pojištění k nahlédnutí nebo pořízení kopie. V případě potřeby je pojištěný povinen všechny výše uvedené zprávy a posudky pojistitel bez zbytečného odkladu zajistit.
8. Souhlas ke zjišťování a přezkoumávání zdravotního stavu a zpracování osobních údajů dává pojištěný podpisem prohlášení v pojistné smlouvě.
9. Skutečnosti, o kterých se pojistitel při zjišťování zdravotního stavu pojištěného dozví, smí použít pouze pro svou potřebu, popřípadě i může se souhlasem pojištěného sdělovat i ostatním subjektům podnikajícím v oblasti pojišťovnictví, bankovníctví a jiných peněžních služeb a asociacím těchto subjektů, jinak jen v souladu s platným zněním zákona o pojišťovnictví.
10. Všechny spory vyplývající z životního pojištění nebo v souvislosti s ním vzniklé budou, nedojde-li k dohodě, řešeny u příslušného soudu v České republice podle českého práva.

Článek 14 – Sdělení a doručování písemnosti

1. Sdělení, která se týkají pojištění, musí být učiněna výhradně písemně a v českém jazyce.
2. Písemnosti se účastníkům pojištění doručují na jimi posledně uvedenou adresu místa trvalého nebo dlouhodobého pobytu, resp. sídla. Uvedl-li pojistník v pojistné smlouvě korespondenční adresu, doručují se písemnosti na tuto adresu, vždy však pouze na adresu v ČR. Pojistitel není povinen zasílat písemnosti mimo území ČR.
3. Písemná podání účastníků pojištění nabývají účinnosti dnem jejich doručení. Pokud nejsou písemnosti pojistitele doručeny účastníkům pojištění z důvodu odmítnutí jejich převzetí účastníkem, považují se za doručené dnem, kdy byly přijaty písemnosti odmítnuto. V případě vrácení zápsky poštou zpět pojistiteli po uplynutí lhůty pro převzetí stanovené vyhláškou o základních službách držitele poštovní licence je dnem doručení písemnosti poslední den stanovený lhůty.

Článek 15 – Závěrečná ustanovení

1. Od všech předchozích ustanovení těchto VPP, vyjma ustanovení čl. 13 odst. 9 těchto VPP, se pojištění může v pojistné smlouvě odchýlit, vyžadují-li to účel a povaha pojištění.
2. Tyto VPP nabývají účinnosti dne 1. 1. 2005.

DOPLŇKOVÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ ČTYŘLÍSTEK

ze dne 1. 1. 2005

Čtyřlístek – životní pojištění prostředků na živý den dětí

Úvodní ustanovení

Životní pojištění Čtyřlístek (dále jen „pojištění“ nebo také „hlavní životní pojištění“) se řídí těmito Doplnkovými pojistnými podmínkami pro životní pojištění Čtyřlístek ze dne 1. 1. 2005 (dále jen „DPP“), ujednáními pojistné smlouvy a Všeobecnými pojistnými podmínkami pro životní pojištění ze dne 1. 1. 2005 (dále jen „VPP“). Právní vztahy neupravené výše uvedeným se řídí příslušnými ustanoveními zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a ustanoveními souvisejících právních předpisů.

Pojistné plnění

Článek 1

1. Dožije-li se pojištěné dítě dne, kterým pojištění končí, vyplátí mu pojistitel pojistnou částku sjednanou v pojistné smlouvě a podíl na zisku přiznaný na základě zaplacení běžného pojistného. Bylo-li v době trvání pojištění zaplaceno mimořádné pojistné, vyplátí pojistitel ještě mimořádné pojistné a podíl na zisku přiznaný na základě zaplacení mimořádného pojistného, avšak snížené o již provedené výběry mimořádného pojistného a/nebo podílu na zisku z mimořádného pojistného. Je-li pojištěné dítě k datu konce pojištění nezletilé a/nebo nezpůsobilé k právním úkonům, vyplátí pojistitel pojistné plnění dle tohoto odstavce jeho zákonnému zástupci.
2. Zemře-li pojištěné dítě v době trvání pojištění a vznikl-li jí u pojištění nárok na odkupné dle čl. 7 odst. 3 těchto DPP, vyplátí pojistitel pojistníkovi odkupné a podíl na zisku přiznaný na základě zaplacení běžného pojistného. Bylo-li v době trvání pojištění zaplaceno mimořádné pojistné, vyplátí pojistitel ještě mimořádné pojistné a podíl na zisku přiznaný na základě zaplacení mimořádného pojistného, avšak snížené o již provedené výběry mimořádného pojistného a/nebo podílu na zisku z mimořádného pojistného. Zemře-li pojištěné dítě v době trvání pojištění a u pojištění dosud nevznikl nárok na odkupné dle čl. 7 odst. 3 těchto DPP, pojištění zaniká bez náhrady, ale bylo-li současně v době trvání pojištění zaplaceno mimořádné pojistné vyplátí pojistitel mimořádné pojistné, avšak snížené o již provedené výběry mimořádného pojistného.
3. Zemře-li pojištěný muž a/nebo pojištěná žena (dále jen „dospělý pojištěný“) v době trvání pojištění nebo je-li alespoň o jednoho z nich v době trvání pojištění diagnostikována vážná choroba splňující podmínky vzniku pojistné události dle odst. 5 tohoto článku, poskytne pojistitel pojistné plnění za tuto pojistnou událost formou zproštění pojistníka od placení pojistného za hlavní životní pojištění.
4. Zproštění od placení pojistného z důvodů uvedených v odst. 3 tohoto článku (tj. z důvodu smrti nebo vážné choroby dospělého pojištěného) počíná ode dne nejbližší splatnosti pojistného po pojistné události, v důsledku které ke zproštění od placení došlo, a trvá až do konce pojištění. Pojištění pokračuje bez placení pojistného a výše plnění dle odst. 1 a 2 tohoto článku tím není dotčena. Zproštění od placení pojistného z důvodů uvedených v odst. 3 tohoto článku se nevztahuje na případná vedlejší pojištění sjednaná k hlavnímu životnímu pojištění. Pojistitel poskytne pojistné plnění z pojistné události dle odst. 3 tohoto článku (tj. zproští pojistníka od placení pojistného) pouze jednou, a to z té pojistné události uvedené v odst. 3 tohoto článku, která nastane jako první, a bez ohledu na skutečnost, u kterého z dospělých pojištěných pojistná událost nastala. Bylo-li pojištění k datu počátku zproštění od placení pojistného dle tohoto odstavce od placení pojistného za hlavní životní pojištění již zproštěno v souladu s ustanoveními čl. 8 těchto DPP, zproštění dle čl. 8 těchto DPP zaniká a je nahrazeno zproštěním dle ustanovení tohoto odstavce.
5. Pojistná událost je pro účely vymezení pojistného plnění v případě vážné choroby definována následovně:

- 5.1. Pojistná událost nastane, je-li u dospělého pojištěného písemnou lékařskou zprávou specifikovanou v odst. 6 tohoto článku potvrzeno:

a) první stanovení diagnózy některého z onemocnění uvedených v odst. 6 písm. a) až e), písm. h) až j) tohoto článku, nebo

b) první zařazení na čekací listinu pro orgánovou transplantaci dle odst. 6 písm. f) tohoto článku, nebo

c) první podstoupení chirurgického zákroku uvedeného v odst. 6 písm. g) tohoto článku (dále jen „vážná choroba“) za podmínky, že onemocnění dle písm. a) tohoto odst. nebo onemocnění, které zapříčinilo zařazení dospělého pojištěného na čekací listinu dle písm. b) tohoto odst. nebo podstoupení chirurgického zákroku dospělým pojištěným dle písm. c) tohoto odst., bylo diagnostikováno nejdříve po uplynutí prvních tří kalendářních měsíců následujících po počátku pojištění a současně byly splněny podmínky uvedené v odst. 5.2 tohoto článku.

- 5.2. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 6 písm. a), c), i) a j) tohoto článku je nezbytné, aby dospělý pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne stanovení diagnózy. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 6 písm. b) tohoto článku je nezbytné, aby neurologický nále z dospělého pojištěného přetrvával ještě alespoň po třech kalendářních měsících následujících ode dne stanovení diagnózy. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 6 písm. d) tohoto článku je nezbytné, aby dospělý pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne podstoupení neurochirurgického zákroku nebo ode dne lékařského potvrzení trvalého neurologického poškození. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 6 písm. e) tohoto článku je nezbytná dialyzační léčba dospělého pojištěného trvajících alespoň tři po sobě následující kalendářní měsíce. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 6 písm. f) tohoto článku je nezbytné, aby dospělý pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne zařazení na čekací listinu pro orgánovou transplantaci. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 6 písm. g) tohoto článku je nezbytné, aby dospělý pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne podstoupení chirurgického zákroku. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 6 písm. h) tohoto článku je nezbytné oftalmologické lékařské vyšetření dospělého pojištěného provedené nejdříve po třech kalendářních měsících ode dne stanovení diagnózy a potvrzující její trvalost.
- 5.3. Splnění podmínek uplynutí tří kalendářních měsíců od počátku pojištění dle odst. 5.1 tohoto článku se nevyžaduje, došlo-li k vážné chorobě výlučně v důsledku úrazu, vzniklého nejdříve v den počátku pojištění a splňujícího definici pojistné události úrazu dle Doplnkových pojistných podmínek pro vedlejší úrazové pojištění sjednané k hlavnímu životnímu pojištění Čtyřlístek.

6. Za vážnou chorobu se pro účely tohoto pojištění v souladu se zněním výše uvedených ustanovení a při splnění níže uvedených podmínek považuje:

a) infarkt myokardu

Infarkt myokardu se rozumí diagnóza akutního infarktu myokardu, potvrzená propouštěcí zprávou z kardiologického či interního oddělení a obsahující nále z akcínezy nebo dyskínezy při echokardiografickém vyšetření a zároveň splňující alespoň jednu z následujících tří podmínek:

1. vývoj patologického Q kmitu minimálně ve dvou EKG svodech (Q \geq 0,04 s nebo Q>0,25% amplitudy kmitu R),

2. nespecifické EKG známky infarktu myokardu s charakteristickou dynamikou biochemických markerů, tj. CK-MB a troponinu,
3. typická anamnéza pro infarkt myokardu s charakteristickou dynamikou biochemických markerů, tj. CK-MB a troponinu.

Pojistná ochrana se vztahuje i na případy, kdy nejsou splněny výše uvedené podmínky, pokud je diagnóza akutního infarktu myokardu potvrzena propouštěcí zprávou z kardiologického či interního oddělení, dospělý pojištěný byl léčen nemocniční intravenózní trombolýzou nebo akutní PTCA (primární koronární angioplastika) a splnil indikační kritéria pro tuto léčbu.

Dospělý pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Oznámení pojistné události – potvrzení diagnózy“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze akutního infarktu myokardu, a propouštěcí zprávu o hospitalizaci z důvodu této diagnózy. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař kardiologického nebo interního zdravotnického zařízení, v němž byl dospělý pojištěný hospitalizován.

b) cévní mozková příhoda
Cévní mozkovou příhodou se rozumí nahodile vzniklé poškození mozku v důsledku krvácení do mozkové tkáně nebo nedokrvění mozkové tkáně s odpovídajícím neurologickým nálezem, který musí přetrvávat ještě alespoň tři kalendářní měsíce po stanovení diagnózy cévní mozkové příhody. Součástí diagnózy musí být některé zobrazovací vyšetření mozku s nálezem odpovídajícím mozkové ischemii, nebo intracerebrálnímu či subarachnoidálnímu krvácení.

Dospělý pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Oznámení pojistné události – potvrzení diagnózy“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze cévní mozkové příhody a lékařské potvrzení o neurologickém poškození přímo souvisejícím s předmetnou příhodou hodnoceným nejdříve po třech kalendářních měsících od stanovení diagnózy cévní mozkové příhody. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař neurologického zdravotnického zařízení.

c) rakovina
Rakovinou se rozumí onemocnění způsobené zhoubným nádorem, charakterizované nekontrolovatelným a invazivním růstem nádorových buněk s tendencí ke vzniku metastáz. Pojistná ochrana se vztahuje i na zhoubný melanom kůže od klasifikačního stupně TNM 2-0-0, kožní T-lymfom od II. stádia, leukémii a zhoubné nádory mízního systému. Pojistná ochrana se nevztahuje na ostatní typy rakoviny kůže, Hodgkinovu chorobu v I. stádiu, polycytemia vera, všechny nádory histologicky popsané jako premalignity či pouze počínající nebo nerovinné maligní změny, nádory popsané jako „in situ“ a nádorová onemocnění při současné přítomnosti infekce virem HIV.

Diagnóza musí být stanovena odborným lékařem specializovaného zdravotnického zařízení, a to na základě histologického, nebo jiného odpovídajícího vyšetření svědčícího pro zhoubné postupující onemocnění a jeho zařazení dle mezinárodní klasifikace nádorů TNM, resp. operačního protokolu, pokud byl proveden chirurgický zákrok.

Dospělý pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Oznámení pojistné události – potvrzení diagnózy“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze zhoubného nádoru. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení.

d) nezhoubný nádor mozku
Nezhoubným nádorem mozku se rozumí přítomnost nezhoubného nitrolebního nádoru, který svým růstem poškozuje mozek.

Pojistná ochrana se vztahuje pouze na případy, kdy byl dospělému pojištěnému na základě rozhodnutí neurologa či neurochirurga proveden neurochirurgický zákrok s cílem odstranit nezhoubný nádor, který svým růstem poškozuje mozek, nebo na případy, kdy přítomnost neoperabilního nezhoubného nádoru vede ke vzniku trvalého neurologického poškození. Pojistná ochrana se nevztahuje na cysty, cévní malformace, hematomy, nádory podvěsky mozkového a míchy.

Dospělý pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Oznámení pojistné události – potvrzení diagnózy“, jehož součástí je lékařské potvrzení o provedení neurochirurgického zákroku, nebo lékařské potvrzení o trvalém neurologickém poškození přímo souvisejícím s neoperabilním nezhoubným nádorem. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení, které léčbu dospělého pojištěného provádí.

e) chronické selhání ledvin
Chronickým selháním ledvin se rozumí nezvratné selhání funkce obou ledvin či ledviny solitární, vyžadující trvalé a pravidelné dialyzační léčení dospělého pojištěného hemodialýzou nebo peritoneální dialýzou.

Dospělý pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Oznámení pojistné události – potvrzení diagnózy“, jehož součástí je lékařské potvrzení o pravidelné dialyzační léčbě trvajícím alespoň tři po sobě následující kalendářní měsíce. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení, které tuto léčbu dospělého pojištěného provádí.

f) zařazení na čekací listinu pro orgánovou transplantaci
Zařazením na čekací listinu pro orgánovou transplantaci se rozumí lékařské potvrzení o zařazení dospělého pojištěného na čekací listinu pro transplantaci jednoho z těchto výhradně lidských orgánů či jejich částí: srdce, plic, jater, ledviny, slinivky břišní nebo krevtvořných buněk, při níž bude dospělý pojištěný příjemcem transplantátu. Na transplantaci ostatních orgánů či jejich částí se pojistná ochrana nevztahuje.

Dospělý pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Oznámení pojistné události – potvrzení diagnózy“, jehož součástí je lékařské potvrzení o zařazení dospělého pojištěného na čekací listinu pro transplantaci. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení na území České republiky, které zařazení dospělého pojištěného na čekací listinu pro transplantaci provedlo.

g) operace věnčitých tepen
Operaci věnčitých (koronárních) tepen se rozumí kardiochirurgický zákrok s použitím mimotělního oběhu, provedený u dospělého pojištěného s ischemickou chorobou srdeční, kterým se přemostí oblast zúžení nebo uzavřené koronární tepny pomocí žilního nebo arteriálního štetpu (tzv. bypass). Operace musí být provedena specializovaným zdravotnickým zařízením na území České republiky. Pojistná ochrana se nevztahuje na tzv. MICAB výkony (minimálně invazivní koronární chirurgie), intraarteriální výkony a všechny typy nechirurgických angioplastik.

Dospělý pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Oznámení pojistné události – potvrzení diagnózy“, jehož součástí je lékařské potvrzení o provedení operace koronárních tepen, před a pooperační lékařské vyšetření dospělého pojištěného včetně koronarografie, ultrazvuku, nebo CT a angiografický záznam vyšetření dospělého pojištěného prokazující přítomnost takového poškození věnčitých tepen, které bylo nezbytné řešit výše popsanou operací. Lékařské potvrzení i vyšetření musí vystavit odborný lékař kardiologického zdravotnického zařízení.

h) slepota
Slepotou se rozumí trvalá a úplná ztráta zraku obou očí, při níž zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí podle tabulky Světové zdravotnické organizace poklesne na 3/60 nebo méně na každé oko.

Dospělý pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Oznámení pojistné události – potvrzení diagnózy“, jehož součástí je oftalmologické lékařské vyšetření vystavené odborným lékařem nejdříve po třech kalendářních měsících od stanovení diagnózy slepoty u dospělého pojištěného a potvrzující její trvalost.

i) hluchota
Hluchotou se rozumí úplná a klinicky ověřená nezvratná ztráta sluchového vjemu obou uší, způsobená akutním nebo chronickým onemocněním.

Dospělý pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Oznámení pojistné události – potvrzení diagnózy“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze hluchoty doložené audiometrickým vyšetřením s tympanometrií, a při jakémkoliv rozporu i vyšetřením kmenových evokovaných potenciálů (BERA). Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař otorinolaryngolog.

j) infekce virem HIV v důsledku provedení krevní transfúze
Infekci virem HIV v důsledku provedení krevní transfúze se rozumí prokázaná infekce HIV v důsledku příjmu krevní komponenty kontaminované virem HIV, podané dospělému pojištěnému během krevní transfúze provedené na území České republiky v době trvání pojištění. Zdravotnické zařízení, které kontaminovanou krevní komponentu podalo, musí písemně svou odpovědnost za přenos viru HIV na dospělého pojištěného potvrdit.

Dospělý pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Oznámení pojistné události – potvrzení diagnózy“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze HIV/AIDS a lékařské potvrzení dokládající, že příčinou infekce virem HIV nebo onemocněním AIDS je transfúze infikované krevní komponenty. Lékařské potvrzení o diagnóze musí vystavit odborný lékař. Lékařské potvrzení o příčině infekce či onemocnění musí vystavit odborný lékař zdravotnického zařízení, které transfúzi provedlo.

7. Kromě povinností uvedených v odst. 6 tohoto článku je dospělý pojištěný dále povinen:
 - a) písemně oznámit pojistiteli na příslušném tiskopisu vznik pojistné události, a to bez zbytečného odkladu (tuto povinnost může za dospělého pojištěného splnit osoba, kterou k tomuto úkonu dospělý pojištěný písemně zmocnil, za podmínky, že při oznámení vzniku pojistné události tuto plnou moc předloží pojistiteli),
 - b) pokud u něho byla během prvních tří kalendářních měsíců následujících po počátku pojištění stanovena diagnóza vážné choroby, tuto skutečnost písemně v této lhůtě a bez zbytečného odkladu oznámí pojistiteli,
 - c) dodržovat veškeré pokyny lékaře vztahující se k léčbě vážné choroby, k léčebnému režimu a vyloučit veškerá jednání, která mohou nepříznivě ovlivnit stav nebo vývoj vážné choroby,
 - d) vyžaduje-li to pojistitel, podrobit se na náklady pojistitele kontrolnímu vyšetření zdravotního stavu u lékaře, kterého pojistitel určí, a v jím určeném termínu,
 - e) datovat pojistiteli všechny doklady, zprávy a posudky, které si pojistitel při pojistné události i kdykoliv v době trvání pojištění vyžádá, a to bez zbytečného odkladu,
 - f) umožnit pojistiteli získávat a zpracovávat veškerou zdravotní dokumentaci o své osobě, popř. tuto zdravotní dokumentaci pro pojistitele a na jeho vyžádání zajistit, a zprostit mlčenlivosti všechny lékaře, kteří dospělého pojištěného léčili nebo vyšetřovali, a to i z jiných důvodů, než je pojistná událost, a zplnomocnit je k podání všech nutných informací pojistiteli,
 - g) zplnomocnit svou zdravotní pojistovnu k poskytnutí všech informací, které si pojistitel vyžádá.
8. V souladu s ustanovením čl. 9 odst. 2 VPP se pro případ vážných chorob ujednávají i následující výluky:
 - 8.1. Pojistitel neposkytne pojistné plnění pro případ vážné choroby v případech, kdy k pojistné události dojde v přímé souvislosti s:
 - a) úmyslným jednáním dospělého pojištěného směřujícím k vyvolání vážné choroby, k jejímú zhoršení nebo sebezpoškození,
 - b) zneužitím léků dospělým pojištěným nebo užíváním léků dospělým pojištěným bez lékařského doporučení nebo v rozporu s lékařským doporučením či vědomým nerespektováním rad a doporučení lékaře dospělým pojištěným.
 - 8.2. Pojistitel neposkytne pojistné plnění pro případ vážné choroby v případech, kdy k pojistné události dojde v přímé souvislosti s:
 - a) působením ionizačního záření nebo účinků jaderné energie na dospělého pojištěného, s výjimkou případů, kdy je tomuto riziku vystaven lékař nebo zdravotnický personál při výkonu povolání nebo dospělý pojištěný v rámci léčebného procesu pod lékařským dohledem,
 - b) pracovní činnosti dospělého pojištěného, během níž přichází do kontaktu s azbestem,
 - c) infekcí virem HIV či onemocněním AIDS, s výjimkou případů přenosu infekce viru HIV v důsledku provedení krevní transfúze dle odst. 6 písm. j) tohoto článku,
 - d) výskytem následujících diagnóz v rodinné anamnéze dospělého pojištěného: polycystické ledviny, Alportův syndrom, Huntingtonova chorea, Marfanův syndrom, Gardnerův syndrom, Lynchův syndrom, tři a více případů Diabetes mellitus I. typu vyskytujících se u přímých příbuzných.
9. V souladu s ustanovením článku 10 odst. 2 VPP je pojistitel oprávněn přiměřeně snížit pojistné plnění pro případ vážné choroby i v případech, mělo-li vědomé porušení povinností uvedených v odst. 6 a v odst. 7 písm. c) až g) tohoto článku podstatný vliv na vznik pojistné události nebo na zvětšení rozsahu následků pojistné události, nebo bylo-li znemožněno setření nutné ke zjištění rozsahu povinností pojistitele plnit. Pojistitel sníží pojistné plnění podle toho, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinností plnit.
10. Nastane-li u dospělého pojištěného pojistná událost dle odst. 5 tohoto článku a neposkytne-li za ni pojistitel pojistné plnění v souladu s ustanoveními čl. 9 odst. 1 VPP nebo v souladu s ustanoveními odst. 8.1. tohoto článku, pojištění nadále pokračuje, ale pojistitel již není, a to až do jeho zániku, povinen plnit za jakoukoliv další pojistnou událost dle odst. 5 tohoto článku, která nastane u toho z dospělých pojištěných, za jehož pojistnou událost pojistitel pojistné plnění neposkytl. Na plnění pojistitele za pojistnou událost druhého z dospělých pojištěných nemá tato skutečnost vliv.
11. Nastane-li u dospělého pojištěného pojistná událost dle odst. 5 tohoto článku a neposkytne-li za ni pojistitel pojistné plnění v souladu s ustanoveními odst. 8.2 tohoto článku, pojištění nadále pokračuje beze změn.

Pojistné

Článek 2 – Běžné pojistné

1. Běžné pojistné je pojistné placené za měsíční, čtvrtletní, pololetní nebo roční pojistná období dle čtenosti placení uvedené v pojistné smlouvě.
2. Běžné pojistné je splatné prvního dne pojistného období. Pro platby běžného pojistného určí pojistitel pojistníkovi variabilní symbol. Pojistitel nenese odpovědnost za důsledky nepřifázení běžného pojistného na pojistnou smlouvu v důsledku chybného uvedení variabilního symbolu nebo čísla účtu pojistitele pojistníkem.

Článek 3 – Mimořádné pojistné

1. Mimořádné pojistné je pojistné, které pojistitel umožňuje pojistníkovi platit mimo úhrady běžného pojistného. Pojistitel umožňuje platit pojistníkovi mimořádné pojistné kdykoliv v době trvání pojištění, s výjimkou ustanovení odst. 6 tohoto článku.
2. Mimořádné pojistné lze poukazovat pouze pod zvláštním variabilním symbolem, který pojistitel pojistníkovi pro platby mimořádného pojistného určí. Pojistitel nenese odpovědnost za důsledky nepřifázení mimořádného pojistného na pojistnou smlouvu v důsledku chybného uvedení variabilního symbolu nebo čísla účtu pojistitele pojistníkem.
3. Pojistitel si za přijetí mimořádného pojistného účtuje administrativní poplatek dle Sazebníku administrativních poplatků a limitů (dále jen „sazebník“). O administrativní poplatek je pojistitelem snížena každá částka poukázána pod variabilním symbolem mimořádného pojistného. Odkazují-li se tyto DPP v souvislosti s nároky z pojištění na mimořádné pojistné, rozumí se jím vždy mimořádné pojistné již snížené o výše uvedené administrativní poplatky. Také na zisku dle čl. 5 těchto DPP se mimořádné pojistné podílí až po jeho snížení o tento administrativní poplatek.
4. Částka poukázána pod variabilním symbolem mimořádného pojistného nesmí být nižší než minimální limit mimořádného pojistného. Pojistitel je oprávněn stanovit i maximální limit celkového mimořádného pojistného. Pojistitel nenese odpovědnost za důsledky nepřifázení mimořádného pojistného na pojistnou smlouvu, nespĺňuje-li mimořádné pojistné podmínky dané limity pojistitele. Minimální i maximální limit mimořádného pojistného stanoví pojistitel v sazebníku.
5. Pojistitel má rovněž právo pojistníkem poukázané mimořádné pojistné odmítnout. Případně odmítnutí mimořádného pojistného oznámí pojistitel pojistníkovi písemně do 15 dnů od jeho přijetí. Pojistník je povinen písemně sdělit pojistiteli, jakým způsobem a kam má odmítnuté mimořádné pojistné vrátit. Pojistitel je povinen odmítnuté mimořádné pojistné vrátit pojistníkovi bez zbytečného odkladu poté, co je mu pojistníkem způsob jeho vrácení písemně sdělen.
6. Mimořádné pojistné nelze platit v případě, že u pojištění došlo v důsledku neplacení pojistného k redukcí pojistné částky dle čl. 6 odst. 2 těchto DPP. Pojistitel nenese odpovědnost za důsledky nepřifázení mimořádného pojistného na pojistnou smlouvu u pojištění s redukovanou pojistnou částkou, bylo-li pojistníkem přesto uhrazeno.
7. Zaplacení mimořádného pojistného nemá vliv na povinnost pojistníka platit běžné pojistné.
8. Zaplacení mimořádného pojistného nemá vliv na výši pojistné částky.
9. Bylo-li v průběhu pojištění mimořádné pojistné zaplacené, je pojistník oprávněn kdykoliv v době trvání pojištění písemně požádat na příslušném tiskopisu pojistitele o výběr mimořádného pojistného.
10. Maximální počet výběrů v jednom pojistném roce je uveden v sazebníku. Pojistným rokem se rozumí rok začínající v den počátku pojištění nebo ve výroční den počátku pojištění.
11. Za provedení každého výběru si pojistitel účtuje administrativní poplatek, jehož výše je pojistitelem stanovena v sazebníku.
12. Lhůta pro výběr mimořádného pojistného je stanovena pojistitelem na šest týdnů a počíná běžet od následujícího dne po datu doručení výše uvedené písemné žádosti pojistníka pojistiteli. Na základě písemné žádosti pojistníka může být výše uvedená šestitýdenní lhůta zkrácena. Za zkrácení lhůty si pojistitel účtuje administrativní poplatek, jehož výše je stanovena v sazebníku.
13. Nevznikl-li u pojištění dosud nárok na odkupné dle čl. 7 odst. 3 těchto DPP, umožní pojistitel výběr maximálně do výše dříve zaplaceného a dosud nevybraného mimořádného pojistného.
14. Vznikl-li již u pojištění nárok na okupné dle čl. 7 odst. 3 těchto DPP, umožní pojistitel výběr maximálně do výše dříve zaplaceného a dosud nevybraného mimořádného pojistného a podílů na zisku přízaného (a dosud nevybraného) na základě zaplacení mimořádného pojistného.

15. Požádá-li pojistník o vyšší částku výběru mimořádného pojistného, než je částka určená dle zásad uvedených v odst. 13 a 14 tohoto článku, vyplátí mu pojistitel nejvýše částku určenou dle těchto zásad.
16. Pojistitel v sazebníku rovněž stanoví minimální částku výběru mimořádného pojistného. Požádá-li pojistník o výběr částky nižší, než je tento pojistitelem stanovený limit, je pojistitel oprávněn jeho žádost o výběr zamítnout.

Článek 4 – Změna pojistného pojistitelem

1. Pojistitel si vyhrazuje právo změnit v době trvání pojištění, nejdříve však po uplynutí pěti let od jeho počátku, výši běžného pojistného, změnila-li se podstata kalkulovaného rizika.
2. Provedl-li pojistitel změnu běžného pojistného dle odst. 1 tohoto článku, je oprávněn provést jeho každou případnou další změnu nejdříve po pěti letech od změny předchozí.
3. Provádí-li pojistitel změnu pojistného dle odst. 1 a 2 tohoto článku, provádí ji vždy k datu splatnosti běžného pojistného.
4. Novou výši běžného pojistného je pojistitel povinen pojistníkovi oznámit písemně, a to nejméně dva měsíce před datem, k němuž má být pojistné v pojistitelem nově stanovené výši poprvé splatné (dále jen „datum splatnosti nového pojistného“).
5. V případě, že pojistník s nově stanovenou výší pojistného, sdělenou mu pojistitelem v souladu s ustanovením odst. 4 tohoto článku, nesouhlasí, je povinen svůj nesouhlas pojistiteli písemně sdělit nejpozději do jednoho měsíce před datem splatnosti nového pojistného.
6. Uplatní-li pojistník svůj nesouhlas s nově stanovenou výší pojistného v souladu s odst. 5 tohoto článku, pojištění zaniká, a to včetně všech vedlejších pojištění, která k němu byla sjednána, k datu splatnosti nového pojistného a pojistitel vyplátí pojistníkovi odkupné a podíl na zisku přiznaný na základě zaplacení běžného pojistného. Bylo-li v době trvání pojištění zaplaceno mimořádné pojistné, vyplátí pojistitel k výše uvedenému navíc mimořádné pojistné a podíl na zisku přiznaný na základě zaplacení mimořádného pojistného, avšak snížené o již provedené výběry mimořádného pojistného a/nebo podíl na zisku z mimořádného pojistného. Neuplatní-li pojistník svůj nesouhlas s nově stanovenou výší pojistného v souladu s odst. 5 tohoto článku, pojistitel je oprávněn pojistné v jím nově stanovené výši od uvedeného data předepisovat.

Článek 5 – Podíl na zisku

1. Sjednané pojištění se podílí na zisku v souladu s čl. 12 VPP.
2. Pojistitel přiznává podíl na zisku vytvořený na základě zaplacení běžného pojistného a podíl na zisku vytvořený na základě zaplacení mimořádného pojistného. Jejich výše není pojistitelem zaručena.
3. Podíl na zisku přiznává pojistitel podle pojistné technických zásad. Jeho výše závisí rovněž na parametrech pojištění včetně četnosti placení běžného pojistného.
4. Žádný z podílů na zisku dle odst. 2 tohoto článku se nepřiznává u pojištění s redukovanou pojistnou částkou dle čl. 6 odst. 2 těchto DPP.

Článek 6 – Neplacení pojistného, pojištění s redukovanou pojistnou částkou

1. Není-li běžné pojistné zaplaceno ve lhůtě stanovené pojistitelem v upomínce k zaplacení pojistného nebo jeho části a doručené pojistníkovi, a nevznikl-li u pojištění dosud nárok na odkupné v souladu s ustanovením čl. 7 odst. 3 těchto DPP, zanikne pojištění v důsledku neplacení pojistného dle čl. 5 odst. 1 písm. d) VPP, a to bez náhrady. Bylo-li však již v době trvání pojištění zaplaceno mimořádné pojistné, vyplátí pojistitel pojistníkovi mimořádné pojistné, avšak snížené o již provedené výběry mimořádného pojistného.
2. Není-li běžné pojistné zaplaceno ve lhůtě stanovené pojistitelem v upomínce k zaplacení pojistného nebo jeho části a doručené pojistníkovi, a vznikl-li již u pojištění nárok na odkupné v souladu s ustanovením čl. 7 odst. 3 těchto DPP, ujednává se, že se pojištění, s výjimkou pojištění dle odst. 4 tohoto článku, přemění dnem následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené pojistitelem v upomínce k zaplacení pojistného nebo jeho části a doručené pojistníkovi (dále jen „datum redukce“) na pojištění s redukovanou pojistnou částkou.
3. Výši redukované pojistné částky určí pojistitel podle svých pojistné technických zásad. Ujednává se, že veškerá vedlejší pojištění sjednaná v jedné pojistné smlouvě s tímto životním pojištěním k datu redukce zanikají a že pojistník u pojištění s redukovanou pojistnou částkou již neplatí pojistné. Na úhradu pojistného za hlavní životní pojištění po zbytek pojistné doby použije pojistitel odkupné stanovené u pojištění k datu redukce a podíl na zisku přiznaný na základě zaplacení běžného pojistného do data redukce, resp. část tohoto podílu na zisku, snížené o dlužné pojistné. Sjednaná pojistná doba není přeměnou pojištění dotčena.
4. Pojištění dle odst. 2 tohoto článku, u něhož redukováná pojistná částka nedosáhne hodnoty minimální redukované pojistné částky stanovené pojistitelem v sazebníku, v důsledku neplacení

Z vedlejších pojištění, které lze k hlavnímu životnímu pojištění sjednat v pojistné smlouvě, pojistitel plní pouze za pojistnou událost toho z pojištěných, pro něhož bylo příslušné vedlejší pojištění sjednáno.

DOPLŇKOVÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO VEDLEJŠÍ POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD SMRTI NEBO VÁŽNÝCH CHOROB

podle sazby SVCH2 ze dne 1. 1. 2005

Úvodní ustanovení

Vedlejší pojištění pro případ smrti nebo vážných chorob SVCH2 (dále jen „pojištění“) nebo také „vedlejší pojištění“) se řídí těmito Doplnkovými pojistnými podmínkami pro vedlejší pojištění pro případ smrti nebo vážných chorob ze dne 1. 1. 2005 (dále jen „DPP SVCH“), vybranými ujednáními Doplnkových pojistných podmínek pro životní pojištění Čtyřlístek ze dne 1. 1. 2005 (dále jen „DPP“), ujednáními pojistné smlouvy a Všeobecnými pojistnými podmínkami pro životní pojištění ze dne 1. 1. 2005 (dále jen „VPP“). Právní vztahy neupravené výše uvedeným se řídí příslušnými ustanoveními zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a ustanoveními souvisejících právních předpisů.

Pojistné plnění

Pojistné plnění z vedlejších pojištění vyplátí pojistitel pouze jednou, a to z té pojistné události specifikované v čl. 1 a 2 těchto DPP SVCH, která nastane dříve.

Článek 1 – Pojistné plnění pro případ pojistné události – smrti

Zemře-li pojištěný v době trvání vedlejšího pojištění, vyplátí pojistitel tomu, komu smrtí pojištěného vznikne právo na pojistné plnění, pojistnou částku sjednanou v pojistné smlouvě pro případ smrti nebo vážné choroby (dále jen „pojistná částka“).

Článek 2 – Pojistné plnění pro případ pojistné události – vážné choroby

1. Je-li u pojištěného v době trvání vedlejšího pojištění stanovena diagnóza vážné choroby, která splňuje podmínky vzniku pojistné události dle čl. 1 odst. 5 a 6 DPP a současně za ni pojištěnému náleží v souladu s ostatními ustanoveními tohoto článku pojistné plnění, vyplátí mu pojistitel pojistnou částku.
2. Výluky z pojistného se řídí ustanoveními čl. 9 VPP, čl. 1 odst. 8 DPP a ustanoveními odst. 4 a 5 tohoto článku. Omezení pojistného plnění se řídí ustanoveními čl. 10 VPP a ustanoveními odst. 3 tohoto článku.
3. Mělo-li vědomé porušení povinnosti uvedených v čl. 1 odst. 6 a v odst. 7 písm. c) až g) DPP podstatný vliv na vznik pojistné události nebo na ztížení rozsahu následků pojistné události, nebo bylo-li zneumožněno šetření nutné ke zjištění rozsahu povinnosti pojistitele plnit, je pojistitel oprávněn pojistné plnění snížit podle toho, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinnosti plnit.
4. Nastane-li u pojištěného pojistná událost dle čl. 1 odst. 5 DPP a neposkytne-li za ni pojistitel pojistné plnění v souladu s ustanoveními čl. 9 odst. 1 VPP nebo v souladu s ustanoveními čl. 1 odst. 8.1 DPP, vedlejší pojištění pro případ smrti nebo vážných chorob zanikne.
5. Nastane-li u pojištěného pojistná událost dle čl. 1 odst. 5 DPP a neposkytne-li za ni pojistitel pojistné plnění v souladu s ustanoveními čl. 1 odst. 8.2 DPP, vedlejší pojištění nadále pokračuje beze změn.

Článek 3 – Změna pojistného pojistitelem

1. Pojistitel si vyhrazuje právo změnit v době trvání vedlejšího pojištění, nejdříve však po uplynutí pěti let od jeho počátku, výši běžného pojistného, změnila-li se podstata kalkulovaného rizika.
2. Provedl-li pojistitel změnu běžného pojistného dle odst. 1 tohoto článku, je oprávněn provést jeho každou případnou další změnu nejdříve po pěti letech od změny předchozí.

pojistného k datu redukce zaniká a pojistníkovi je vyplaceno odkupné a podíl na zisku přiznaný na základě zaplacení běžného pojistného. Bylo-li v době trvání pojištění zaplaceno mimořádné pojistné, vyplátí pojistitel pojistníkovi k výše uvedenému ještě mimořádné pojistné a podíl na zisku přiznaný na základě zaplacení mimořádného pojistného, avšak snížené o již provedené výběry mimořádného pojistného a/nebo podíl na zisku z mimořádného pojistného.

5. Právo pojistníka vypovědět pojištění v souladu s čl. 6 odst. 2 VPP u pojištění s redukovanou pojistnou částkou nezaniká.

Další ujednání

Článek 7 – Zanik pojištění, vznik nároku na odkupné

1. Pojištění zaniká, a to včetně všech vedlejších pojištění, která k němu byla sjednána, vznikem pojistné události dle čl. 1 odst. 1 a 2 těchto DPP, nezanikne-li dříve v souladu s některým z příslušných ustanovení VPP nebo těchto DPP.
2. Zaniká-li pojištění v souladu s některým z příslušných ustanovení VPP a nejsou-li nároky z pojištění pro tento způsob zániku pojištění v těchto DPP specifikovány, postupuje pojistitel takto:
 - a) stanoví-li VPP, že pojištění zaniká bez náhrady, a bylo-li současně v době trvání pojištění zaplaceno mimořádné pojistné, vyplátí pojistitel mimořádné pojistné, avšak snížené o již provedené výběry mimořádného pojistného,
 - b) stanoví-li VPP, že pojištění zaniká s výplatou odkupného, vyplátí pojistitel odkupné a podíl na zisku přiznaný na základě zaplacení běžného pojistného. Bylo-li v době trvání pojištění zaplaceno mimořádné pojistné, vyplátí pojistitel ještě mimořádné pojistné a podíl na zisku přiznaný na základě zaplacení mimořádného pojistného, avšak snížené o již provedené výběry mimořádného pojistného a/nebo podíl na zisku z mimořádného pojistného.
3. Nárok na odkupné vzniká u pojištění nejdříve po dvou letech jeho trvání a za podmínky, že bylo zaplaceno běžné pojistné za první dva roky trvání pojištění a současně hodnota odkupného, kterou stanoví pojistitel podle pojistné technických zásad, je kladná.

Článek 8 – Zproštění od placení pojistného z důvodu plné invalidity

1. Pojistník je zproštěn povinnosti platit běžné pojistné za hlavní životní pojištění, jestliže se dospělý pojištěný stane v době trvání pojištění, nejdříve však po dvou letech od počátku pojištění, plně invalidním ve smyslu platných předpisů o sociálním pojištění, a to následkem úrazu nebo nemoci vzniklých nejdříve v den počátku pojištění.
2. Splnění podmínky dvou let dle odst. 1 tohoto článku se nepožaduje, pokud byla plná invalidita dospělému pojištěnému přiznána výlučně v důsledku úrazu, vzniklého nejdříve v den počátku pojištění.
3. Pojištěný prokáže plnou invaliditu pojistiteli pravomocným rozhodnutím o přiznání plné invalidity od příslušné správy sociálního zabezpečení.
4. Zproštění od placení pojistného počíná ode dne nejbližší splatnosti pojistného následující po datu uvedeném v rozhodnutí o přiznání plné invalidity vydaném příslušnou správou sociálního zabezpečení dle odst. 3 tohoto článku, a týká se pojistného za jeden rok trvání pojištění. Zproštění se prodlužuje vždy na další rok, prokáže-li pojištěný k datu konce období, na které byl pojištěný zproštěn od placení pojistného, že plná invalidita trvá. Zproštění od placení pojistného končí nejpozději uplynutím sjednané pojistné doby. Zproštění od placení pojistného může být rovněž ukončeno v souladu s čl. 1 odst. 4 těchto DPP.
5. Nárok na zproštění od placení pojistného za hlavní životní pojištění pojistníkovi nevzniká, je-li pojištěný již zproštěn od placení pojistného dle odst. 1 a 2 tohoto článku z důvodu plné invalidity druhého dospělého pojištěného nebo v souladu s ustanoveními čl. 1 těchto DPP. Pojistitel dále není povinen pojistníka od placení pojistného zprostit, nastane-li plná invalidita dospělého pojištěného v důsledku okolností specifikovaných v čl. 9 odst. 1 písm. a) až h) VPP nebo v důsledku požívání alkoholu nebo jiných omamných, toxických, psychotropních či ostatních látek způsobících nepřiznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování.
6. Bylo-li v jedné pojistné smlouvě s tímto životním pojištěním sjednáno vedlejší pojištění, zproštění od placení pojistného se na ně nevztahuje, nebylo-li v pojistných podmínkách pojistitele pro toto vedlejší pojištění ujednáno jinak.

Článek 9 – Další ujednání

V souladu s čl. 13 odst. 4 VPP vstupuje do pojištění po smrti pojistníka na jeho místo, nedohodnou-li se smluvní strany jinak, pojištěný muž. Není-li ho nebo není-li v pojistné smlouvě uvedena, vstupuje na místo pojistníka pojištěná žena. Není-li jí nebo není-li v pojistné smlouvě uvedena, vstupuje na místo pojistníka zákonný zástupce pojištěného dítěte.

3. Provádí-li pojistitel změnu pojistného dle odst. 1 a 2 tohoto článku, provádí ji vždy k datu splatnosti běžného pojistného.
4. Novou výši běžného pojistného je pojistitel povinen pojistníkovi oznámit písemně, a to nejméně dva měsíce před datem, k němuž má být pojistné v pojistitelem nově stanovené výši poprvé splatné (dále jen „datum splatnosti nového pojistného“).
5. V případě, že pojistník s nově stanovenou výší pojistného, sdělenou mu pojistitelem v souladu s ustanovením odst. 4 tohoto článku, nesouhlasí, je povinen svůj nesouhlas pojistiteli písemně sdělit nejpozději do jednoho měsíce před datem splatnosti nového pojistného.
6. Uplatní-li pojistník svůj nesouhlas s nově stanovenou výší pojistného v souladu s odst. 5 tohoto článku, vedlejší pojištění zaniká bez náhrady k datu splatnosti nového pojistného. Neuplatní-li pojistník svůj nesouhlas s nově stanovenou výší pojistného v souladu s odst. 5 tohoto článku, pojistitel je oprávněn pojistné v jím nově stanovené výši od uvedeného data předepisovat.

Další ujednání

Článek 4 – Povinnosti pojištěného

Pro pojištěného platí povinnosti stanovené v čl. 1 odst. 6 a 7 DPP.

Článek 5 – Další ujednání

1. Pojistník je zproštěn povinnosti platit běžné pojistné za toto vedlejší pojištění toho pojištěného, který se stane v době trvání tohoto vedlejšího pojištění, nejdříve však po dvou letech od jeho počátku, plně invalidním ve smyslu platných předpisů o sociálním pojištění, a to následkem úrazu nebo nemoci vzniklých nejdříve v den počátku tohoto vedlejšího pojištění.
2. Splnění podmínky dvou let dle odst. 1 tohoto článku se nepožaduje, pokud byla plná invalidita pojištěnému přiznána výlučně v důsledku úrazu, vzniklého nejdříve v den počátku vedlejšího pojištění.
3. Pojištěný prokáže plnou invaliditu pojistiteli pravomocným rozhodnutím o přiznání plné invalidity od příslušné správy sociálního zabezpečení.
4. Zproštění od placení pojistného počíná ode dne nejbližší splatnosti pojistného následující po datu uvedeném v rozhodnutí o přiznání plné invalidity vydaném příslušnou správou sociálního zabezpečení dle odst. 3 tohoto článku, a týká se pojistného za jeden rok trvání pojištění. Zproštění se prodlužuje vždy na další rok, prokáže-li pojištěný k datu konce období, na které byl pojištěný zproštěn od placení pojistného, že plná invalidita trvá. Zproštění od placení pojistného končí nejpozději uplynutím sjednané pojistné doby.
5. Pojistitel není povinen pojistníka od placení pojistného za toto vedlejší pojištění zprostit, nastane-li plná invalidita pojištěného v důsledku okolností specifikovaných v čl. 9 odst. 1 písm. a) až h) VPP nebo v důsledku požívání alkoholu nebo jiných omamných, toxických, psychotropních či ostatních látek způsobujících nepřiznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování.
6. U tohoto vedlejšího pojištění se netvoří hodnota pojištění v souladu s příslušným ustanovením čl. 1 VPP, pojištění se nepodílí na zisku dle čl. 12 VPP a nevzniká u něj nárok na odkupné.
7. Vedlejší pojištění pro případ smrti nebo vážných chorob zaniká vznikem pojistné události dle čl. 1 a 2 těchto DPP SVCH, nezanikne-li dříve v souladu s některým z příslušných ustanovení VPP, DPP nebo těchto DPP SVCH.

DOPLŇKOVÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO VEDLEJŠÍ ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ

podle sazby SUP13 ze dne 1. 1. 2005

Článek 1 – Úvodní ustanovení

- Vedlejší úrazové pojištění, které se řídí těmito Doplnkovými pojistnými podmínkami pro vedlejší úrazové pojištění podle sazby SUP13 ze dne 1. 1. 2005 (dále jen „DPP U“), se dále řídí ujednáními pojistné smlouvy a Všeobecnými pojistnými podmínkami pro životní pojištění ze dne 1. 1. 2005 (dále jen „VPP“). Právní vztahy neupravené výše uvedeným se řídí příslušnými ustanoveními zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a ustanoveními souvisejících právních předpisů.
- Z tohoto vedlejšího úrazového pojištění je pojistitel povinen poskytnout pojistné plnění v souladu s obsahem pojistné smlouvy, dojde-li k úrazu pojištěného v době trvání pojištění.

Článek 2 – Výklad pojmů

Úraz – úrazem se rozumí neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného, ke kterému došlo v době trvání pojištění a kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt.

Oceňovací tabulky – dokument pojistitele obsahující zásady plnění pojistitele z úrazového pojištění dle podmínek sjednaných v pojistné smlouvě. Oceňovací tabulky jsou k dispozici na všech obchodních místech pojistitele. Pojistitel si vyhrazuje právo oceňovací tabulky měnit nebo doplňovat v závislosti na vývoji lékařské vědy a praxe. Výši pojistného plnění určuje pojistitel podle oceňovacích tabulek platných v době vzniku úrazu.

Pojistná částka pro případ smrti následkem úrazu – částka, za které se stanoví výše pojistného plnění v případě smrti pojištěného následkem úrazu. Její výše se určí jako součin základní pojistné částky pro případ smrti následkem úrazu, jejíž hodnota je uvedena v pojistné smlouvě, a násobku základních pojistných částek, který je v pojistné smlouvě sjednán.

Pojistná částka pro případ trvalých následků úrazu – částka, za které se stanoví výše pojistného plnění v případě trvalých následků úrazu. Její výše se určí jako součin základní pojistné částky pro případ trvalých následků úrazu, jejíž hodnota je uvedena v pojistné smlouvě, a násobku základních pojistných částek, který je v pojistné smlouvě sjednán.

Článek 3 – Pojistné plnění za smrt následkem úrazu

- Byla-li úrazem způsobena pojištěnému smrt, která nastala nejpozději do tří let ode dne úrazu, vyplatí pojistitel obmyšlenému pojistnou částku pro případ smrti následkem úrazu sjednanou v pojistné smlouvě k datu úrazu. Je-li pojištěný v pojistné smlouvě uveden jako pojištěné dítě, bude v případě jeho smrti následkem úrazu vyplaceno pojistné plnění pojistníkovi, není-li v pojistné smlouvě ujednáno jinak.
- Zemřel-li však pojištěný na následky úrazu a pojistitel již poskytl pojistné plnění za trvalé následky tohoto úrazu, vyplatí za smrt následkem úrazu jen případný rozdíl mezi pojistnou částkou pro případ smrti následkem úrazu sjednanou v pojistné smlouvě k datu úrazu a již vyplacenou částkou pojistného plnění za trvalé následky tohoto úrazu.

Článek 4 – Pojistné plnění za trvalé následky úrazu

- Zanechá-li úraz pojištěnému trvalé následky, vyplatí pojistitel pojištěnému z pojistné částky pro případ trvalých následků úrazu sjednané v pojistné smlouvě k datu úrazu tolik procent, kolika procentům odpovídá podle Oceňovací tabulky B rozsah trvalých následků po jejich ustálení, a v případě, že se neustálily do tří let ode dne úrazu, kolika procentům odpovídá jejich stav ke konci této lhůty. Podmínkou vzniku nároku na plnění je však skutečnost, že rozsah trvalých následků způsobených pojištěnému jedním úrazovým dějem dosáhl takové výše procentního ohodnocení podle Oceňovací tabulky B, která je v pojistné smlouvě k datu úrazu ujednána jako minimální pro vznik povinnosti pojistitele plnit (limit trvalých následků úrazu).
- Nemůže-li pojistitel poskytnout pojistné plnění podle předchozího odstavce proto, že trvalé následky úrazu nejsou po uplynutí šesti měsíců ode dne úrazu ještě ustáleny, je povinen poskytnout pojištěnému na jeho požádání přiměřenou zálohu pouze tehdy, prokáže-li pojištěný pojistiteli lékařskou zprávou, že alespoň část trvalých následků úrazu odpovídající minimálnímu rozsahu stanovenému v pojistné smlouvě k datu úrazu pro vznik povinnosti pojistitele plnit má již trvalý charakter.
- Týká-li-li se trvalé následky úrazu části těla nebo orgánů, jejichž funkce byly sníženy již před úrazem, stanoví se jejich procentní ohodnocení podle Oceňovací tabulky B tak, že celkové procento se sníží o počet procent odpovídající předchozímu poškození, určenému rovněž podle Oceňovací tabulky B.
- Výši pojistného plnění za trvalé následky úrazu určuje pojistitel na základě zprávy o výsledku zdravotní prohlídky pojištěného u lékaře určeného pojistitelem. Opírá se přitom o stanovisko lékaře, který pro něj vykonává odbornou poradní činnost.
- Zdravotní prohlídku ke zjištění rozsahu trvalých následků úrazu u lékaře určeného pojistitelem zabezpečí pojistitel na svůj náklad v případě, kdy podle zprávy lékaře, který pojištěného ošetřoval, doplnění podle potřeby výpisem ze zdravotních záznamů o pojištěném, které si pojistitel vyžádá nebo které mu pojištěný v souladu s ustanovením čl. 13 odst. 7 VPP zajistí od jiných lékařů nebo zdravotnických zařízení, vyplývá, že rozsah trvalých následků úrazu může k termínu tří let od data úrazu dosáhnout minimálního limitu trvalých následků úrazu sjednaného v pojistné smlouvě k datu úrazu.
- Ve vážných případech, u nichž pojistitel rozhodne o tom, že není možno určit rozsah trvalých následků úrazu v souladu s ustanovením odst. 4 a 5 tohoto článku, určí pojistitel výši pojistného plnění podle zdravotní dokumentace pojištěného.
- Pokud pojištěný vyžaduje doplňující kontrolní vyšetření, je povinen nést náklady s ním spojené. Poskytne-li pojistitel na základě kontrolního vyšetření další pojistné plnění, uhradí pojištěnému částku nákladů za toto vyšetření. Pojistitel si vyhrazuje právo určit lékaře, resp. zdravotnické zařízení, u něhož bude vyšetření provedeno. V opačném případě není pojistitel povinen výsledky kontrolního vyšetření akceptovat.
- Pojistné plnění za trvalé následky úrazu se určuje podle Oceňovací tabulky B, a to ve výši tolika procent pojistné částky pro případ trvalých následků úrazu sjednané v pojistné smlouvě k datu úrazu, kolik procent tato tabulka uvádí pro jednotlivá tělesná poškození. Stanoví-li Oceňovací tabulka B procentní rozsah, určí pojistitel výši plnění tak, aby v rámci daného rozpětí odpovídalo plnění povaze a rozsahu tělesného poškození, které bylo pojištěnému úrazem způsobeno.
- Není-li jakékoliv tělesné poškození obsaženo v Oceňovací tabulce B, je pojistitel oprávněn určit vyšší pojistného plnění sám nebo v součinnosti s lékařem, kterého určí. Ke stanovení výše pojistného plnění použije analogicky hodnoty uvedené v Oceňovací tabulce B u tělesných poškození, která jsou předmětnému tělesnému poškození svou povahou nejbližší.
- Způsobil-li jediný úraz pojištěnému několik trvalých následků různého druhu, hodnotí se celkové trvalé následky úrazu součtem procent pro jednotlivé následky. Týká-li-li se však jednotlivé následky téhož údu, orgánu nebo jejich části, hodnotí se jako celek, a to nejvýše procentem stanoveným v Oceňovací tabulce B pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného údu, orgánu nebo jejich části.
- Pojistitel je povinen vyplatit za trvalé následky úrazu způsobené jedním úrazovým dějem nejvýše 100 % pojistné částky pro případ trvalých následků úrazu sjednané v pojistné smlouvě k datu úrazu, resp. jejího násobku v souladu s odst. 15 tohoto článku, a to i v případě, kdy součet procent pro jednotlivé trvalé následky stanovený dle odst. 10 tohoto článku hranici 100 % překročí.
- V případě, že pojištěný zemře na následky úrazu a pojistitel ještě neposkytl pojistné plnění za trvalé následky tohoto úrazu, vyplatí pojistitel pouze pojistnou částku pro případ smrti následkem úrazu sjednanou v pojistné smlouvě k datu úrazu, a to v souladu s čl. 3 těchto DPP U.
- Byl-li v pojistné smlouvě k datu úrazu sjednán limit trvalých následků úrazu od 1 %, poskytuje pojistitel pojistné plnění v souladu s ustanoveními tohoto článku za trvalé následky úrazu pouze v tom případě, že jejich rozsah podle Oceňovací tabulky B dosáhne po jejich ustálení minimálně 1 % trvalého poškození těla.
- Byl-li v pojistné smlouvě k datu úrazu sjednán limit trvalých následků úrazu od 10 %, poskytuje pojistitel pojistné plnění v souladu s ustanoveními tohoto článku za trvalé následky úrazu pouze v tom případě, že jejich rozsah podle Oceňovací tabulky B dosáhne po jejich ustálení minimálně 10 % trvalého poškození těla.
- Bylo-li v pojistné smlouvě k datu úrazu sjednáno v rámci trvalých následků úrazu progresivní plnění, bude pojistitel plnit za trvalé následky úrazu, které dosáhnou procenta poškození těla od dohodnutého limitu trvalých následků úrazu do 25 % včetně, dané procento z jednonásobku pojistné částky pro případ trvalých následků úrazu sjednané v pojistné smlouvě k datu úrazu, při procentu trvalých následků úrazu nad 25 % do 50 % včetně z dvojnásobku, při procentu trvalých

následků úrazu nad 50 % do 75 % včetně z trojnásobku a při procentu trvalých následků úrazu nad 75 % do 100 % včetně z čtyřnásobku pojistné částky pro trvalé následky úrazu sjednané v pojistné smlouvě k datu úrazu. Výše uvedené zásady plnění za trvalé následky úrazu se sjednáním progresivního plnění nemění.

Článek 5 – Pojistné plnění za dobu nezbytného léčení tělesného poškození následkem úrazu

- Právo na pojistné plnění za dobu nezbytného léčení tělesného poškození následkem úrazu (také denní odškodné) vzniká pojištěnému tehdy, jestliže utrpí úraza a dobu nezbytného léčení tělesného poškození následkem tohoto úrazu doložená lékařským potvrzením dosáhne alespoň limitu plnění denního odškodného sjednaného v pojistné smlouvě. U tělesných poškození, u kterých je v Oceňovací tabulce A uvedeno „neplní se“, není pojistitel povinen poskytnout plnění denního odškodného, i když je tato podmínka splněna.
- Pojistitel vyplatí pojištěnému denní odškodné za dobu, která se určí ode dne daného limitem plnění denního odškodného sjednaného v pojistné smlouvě k datu úrazu až do konce trvání nezbytného léčení tělesného poškození následkem úrazu doloženého lékařským potvrzením, ale pouze v případě, že tato nepřesáhne počet dní stanovený pro jednotlivá tělesná poškození v Oceňovací tabulce A. Za dny, o které celková doba trvání nezbytného léčení tělesného poškození následkem úrazu přesáhne tento pojistitelem stanovený limit, není pojistitel povinen plnit.
- V případě, že nezbytné léčení tělesného poškození následkem úrazu probíhá v pracovní neschopnosti, za kterou pojištěnému náleží peněžité dávky nemocenské, jsou jim čerpány a ve smyslu předpisů o sociálním zabezpečení se mu vystavuje doklad o pracovní neschopnosti (dále jen „pracovní neschopnost“) a délka této pracovní neschopnosti přesáhne počet dní stanovený pro jednotlivá tělesná poškození v Oceňovací tabulce A, je pojistitel povinen vyplatit denní odškodné za dobu, která se určí ode dne daného limitem plnění denního odškodného sjednaného v pojistné smlouvě k datu úrazu až do konce této pracovní neschopnosti, ale pouze v případě, že tato nepřesáhne počet dní stanovený pro jednotlivá tělesná poškození v Oceňovací tabulce A o více než 20 %. Za dny, o které celková doba pracovní neschopnosti přesáhne pojistitelem stanovený limit navýšený o 20 %, není pojistitel povinen plnit.
- Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění za dobu nezbytného léčení tělesného poškození následkem úrazu přesahující dobu 365 dní ode dne tohoto úrazu.
- Utrpí-li pojištěný další úraz v době nezbytného léčení tělesného poškození následkem úrazu, za který je pojistitel povinen vyplatit denní odškodné, stanoví se počet dní, za které pojistitel nejvýše plní, jako součet počtu dní uvedených v Oceňovací tabulce A pro obě tělesná poškození. Doba, po kterou se doby léčení obou úrazů překrývají, se započítává pouze jednou.
- Dojde-li k souběhu léčení následků úrazu a nemoci, která není následkem úrazu, vyplatí pojistitel denní odškodné nejvýše za počet dní, který je uveden pro jednotlivá tělesná poškození v Oceňovací tabulce A.
- Utrpí-li pojištěný jedním úrazovým dějem několik tělesných poškození, stanoví se počet dní, za které pojistitel vyplatí denní odškodné, podle toho tělesného poškození, u kterého je v Oceňovací tabulce A uveden nejvyšší počet dní.
- Není-li jakékoliv tělesné poškození obsaženo v Oceňovací tabulce A, je pojistitel oprávněn určit vyšší pojistného plnění sám nebo v součinnosti s lékařem, kterého určí. Ke stanovení výše pojistného plnění použije analogicky hodnoty uvedené v Oceňovací tabulce A u tělesných poškození, která jsou předmětnému tělesnému poškození svou povahou nejbližší.
- Výše plnění denního odškodného se stanoví vynásobením počtu dní určeného podle zásad uvedených v tomto článku částkou denního odškodného sjednanou v pojistné smlouvě k datu úrazu.
- Byl-li v pojistné smlouvě k datu úrazu sjednán limit plnění denního odškodného od 15. dne a doba nezbytného léčení tělesného poškození následkem úrazu trvá alespoň 15 dní, vyplatí pojistitel v souladu s ostatními ustanoveními tohoto článku počínaje 15. dnem a konče 28. dnem nezbytného léčení částku denního odškodného ve dvojnásobné výši částky denního odškodného sjednané v pojistné smlouvě k datu úrazu a za každý další den od 29. dne nezbytného léčení denní odškodné ve výši sjednané v pojistné smlouvě k datu úrazu.
- Byl-li v pojistné smlouvě k datu úrazu sjednán limit plnění denního odškodného od 29. dne a doba nezbytného léčení tělesného poškození následkem úrazu trvá alespoň 29 dní, vyplatí pojistitel v souladu s ostatními ustanoveními tohoto článku částku denního odškodného ve výši sjednané v pojistné smlouvě k datu úrazu, a to od prvního dne tohoto léčení.

Článek 6 – Výluky z pojištění

- V souladu s ustanovením čl. 9 odst. 2 VPP se pro toto vedlejší úrazové pojištění ujednávají i následující výluky z pojištění uvedené v odst. 2 tohoto článku.
- Pojistitel neposkytne z pojištění pojistné plnění v těchto případech:
 - nastala-li pojistná událost při provozování bungee jumpingu, snowboardingu nebo lyžování mimo vyznačené tratě nebo mimo stanovenou dobu provozu na vyznačených tratích, při snowraftingu, raftingu, canyoningu, skialpinismu, parašutismu, paraglidingu, speleologii a při provozování dalších obdobných extrémních a adrenalinových sportů u pojištěným, s výjimkou sportů uvedených ve 3. rizikové skupině,
 - došlo-li ke zhoršení následků pojistné události z důvodu vědomého nevyhledání zdravotní péče pojištěným nebo vědomého nerespektování rad a doporučení lékařů,
 - byla-li pojistná událost způsobena mikrobiálními jedy nebo imunotoxickými látkami,
 - byl-li důsledkem pojistné události vznik nebo zhoršení křl (hernií), bérčových vředů, diabetických gangrén, nádorů všeho druhu a puvodu, vznik a zhoršení aseptických zánětů pochev šlachových, úponů svalových, tíhových vřádků a epikondylitid,
 - za infekční nemoci, i když byly přeneseny zraněním,
 - byla-li pojistná událost způsobena přímo nebo nepřímo syndromem získaného selhání imunity (AIDS),
 - za následky diagnostických, léčebných a preventivních zákroků, které nebyly provedeny za účelem léčení následků pojistné události,
 - bylo-li důsledkem pojistné události zhoršení již existující nemoci nebo nastala-li pojistná událost v důsledku nemoci,
 - za infarkt myokardu, cévní mozkovou příhodu a epilepsii a za následky pojistné události, ke které v jejich důsledku došlo,
 - byly-li důsledkem pojistné události ploténkové a algické páteřní syndromy a výřezy plotének neúrazovým dějem a mikrotraumatem,
 - byla-li důsledkem pojistné události zlomenina v důsledku vrozené lomivosti kostí nebo metaboličkových poruch nebo patologická nebo únavová zlomenina, jakož i vymknutí a vykloubení v důsledku vrozených vad a poruch,
 - nastala-li pojistná událost v důsledku nepřiměřené tělesné námahy pojištěného,
 - došlo-li k pojistné události u pojištěného, který je v pojistné smlouvě uveden jako pojištěné dítě a který již dovršil 15 let věku, při provozování registrované sportovní činnosti zařazené do 3. nebo 4. rizikové skupiny.

Článek 7 – Omezení pojistného plnění

- V souladu s ustanovením čl. 10 odst. 2 VPP se pro toto vedlejší úrazové pojištění ujednávají i následující omezení pojistného plnění uvedené v odst. 2 tohoto článku.
- Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění z pojištění v těchto případech:
 - nebyla-li dle čl. 8 odst. 3 těchto DPP U nahlašena změna povolání nebo registrované sportovní činnosti, která by znamenala zařazení pojištěného do vyšší rizikové skupiny. Snížení případného pojistného plnění provede pojistitel v poměru pojistného, které bylo za pojištěného zaplacené, k pojistnému, které ve správné rizikové skupině zaplacené být mělo.
 - došlo-li k pojistné události u pojištěného, který je v pojistné smlouvě uveden jako pojištěné dítě a který ještě nedovršil 15 let věku, při provozování registrované sportovní činnosti zařazené do 3. nebo 4. rizikové skupiny. Snížení případného pojistného plnění provede pojistitel na polovinu.

Článek 8 – Práva a povinnosti účastníků pojištění

- V souladu s ustanovením čl. 11 odst. 11 VPP se pro toto vedlejší úrazové pojištění ujednávají i následující práva a povinnosti účastníků pojištění uvedené v odst. 2 a 3 tohoto článku.
- Povinnosti pojištěného je bez zbytečného odkladu vyhledat po úrazu lékařské ošetření, léčit se podle pokynů lékaře a vyžaduje-li to pojistitel, dát se na jeho náklad vyšetřit lékařem, kterého pojistitel určí.

- Pojistník je povinen bez zbytečného odkladu oznámit pojistiteli změnu povolání nebo registrované sportovní činnosti pojištěného, které mají vliv na změnu rizikové skupiny. Je-li pojištěný v pojistné smlouvě uveden jako pojištěné dítě, tato povinnost se na jeho úrazové pojištění nevztahuje.

Článek 9 – Pojistné

- Pojistné za toto vedlejší úrazové pojištění je běžné pojistné. Pojistné je placené za měsíční, čtvrtletní, pololetní nebo roční pojistné období dle četnosti placení uvedené v pojistné smlouvě.
- Pojistné za toto vedlejší úrazové pojištění je splatné jednou částkou spolu s pojistným za hlavní životní pojištění, ke kterému je toto vedlejší úrazové pojištění sjednáno, a ve stejné četnosti placení.
- Běžné pojistné je splatné prvního dne pojistného období. Pro platby běžného pojistného určí pojistitel pojistníkoví variabilní symbol. Pojistitel nenese odpovědnost za důsledky nepřířazení běžného pojistného na pojistnou smlouvu v důsledku chybného uvedení variabilního symbolu nebo čísla účtu pojistitele pojistníkem.

Článek 10 – Další ujednání

- Je-li pojistník z důvodu plné invalidity pojištěného zproštěn od placení běžného pojistného za hlavní životní pojištění, ke kterému je toto vedlejší úrazové pojištění sjednáno, zproští ho pojistitel i od placení pojistného za toto vedlejší pojištění, ale pouze od placení pojistného za trvalé následky

úrazu a za smrt následkem úrazu toho pojištěného, který se stal plně invalidním. Je-li v rámci vedlejšího úrazového pojištění sjednáno plnění za dobu nezbytného léčení tělesného poškození následkem úrazu, zproštění od placení se na pojistné za toto riziko nevztahuje. Zproštění od placení pojistného nenastane v případě, že se plně invalidním stane pojištěný, který je v pojistné smlouvě uveden jako pojištěné dítě.

- Z tohoto vedlejšího úrazového pojištění nevzniká nárok na odkupné.
- Vedlejší úrazové pojištění zaniká v souladu s příslušnými ustanoveními VPP, nezanikne-li dříve v souladu s ustanoveními doplňkových pojistných podmínek pro hlavní životní pojištění, ke kterému je toto vedlejší úrazové pojištění sjednáno, nebo v souladu s ustanovením odst. 4 nebo 5 tohoto článku.
- Je-li pojištěný v pojistné smlouvě uveden jako pojištěné dítě, zaniká jeho vedlejší úrazové pojištění nejpozději ve výroční den počátku pojištění v roce, ve kterém dosáhne věku 18 let, není-li v pojistné smlouvě ujednáno jinak.
- Odchylně od čl. 6 odst. 2 VPP se ujednává, že toto vedlejší úrazové pojištění může ke konci každého pojistného období vypovědět každá ze smluvních stran.

RIZIKOVÉ SKUPINY PRO ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ

Osoby se podle povolání (profese) a registrované sportovní činnosti zařazují do čtyř rizikových skupin:

1. riziková skupina: osoby bez manuální činnosti nebo s nízkým rizikem

Administrativní pracovníci, advokáti, aranžéři, architekti, asistenti, auditoři, celní úředníci, celní, daňoví poradci, dekoratéri, delegáti, diplomati, dispečeré, domovníci, ekologové, ekonomové, finančníci, fotografové, herci, historici, hodináři, hostesky, hrázní, hudebníci, hygienici, informatici, inspektoři, jednatelé, jemní mechanici, kadeřnice a kadeřníci, kartografové, kněží, kniháři, knihovníci, klenotníci, konstruktéři, kontroloři, konzultanti, kosmetičky, lékárníci, lékaři, lektoři, logistikové, makléři, manažéři, maséři, meteorologové, modeláři, modelky, moderátoři, návrháři, nezaměstnaní, notáři, obchodníci, odhadci, operátoři, optici, pečovatelky, pedikérky, písmomalíři, pojistní matematici, pokladní, pokojské, poradci (obchodní, finanční, pojišťovací apod.), politici a veřejní činitelé, porybní, poslanci, pracovníci v reklamě, právníci, prodavači, programátoři, projektanti, průvodci, překladatelé, recepční, redaktoři, registrovaní rozhodčí, referenti, rehabilitační sestry, rybáři, sekretářky, senátoři, soudci, spisovatelé, správci, statistické, studenti, šatnářky, školníci, technicko-hospodářští pracovníci, technologové, tiskoví mluvčí, tlumočníci, účetní, učitelé a další pedagogičtí pracovníci, uklízečky, umělci, úředníci, uvaděčky, vedoucí pracovníci, vědečtí pracovníci, vychovatelé, výzkumníci, zdravotnický personál, zlatníci, žáci, ženy v domácnosti.

Osoby, vč. profesionálních sportovců, provozující některý z uvedených sportů, vč. nejvyšších republikových a zahraničních soutěží, v rámci organizací, jejichž náplní je organizování tělovýchovné, soutěžní nebo závodní činnosti, a to v těchto sportech: billiard, bowling, curling, jóga, kulečnick, kuželky, metanů, pétanque, rybářský sport, šachy, šipky moderní i klasické, turistika, ZRTV.

2. riziková skupina: osoby s převažujícím podílem manuální činnosti nebo se zvýšeným rizikem

Autojeřábníci, automechanici, barmani, bednáři, bezpečnostní pracovníci, brusiči, cukráři, cvičitelky, čalouníci, čišníci, dělníci, dlaždičci, dozorcí, důchodci invalidní a starobní, elektrikáři, elektromechanici, elektromontéři, frézáři, geodeti, geologové, instalatéri, kameníci, karosáři, klempíři, komíníci, košíkáři, kováři, kožešníci, krejčí, krupičtí, kuchaři, kulisáci, kurýři, laboranti, lakýrníci, lanovkáři, lesníci, lešenáři, letušky, lodáři, loutkáři, malíři pokojů, manuální a provozní pracovníci v dopravě, ve filmovém oboru, v elektrárnách, v hutnictví těžkém strojírenství, v lomech a dolech, v textilním odvětví, v odvětví těžby a zpracování dřeva, v pivovarech a lihovarech, v prádelnách a čistírnách, ve stavebnictví, ve stravování, v zemědělství a lesnictví, mechanici, mlynáři, montéři, myslivci, námořníci, nástrojaři, natěrači, novináři, nožíři, obchodní zástupci, obkladači, obráběči, obuvníci, opraváři, osvětlovači, ošetřovatelé, pekaři, piloti letadel, plavčíci, plynaři, podlaháři, pokrývači, popeláři, poštovní doručovatelé, potrubáři, pracovníci bezpečnostních agentur, pracovníci technických služeb, promítači, provozní, přadleny, příslušníci policie, armády a pohraniční stráže, reportéři, restaurátoři, řezbáři, řezníci, řidiči, sedláři, servírky, seřizovači, skladníci, skláři, sklenáři, sládkové, slévači, soustružníci, stavaři, stavbyvedoucí, statikové, steverdi, strážníci, strojníci, studnaři, svářeči, šičky, švadleny, ševci, taxikáři, taviči, technici, tesaři, tiskaři, tkalci, topenáři, topiči, trenéři, truhláři, tuneláři, údržbáři, veterináři, vlekáři, vrátní, výpravčí, výtaháři, zahradníci, zámečníci, zásobovači, závozníci, zedníci, zoologové, zootechnici, zvonáři.

Osoby provozující některý z uvedených sportů v rámci organizací, jejichž náplní je organizování tělovýchovné, soutěžní nebo závodní činnosti, a to v těchto sportech: aerobic, atletika, badminton, baseball, běh na lyžích, biatlon, dráhový golf, golf, jezdectví, krasobruslení, kulturistika, lukostřelba, moderní gymnastika, nohejbal, orientační běh, plavecké sporty, rychlobruslení, rychlostní kanoistika, silniční a dráhová cyklistika, sportovní gymnastika, sportovní tanec, squash, stolní tenis, střečectví, tenis, triatlon, veslování, vodní pólo, volejbal.

3. riziková skupina: osoby s velmi zvýšeným rizikem

Artisté, deratizéři, chemici, kaskadéři, krotitelé zvířete, piloti ozbrojených složek, požárníci, pracovníci s jedovatými, výbušnými nebo zářivými látkami, pracovníci s vysokým rizikem akutních otrav, pracovníci s vysokým rizikem popálenin z důvodu vysoké teploty pracovního prostředí, pracovníci ve výškách (pokud mají předepsáno upevnění závěsem), pracující pod vodou s potápěčím dýchacím přístrojem, příslušníci horské záchranné služby, pyrotechnici, tovární a zkušební jezdci motorových vozidel a plavidel, výzkumníci a badatelé v neprobádaných krajinách, záchranáři a členové havarijních sborů, zkušební piloti, železniční posunovači.

Osoby provozující některý z uvedených sportů v rámci organizací, jejichž náplní je organizování tělovýchovné, soutěžní nebo závodní činnosti, a to v těchto sportech: americký fotbal, asijská bojová umění (např. karate, full-contact, goru-ryu, sebeobrana, taekwon-do, thajský box), basketbal, boby-skeleton, box, cyklotrial, floorbal, fotbal, házená, hokejbal, horolezectví (vč. alpinismu), in-line hokej, jachting, jezdecké závody na koních, jízda na sněžných a vodních skútrech, judo, korfbal, lední hokej, létání na lehkých a ultralehkých letounech a závěsných kluzácích, létání v balónech a vzducholodích, letecká akrobacie, moderní pětiboj, motorismus, národní házená, potápění, pozemní hokej, parasailing, ragby, saně, sjezdové a akrobatické lyžování, skiboby, skoky do vody, skoky na lyžích, snowboarding, softbal, šerm, vodní lyžování, vodní motorismus, vodní slalom a sjezd, vysokohorská turistika, vzpírání, zápas, závody na horských kolech.

4. riziková skupina: osoby se zvláště zvýšeným rizikem

Veškerá soutěžní, závodní a jiná sportovní činnost včetně přípravy na ni (tréninku) u profesionálních sportovců a sportovců zúčastňujících se nejvyšších republikových a zahraničních soutěží (mimo sportovců zařazených do 1. rizikové skupiny).

Konečné rozhodnutí o zařazení pojištěného do rizikové skupiny je v kompetenci pojistitele.