

VŠEOBECNÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

ze dne 1. 12. 2009

Úvodní ustanovení

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

Společná ustanovení

Článek 1 – Výklad pojmů

Tyto VPP vymezují následující pojmy:

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

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

Pojištník – fyzická nebo právnická osoba způsobilá k právním úkonům, která s pojistitelem uzavřela pojištnou smlouvu a je povinna platit pojištění; je-li pojištníkem fyzická osoba, je nutnou podmínkou uzavření pojištné smlouvy její zletilost.

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

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

Obmyšlený – osoba určená pojištníkem v pojištné smlouvě, které vznikne právo na pojištné plnění v případě smrti pojištěného. Není-li obmyšlený pojištníkem v pojištné smlouvě určen, vznikne právo na pojištné plnění v případě smrti pojištěného osobám dle zákona o pojištné smlouvě.

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

Pojistka – písemné potvrzení pojistitele o uzavření pojištné smlouvy.

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

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

Pojištné období – časové období dohodnuté v pojištné smlouvě, za které se platí běžné pojištné.

Pojištné – úplata za sjednané pojištění, jejíž výše je stanovena v pojištné smlouvě.

Běžné pojištné – pojištné stanovené za pojištné období.

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

Pojištná událost – nahodilá skutečnost blíže označená v pojištné smlouvě, se kterou je spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout pojištné 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.

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

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

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

Odkupné – část nespoteřebovaného pojištného ukládaná pojistitelem jako technická rezerva vypočtená pojištné matematickými metodami k datu zániku pojištění. Odkupné pojistitel vyplatí při zániku pojištění, a to v případech blíže stanovených v pojištné smlouvě.

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

Článek 2 – Vznik a doba trvání pojištění

1. Pojištění vzniká na základě písemné pojištné smlouvy.
2. Jako písemné potvrzení o uzavření pojištné smlouvy vydá pojistitel pojištníkovi pojistku.
3. Dojde-li ke ztrátě, poškození nebo zničení pojistiky, vydá pojistitel pojištníkovi na jeho žádost a náklady druhopis pojistiky. Vystavením druhopisu pojistiky pozbývá originál nebo již dříve vydané druhopisy platnosti.
4. Pojištění se sjednává na dobu vymezenou v pojištné smlouvě (pojištná doba).
5. Počátek pojištění je v 00:00 hodin dne sjednaného v pojištné smlouvě jako počátek pojištění.
6. Konec pojištění je ve 24:00 hodin dne sjednaného v pojištné smlouvě jako konec pojištění, nezanikne-li pojištění v souladu s pojištnou smlouvou dříve.
7. Pojištění se z důvodu nezaplacení pojištného během pojištné doby nepřerušuje.

Článek 3 – Pojištné

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

Článek 4 – Změny pojištění

1. Není-li v pojištné 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

1. Pojištění zaniká:
 - a) uplynutím pojištné doby, není-li v pojištné smlouvě ujednáno jinak,
 - b) smrtí pojištěného, není-li v pojištné smlouvě ujednáno jinak,
 - c) písemnou dohodou smluvních stran; v dohodě musí být určen okamžik zániku pojištění a způsob vzájemného vyrovnání závazků,
 - d) dnem následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené pojistitelem v upomínce k zaplacení pojištného nebo jeho části, doručené pojištníkovi, není-li v pojištné smlouvě ujednáno jinak,
 - e) odstoupením pojištníka nebo pojistitele od pojištné smlouvy ve smyslu zákona o pojištné smlouvě,
 - f) odmítnutím plnění ze strany pojistitele ve smyslu zákona o pojištné smlouvě,
 - g) výpovědí dle čl. 6 těchto VPP,
 - h) jiným způsobem uvedeným v pojištné smlouvě nebo v zákoně o pojištné smlouvě.
2. Veškerá pojištění sjednaná dle odst. 2 Úvodních ustanovení těchto VPP v jedné pojištné smlouvě s životním pojištěním zanikají nejpozději zánikem tohoto životního pojištění.

Článek 6 – Výpověď pojištění

1. Pojištění může vypovědět každá ze smluvních stran do dvou měsíců ode dne uzavření pojištné smlouvy. Výpovědní lhůta je osmidenní a počíná běžet dnem doručení písemné výpovědi druhé smluvní straně. Jejím uplynutím pojištění zaniká.
2. Pojistník dále může pojištění, u kterého je sjednáno běžné pojištné, písemně vypovědět ke konci každého pojištného období. Výpověď musí být dána alespoň šest týdnů před jeho uplynutím. Pojištění za jednorázové pojištné může pojistník kromě výpovědi dle odst. 1 tohoto článku písemně vypovědět k poslednímu dni každého kalendářního měsíce. Výpověď musí být podána alespoň šest týdnů přede dnem, k němuž je uplatňována.

3. Pojištění může být vypovězeno i v dalších případech uvedených v zákoně o pojistné smlouvě.
4. Vznikl-li již k datu zániku pojištění výpověď dle odst. 1 až 3 tohoto článku nárok na odkupné a dá-li pojištěný, není-li shodný s pojistníkem, souhlas k vyplacení odkupného, vyplatí pojišťitel pojistníkovi odkupné. Nevzniká-li nebo nevznikl-li u pojištění ještě nárok na odkupné, zaniká pojištění bez náhrady.

Článek 7 – Odkupné

1. Podmínky vzniku nároku na odkupné stanoví pojišťitel v pojistných podmínkách pro daný pojistný produkt.

Článek 8 – Plnění z pojištění

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

Článek 9 – Výluky z pojištění

1. Pojišťitel neposkytne z pojištění pojistné plnění v těchto případech:
 - a) má-li vzniknout právo na pojistné plnění osobě, která způsobila pojištěnému pojistnou událost v souvislosti se skutkem, který je dle trestního zákona úmyslným trestným 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 obžaloby, pojišťitel je v takovém případě povinen bez zbytečného odkladu poté, co mu je taková skutečnost oznámena, obnovit šetření pojistné události; nebo
 - pravomocně rozhodnuto o podmíněném zastavení trestního stíhání této osoby jako obviněného nebo
 - pravomocně rozhodnuto o schválení narovnání a zastavení trestního stíhání této osoby jako obviněného nebo pravomocně rozhodnuto o podmíněném odložení podání návrhu na potrestání pojištěného nebo této osoby jako podezřelého,
 - b) způsobil-li si pojištěný pojistnou událost nebo mu ji z jeho podnětu způsobila jiná osoba v souvislosti se skutkem, který je dle trestního zákona úmyslným trestným činem, a v rámci trestního řízení o tomto skutku bylo:
 - ukončeno přípravné řízení podáním obžaloby nebo podáním návrhu na potrestání pojištěného nebo této osoby; 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 obžaloby, pojišťitel je v takovém případě povinen bez zbytečného odkladu poté, co mu je taková skutečnost oznámena, obnovit šetření pojistné události; nebo
 - pravomocně rozhodnuto o podmíněném zastavení trestního stíhání pojištěného nebo této osoby jako obviněného nebo
 - pravomocně rozhodnuto o schválení narovnání a zastavení trestního stíhání pojištěného nebo této osoby jako obviněného nebo pravomocně rozhodnuto o podmíněném odložení podání návrhu na potrestání pojištěného nebo této osoby jako podezřelého,
 - c) nastala-li u pojištěného pojistná událost v přímé nebo nepřímé souvislosti s válečným konfliktem, bojovými nebo válečnými akcemi, vzpourami, povstáními, nepokoji a teroristickými činy,
 - d) způsobil-li si pojištěný pojistnou událost při řízení motorového vozidla, plavidla či letadla, pro něž neměl pojištěný příslušné oprávnění k řízení, nebo nastala-li pojistná 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 pojistnou 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 soutěženími a závody lze pojistit na základě zvláštní dohody s pojistitelem),
 - e) nastala-li pojistná událost do dvou měsíců od počátku pojištění v důsledku zdravotních potíží, kterými pojištěný trpěl již před sjednáním pojištění a které uvedl při uzavření pojistné smlouvy, není-li však v pojistné smlouvě stanoveno jinak,
 - f) nastala-li pojistná událost následkem sebevraždy pojištěného nebo pokusu o ni a pojištění ještě netrvalo nepřetržitě nejméně dva roky bezprostředně předcházející sebevraždě nebo pokusu o ni,
 - g) nastala-li pojistná událost v důsledku úmyslného sebepoškození,
 - h) byla-li pojistná událost způsobena jaderným zařízením vyvolaným výbuchem nebo závadou jaderného zařízení a přístrojů, nebo nedbalostí odpovědných osob, institucí nebo úřadů při dopravě, skladování nebo manipulaci s radioaktivními materiály.
2. Pojišťitel neposkytne z pojištění pojistné plnění i v dalších případech uvedených v pojistné smlouvě.
3. Zaniká-li pojištění pojistnou událostí, za niž pojišťitel v souladu s ustanoveními tohoto článku neplní, a vznikl-li již z pojištění nárok na odkupné, vyplatí pojišťitel, s výjimkou případu dle odst. 1. písm. a) tohoto článku oprávněné osobě odkupné.

Článek 10 – Omezení pojistného plnění

1. Pojišťitel je oprávněn přiměřeně snížit pojistné plnění z pojištění v těchto případech:
 - a) nastala-li pojistná událost v přímé souvislosti s protiprávním jednáním pojištěného, o kterém bylo pravomocně rozhodnuto orgánem veřejné správy ve správním řízení, nebo způsobil-li si pojištěný pojistnou událost v souvislosti se skutkem, který je dle trestního zákona nedbalostním trestným 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 toto omezení pojistného plnění pozbývá platnosti, je-li následně v trestním řízení pojištěný nebo tato jiná osoba na základě pravomocného rozhodnutí zproštěna obžaloby, pojišťitel je v takovém případě povinen bez zbytečného odkladu poté, co mu je taková skutečnost oznámena, obnovit šetření pojistné události; nebo
 - pravomocně rozhodnuto o podmíněném zastavení trestního stíhání pojištěného 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,
 - b) nastala-li u pojištěného pojistná 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,
 - c) nastala-li pojistná událost následkem sebevraždy pojištěného nebo pokusu o ni a pojištění již trvalo nepřetržitě nejméně dva roky bezprostředně předcházející sebevraždě nebo pokusu o ni,
 - d) porušil-li pojistník nebo pojištěný při sjednání pojištění nebo jeho změně některou z povinností uvedených v těchto VPP, nebo dalších povinností uvedených v pojistné smlouvě nebo stanovených obecně závaznými právními předpisy, a v důsledku tohoto porušení bylo stanoveno nižší pojistné,
 - 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 jejích následků anebo na zjištění nebo určení výše pojistného plnění,
 - f) odvolá-li pojištěný v průběhu pojištění nebo v průběhu šetření nutného ke zjištění rozsahu povinnosti 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 povinnosti pojistitele plnit.
2. Pojišťitel 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 pravdivě a úplně odpovědět na všechny písemné dotazy pojistitele týkající se sjednávaného pojištění. To platí i v případě, že jde o změnu pojištění. Stejnou povinnost má pojišťitel vůči pojistníkovi a pojištěnému.
2. Pojistník má právo kdykoliv během trvání pojištění písemně požadovat na pojišťiteli sdělení o tom, kolik by činila výše odkupného. Pojišťitel výši odkupného sdělí ve lhůtě jednoho měsíce ode dne obdržení písemné žádosti pojistníka. Pojišťitel má právo na úhradu nákladů, které mu sdělením výše odkupného pojistníkovi vzniknou.
3. Pojistník je povinen bez zbytečného odkladu pojišťiteli 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 povinna bez zbytečného odkladu pojišťiteli oznámit, že pojistná událost nastala, tuto povinnost splní až písemným oznámením pojistné události na příslušném tiskopisu pojistitele. Tato osoba je povinna předložit i další doklady požadované pojišťitelem, pokud mají vliv na stanovení povinnosti pojišťitele plnit a/nebo na výši pojistného plnění. Pojišťitel rovněž může provést šetření pojistné události sám.
5. Je-li pojistnou událostí smrt pojištěného, pojišťitel při oznámení pojistné události dle odst. 3 tohoto článku vždy požaduje i předložení pojistky, ověřené kopie úmrtního listu a podrobné lékařské nebo úřední zprávy o příčině smrti; v případě dožití se dne konce pojištění pojištěným požaduje pojišťitel vždy i předložení pojistky.
6. Pojišťitel 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 povinnosti 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. Pojistník i oprávněná osoba jsou povinni podrobit se identifikaci a kontrole v souladu s příslušnými právními předpisy upravujícími opatření proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu.
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, jakož i jiné údaje, na které byl v této souvislosti tázán.
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 pojistně technických přebytků z investování prostředků rezervy pojistného životních pojištění do jednotlivých platných pojistných smluv, a to podle pojistně 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 všeobecné, doplňkové nebo zvláštní pojistné podmínky na platné právní předpisy, zejména zákony, rozumí se jimi platné právní předpisy České republiky.
4. Zemře-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 úkonu 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 léčil, 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 právy a posudky pojistiteli 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 je 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 písemností

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 účastníkovi pojištění z důvodu odmítnutí jejich převzetí účastníkem, považují se za doručené dnem, kdy bylo přijetí písemností odmítnuto. V případě vrácení zásilky poštou zpět pojistiteli po uplynutí lhůty pro převzetí stanovené vyhláškou o základních službách držitele poštovní licence je dnem doručení písemností poslední den stanovené lhůty.

Článek 15 – Závěrečná ustanovení

1. Od všech předchozích ustanovení těchto VPP, vyjma ustanovení čl. 13 odst. 9 těchto VPP, se pojistitel může v pojistné smlouvě odchýlit, vyžadují-li to účel a povaha pojištění.
2. Tyto VPP nabývají účinnosti dne 1. 12. 2009.

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ FORTE

ze dne 1. 12. 2009

Část A – Obecná ustanovení

Článek 1 – Úvodní ustanovení

1. Životní pojištění FORTE (dále také jen „pojištění“) je investičním životním pojištěním a řídí se těmito zvláštními pojistnými podmínkami ze dne 1. 12. 2009 (dále jen „ZPP“), ujednáními pojistné smlouvy a doplňkovými pojistnými podmínkami pro další pojištění, která byla k životnímu pojištění v pojistné smlouvě sjednána. Dále se řídí Všeobecnými pojistnými podmínkami pro životní pojištění ze dne 1. 12. 2009 (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 (dále jen „zákon o pojistné smlouvě“), a ustanoveními souvisejících právních předpisů. Výše uvedené pojistné podmínky jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.
2. Pojištěním, které je v pojistné smlouvě sjednáno vždy, je základní pojištění pro případ smrti nebo dožití s nárokem z pojištění dle části B těchto ZPP (dále také jen i „základní pojištění“).
3. K základnímu pojištění lze v pojistné smlouvě sjednat i další pojištění, která se řídí samostatnými doplňkovými pojistnými podmínkami.
4. Doba trvání životního pojištění FORTE je určena dobou trvání základního pojištění.
5. Od všech ustanovení těchto ZPP se pojistitel může v pojistné smlouvě odchýlit, vyžadují-li to účel a povaha sjednaného pojištění.

Článek 2 – Výklad pojmů

Pojmy použité v těchto ZPP a nespécifikované nebo odlišně specifikované ve VPP jsou vymezeny následovně:

Program investování – pro účely pojištění se rozlišují dva typy programů investování – tržní programy investování a garantované programy investování (dále oba také jen „programy investování“). Tržní programy investování stanovené pro účely tohoto pojištění v souladu s ustanoveními čl. 13 odst. 1, 2, 4 - 8 části A ZPP jsou vztaheny ke konkrétním podkladovým aktivům. Je-li tržní program investování vztážen přímo ke konkrétnímu podílovému fondu, je ISIN fondu pro daný tržní program investování uveden v sazebníku. Garantované programy investování jsou interní programy investování stanovené pojistitelem výhradně pro účely pojištění, přičemž cena podílové jednotky je u těchto programů investování určována pojistitelem (viz. pojem „Cena podílové jednotky“ definovaný níže v tomto článku). U programu investování musí být vždy určeno, zda se jedná o program investování pro běžné a dodatečně běžné pojištění nebo o program investování pro mimořádné pojištění.

Podílová jednotka – poměrný díl každého konkrétního programu investování definovaný pro účely tohoto pojištění.

Podílový účet – individuální účet spravovaný pojistitelem ke každé pojistné smlouvě, na něž se připisují podílové jednotky jednotlivých programů investování.

Cena podílové jednotky – cena podílové jednotky tržních programů investování je stanovena na základě hodnoty podkladových aktiv, k nimž je konkrétní program investování vztážen. Cena podílové jednotky garantovaných programů investování je určena pojistitelem tak, aby odpovídala aktuálnímu zhodnocení uvedenému pojistitelem pro daný garantovaný program investování v sazebníku.

Hodnota programu investování – počet podílových jednotek příslušných danému programu investování a připsaných na podílovém účtu vynásobený příslušnou cenou podílové jednotky tohoto daného programu investování.

Hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečně běžného pojištění – počet podílových jednotek připsaných na podílovém účtu a vytvořených na základě zaplacení běžného a dodatečně běžného pojištění vynásobený příslušnou cenou podílové jednotky dle příslušného programu investování. Tato hodnota je rovna součtu hodnot programů investování pro běžné a dodatečně běžné pojištění.

Hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení mimořádného pojištění – počet podílových jednotek připsaných na podílovém účtu a vytvořených na základě zaplacení mimořádného pojištění vynásobený příslušnou cenou podílové jednotky dle příslušného konkrétního programu investování. Tato hodnota je rovna součtu hodnot programů investování pro mimořádné pojištění.

Hodnota pojištění – hodnota všech podílových jednotek připsaných na podílovém účtu; je rovna součtu hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečně běžného pojištění a hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojištění.

Alokační poměr – poměr sjednaný v pojistné smlouvě, ve kterém se část pojištění po příslušných odpočtech ve smyslu čl. 6, resp. čl. 7 této části ZPP umísťuje do jednotlivých programů investování, sjednává se zvlášť pro běžné a dodatečně běžné pojištění a zvlášť pro mimořádné pojištění.

Dodatečně běžné pojištění – pojištění, o které bylo běžné pojištění navýšeno.

Pojistný rok – rok začínající v den počátku pojištění nebo ve výroční den počátku pojištění.

Finanční bonus – finanční obnos, který pojistitel může přiznat na základě svého rozhodnutí dle pojištění technických zásad nad rámec podílu na zisku.

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.

Článek 3 – Běžné a dodatečně běžné pojištění

1. Běžné a dodatečně běžné pojištění se platí za dohodnutá pojištná období (měsíční, čtvrtletní, pololetní nebo roční) dle četnosti placení sjednané v pojistné smlouvě. První pojištné období začíná v den počátku pojištění.
2. Běžné a dodatečně běžné pojištění je splatné prvního dne pojištného období. Pro platby běžného a dodatečně běžného pojištění určí pojistitel pojistníkovi variabilní symbol. Variabilním symbolem je inkasní symbol uvedený v pojistné smlouvě, číslo účtu bude pojistníkovi sděleno v pojistce.
3. Pro platby běžného a dodatečně běžného pojištění, resp. jeho části, placené za pojistníka jeho zaměstnavatelem, určí pojistitel pojistníkovi v pojistce zvláštní variabilní symbol, který však může být využit pouze tehdy, splňuje-li pojištná smlouva podmínky dané platnými právními předpisy upravujícími daň z příjmů (dále jen „předpisy o dani z příjmů“) pro platby pojištného zaměstnavatelem. Pojistník je povinen tento variabilní symbol sdělit svému zaměstnavateli, jímž má být běžné a dodatečně běžné pojištění placeno. Běžné a dodatečně běžné pojištění zaplacené zaměstnavatelem pod jiným než určeným variabilním symbolem, nedohodl-li se však tento písemně s pojistitelem jinak, nemá pojistitel povinnost považovat za pojištění uhrazené zaměstnavatelem s důsledky ve smyslu předpisů o dani z příjmů a nenese odpovědnost za případné následky z toho plynoucí.
4. Pojistitel neumožňuje platit běžné a dodatečně běžné pojištění, resp. jeho část, za pojistníka jeho zaměstnavatelem ve smyslu předpisů o dani z příjmů tehdy, je-li v pojistné smlouvě sjednáno další pojištění, v jehož samostatných doplňkových pojištných podmínkách je uvedeno, že pro ně platí ustanovení tohoto odstavce.
5. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno některé z dalších pojištění, v jehož samostatných doplňkových pojištných podmínkách je uvedeno, že pro ně platí ustanovení tohoto odstavce, je pojistník povinen nechat si stanovit výši částky, kterou může zaměstnavatel maximálně platit a sdělit ji svému zaměstnavateli, jímž má být část běžného a dodatečně běžného pojištného placena.
6. Pojistník je povinen zajistit, aby u pojištných smluv dle odst. 4 tohoto článku nebylo běžné a dodatečně běžné pojištění za něj zaměstnavatelem placeno a u pojištných smluv dle odst. 5 tohoto článku bylo placeno maximálně do stanovené výše. Bylo-li pojištění v těchto případech zaměstnavatelem za pojistníka přesto zaplacené, resp. zaplacené nad stanovenou výši, pojistitel není povinen považovat je za pojištění zaplacené zaměstnavatelem s důsledky ve smyslu předpisů o dani z příjmů a nenese odpovědnost za případné následky z toho plynoucí.
7. Pojistitel rovněž nenese odpovědnost za důsledky nepřiznání platby běžného a dodatečně běžného pojištného na pojištnou smlouvu v důsledku chybného uvedení variabilního symbolu nebo čísla účtu pojistitele.
8. Běžné a dodatečně běžné pojištění je snižováno o poplatky dle odst. 1 a 2 čl. 6 této části ZPP.
9. Zvýšení nebo snížení běžného a dodatečně běžného pojištného může být provedeno v souladu s čl. 9 této části ZPP, zvýšení pojištného pojistitelem pak i v souladu s čl. 5 této části ZPP.

Článek 4 – Mimořádné pojištění

1. Mimořádné pojištění je pojištění, které pojistitel umožňuje pojistníkovi platit mimo úhrady běžného a dodatečně běžného pojištného. Pojistitel umožňuje platit mimořádné pojištění kdykoliv v době trvání pojištění, s výjimkou případu dle odst. 7 tohoto článku.
2. Mimořádné pojištění lze poukazovat pouze pod zvláštním variabilním symbolem, který pojistitel pojistníkovi pro platby mimořádného pojištného určí v pojistce současně s číslem účtu.
3. Pro platby mimořádného pojištného zaměstnavatelem pojistníka ve smyslu předpisů o dani z příjmů určí pojistitel pojistníkovi v pojistce zvláštní variabilní symbol, který však může být využit pouze tehdy, splňuje-li pojištná smlouva podmínky dané platnými předpisy o dani z příjmů pro platby pojištného zaměstnavatelem. Mimořádné pojištění zaplacené zaměstnavatelem pod jiným než určeným variabilním symbolem, nedohodl-li se však tento písemně s pojistitelem jinak, nemá pojistitel povinnost považovat za pojištění uhrazené zaměstnavatelem s důsledky ve smyslu předpisů o dani z příjmů a nenese odpovědnost za případné následky z toho plynoucí.
4. Pojistitel rovněž nenese odpovědnost za důsledky nepřiznání platby mimořádného pojištného na pojištnou smlouvu v důsledku chybného uvedení variabilního symbolu nebo čísla účtu pojistitele.
5. Částka poukázaná pod variabilním symbolem mimořádného pojištného nesmí být nižší než minimální limit mimořádného pojištného a vyšší než maximální limit mimořádného pojištného. Pojistitel je oprávněn stanovit i maximální limit celkového mimořádného pojištného. Pojistitel nenese odpovědnost za důsledky nepřiznání mimořádného pojištného na pojištnou smlouvu, nesplňuje-li mimořádné pojištné podmínky dané limity pojistitele. Minimální i maximální limit mimořádného pojištného stanoví pojistitel v sazebníku.
6. Pojistitel má rovněž právo pojistníkem poukázané mimořádné pojištění odmítnout. Případně odmítnutí mimořádného pojištného oznámí pojistitel pojistníkovi písemně do 15 dnů od jeho přijetí. Pojistník je povinen písemně sdělit pojistiteli, jakým způsobem a kam má odmítnuté mimořádné pojištění vrátit. Pojistitel je povinen odmítnuté mimořádné pojištění vrátit pojistníkovi bez zbytečného odkladu poté, co je mu pojistníkem způsob jeho vrácení písemně sdělen.

- Mimořádné pojistné nelze, není-li však v sazebníku uvedeno jinak, platit v případě, že pojištění bylo převedeno na pojištění ve splaceném stavu dle odst. 2 čl. 10 této části ZPP. Pojistitel nenese odpovědnost za důsledky nepřířazení mimořádného pojistného na pojistnou smlouvu u pojištění ve splaceném stavu, bylo-li pojistníkem přesto zaplacen.
- Mimořádné pojistné je snižováno o poplatky dle odst. 1 čl. 7 této části ZPP.
- Zaplacení mimořádného pojistného nemá vliv na povinnost pojistníka platit běžné a dodatečné běžné pojistné.
- Zaplacení mimořádného pojistného nemá vliv na výši pojistných částek.

Článek 5 – Indexace běžného a dodatečného běžného pojistného

- V souladu s §13 odst. 3 poslední větou zákona o pojistné smlouvě se pojistitel s pojistníkem dohodl na oprávnění pojistitele navyšovat běžné a dodatečné běžné pojistné. Pojistitel je oprávněn navýšit běžné a dodatečné běžné pojistné každý rok, a to o procento, které je rovno přírůstkům průměrného ročního indexu spotřebitelských cen publikovaného Českým statistickým úřadem (dále také „přírůstek indexu“) za kalendářní rok předcházející zvýšení pojistného, zaokrouhlenému na celá procenta nahoru, pouze však v případě, že tento přírůstek kalendářně zaokrouhlený na celá procenta nahoru dosáhne alespoň hodnoty 2 procent.
- Nedosáhne-li v daném roce přírůstek indexu za předcházející kalendářní rok zaokrouhlený na celá procenta nahoru alespoň hodnoty 2 procent a navýšení běžného a dodatečného běžného pojistného tudíž nemůže být pojistitelem v daném roce provedeno, nebo nevyužije-li pojistitel v daném roce svého práva na navýšení pojistného dle odst. 1 tohoto článku, a to i opakovaně, je oprávněn následně navýšit běžné a dodatečné běžné pojistné o procento, které je rovno součtu přírůstků průměrných ročních indexů spotřebitelských cen publikovaných Českým statistickým úřadem za kalendářní roky předcházející zvýšení pojistného, zaokrouhlenému na celá procenta nahoru. Tento součet může obsahovat maximálně přírůstky indexů za 3 roky zpětně.
- Pojistitel je oprávněn provést navýšení běžného a dodatečného běžného pojistného dle odst. 1 nebo 2 tohoto článku nejdříve po jednom roce trvání pojištění, resp. nejdříve po jednom roce od předchozího navýšení pojistného dle odst. 1 nebo 2 tohoto článku.
- Provede-li pojistitel navýšení běžného a dodatečného běžného pojistného dle odst. 1 až 3 tohoto článku, je oprávněn zaokrouhlit nově stanovenou výši běžného a dodatečného běžného pojistného na celé jednotky úřední měny České republiky, a to nahoru.
- V případě, že pojistník má pro placení běžného a dodatečného běžného pojistného sjednáno jiné než měsíční pojistné období, je pojistitel oprávněn zvýšit pojistné určené dle odst. 1 a 2 tohoto článku a zaokrouhlené dle odst. 4 tohoto článku tak, aby toto bylo nejbližším vyšším násobkem čísla, které je rovno počtu měsíců sjednaného pojistného období.
- Pojistitel je povinen nově stanovenou výši běžného a dodatečného běžného pojistného sdělit pojistníkovi nejpozději ve lhůtě 2 měsíců před splatností běžného a dodatečného běžného pojistného za pojistné období, ve kterém má běžné a dodatečné běžné pojistné být zvýšeno.
- Pokud pojistník se změnou výše běžného a dodatečného běžného pojistného dle ustanovení odst. 1 až 4, resp. i odst. 5 tohoto článku nesouhlasí, musí svůj nesouhlas písemně sdělit pojistiteli do 1 měsíce ode dne, kdy se o navrhované změně výše pojistného dozvěděl. V tomto případě pojištění pokračuje beze změn a původní výše běžného a dodatečného běžného pojistného zůstává zachována.

Článek 6 – Poplatky, rozdělování (alokace) a umístění běžného a dodatečného běžného pojistného

- Běžné pojistné je sníženo o alokační a inkasní poplatky. Zbývající část běžného pojistného po odpočtu alokačního a inkasního poplatku dle jejich aktuálních hodnot uvedených v sazebníku vytváří v souladu s ujednáním níže uvedených odstavců tohoto článku hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného.
- Dodatečné běžné pojistné je sníženo o alokační poplatek. Zbývající část dodatečného běžného pojistného po odpočtu alokačního poplatku dle jeho aktuální hodnoty uvedené v sazebníku vytváří v souladu s ujednáním níže uvedených odstavců tohoto článku hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného.
- Nepostačuje-li běžné a dodatečné běžné pojistné za dané pojistné období na úhradu poplatků dle odst. 1 a 2 tohoto článku, je vzniklý záporný rozdíl evidován v hodnotě pojištění vytvořeném na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného, a to v úřední měně České republiky.
- Je-li zbývající část běžného a dodatečného běžného pojistného po odečtu poplatků dle odst. 1 a 2 tohoto článku a po započtení s případným již vzniklým záporným rozdílem evidovaným v souladu s odst. 3 a 8 tohoto článku v hodnotě pojištění vytvořeném na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného kladná, je převedena v alokačním poměru sjednaném v pojistné smlouvě pro běžné a dodatečné běžné pojistné na podílové jednotlivých programů investování pro běžné a dodatečné běžné pojistné. Převedení na podílové jednotky se provede v souladu s odst. 6 čl. 13 této části ZPP, nejdříve se však provede ke dni splatnosti pojistného.
- Pojistitel pravidelně každý měsíc, a to až do data ukončení šetření pojistné události ze základního pojištění, kterou pojištění zaniká, odečte z hodnoty pojištění vytvořeném na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného podílové jednotky potřebné na úhradu nákladů pojistitele spojených se správou programů investování pro běžné a dodatečné běžné pojistné (dále jen „poplatek za správu aktiv pro běžné a dodatečné běžné pojistné“). Výše poplatku za správu aktiv pro běžné a dodatečné běžné pojistné je v sazebníku stanovena pro každý jednotlivý program investování, který může být v pojistné smlouvě pro běžné a dodatečné běžné pojistné sjednáno, a to jako konkrétní procento z hodnoty tohoto programu investování. Je-li hodnota každého jednotlivého programu investování pro běžné a dodatečné běžné pojistné k datu odečtu tohoto poplatku v interním systému pojistitele kladná, je snížena o příslušný počet podílových jednotek, potřebných k pokrytí příslušné části tohoto poplatku.
- Pojistitel pravidelně každý měsíc, a to až do data ukončení šetření pojistné události ze základního pojištění, kterou pojištění zaniká, odečte z hodnoty pojištění vytvořeném na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného částky potřebné na úhradu pojistného rizika z jednotlivých pojištění sjednaných v pojistné smlouvě (dále jen „odečty na rizika“) a poplatek za správu pojištění, a to za tento měsíc. Výše odečtů na rizika je stanovena pojistitelem podle pojistné technických zásad, výše poplatku za správu pojištění je stanovena v sazebníku. Zaniká-li některé z dalších pojištění sjednaných v pojistné smlouvě pojistnou událostí, aniž tímto dochází k zániku základního pojištění, odečítá pojistitel odečet na riziko z tohoto dalšího pojištění do data ukončení šetření pojistné události z tohoto dalšího pojištění, již další pojištění zaniká. Odečet částek dle ustanovení tohoto odstavce pojistitel provede až po odečtu poplatku za správu aktiv pro běžné a dodatečné běžné pojistné dle odst. 5 tohoto článku, a to v souladu s odst. 6 čl. 13 této části ZPP.
- Pojistitel dále odečítá z hodnoty pojištění vytvořeném na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného, není-li v těchto ZPP stanoveno jinak, částky odpovídající poplatkům na administrativní náklady pojistitele spojené se změnami pojištění a úkony, které byly provedeny na základě písemného návrhu nebo žádosti pojistníka. Výše těchto poplatků jsou stanoveny v sazebníku.
- Pojistitel určí počet podílových jednotek, potřebných k pokrytí částek dle odst. 5 až 7 tohoto článku, na základě jejich cen platných ke dni realizace příslušného úkonu v interním systému pojistitele. Jsou-li podílové jednotky připsané v hodnotě pojištění vytvořeném na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného umístěny ve více než v jednom programu investování, odečtou se podílové jednotky jednotlivých programů investování pro běžné a dodatečné běžné pojistné potřebné k pokrytí těchto částek v poměru hodnot jednotlivých programů investování pro běžné a dodatečné běžné pojistné. Nepostačuje-li počet podílových jednotek v hodnotě pojištění vytvořeném na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného k datu realizace úkonu v interním systému pojistitele k pokrytí těchto částek nebo nejsou-li k tomuto datu v hodnotě pojištění vytvořeném na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného evidovány žádné podílové jednotky, bude vzniklý záporný rozdíl evidován v hodnotě pojištění vytvořeném na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného, a to v úřední měně České republiky, přičemž se tento sčítá s případným záporným rozdílem dle odst. 3 tohoto článku. Celkový záporný rozdíl evidovaný v hodnotě pojištění vytvořeném na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného představuje hodnotu nákladů vynaložených pojistitelem v souvislosti se vznikem a správou pojištění, které dosud nebyly pokryty zaplacením běžného a dodatečného běžného pojistného, a bude pojistitelem započten proti stavu hodnoty pojištění vytvořeném na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného v budoucím období.

Článek 7 – Poplatky, rozdělování a umístění mimořádného pojistného

- Mimořádné pojistné je sníženo o alokační a inkasní poplatek. Zbývající část mimořádného pojistného po odpočtu alokačního a inkasního poplatku dle jejich aktuálních hodnot uvedených v sazebníku navyšuje hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení mimořádného pojistného.
- Zbývající část mimořádného pojistného po odpočtu alokačního a inkasního poplatku je převedena v alokačním poměru sjednaném v pojistné smlouvě pro mimořádné pojistné na podílové jednotky jednotlivých programů investování pro mimořádné pojistné. Převedení na podílové jednotky se provede v souladu s odst. 6 čl. 13 této části ZPP.
- Pojistitel pravidelně každý měsíc, a to až do data ukončení šetření pojistné události ze základního pojištění, kterou pojištění zaniká, odečte z hodnoty pojištění vytvořeném na základě zaplacení mimořádného pojistného podílové jednotky potřebné na úhradu nákladů pojistitele spojených se správou programů investování pro mimořádné pojistné (dále jen „poplatek za správu aktiv pro mimořádné pojistné“). Výše poplatku za správu aktiv pro mimořádné pojistné je v sazebníku stanovena pro každý jednotlivý program investování, který může být v pojistné smlouvě pro mimořádné pojistné sjednáno, a to jako konkrétní procento z hodnoty tohoto programu investování. Je-li hodnota každého jednotlivého programu investování pro mimořádné pojistné k datu odečtu tohoto poplatku v interním systému pojistitele kladná, je snížena o příslušný počet podílových jednotek potřebných k pokrytí příslušné části tohoto poplatku.

Článek 8 – Výplaty z hodnoty pojištění

- Pojistník je oprávněn kdykoliv v době trvání pojištění písemně požádat na příslušném formuláři pojistitele o výplatu z hodnoty pojištění vytvořeném na základě zaplacení mimořádného pojistného.
- Maximální počet výplat z hodnoty pojištění vytvořeném na základě zaplacení mimořádného pojistného v průběhu jednoho pojistného roku stanoví pojistitel v sazebníku.
- Pojistitel v sazebníku rovněž stanoví minimální částku výplaty z hodnoty pojištění vytvořeném na základě zaplacení mimořádného pojistného. Nedosáhne-li částka výplaty z hodnoty pojištění vytvořeném na základě zaplacení mimořádného pojistného alespoň limitu stanoveného pojistitelem, je pojistitel oprávněn žádost o výplatu zamítnout.
- Pojistitel provede výplatu z hodnoty pojištění vytvořeném na základě zaplacení mimořádného pojistného bez zbytečného odkladu bezprostředně poté, co jsou na pojistné smlouvě v souladu s odst. 6 čl. 13 této části ZPP vypořádaný všechny platby mimořádného pojistného, jakož i jiné úkony s dopadem do hodnoty pojištění vytvořeném na základě zaplacení mimořádného pojistného vyplývající z pojistné smlouvy nebo prováděné na základě požadavku pojistníka. Nejpozději však pojistitel provede výplatu do šesti týdnů od data

doručení písemné žádosti pojistníka dle odst. 1 tohoto článku na adresu sídla pojistitele. Nelze-li výplatu v dané lhůtě vzhledem k výše uvedenému provést, je pojistitel oprávněn žádost o výplatu zamítnout.

5. Za provedení každé výplaty z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného si pojistitel účtuje poplatek dle sazebníku. Fixní část tohoto poplatku, je-li tato pojistitelem v sazebníku stanovena, je odečtena ze všech programů investování pro mimořádné pojistné, a to v poměru hodnot těchto programů investování ke dni realizace výplaty v interním systému pojistitele. Procentuální část tohoto poplatku, je-li tato pojistitelem v sazebníku stanovena, je stanovena jako procento z vyplácené částky a je odečtena z hodnoty těch programů investování pro mimořádné pojistné, u nichž v rámci výplaty dochází ke snížení počtu podílových jednotek, a to v poměru částek vyplácených z těchto jednotlivých programů investování.
6. Počet podílových jednotek potřebný k vypořádání výplaty z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného a poplatku dle odst. 5 tohoto článku je určen na základě cen podílových jednotek platných ke dni realizace výplaty v interním systému pojistitele.
7. Pojistník je povinen v žádosti o výplatu dle odst. 1 tohoto článku určit konkrétní program(y) investování, z něhož (nichž) má být výplata provedena. Podílové jednotky potřebné k vypořádání výplaty z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného se odečtou pouze z těchto pojistníkem určených programů investování, a to v poměru jejich hodnot ke dni realizace výplaty v interním systému pojistitele.
8. Požadá-li pojistník o vyplacení částky vyšší, než je hodnota programů investování, které pojistník v souladu s odst. 7 tohoto článku určil v žádosti o výplatu dle odst. 1 tohoto článku, vyplatí mu pojistitel nejvýše hodnotu těchto programů investování sníženou o poměrnou část poplatku dle odst. 5 tohoto článku případající na tyto programy investování.
9. Pojistitel je oprávněn stanovit v sazebníku lhůtu pro výplatu z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného. Tato lhůta, pokud je pojistitelem v sazebníku stanovena, se uplatní pouze tehdy, určí-li pojistník v písemné žádosti o výplatu z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného jako jeden z programů investování, z nichž má být výplata provedena, garantovaný program investování pro mimořádné pojistné. V tomto případě počíná lhůta pro výplatu z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného běžet od následujícího dne po datu doručení písemné žádosti pojistníka na adresu sídla pojistitele. Pojistitel výplatu z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného realizuje ve svém interním systému bezprostředně po uplynutí této lhůty. Je-li pojistitelem v sazebníku lhůta pro výplatu z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného stanovena, neuplatňuje se časová lhůta dle odst. 4 tohoto článku.
10. Ustanovení tohoto článku se použijí v případech, kdy základní pojištění je v pojistné smlouvě sjednáno ve variantě C nebo A, nepoužije se v případech, kdy základní pojištění je v pojistné smlouvě sjednáno ve variantě B.
11. Výplaty z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného lze realizovat pouze na základě dohody s pojistitelem.

Článek 9 – Změny pojištění

1. Navrhuje-li pojistník v době trvání pojištění pojistiteli změnu sjednaného pojištění, je povinen předložit návrh na změnu pojištění pojistiteli písemně, a to na příslušném formuláři pojistitele. Pojistitel je oprávněn stanovit v sazebníku lhůtu od počátku pojištění, po jejímž uplynutí může být návrh na změnu pojištění pojistníkem pojistiteli nejdříve předložen. Tato lhůta závisí na druhu požadované změny.
2. Pojistitel umožní pouze takové změny pojištění, pro něž vydal příslušný formulář návrhu. Jedná se zejména o tyto změny pojištění:
 - a) sjednání nebo zrušení dalších pojištění,
 - b) snížení nebo zvýšení pojistné základního pojištění nebo pojistných částek dalších pojištění, jsou-li další pojištění v pojistné smlouvě sjednána,
 - c) snížení nebo zvýšení pojistného,
 - d) změnu varianty pojištění,
 - e) změnu pojistné doby dalších pojištění,
 - f) sjednání nebo zrušení automatické ochrany investice.
3. Pojistitel je oprávněn podmínit přijetí návrhu pojistníka na změnu pojištění řádným zaplacením běžného a dodatečného běžného pojistného, a prokázáním vyhovujícího zdravotního stavu pojištěného. Pokud pojištění bylo převedeno na pojištění ve splaceném stavu dle odst. 2 čl. 10 této části ZPP, návrh nelze přijmout.
4. Lhůta pro přijetí návrhu pojistníka na změnu pojištění se stanovuje na 3 měsíce od data jeho doručení na adresu sídla pojistitele. Akceptuje-li pojistitel návrh pojistníka na změnu pojištění, zašle pojistníkovi písemně potvrzení o přijetí změny. Ujednává se, že byl-li návrh na změnu pojištění pojistitelem přijat, je změna účinná, není-li v pojistné smlouvě nebo dále v těchto ZPP ujednáno jinak, od prvního dne pojistného období následujícího po pojistném období, v němž pojistitel návrh pojistníka na změnu pojištění přijal. Nepřijme-li pojistitel návrh pojistníka na změnu pojištění ve výše dohodnuté lhůtě, pozbývá tento účinnosti.
5. Za provedení každé změny pojištění v souladu s ustanoveními tohoto článku si pojistitel účtuje poplatek, jehož výše závisí na druhu provedené změny a je stanovena v sazebníku. O tento poplatek je snížena hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného. Jsou-li podílové jednotky připsané v hodnotě pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného umístěny ve více než v jednom programu investování, odečtou se podílové jednotky jednotlivých programů investování pro běžné a dodatečné běžné pojistné potřebné k uhrazení tohoto poplatku ve stejném poměru jako je poměr hodnot jednotlivých programů investování pro běžné a dodatečné běžné pojistné.
6. Přerušení placení běžného a dodatečného běžného pojistného, tzv. platební prázdniny (dále jen „přerušení placení pojistného“) lze u pojištění provést pouze na základě dohody s pojistitelem.

Článek 10 – Neplacení pojistného, pojištění ve splaceném stavu

1. Není-li běžné a dodatečné 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 z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného v souladu s ustanovením odst. 3 čl. 14 této části ZPP, zanikne pojištění dle odst. 1 písm. d) čl. 5 VPP a pojistitel vyplatí pojistníkovi odkupné z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného dle odst. 4 čl. 14 této části ZPP, vznikl-li na něj nárok.
2. Není-li běžné a dodatečné běžné pojistné zaplaceno ve lhůtě stanovené pojistitelem v upomínce k zaplacení pojistného nebo jeho části a doručené pojistníkovi, a u pojištění již vznikl nárok na odkupné z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného v souladu s ustanovením odst. 3 čl. 14 této části ZPP a současně hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného postačuje k poslednímu dni lhůty uvedené v upomínce na úhradu dlužného pojistného do konce této lhůty, ujednává se, že se pojištění přemění dnem následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené pojistitelem v upomínce k zaplacení pojistného nebo jeho části a doručené pojistníkovi na pojištění ve splaceném stavu bez povinnosti platit pojistné. U pojištění ve splaceném stavu náleží pojistiteli poplatky a odečty na rizika dle odst. 5 až 7 čl. 6 této části ZPP i nadále v plné výši a jsou odečítány z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného v souladu s čl. 6 této části ZPP. Nevystačí-li hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného na úhradu těchto poplatků a odečtů na rizika až do sjednaného dne konce pojištění, pojištění zaniká tehdy, jestliže hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného poklesne pod částku stanovenou pro tento účel v sazebníku. Pojištění v tomto případě zaniká ke dni, jehož číslo je shodné s číslem dne počátku základního pojištění, a to v měsíci, v němž hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného poklesne pod výše uvedenou částku. Není-li takový den v měsíci, v němž pojištění zaniká v souladu s ujednáním tohoto článku, pojištění zaniká posledním dnem tohoto měsíce. Společně s zánikem základního pojištění zanikají i všechna další pojištění sjednaná v pojistné smlouvě. Vznikl-li již k datu zániku pojištění dle výše uvedeného nárok na odkupné z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného dle odst. 4 čl. 14 této části ZPP, je pojistníkovi vyplaceno toto odkupné z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného.
3. Není-li běžné a dodatečné běžné pojistné za další pojistné období zaplaceno ve lhůtě stanovené pojistitelem v upomínce k zaplacení pojistného nebo jeho části a doručené pojistníkovi, u pojištění již vznikl nárok na odkupné z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného v souladu s ustanovením odst. 3 čl. 14 této části ZPP, ale hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného nepostačuje k poslednímu dni lhůty uvedené v upomínce na úhradu dlužného pojistného do konce této lhůty, zanikne pojištění dle odst. 1 písm. d) čl. 5 VPP a pojistníkovi je vyplaceno odkupné z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného dle odst. 4 čl. 14 této části ZPP, vznikl-li na něj nárok.
4. U pojištění ve splaceném stavu není dotčeno právo pojistníka vypovědět pojištění v souladu s čl. 6 VPP.
5. U pojištění ve splaceném stavu se délka pojistného období pro placení běžného a dodatečného běžného pojistného mění na měsíční. Tato se využije, uplatní-li pojistník právo vypovědět pojištění v souladu s čl. 6 VPP (viz odst. 4 tohoto článku).

Článek 11 – Převod podílových jednotek programů investování

1. V době trvání pojištění je pojistník oprávněn předložit pojistiteli písemný návrh na převod podílových jednotek mezi jednotlivými programy investování pro běžné a dodatečné běžné pojistné nebo návrh na převod podílových jednotek mezi jednotlivými programy investování pro mimořádné pojistné. Návrh pojistníka musí být předložen na příslušném formuláři pojistitele. Pojistitel je oprávněn stanovit v sazebníku lhůtu od počátku pojištění, po jejímž uplynutí může být návrh na převod podílových jednotek mezi jednotlivými programy investování pojistníkem pojistiteli nejdříve předložen, a to zvlášť pro převod podílových jednotek mezi jednotlivými programy investování pro běžné a dodatečné běžné pojistné a pro převod podílových jednotek mezi jednotlivými programy investování pro mimořádné pojistné.
2. Akceptuje-li pojistitel návrh pojistníka na převod podílových jednotek mezi jednotlivými programy investování, zašle pojistníkovi písemně potvrzení o provedení této změny. Lhůta pro přijetí návrhu pojistníka na převod podílových jednotek se stanovuje na 2 měsíce od data jeho doručení na adresu sídla pojistitele. Nepřijme-li pojistitel návrh pojistníka na převod podílových jednotek ve výše dohodnuté lhůtě, pozbývá tento účinnosti. Týká-li se návrh pojistníka převodu podílových jednotek mezi jednotlivými programy investování pro běžné a dodatečné běžné pojistné, nelze tento návrh přijmout, je-li pojištění ve splaceném stavu dle odst. 2 čl. 10 této části ZPP nebo je v hodnotě pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného evidován záporný rozdíl dle odst. 3 a 8 čl. 6 této části ZPP nebo v hodnotě pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného sice není evidován záporný rozdíl dle odst. 3 a 8 čl. 6 této části ZPP, ale v pojistné smlouvě bylo sjednáno pojistné pouze ve výši, která právě postačuje na krytí poplatků dle čl. 6 těchto ZPP a úhrad pojistného rizika z jednotlivých pojištění sjednaných v pojistné smlouvě.

3. Při provádění převodu podílových jednotek mezi jednotlivými programy investování pojistitel nejprve odebere podílové jednotky zvolených programů investování (dále jen „odkup jednotek“) a teprve po jejich odebrání je nahradí podílovými jednotkami jiných zvolených programů investování (dále jen „nákup jednotek“), a to tak, aby hodnota nových podílových jednotek v okamžiku nákupu odpovídala hodnotě odebraných podílových jednotek.
4. Podílové jednotky se převádějí mezi jednotlivými programy investování podle cen podílových jednotek daných programů investování platných k datu realizace příslušného úkonu (nákupu nebo odkupu jednotek) v interním systému pojistitele, a to v souladu s odst. 3 tohoto článku a odst. 6 čl. 13 této části ZPP.
5. Pojistitel je oprávněn stanovit v sazebníku minimální počet nebo minimální hodnotu převáděných podílových jednotek. Pojistitel je dále oprávněn stanovit v sazebníku minimální počet nebo minimální hodnotu podílových jednotek, která musí být ponechána v hodnotě daného programu investování.
6. Za provedení každého převodu podílových jednotek mezi jednotlivými programy investování v souladu s ustanoveními tohoto článku si pojistitel účtuje poplatek, jehož výše je stanovena v sazebníku. Závísí-li výše poplatku za převod podílových jednotek mezi jednotlivými programy investování na pořadí převodu podílových jednotek v daném pojistném roce, určuje se pořadí změny bez ohledu na to, zda se jedná o převod podílových jednotek mezi programy investování pro běžné a dodatečné běžné pojistné nebo programy investování pro mimořádné pojistné.
7. O fixní část poplatku, je-li tato pojistitelem v sazebníku stanovena, je snížena příslušná hodnota pojištění, v rámci které se převod podílových jednotek provádí. Fixní část poplatku je odečtena ze všech programů investování v rámci této příslušné hodnoty pojištění, a to v poměru hodnot těchto programů investování před provedením odkupu jednotek.
8. O procentuální část poplatku, je-li tato pojistitelem v sazebníku stanovena, je snížena, není-li v sazebníku uvedeno jinak, pouze hodnota těch programů investování, u nichž v rámci převodu dochází k navýšení počtu podílových jednotek, a to bezprostředně po realizaci nákupu jednotek.
9. Je-li v pojistné smlouvě sjednána automatická ochrana investice, pojistitel vždy ve výroční den počátku pojištění automaticky zadá požadavek na převod podílových jednotek z ostatních programů investování pro běžné a dodatečné běžné pojistné do Garantovaného programu investování pro běžné a dodatečné běžné pojistné (dále jen „garantovaný program investování“). Z každého tohoto programu investování pro běžné a dodatečné běžné pojistné se převede procentuální část hodnoty programu investování dle procenta určeného pro tento účel v sazebníku do garantovaného programu investování, a to mechanismem dle odst. 3 a 4 tohoto článku.
10. Požadavek na automatický převod podílových jednotek do garantovaného programu investování dle odst. 9 tohoto článku je pojistitelem poprvé zadán ve výroční den počátku pojištění tolik let před sjednaným koncem základního pojištění, kolik je pro tento účel stanoveno v sazebníku, a naposledy ve výroční den počátku pojištění jeden rok před sjednaným koncem základního pojištění. Ve výroční den počátku pojištění jeden rok před sjednaným koncem základního pojištění se do garantovaného programu investování automaticky převedou hodnoty ostatních programů investování pro běžné a dodatečné běžné pojistné, a to v plné výši.
11. Automatická ochrana investice sjednaná v pojistné smlouvě je zrušena tehdy, je-li pojistitelem v době dle odst. 10 tohoto článku na základě návrhu pojistníka předloženého v souladu s odst. 1 tohoto článku proveden jednorázový převod podílových jednotek mezi jednotlivými programy investování pro běžné a dodatečné běžné pojistné. V tomto případě se převod jednotek do garantovaného programu investování dle odst. 9 tohoto článku počínaje výročním dnem počátku pojištění následujícím po zrušení automatické ochrany investice v souladu s ujednáním tohoto odstavce již neprovádí.
12. Za provedení každého automatického převodu podílových jednotek do garantovaného programu investování dle odst. 9 a 10 tohoto článku si pojistitel účtuje poplatek, jehož výše je stanovena v sazebníku. Fixní část poplatku, je-li tato pojistitelem v sazebníku stanovena, je odečtena ze všech programů investování pro běžné a dodatečné běžné pojistné. Procentuální část tohoto poplatku, je-li tato pojistitelem v sazebníku stanovena, je odečtena, není-li v sazebníku uvedeno jinak, z hodnoty garantovaného programu investování.

Článek 12 – Změna alokačního poměru pro běžné a dodatečné běžné pojistné a pro mimořádné pojistné

1. V době trvání pojištění je pojistník oprávněn předložit pojistiteli písemný návrh na změnu alokačního poměru pro běžné a dodatečné běžné pojistné a/nebo na změnu alokačního poměru pro mimořádné pojistné. Návrh pojistníka musí být předložen na příslušném formuláři pojistitele. Pojistitel je oprávněn stanovit v sazebníku lhůtu od počátku pojištění, po jejímž uplynutí může být návrh na převod podílových jednotek mezi jednotlivými programy investování pojistníkem pojistiteli nejdříve předložen, a to zvlášť pro změnu alokačního poměru pro běžné a dodatečné běžné pojistné a pro změnu alokačního poměru pro mimořádné pojistné.
2. Akceptuje-li pojistitel návrh pojistníka na změnu alokačního poměru, zašle pojistníkovi písemné potvrzení o provedení této změny. Lhůta pro přijetí návrhu pojistníka na změnu pojištění se stanovuje na 2 měsíce od data jeho doručení na adresu sídla pojistitele. Nepřijme-li pojistitel návrh pojistníka na změnu alokačního poměru ve výše dohodnuté lhůtě, pozbývá tento účinnost. Návrh pojistníka na změnu alokačního poměru pro běžné a dodatečné běžné pojistné nelze přijmout, je-li pojištění ve splaceném stavu dle odst. 2 čl. 10 této části ZPP nebo je v hodnotě pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného evidován záporný rozdíl dle odst. 3 a 8 čl. 6 této části ZPP nebo v hodnotě pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného sice není evidován záporný rozdíl dle odst. 3 a 8 čl. 6 této části ZPP, ale v pojistné smlouvě bylo sjednáno pojistné pouze ve výši, která právě postačuje na krytí poplatků dle čl. 6 těchto ZPP a úhrad pojistného rizika z jednotlivých pojištění sjednaných v pojistné smlouvě. Návrh pojistníka na změnu alokačního poměru pro mimořádné pojistné nelze přijmout, je-li pojištění ve splaceném stavu dle odst. 2 čl. 10 této části ZPP.
3. Týká-li se změna alokačního poměru pro běžné a dodatečné běžné pojistné, uplatní se nový alokační poměr od nejbližší splatnosti nezaplaceného běžného resp. běžného a dodatečného běžného pojistného po realizaci této změny v interním systému pojistitele. Týká-li se změna alokačního poměru pro mimořádné pojistné, uplatní se nový alokační poměr pro mimořádné pojistné na mimořádné pojistné, které je převedeno na podílové jednotky jednotlivých programů investování v souladu s odst. 2 čl. 7 této části ZPP až po realizaci této změny v interním systému pojistitele.
4. Za provedení každé změny alokačního poměru v souladu s ustanoveními tohoto článku si pojistitel účtuje poplatek, jehož výše je stanovena v sazebníku. Závísí-li výše poplatku za změnu alokačního poměru na pořadí změny alokačního poměru v daném pojistném roce, určuje se pořadí změny bez ohledu na to, zda se jedná o změnu alokačního poměru pro běžné a dodatečné běžné pojistné nebo pro mimořádné pojistné.
5. Provádí-li se změna alokačního poměru pro běžné a dodatečné běžné pojistné, odečte se poplatek za změnu alokačního poměru z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného. Jsou-li podílové jednotky připísané v hodnotě pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného k datu odpočtu poplatku umístěny ve více než v jednom programu investování, odečtou se podílové jednotky jednotlivých programů investování pro běžné a dodatečné běžné pojistné potřebné k uhrazení poplatku za změnu alokačního poměru pro běžné a dodatečné běžné pojistné ve stejném poměru jako je poměr hodnot jednotlivých programů investování pro běžné a dodatečné běžné pojistné k datu realizace tohoto úkonu v interním systému pojistitele.
6. Provádí-li se změna alokačního poměru pro mimořádné pojistné, odečte se poplatek za změnu alokačního poměru z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného. Jsou-li podílové jednotky připísané v hodnotě pojištění vytvořené na základě mimořádného pojistného k datu odpočtu poplatku umístěny ve více než v jednom programu investování, odečtou se podílové jednotky jednotlivých programů investování pro mimořádné pojistné potřebné k uhrazení poplatku za změnu alokačního poměru pro mimořádné pojistné ve stejném poměru jako je poměr hodnot jednotlivých programů investování pro mimořádné pojistné k datu realizace tohoto úkonu v interním systému pojistitele.

Článek 13 – Programy investování, investiční riziko a podíl na zisku

1. Pojistník si může zvolit z programů investování odlišujících se výnosností a mírou rizika.
2. Cena podílové jednotky pro každý konkrétní tržní program investování není pojistitelem garantována.
3. Cena podílové jednotky garantovaných programů investování se určí tak, aby odpovídala aktuálnímu zhodnocení uvedenému pojistitelem pro daný garantovaný program investování v sazebníku. Pojistitel je povinen zveřejnit novou hodnotu zhodnocení přiřazenou k danému programu investování v sazebníku odchylně od odst. 6 čl. 13 VPP nejpozději do jednoho měsíce od data provedení změny.
4. Podkladová aktiva jednotlivých programů investování a výnosy z nich plynoucí jsou vlastnictvím pojistitele a zůstávají jim po celou dobu trvání pojištění.
5. Pojistitel je oprávněn změnit fond přiřazený k danému tržnímu programu investování při zachování charakteru podkladových aktiv původního fondu. Při změně fondu dle výše uvedeného, pojistitel negarantuje zachování počtu podílových jednotek tržního programu investování, ale garantuje zachování hodnoty daného tržního programu investování. Pojistitel oznámí pojistníkovi změnu fondu pro daný tržní program investování nejpozději do dvou měsíců od data provedení změny fondu. Pojistitel je povinen zveřejnit v sazebníku poplatek za správu aktiv dle odst. 5 čl. 6 resp. odst. 3 čl. 7 těchto ZPP nového fondu přiřazeného k danému tržnímu programu investování místo původního fondu a v případě, že má tento fond přidělen ISIN, i jeho ISIN, a to odchylně od odst. 6 čl. 13 VPP nejpozději do jednoho měsíce od data provedení změny fondu.
6. Pojistitel provádí jednotlivé úkony spojené buď se snížením nebo se zvýšením počtu podílových jednotek v hodnotě pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného, které vyplývají z ujednání této pojistné smlouvy nebo jsou prováděny na základě návrhu pojistníka, postupně jeden po druhém dle jejich časové posloupnosti. Tyto jednotlivé úkony jsou prováděny bez zbytečného odkladu, a to podle cen podílových jednotek daných programů investování pro běžné a dodatečné běžné pojistné platných k datu realizace příslušného jednotlivého úkonu v interním systému pojistitele. Analogicky toto ujednání platí pro provádění jednotlivých úkonů spojených buď se snížením nebo se zvýšením počtu podílových jednotek v hodnotě pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného.
7. Pojistitel je oprávněn uzavřít kdykoliv vstup do programu investování pro účely specifikované v článcích 3, 4, 11 a 12 části A ZPP.
8. Investiční riziko spojené s prováděním úkonů dle odst. 6 tohoto článku a proměnlivou cenou podílových jednotek tržních programů investování nese pojistník.
9. Odchylně od ustanovení čl. 12 VPP se na zisku podílí pouze garantované programy investování, jsou-li v pojistné smlouvě sjednány. Pojistitel přiznává zvlášť podíl na zisku ke garantovanému programu investování pro běžné a dodatečné běžné pojistné, který navyšuje hodnotu programu investování pro běžné a dodatečné běžné pojistné a zvlášť ke garantovanému programu investování pro mimořádné pojistné, který navyšuje hodnotu programu investování pro mimořádné pojistné.
10. Přizná-li pojistitel podíl na zisku dle odst. 9 tohoto článku, připíše je do hodnoty příslušného programu investování formou zvýšení počtu podílových jednotek příslušného garantovaného programu investování. V případě garantovaného programu investování pro běžné a dodatečné běžné pojistné započte s podílem na zisku případný již vzniklý záporný rozdíl evidovaný v souladu s odst. 3 a 8 čl. 6 části A ZPP v hodnotě pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného.
11. Výše podílů na zisku není pojistitelem zaručena.
12. Žádný z podílů na zisku dle odst. 9 - 11 tohoto článku není pojistitel povinen přiznat u pojištění ve splaceném stavu dle čl. 10 odst. 2 části A ZPP.

- Nad rámec podílu na zisku dle odst. 9 -12 tohoto článku může pojistitel přiznat finanční bonus. Finanční bonus přiznává pojistitel na základě svého rozhodnutí dle pojistné technických zásad, zvláště do hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného a hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného. Výše finančního bonusu není pojistitelem zaručena a závisí rovněž na parametrech sjednaného pojištění. Žádný z finančních bonusů se nepřiznává u pojištění ve splaceném stavu dle čl. 10 odst. 2 části A ZPP.

Článek 14 – Zánik pojištění, vznik nároku na odkupné

- Zánikem základního pojištění zanikají i veškerá další pojištění, která byla v pojistné smlouvě sjednána.
- Při zániku základního pojištění, pro něž nejsou nároky z pojištění těmito ZPP nebo VPP specifikovány, vyplátí pojistitel pojistníkovi odkupné, vznikl-li již na něj dle odst. 3 a 4 tohoto článku nárok. Podepisuje-li pojištěný pojistnou smlouvu, dává svým podpisem na pojistné smlouvě současně souhlas s výplatou odkupného pojistníkovi. Pro určení hodnoty odkupného se rozlišuje odkupné z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného a odkupné z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného. Celková výše odkupného je součtem obou těchto částek stanovených dle odst. 3 a 4 tohoto článku.
- Nárok na odkupné z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného vzniká u pojištění tehdy, je-li hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného kladná, nejdříve však vzniká po dvou letech trvání pojištění a za podmínky, že za tyto první dva roky trvání pojištění bylo zaplacené běžné a dodatečné běžné pojistné. Výše odkupného z běžného a dodatečného běžného pojistného se stanoví jako hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného snížená o poplatek za odkupné z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného, jehož výše je stanovena v sazebníku.
- Nárok na odkupné z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného vzniká okamžikem zaplacení mimořádného pojistného, nejdříve však dnem počátku pojištění. Výše odkupného z mimořádného pojistného se stanoví jako hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení mimořádného pojistného snížená o poplatek za odkupné z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného, jehož výše je stanovena v sazebníku.
- Odhychlně od čl. 3 odst. 4 VPP má pojistitel právo na pojistné za dobu do zániku pojištění.

Článek 15 – Závěrečná ustanovení

- Pojistník a pojistitel (dále jen „smluvní strany“) mohou činit sdělení a právní úkony týkající se pojištění i elektronicky, a to prostřednictvím aplikace zabezpečeného internetového přístupu zřízeného pojistitelem, k němuž pojistník obdržel od pojistitele aktivací klíč (dále také jen „internetová komunikace“ nebo „internetová aplikace“). Prostřednictvím internetové aplikace mohou smluvní strany činit pouze takové úkony, které tato aplikace umožní. Je-li v pojistné smlouvě pro určitý úkon požadováno, aby podání bylo pojistníkem učiněno na formuláři pojistitele, rozumí se pro účely internetové komunikace formulářem pojistitele formulář pojistitele zpřístupněný pojistníkovi v rámci výše uvedené internetové aplikace. Datem doručení na adresu sídla pojistitele, odvíjí-li se od tohoto data v souladu s ujednáními pojistné smlouvy jakékoliv lhůty, je pro účely internetové komunikace považováno zobrazení elektronického podání pojistníka v internetové aplikaci na straně pojistitele, které mu pojistitel elektronicky prostřednictvím této aplikace potvrdí.

Část B – Základní pojištění

Článek 1 – Nároky z pojištění pro případ smrti nebo dožití (základní pojištění)

- Dožije-li se pojištěný, který je v pojistné smlouvě určen jako hlavní pojištěný (dále jen „hlavní pojištěný“), sjednaného konce pojištění, vyplátí mu pojistitel hodnotu pojištění ve výši určené k datu ukončení šetření pojistné události pojistitelem.
- Zemře-li hlavní pojištěný v době trvání základního pojištění, a je-li v pojistné smlouvě v rámci základního pojištění sjednaná pojistná částka pro případ smrti ve variantě P, pojistitel vyplátí tomu, komu smrtí hlavního pojištěného vznikne právo na pojistné plnění, pojistnou částku pro případ smrti sjednanou v pojistné smlouvě k datu úmrtí hlavního pojištěného a hodnotu pojištění ve výši určené k datu ukončení šetření pojistné události pojistitelem.
- Zemře-li hlavní pojištěný v době trvání základního pojištění a je-li v pojistné smlouvě v rámci základního pojištění sjednaná pojistná částka pro případ smrti ve variantě D, pojistitel vyplátí tomu, komu smrtí hlavního pojištěného vznikne právo na pojistné plnění,
 - pojistnou částku pro případ smrti sjednanou v pojistné smlouvě k datu úmrtí hlavního pojištěného nebo hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného ve výši určené k datu ukončení šetření pojistné události pojistitelem, je-li tato vyšší než sjednaná pojistná částka a dále pak vyplátí
 - hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení mimořádného pojistného ve výši určené k datu ukončení šetření pojistné události pojistitelem.

Článek 2 – Další ujednání

- Ujedná se, že je-li v pojistné smlouvě v souladu s článkem 1 odst. 3 části A ZPP jako další pojištění k základnímu pojištění pro hlavního pojištěného sjednáno pojištění pro případ vážné choroby a zanikne-li toto pojištění v souladu s článkem 3 odst. 9 Doplnkových pojistných podmínek pro pojištění pro případ vážné choroby sjednané k životnímu pojištění FORTE ze dne 1. 12. 2009, snižuje se k datu zániku pojištění pro případ vážné choroby sjednaného pro hlavního pojištěného hodnota pojistné částky pro případ smrti, byla-li tato v pojistné smlouvě sjednána, na minimální hodnotu pojistné částky pro případ smrti stanovenou v sazebníku.

DOPLŇKOVÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD SMRTI

sjednané k životnímu pojištění FORTE

ze dne 1. 12. 2009

Článek 1 – Úvodní ustanovení

- Pojištění pro případ smrti se řídí těmito Doplnkovými pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti sjednané k životnímu pojištění FORTE ze dne 1. 12. 2009, ujednáními pojistné smlouvy, části A Zvláštních pojistných podmínek pro životní pojištění FORTE platných k datu sjednání životního pojištění FORTE (dále jen „ZPP“) a Všeobecnými pojistnými podmínkami pro životní pojištění ze dne 1. 12. 2009 (dále jen „VPP“).
- Právní vztahy neupravené výše uvedenými pojistnými podmínkami a ujednáními pojistné smlouvy 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. Výše uvedené pojistné podmínky jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.
- V souladu s článkem 1 odst. 3 části A ZPP se pojištění pro případ smrti sjednává jako další pojištění k základnímu pojištění.
- Pojištění pro případ smrti je pojištěním obnosovým.
- Pojištění pro případ smrti může být v pojistné smlouvě sjednáno pouze pro pojištěného, který je v pojistné smlouvě určen jako další pojištěný (dále jen „další pojištěný“).

Článek 2 – Nároky z pojištění

- Zemře-li další pojištěný v době trvání pojištění pro případ smrti, pojistitel vyplátí tomu, komu smrtí dalšího pojištěného vznikne právo na pojistné plnění, pojistnou částku pro případ smrti sjednanou v pojistné smlouvě k datu úmrtí dalšího pojištěného.

Článek 3 – Další ujednání

- Pro pojištění pro případ smrti platí ustanovení článku 3 odst. 4 části A ZPP.
- Ujedná se, že je-li v pojistné smlouvě v souladu s článkem 1 odst. 3 části A ZPP jako další pojištění k základnímu pojištění sjednáno pro dalšího pojištěného pojištění pro případ vážné choroby a zanikne-li toto pojištění v souladu s článkem 3 odst. 9 Doplnkových pojistných podmínek pro pojištění pro případ vážné choroby sjednané k životnímu pojištění FORTE ze dne 1. 12. 2009, zaniká pojištění pro případ smrti k datu zániku pojištění pro případ vážné choroby sjednaného pro dalšího pojištěného.

DOPLŇKOVÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD VÁŽNÉ CHOROBY

sjednané k životnímu pojištění FORTE

ze dne 1. 12. 2009

Článek 1 – Úvodní ustanovení

- Pojištění pro případ vážné choroby se řídí těmito Doplnkovými pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ vážné choroby sjednané k životnímu pojištění FORTE ze dne 1. 12. 2009 (dále jen „DPP VCH-N“), ujednáními pojistné smlouvy, částí A Zvláštních pojistných podmínek pro životní pojištění FORTE platných k datu sjednání životního pojištění FORTE (dále jen „ZPP“) a Všeobecnými pojistnými podmínkami pro životní pojištění ze dne 1. 12. 2009 (dále jen „VPP“).
- Právní vztahy neupravené výše uvedenými pojistnými podmínkami a ujednáními pojistné smlouvy 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. Výše uvedené pojistné podmínky jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.
- V souladu s článkem 1 odst. 3 části A ZPP se pojištění sjednává jako další pojištění k základnímu pojištění.
- Pojištění pro případ vážné choroby je pojištěním obnosovým.

Článek 2 – Nároky z pojištění

- V případě, že u pojištěného je v době trvání pojištění pro případ vážné choroby, nejdříve však po uplynutí prvních tří kalendářních měsíců ode dne jeho počátku, stanovena diagnóza vážné choroby, která splňuje podmínky pojistné události dle článku 3 odst. 1 těchto DPP VCH-N, vyplátí pojistitel pojištěnému pojistnou částku pro případ vážné choroby sjednanou v pojistné smlouvě k datu pojistné události.

Článek 3 – Vymezení nároku na pojistné plnění v případě pojistné události – vážné choroby

- Pojistná událost je pro účely vymezení pojistného plnění v případě vážné choroby definována následovně:
 - Pojistná událost nastane, je-li u pojištěného písemnou lékařskou zprávou specifikovanou v odst. 2 tohoto článku potvrzeno:
 - první stanovení diagnózy některého z onemocnění uvedených v odst. 2 písm. a) až e), písm. h) až v) tohoto článku, nebo
 - první zařazení na čekací listinu pro orgánovou transplantaci podle odst. 2 písm. f) tohoto článku, nebo
 - první podstoupení chirurgického zákroku uvedeného v odst. 2 písm. g) a w) tohoto článku (dále jen „vážná choroba“) za podmínky, že onemocnění dle písm. a) tohoto odst. nebo onemocnění, které zapříčinilo zařazení pojištěného na čekací listinu dle písm. b) tohoto odst. nebo podstoupení chirurgického zákroku pojištěným dle písm. c) tohoto odst., bylo diagnostikováno nejdříve po uplynutí prvních tří kalendářních měsíců následujících po počátku pojištění pro případ vážné choroby a současně byly splněny podmínky uvedené v odst. 1.2 tohoto článku.
 - Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 2 písm. a), c), i), j), k), l), n), o), p), s), t), v) tohoto článku je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne stanovení diagnózy. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 2 písm. b) tohoto článku je nezbytné, aby neurologický nálezu u pojištěného přetrvával ještě alespoň po třech kalendářních měsících následujících ode dne stanovení diagnózy. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 2 písm. d) tohoto článku je nezbytné, aby 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. 2 písm. e) tohoto článku je nezbytná dialyzační léčba pojištěného trvalou alespoň po sobě následující kalendářní měsíce. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 2 písm. f) tohoto článku je nezbytné, aby 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. 2 písm. g) a w) tohoto článku je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne podstoupení chirurgického zákroku. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 2 písm. h) tohoto článku je nezbytné oftalmologické lékařské vyšetření pojištěného provedené nejdříve po třech kalendářních měsících ode dne stanovení diagnózy a potvrzující její trvalost. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 2 písm. m) tohoto článku je nezbytné, aby neurologické následky přetrvávaly alespoň 3 kalendářní měsíce po stanovení diagnózy. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 2 písm. r) tohoto článku je nezbytné, aby diagnóza přetrvávala, alespoň 6 kalendářních měsíců ode dne stanovení diagnózy odborným neurologem. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby klíšťové encefalidity uvedené v odst. 2 písm. u) tohoto článku je nezbytné, aby neurologický nálezu u pojištěného přetrvával ještě alespoň po třech kalendářních měsících následujících ode dne stanovení diagnózy a v případě vážné choroby lymeské nemoci uvedené v odst. 2 písm. u) je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne stanovení diagnózy.
 - Splnění podmínky uplynutí tří kalendářních měsíců od počátku pojištění pro případ vážné choroby dle článku 2 odst. 1 těchto DPP VCH-N a odst. 1.1 tohoto článku se nevyžaduje, došlo-li k vážné chorobě výlučně v důsledku úrazu prokazatelně vzniklého nejdříve v den počátku pojištění pro případ vážné choroby.
 - Pro účely sjednání pojištění pro případ vážné choroby a v souladu se zněním výše uvedených ustanovení tohoto článku se za vážnou chorobu při splnění níže uvedených podmínek považuje:
 - infarkt myokardu**

Infarktem myokardu se rozumí diagnóza akutního infarktu myokardu, potvrzená propouštěcí zprávou z kardiologického či interního oddělení a obsahující nálezu akinezy nebo dyskinezy při echokardiografickém vyšetření a zároveň splňující alespoň jednu z následujících tří podmínek:

 - vývoj patologického Q kmitu minimálně ve dvou EKG svodech ($Q \geq 0,04$ s nebo $Q > 0,25\%$ amplitudy kmitu R),
 - nespecifické EKG známky infarktu myokardu s charakteristickou dynamikou biochemických markerů, tj. CK-MB a troponinu,
 - 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, pojištěný byl léčen nemocniční intravenózní trombolýzou nebo akutní PTCA (primární koronární angioplastika) a splnil indikační kritéria pro tuto léčbu.

Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze akutního infarktu myokardu, a propouštěcí zprávu o hospitalizaci z důvodu této diagnózy. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař kardiologického nebo interního zdravotnického zařízení na území České republiky.
 - cévní mozková příhoda**

Cévní mozkovou příhodou se rozumí nahodile vzniklé poškození mozku v důsledku krvácení do mozkové tkáně nebo nedokrvení 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.

Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze cévní mozkové příhody a lékařské potvrzení o neurologickém poškození přímo souvisejícím s předmětnou příhodou hodnoceným nejdříve po třech kalendářních měsících od stanovení diagnózy cévní mozkové příhody. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař neurologického zdravotnického zařízení na území České republiky.
- 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 popsáné jako premalignity či pouze počínající nebo nerozvinuté maligní změny, nádory popsáné 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 podle mezinárodní klasifikace nádorů TNM, resp. operačního protokolu, pokud byl proveden chirurgický zákrok.

Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze zhoubného nádoru. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení na území České republiky.
- nezhoubný nádor mozku**

Nezhoubným nádorem mozku se rozumí přítomnost nezhoubného nitrolebňního nádoru, který svým růstem poškozuje mozek.

Pojistná ochrana se vztahuje pouze na případy, kdy byl 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 podvěšku mozkového a míchy.

Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o provedení neurochirurgického zákroku, nebo lékařské potvrzení o trvalém neurologickém poškození přímo souvisejícím s neoperabilním nezhoubným nádorem. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení na území České republiky.
- chronické selhání ledvin**

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

- Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o pravidelné dialyzační léčbě trvající alespoň tři po sobě následující kalendářní měsíce. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení na území České republiky.
- f) zařazení na čekací listinu pro orgánovou transplantaci
 Zařazením na čekací listinu pro orgánovou transplantaci se rozumí lékařské potvrzení o zařazení pojištěného na čekací listinu pro transplantaci jednoho z těchto výhradně lidských orgánů či jejich částí: srdce, plic, jater, ledviny, slinivky břišní nebo krevetvorných buněk, při níž bude pojištěný příjemcem transplantátu. Na transplantaci ostatních orgánů či jejich částí se pojistná ochrana nevztahuje.
 Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o zařazení pojištěného na čekací listinu pro transplantaci. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení na území České republiky, které zařazení 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 pojištěného s ischemickou chorobou srdeční, kterým se přemostí oblast zúžených nebo uzavřených koronárních tepen pomocí žilního nebo arteriálního štěpu (tzv. bypass). Pojistná ochrana se nevztahuje na tzv. MICAB výkony (minimálně invazivní koronární chirurgie), intraarteriální výkony a všechny typy nechirurgických angioplastik.
 Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o provedení operace koronárních tepen, před a pooperační lékařské vyšetření pojištěného včetně koronarografie, ultrazvuku, nebo CT a angiografický záznam vyšetření pojištěného prokazující přítomnost takového postižení věnčitých tepen, které bylo nezbytné řešit výše popsanou operací. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař kardiochirurgického zdravotnického zařízení na území České republiky.
- h) slepota
 Slepota 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.
 Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je oftalmologické lékařské vyšetření vystavené odborným lékařem nejdříve po třech kalendářních měsících od stanovení diagnózy slepoty u pojištěného a potvrzující její trvalost. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí být vystaven na území České republiky.
- i) hluchota
 Hluchota se rozumí úplná a klinicky ověřená nezvratná ztráta sluchového vjemu obou uší, způsobená akutním nebo chronickým onemocněním.
 Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze hluchoty doložené audiometrickým vyšetřením s tympanometrií, a při jakémkoliv rozporu i vyšetřením kmenových evokovaných potenciálů (BERA). Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař otorinolaryngolog na území České republiky.
- 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 konzervy kontaminované virem HIV, podané pojištěnému během krevní transfúze provedené na území České republiky v době trvání pojištění pro případ vážné choroby. Zdravotnické zařízení, které kontaminovanou krevní konzervu podalo, musí písemně svou odpovědnost za přenos viru HIV na pojištěného potvrdit.
 Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze HIV/AIDS a lékařské potvrzení dokládající, že příčinou infekce virem HIV nebo onemocnění AIDS je transfúze infikované krevní konzervy. Lékařské potvrzení o diagnóze musí vystavit odborný lékař. Lékařské potvrzení o příčině infekce či onemocnění musí vystavit odborný lékař zdravotnického zařízení, které transfúzi provedlo.
- k) Creutzfeldova-Jakobova nemoc
 Creutzfeldovou – Jakobovou nemocí se rozumí onemocnění způsobující trvalé a nevratné poškození mozkové tkáně infekční etiologie.
 Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze Creutzfeldova-Jakobova nemoc. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař neurologického zdravotnického zařízení na území České republiky.
- l) demence včetně Alzheimerovy choroby
 Demencí se rozumí výrazný úbytek nebo úplná ztráta mentálních a sociálních schopností důsledkem nevratného selhání funkce mozku.
 Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze demence. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař neurologického zdravotnického zařízení na území České republiky.
- m) encefalitida
 Encefalitidou se rozumí zánět mozku vyvolaný virem nebo bakteriemi. Onemocnění musí způsobit trvalé a nevratné neurologické následky. Diagnóza musí být potvrzena odborným neurologem na základě zobrazovacích diagnostických metod a průkazu infekčního agens.
 Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze encefalidity nejdříve po třech kalendářních měsících po stanovení diagnózy encefalidity. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař neurologického zdravotnického zařízení na území České republiky.
- n) koma
 Komatem se rozumí stav hlubokého bezvědomí bez reakce na vnější či vnitřní podněty, který trvá nepřetržitě nejméně 96 hodin. Během této doby musí být uměle udržována některá ze základních životních funkcí. Následkem musí být prokazatelné trvalé poškození v klinickém neurologickém nálezu. Pojistná ochrana se nevztahuje na umělé koma (dlouhodobá narkóza) navozené medikamentózně pro léčebné účely.
 Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze koma. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař neurologického zdravotnického zařízení na území České republiky.
- o) onemocnění plic způsobující dechovou nedostatečnost
 Onemocněním plic způsobující dechovou nedostatečnost se rozumí konečné stádium plicních onemocnění, která vedou k trvalému dechové tísní. Diagnóza musí být podložena spirometrickým vyšetřením, kdy FEV1 je trvale menší než 50% náležité hodnoty a/nebo je nutná trvalá kyslíková terapie pro hypoxémii.
 Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze onemocnění plic způsobující dechovou nedostatečnost. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař pneumolog na území České republiky.
- p) Parkinsonova nemoc
 Parkinsonovou nemocí se rozumí progresující neurologické onemocnění způsobené úbytkem buněk produkujících přenašeč dopamin. Pojistná ochrana se vztahuje pouze na případy, kdy je onemocněním příčinou trvalého a nevratného neurologického postižení (akinéza, rigor, klidový tremor nebo posturální instabilita) a nelze je kontrolovat medikamentózně. Diagnóza třetího stupně Parkinsonovy nemoci dle klasifikace Hoehn-Yahr musí být potvrzena odborným neurologem. Pojistná ochrana se nevztahuje na sekundární parkinsonské příznaky.
 Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze Parkinsonovy nemoci. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař neurologického zdravotnického zařízení na území České republiky.
- r) paraplegie, tetraplegie, hemiplegie
 Paraplegií, tetraplegií a hemiplegií se rozumí úplné a trvalé ochrnutí obou dolních, obou horních nebo všech končetin nebo poloviny těla s úplným a trvalým přerušením vodivosti míchy pro vlákna zajišťující hybnost.
 Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze paraplegie nebo tetraplegie nebo hemiplegie, nejdříve 6 měsíců od data stanovení diagnózy paraplegie, tetraplegie a hemiplegie. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař neurologického zdravotnického zařízení.
- s) roztroušená skleróza
 Roztroušenou sklerózou se rozumí chronické onemocnění centrálního nervového systému vyvolané úbytkem myelinu provázené poškozením pohybových a smyslových funkcí, prokázané typickými nálezy při vyšetření centrální nervové soustavy magnetickou rezonancí a vyšetřením mozkomíšního moku. Pojistná ochrana se vztahuje pouze na případy, kdy onemocnění dosáhne minimálně stupně 6.5 dle klasifikace EDSS.
 Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze roztroušené sklerózy. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař neurologického zdravotnického zařízení na území České republiky.
- t) těžké popáleniny
 Těžkými popáleninami se rozumí popáleniny III. stupně s rozsahem minimálně 20% tělesného povrchu.
 Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je propouštěcí zpráva o hospitalizaci z důvodu této diagnózy. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař zdravotnického zařízení na území České republiky.
- u) závažná onemocnění způsobená přísátím klíštěte (tzn. závažná forma klíštětové meningoencefalitidy nebo lymeské nemoci)
 Tímto onemocněním se rozumí závažná forma klíštětové meningoencefalitidy nebo lymeské nemoci prokazatelné způsobené infekcí přenesenou přísátím klíštětem. K přísátí klíštěte musí prokazatelně dojít za doby trvání pojištění.

Pojistná ochrana se vztahuje pouze na případy klíšťové encefalitidy, kdy pojištěný doloží přítomnost protilátek proti klíšťové meningoencefalitidě v séru nebo mozkomíšním moku a zvýšení IgM protilátek prokazující akutní infekci. Závažné trvalé neurologické následky klíšťové meningoencefalitidy přetrvávající alespoň 3 měsíce musí být potvrzeny odborným neurologem.

Pojištěný je povinen pojistiteli předložit nejdříve po třech kalendářních měsících od stanovení diagnózy vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení diagnózy klíšťové meningoencefalitidy a lékařské potvrzení o přítomnosti protilátek proti klíšťové meningoencefalitidě v séru nebo mozkomíšním moku a zvýšení IgM protilátek prokazující akutní infekci. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař neurologického zdravotnického zařízení na území České republiky.

Pojistná ochrana se vztahuje pouze na případy, lymeské nemoci, kdy pojištěný, doloží diagnózu 3. stadia onemocnění potvrzenou odborným lékařem.

Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy – oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení diagnózy 3. stadia lymeské nemoci. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař neurologického zdravotnického zařízení na území České republiky.

v) bakteriální meningitida

Bakteriální meningitidou se rozumí zánět mozkových blan způsobený bakteriemi. Poškození musí být potvrzeno odborným neurologem na základě zobrazovacích diagnostických metod a vyšetřením mozkomíšního moku s typickým zánětlivým nálezem, průkazem agens, jejich antigenů nebo DNA bakterií v moku nebo krvi pomocí metody PCR. Pojistná ochrana se nevztahuje na meningitidy jiného než bakteriálního původu (viry, plísňe, paraziti).

Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy – oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení diagnózy bakteriální meningitidy. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař neurologického zdravotnického zařízení na území České republiky.

w) operace aorty

Operaci aorty se rozumí operační výkon na aortě provedený v důsledku jejího roztržení, zúžení, aneurysmatu. Pro účel této definice se aortou rozumí hrudní a břišní aorta nikoli její větve.

Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o provedení chirurgického zákroku a propouštěcí zpráva o hospitalizaci z důvodu této operace. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař zdravotnického zařízení na území České republiky.

3. Kromě povinností uvedených v odst. 2 tohoto článku je pojištěný dále povinen:

a) písemně oznámit pojistiteli na příslušném tiskopisu vznik pojistné události, a to bez zbytečného odkladu,

b) pokud u něho byla během prvních tří kalendářních měsíců následujících po počátku pojištění pro případ vážné choroby stanovena diagnóza vážné choroby, tuto skutečnost písemně v této lhůtě a bez zbytečného odkladu oznámit 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) dodat pojistiteli všechny doklady, lékařské 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 na jeho vyžádání zajistit a zprostit mlčenlivosti všechny lékaře, kteří 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 pojišťovnu k poskytnutí všech informací, které si pojistitel vyžádá.

4. V souladu s ustanovením článku 9 odst. 2 VPP se pro pojištění pro případ vážné choroby ujednávají i následující výluky:

4.1. Pojistitel neposkytne pojistné plnění z pojištění pro případ vážné choroby v případech, kdy k pojistné události došlo v přímé souvislosti s:

a) úmyslným jednáním pojištěného směřujícím k vyvolání vážné choroby, k jejímu zhoršení nebo sebepoškození,

b) zneužitím léků pojištěným nebo užíváním léků pojištěným bez lékařského doporučení nebo v rozporu s lékařským doporučením či vědomým nerespektováním rad a doporučení lékaře pojištěným.

4.2. Pojistitel neposkytne pojistné plnění z pojištění pro případ vážné choroby v případech, kdy k pojistné události došlo v přímé souvislosti s:

a) působením ionizačního záření nebo účinků jaderné energie na pojištěného, s výjimkou případů, kdy je tomuto riziku vystaven lékař nebo zdravotnický personál při výkonu povolání nebo pojištěný v rámci léčebného procesu pod lékařským dohledem,

b) pracovní činností 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 podle odst. 2 písm. j) tohoto článku,

d) výskytem následujících diagnóz v rodinné anamnéze 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,

e) úrazem, který utrpěl při provozování bungee jumpingu, snowboardingu nebo lyžování mimo vyznačené tratě nebo mimo stanovenou dobu provozu na vyznačených tratích, letecké nebo lyžařské akrobacie, snowkitingu, landkitingu (apod.), snowraftingu, raftingu, canyoningu, cliffdivingu, potápění s dýchacím přístrojem, parašutismu, paraglidingu, base jumping, speleologii, kulečnictví, vysokohorské turistiky (mimo turisticky značené cesty nebo s použitím horolezecké výzbroje), alpinismu, skialpinismu, létání v motorových i bezmotorových letadlech s výjimkou státem licencovaných dopravců, létání v lehkých a ultralehkých letounech, na rogalu, kluzáku, v balonu, vzducholodi a při provozování dalších obdobných extrémních a adrenalinových sportů a činností,

f) nemocí nebo úrazem, které pojištěný utrpěl při přípravě na sport nebo výkonu sportu, na nějž má uzavřenu profesionální smlouvu s výjimkou billardu, bowlingu, curlingu, jógy, kulečnictví, kulečnické, metaně, pátanque, rybářských sportů, šachů, šipek moderních i klasických, turistiky a ZRTV,

g) požitím alkoholu nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky,

h) úrazem, ke kterému došlo v souvislosti s požitím alkoholu nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky.

4.3 Pojistitel neposkytne pojistné plnění z pojištění pro případ vážné choroby v případech, kdy vážná choroba vznikla v přímé souvislosti se zdravotními nálezy diagnostikovanými před počátkem tohoto pojištění nebo je jejich přímým důsledkem.

5. V souladu s ustanovením článku 10 odst. 2 VPP je pojistitel oprávněn přiměřeně snížit pojistné plnění z pojištění pro případ vážné choroby i v případech, mělo-li vědomé porušení povinností uvedených v odst. 2 a v odst. 3 písm. c) až g) tohoto článku podstatný vliv na vznik pojistné události vážné choroby nebo na zvětšení rozsahu následků této pojistné události, nebo bylo-li znemožněno šetření nutné ke zjištění rozsahu povinnosti pojistitele plnit. Pojistitel sníží pojistné plnění podle toho, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinnosti plnit.

6. Nastala-li u pojištěného pojistná událost dle odst. 1 tohoto článku a pojistitel za ni neposkytl pojistné plnění v souladu s ustanoveními článku 9 odst. 1 VPP nebo v souladu s ustanovením odst. 4.1 tohoto článku, pojištění pro případ vážné choroby zaniká.

7. Nastala-li u pojištěného pojistná událost dle odst. 1 tohoto článku a pojistitel za ni neposkytl pojistné plnění v souladu s ustanoveními odst. 4.2 a 4.3 tohoto článku, pojištění pro případ vážné choroby pokračuje beze změn.

8. Nastala-li u pojištěného pojistná událost dle odst. 1 tohoto článku a pojistitel za ni poskytl pojistné plnění v souladu s ustanovením článku 2 odst. 1 těchto DPP VCH-N, pojištění pro případ vážné choroby zaniká.

9. Byla-li u pojištěného během prvních tří kalendářních měsíců následujících po počátku pojištění pro případ vážné choroby stanovena diagnóza některého z onemocnění uvedených v článku 3 odst. 2 písm. a) až e), písm. h) až v) těchto DPP VCH-N nebo diagnóza onemocnění, které zapříčinilo zařazení na čekací listinu podle článku 3 odst. 2 písm. f) těchto DPP VCH-N nebo podstoupení chirurgického zákroku podle článku 3 odst. 2 písm. g) a w) těchto DPP VCH-N, pojištění pro případ vážné choroby zaniká k datu stanovení diagnózy.

Článek 4 – Další ujednání

1. Odchylně od článku 6 odst. 2 věty první VPP se ujedná, že pojištění pro případ vážné choroby může ke konci každého pojistného období vypovědět každá ze smluvních stran.

2. Pro pojištění pro případ vážné choroby platí ustanovení článku 3 odst. 4 části A ZPP.

3. Od všech ustanovení těchto DPP VCH-N se pojistitel může v pojistné smlouvě odchylně, vyžadují-li to účel nebo povaha sjednaného pojištění.

DOPLŇKOVÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD PLNÉ INVALIDITY NÁSLEDKEM NEMOCI NEBO ÚRAZU A PRO POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD PLNÉ INVALIDITY NÁSLEDKEM ÚRAZU

sjednané k životnímu pojištění FORTE

ze dne 1. 12. 2009

Článek 1 – Úvodní ustanovení

- Pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu a pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu (obě dále také jen „pojištění“) se řídí těmito Doplnkovými pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu a pro pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu sjednané k životnímu pojištění FORTE ze dne 1. 12. 2009 (dále jen „DPP I“), ujednáními pojistné smlouvy, částí A Zvláštních pojistných podmínek pro životní pojištění FORTE platných k datu sjednání životního pojištění FORTE (dále jen „ZPP“) a Všeobecnými pojistnými podmínkami pro životní pojištění ze dne 1. 12. 2009 (dále jen „VPP“).
- Právní vztahy neupravené výše uvedenými pojistnými podmínkami a ujednáními pojistné smlouvy 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. Výše uvedené pojistné podmínky jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.
- V souladu s článkem 1 odst. 3 části A ZPP se pojištění sjednávají jako další pojištění k základnímu pojištění.
- Jak pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu, tak pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu je pojištění obnosové.

Článek 2 – Nároky z pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu

- Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že v pojistné smlouvě je v souladu s článkem 1 odst. 3 části A ZPP sjednáno pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu.
- Je-li pojištěnému v době trvání pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu přiznán nejvyšší stupeň invalidity ve smyslu obecně závazných právních předpisů o sociálním zabezpečení (dále jen „plná invalidita“), a to následkem nemoci vzniklé nejdříve tři měsíce po počátku pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu a současně tato nemoc není v přímé souvislosti se zdravotními nálezy diagnostikovanými před počátkem tohoto pojištění nebo jejich přímým důsledkem, vyplátí pojistitel pojištěnému pojistnou částku pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu sjednanou v pojistné smlouvě k datu stanovení diagnózy nemoci, v jejímž důsledku plná invalidita nastala.
- Je-li pojištěnému v době trvání pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu přiznána plná invalidita, a to prokazatelně následkem úrazu nastalého nejdříve v den počátku pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu, vyplátí pojistitel pojištěnému pojistnou částku pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu sjednanou v pojistné smlouvě k datu úrazu, v jehož důsledku plná invalidita nastala.
- Nastala-li plná invalidita pojištěného v souladu s odst. 2 a 3, jakož i ostatních odstavců tohoto článku, v důsledku několika příčin (tj. např. v důsledku jak nemoci, tak úrazu nebo v důsledku několika úrazů nebo několika nemocí), vyplátí pojistitel pojištěnému pojistnou částku pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu sjednanou v pojistné smlouvě k datu vzniku první z těchto příčin.
- Pojištěný prokáže plnou invaliditu pojistiteli pravomocným rozhodnutím o přiznání plné invalidity od příslušné správy sociálního zabezpečení.
- Ujednává se, že datem vzniku pojistné události je datum vzniku plné invalidity. Pro vznik nároku na pojistné plnění posuzuje pojistitel, a to v souladu s odst. 2, 3 a 4 tohoto článku, pojistnou událost jako celek, tj. včetně příčiny (nemoci a/nebo úrazu), v jejímž důsledku plná invalidita nastala.
- V souladu s ustanovením článku 9 odst. 2 VPP se ujednává, že pojistitel neposkytne pojistné plnění z pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu i v případech, stane-li se pojištěný plně invalidním v důsledku:
 - působení mikrobiálních jedů nebo imunotoxických látek,
 - vědomého nevyhledání zdravotní péče nebo vědomého nerespektování rad a doporučení lékaře,
 - infekce virem HIV či onemocnění AIDS, s výjimkou případů přenosu infekce viru HIV v důsledku provedení krevní transfúze. Infekcí virem HIV v důsledku provedení krevní transfúze se rozumí prokázaná infekce HIV v důsledku příjmu krevní konzervy kontaminované virem HIV, podané pojištěnému během krevní transfúze provedené na území České republiky v době trvání pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu. Zdravotnické zařízení, které kontaminovanou krevní konzervu podalo, musí písemně svou odpovědnost za přenos viru HIV na pojištěného potvrdit,
 - nemoci, která vznikla v důsledku úrazu, který pojištěný utrpěl před počátkem pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu,
 - úrazu, který vznikl v důsledku nemoci, jejíž diagnóza byla pojištěnému stanovena před počátkem pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu,
 - nemoci z povolání,
 - úrazu, který utrpěl v důsledku nepřiměřené tělesné námahy,
 - vrozených vad a nemocí,
 - úrazu, který utrpěl při provozování bungee jumpingu, snowboardingu nebo lyžování mimo vyznačené tratě nebo mimo stanovenou dobu provozu na vyznačených tratích, letecké nebo lyžařské akrobacie, snowkitingu, landkitingu (apod.), snowraftingu, raftingu, canyoningu, cliffdivingu, potápění s dýchacím přístrojem, parašutismu, paraglidingu, base jumping, speleologii, horolezectví, vysokohorské turistiky (mimo turisticky značené cesty nebo s použitím horolezecké výbroje), alpinismu, skialpinismu, létání v motorových i bezmotorových letadlech s výjimkou státem licencovaných dopravců, létání v lehkých a ultralehkých letounech, na rogalu, kluzáku, v balónu, vzducholodi a při provozování dalších obdobných extrémních a adrenalinových sportů a činností,
 - nemoci nebo úrazu, které pojištěný utrpěl při přípravě na sport nebo výkonu sportu, na nějž má uzavřenu profesionální smlouvu s výjimkou billiardu, bowlingu, curlingu, jógy, kulečnicku, kuželek, metané, pétanque, rybářských sportů, šachů, šipek moderních i klasických, turistiky a ZRTV,
 - nemoci nebo úrazu, který utrpěl při výkonu některého z níže uvedených povolání, resp. činností - artista, dělník v těžkém průmyslu, elektromechanik silnoproudých vedení, hasič (i dobrovolný), hrobník, kaskadér, krotitel zvířete, lesní dělník, lešenář, malíř nebo natěrač nebo obkladač nebo čistíč pracující ve výškách, námořník, nekvalifikované dělnické profese včetně stavebních, pilot, pokrývač, popelář, posunovač, potápěč, pracovník na pile, pracovník ozbrojených sil, pracovník silniční údržby, pyrotechnik, pracovník s výbušninami, slévač, speleolog, tavič, těžář ropy a plynu, tovární jezdec motorových vozidel nebo plavci, stěhováci, tunelář, učitel bojových sportů, umývač oken, veškeré důlní profese (např. horník, důlní zámečník, důlní inženýr atd.),
 - požívání alkoholu nebo aplikace jiných omamných, toxických, psychotropních či ostatních látek způsobících nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování.
- Ujednává se, že ustanovení čl. 10 odst. 1 písm. b) VPP se na pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu nevztahuje.
- V souladu s ustanovením článku 10 odst. 2 VPP je pojistitel oprávněn přiměřeně snížit pojistné plnění z pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu i v případech, porušil-li pojištěný povinnost dle odst. 10 tohoto článku.
- Pojištěný je povinen bez zbytečného odkladu po obdržení rozhodnutí o přiznání plné invalidity od příslušné správy sociálního zabezpečení oznámit tuto skutečnost pojistiteli.
- Nastala-li u pojištěného pojistná událost dle odst. 2 nebo 3 tohoto článku, pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu zaniká, a to i v případech, že za tuto pojistnou událost pojistitel v souladu s ustanoveními článku 9 odst. 1 VPP nebo v souladu s ustanovením odst. 7 tohoto článku neposkytl pojistné plnění.

Článek 3 – Nároky z pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu

- Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že v pojistné smlouvě je v souladu s článkem 1 odst. 3 části A ZPP sjednáno pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu.
- Je-li pojištěnému v době trvání pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu přiznána plná invalidita, a to prokazatelně následkem úrazu nastalého nejdříve v den počátku pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu, vyplátí pojistitel pojištěnému pojistnou částku pro případ plné invalidity následkem úrazu sjednanou v pojistné smlouvě k datu úrazu, v jehož důsledku plná invalidita nastala. Nastala-li plná invalidita v důsledku několika úrazů, vyplátí pojistitel pojištěnému pojistnou částku pro případ plné invalidity následkem úrazu sjednanou v pojistné smlouvě k datu prvního z nich.
- Pojištěný prokáže plnou invaliditu pojistiteli pravomocným rozhodnutím o přiznání plné invalidity od příslušné správy sociálního zabezpečení.
- Ujednává se, že datem vzniku pojistné události je datum vzniku plné invalidity. Pro vznik nároku na pojistné plnění posuzuje pojistitel, a to v souladu s odst. 2 tohoto článku, pojistnou událost jako celek, tj. včetně příčiny (úrazu), v jejímž důsledku plná invalidita nastala.
- V souladu s ustanovením článku 9 odst. 2 VPP se ujednává, že pojistitel neposkytne pojistné plnění z pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu i v případech, stane-li se pojištěný plně invalidním v důsledku:
 - působení mikrobiálních jedů nebo imunotoxických látek,
 - vědomého nevyhledání zdravotní péče nebo vědomého nerespektování rad a doporučení lékaře,
 - úrazu, který vznikl v důsledku nemoci,
 - úrazu, který utrpěl v důsledku nepřiměřené tělesné námahy,
 - infekční nemoci přenesené zraněním,
 - diagnostických, léčebných a preventivních zákroků, které nebyly provedeny za účelem léčení následků úrazu,
 - vzniku a zhoršení kýl (hernií), bérčových vředů, diabetických gangrén, nádorů všeho druhu a původu, vzniku a zhoršení aseptických zánětů pochev šlachových, úponů svalových, tíhových váčků a epikondylitid,

- h) ploténkových a algických páteřních syndromů a výhřezů plotének neúrazovým dějem a mikrotraumatem,
 - i) zhoršení již existující nemoci v důsledku úrazu,
 - j) vrozené lomivosti kostí nebo patologických a únavových zlomenin nebo v důsledku jiných vrozených vad nebo nemocí,
 - k) úrazu, který utrpěl při provozování bungee jumpingu, snowboardingu nebo lyžování mimo vyznačené tratě nebo mimo stanovenou dobu provozu na vyznačených tratích, letecké nebo lyžařské akrobacie, snowkitingu, landkitingu (apod.), snowraftingu, raftingu, canyoningu, cliffdivingu, potápění s dýchacím přístrojem, parašutismu, paraglidingu, base jumping, speleologii, horolezectví, vysokohorské turistiky (mimo turisticky značené cesty nebo s použitím horolezecké výzbroje), alpinismu, skialpinismu, létání v motorových i bezmotorových letadlech s výjimkou státem licencovaných dopravců, létání v lehkých a ultralehkých letounech, na rogalu, kluzáku, v balónu, vzducholodi a při provozování dalších obdobných extrémních a adrenalinových sportů a činností,
 - l) úrazu, které pojištěný utrpěl při přípravě na sport nebo výkonu sportu, na nějž má uzavřenu profesionální smlouvu s výjimkou billiardu, bowlingu, curlingu, jógy, kulečnicku, kuželek, metané, pétanque, rybářských sportů, šachů, šipek moderních i klasických, turistiky a ZRTV,
 - m) úrazu, který utrpěl při výkonu některého z níže uvedených povolání, resp. činností - artista, dělník v těžkém průmyslu, elektromechanik silnoproudých vedení, hasič (i dobrovolný), hrobník, kaskadér, krotitel zvířete, lesní dělník, lešenář, malíř nebo natěrač nebo obkladač nebo čistič pracující ve výškách, námořník, nekvalifikované dělnické profese včetně stavebních, pilot, pokrývač, popelář, posunovač, potápěč, pracovník na pile, pracovník ozbrojených sil, pracovník silniční údržby, pyrotechnik, pracovník s výbušninami, slévač, speleolog, tavič, těžář ropy a plynu, tovární jezdec motorových vozidel nebo plavidel, stěhovák, tunelář, učitel bojových sportů, umývač oken, veškeré důlní profese (např. horník, důlní zámečnick, důlní inženýr atd.).
 - n) požívání alkoholu nebo aplikace jiných omamných, toxických, psychotropních či ostatních látek způsobících nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování.
6. Ujednává se, že ustanovení čl. 10 odst. 1 písm. b) VPP se na pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu nevztahuje.
7. V souladu s ustanovením článku 10 odst. 2 VPP je pojistitel oprávněn přiměřeně snížit pojistné plnění z pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu i v případech, porušili-li pojištěný povinnost dle odst. 8 tohoto článku.
8. Pojištěný je povinen bez zbytečného odkladu po obdržení rozhodnutí o přiznání plné invalidity od příslušné správy sociálního zabezpečení oznámit tuto skutečnost pojistiteli.
9. Nastala-li u pojištěného pojistná událost dle odst. 2 tohoto článku, pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu zaniká, a to i v případech, že za tuto pojistnou událost pojistitel v souladu s ustanoveními článku 9 odst. 1 VPP nebo v souladu s ustanovením odst. 5 tohoto článku neposkytl pojistné plnění.

Článek 4 – Další ujednání

1. Odchylně od článku 6 odst. 2 věty první VPP se ujednává, že pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu i pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu může ke konci každého pojistného období vypovědět každá ze smluvních stran.
2. Je-li pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu sjednáno pro pojištěného, který je v pojistné smlouvě určen jako další pojištěný, platí pro něj ustanovení článku 3 odst. 4 části A ZPP.
3. Je-li pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu sjednáno pro pojištěného, který je v pojistné smlouvě určen jako další pojištěný, platí pro něj ustanovení článku 3 odst. 5 části A ZPP.
4. Ujednává se, že je-li v pojistné smlouvě v souladu s článkem 1 odst. 3 části A ZPP jako další pojištění k základnímu pojištění sjednáno pojištění pro případ vážné choroby a zanikne-li toto pojištění v souladu s článkem 3 odst. 9 Doplnkových pojistných podmínek pro pojištění pro případ vážné choroby sjednané k životnímu pojištění FORTE ze dne 1. 12. 2009, spolu s ním k datu zániku pojištění pro případ vážné choroby zaniká i pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu, resp. pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu toho pojištěného, jehož pojištění pro případ vážné choroby tímto způsobem zaniklo.
5. Od všech ustanovení těchto DPP I se pojistitel může v pojistné smlouvě odchýlit, vyžadují-li to účel nebo povaha sjednaného pojištění.

DOPLŇKOVÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD PLNÉ INVALIDITY NÁSLEDKEM NEMOCI NEBO ÚRAZU S OPAKOVANOU VÝPLATOU POJISTNÉHO PLNĚNÍ (TZV. ZPROŠTĚNÍ OD PLACENÍ POJISTNÉHO)

sjednané k životnímu pojištění FORTE

ze dne 1. 12. 2009

Článek 1 – Úvodní ustanovení

1. Pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu s opakovanou výplatou pojistného plnění (tzv. zproštění od placení pojistného) se řídí těmito Doplnkovými pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu s opakovanou výplatou pojistného plnění (tzv. zproštění od placení pojistného) sjednané k životnímu pojištění FORTE ze dne 1. 12. 2009 (dále jen „DPP ZPR“), ujednáními pojistné smlouvy, části A Zvláštních pojistných podmínek pro životní pojištění FORTE platných k datu sjednání životního pojištění FORTE (dále jen „ZPP“) a Všeobecnými pojistnými podmínkami pro životní pojištění ze dne 1. 12. 2009 (dále jen „VPP“).
2. Právní vztahy neupravené výše uvedenými pojistnými podmínkami a ujednáními pojistné smlouvy 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. Výše uvedené pojistné podmínky jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.
3. V souladu s článkem 1 odst. 3 části A ZPP se pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu s opakovanou výplatou pojistného plnění (tzv. zproštění od placení pojistného) sjednává jako další pojištění k základnímu pojištění.
4. Pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu s opakovanou výplatou pojistného plnění (tzv. zproštění od placení pojistného) je pojištěním obnosovým.
5. Pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu s opakovanou výplatou pojistného plnění (tzv. zproštění od placení pojistného) může být v pojistné smlouvě sjednáno pouze pro pojištěného, který je v pojistné smlouvě určen jako hlavní pojištěný a pouze tehdy, je-li současně shodný s pojistníkem.

Článek 2 – Nároky z pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu s opakovanou výplatou pojistného plnění (tzv. zproštění od placení pojistného)

1. Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že v pojistné smlouvě je v souladu s článkem 1 odst. 3 části A ZPP sjednáno pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu s opakovanou výplatou pojistného plnění (tzv. zproštění od placení pojistného) – dále jen „pojištění pro případ plné invalidity s opakovanou výplatou“.
2. Je-li pojištěnému, který je v pojistné smlouvě určen jako hlavní pojištěný a který je současně shodný s pojistníkem (dále jen „pojištěný“), v době trvání pojištění pro případ plné invalidity s opakovanou výplatou přiznán nejvyšší stupeň invalidity ve smyslu obecně závazných právních předpisů o sociálním zabezpečení (dále jen „plná invalidita“), a to
 - a) následkem nemoci vzniklé nejdříve tři měsíce po počátku pojištění pro případ plné invalidity s opakovanou výplatou a současně tato nemoc není v přímé souvislosti se zdravotními nálezy diagnostikovanými před počátkem tohoto pojištění nebo jejich přímým důsledkem
 - b) nebo prokazatelně následkem úrazu nastalého nejdříve v den počátku tohoto pojištění, vyplatí pojistitel pojištěnému pojistné plnění ve výši ročního pojistného, které se stanoví z hodnoty pojistného sjednaného v pojistné smlouvě k datu vzniku plné invalidity (dále jen „pojistné“), a to postupem dle odst. 3 tohoto článku (dále jen „první výplata pojistného plnění“). Byla-li plná invalidita pojištěnému přiznána v důsledku několika nemocí nebo v důsledku několika úrazů resp. v důsledku nemoci i úrazu, musí každá nemoc i úraz, v jejichž důsledku byla plná invalidita přiznána, jednotlivě splňovat výše uvedené podmínky.
3. Roční pojistné dle odst. 2 tohoto článku se stanoví jako:
 - a) dvanáctinásobek pojistného, bylo-li v pojistné smlouvě sjednáno měsíční pojistné období,
 - b) čtyřnásobek pojistného, bylo-li v pojistné smlouvě sjednáno čtvrtletní pojistné období,
 - c) dvojnásobek pojistného, bylo-li v pojistné smlouvě sjednáno pololetní pojistné období,
 - d) jednonásobek pojistného, bylo-li v pojistné smlouvě sjednáno roční pojistné období.
4. Pojištěný prokazuje plnou invaliditu pojistiteli pravomocným rozhodnutím o přiznání plné invalidity od příslušné správy sociálního zabezpečení.
5. Vznikne-li pojištěnému nárok na první výplatu pojistného plnění v souladu s odst. 2 tohoto článku, pojistitel ji provede v souladu s příslušnými ujednáními VPP zejména s čl. 8 odst. 6 VPP, nejdříve ji však provede k prvnímu dni měsíce následujícího po datu vzniku plné invalidity. Datum, k němuž může být první výplata pojistného plnění nejdříve provedena, je dále pro účely těchto DPP ZPR označován jako „počátek zproštění“.
6. Vznikl-li pojištěnému nárok na výplatu prvního pojistného plnění v souladu s odst. 2 tohoto článku, vzniká mu následně každoročně, a to vždy ve výroční den počátku zproštění, nárok na opakované pojistné plnění ve stejné výši jako první výplata pojistného plnění, ale pouze za podmínky, že základní pojištění, k němuž bylo pojištění pro případ plné invalidity s opakovanou výplatou původně sjednáno, k tomuto výročnímu dni trvá, a že pojištěný pojistiteli vždy opakovaně prokáže, že jeho plná invalidita, za kterou již pojistitel poskytl první pojistné plnění v souladu s odst. 2 tohoto článku, k tomuto výročnímu dni stále trvá a že pojištěnému dosud nebyl přiznán starobní důchod.
7. Nárok na poslední opakovanou výplatu pojistného plnění při splnění podmínek dle odst. 6 tohoto článku pojištěnému vzniká v roce, v němž pojištěný dosáhne věku 74 let.
8. První i opakované výplaty pojistného plnění pojistitel poukáže, neurčí-li pojištěný jinak, na číslo účtu a pod variabilním symbolem určeným pro placení běžného a dodatečného běžného pojistného.

9. V souladu s ustanovením článku 9 odst. 2 VPP se ujednává, že pojistitel neposkytne pojistné plnění z pojištění pro případ plné invalidity s opakovanou výplatou i v případech, stane-li se pojištěný plně invalidním v důsledku:
- a) působení mikrobiálních jedů nebo imunotoxických látek,
 - b) vědomého nevyhledání zdravotní péče nebo vědomého nerespektování rad a doporučení lékaře,
 - c) infekce virem HIV či onemocnění AIDS, s výjimkou případů přenosu infekce viru HIV v důsledku provedení krevní transfuze. Infekci virem HIV v důsledku provedení krevní transfúze se rozumí prokázaná infekce HIV v důsledku příjmu krevní konzervy kontaminované virem HIV, podané pojištěnému během krevní transfúze provedené na území České republiky v době trvání pojištění pro případ plné invalidity s opakovanou výplatou. Zdravotnické zařízení, které kontaminovanou krevní konzervu podalo, musí písemně svou odpovědnost za přenos viru HIV na pojištěného potvrdit,
 - d) nemoci, která vznikla v důsledku úrazu, který pojištěný utrpěl před počátkem pojištění pro případ plné invalidity s opakovanou výplatou,
 - e) úrazu, který vznikl v důsledku nemoci, jejíž diagnóza byla pojištěnému stanovena před počátkem pojištění pro případ plné invalidity s opakovanou výplatou,
 - f) nemoci z povolání,
 - g) úrazu, který utrpěl v důsledku nepřiměřené tělesné námahy,
 - h) vrozených vad a nemoci,
 - i) úrazu, který utrpěl při provozování bungee jumpingu, snowboardingu nebo lyžování mimo vyznačené tratě nebo mimo stanovenou dobu provozu na vyznačených tratích, letecké nebo lyžařské akrobacie, snowkitingu, landkitingu (apod.), snowraftingu, raftingu, canyoningu, cliffdivingu, potápění s dýchacím přístrojem, parašutismu, paraglidingu, base jumping, speleologii, horolezectví, vysokohorské turistiky (mimo turisticky značené cesty nebo s použitím horolezecké výzbroje), alpinismu, skialpinismu, létání v motorových i bezmotorových letadlech s výjimkou státem licencovaných dopravců, létání v lehkých a ultralehkých letounech, na rogalu, kluzáku, v balonu, vzducholodi a při provozování dalších obdobných extrémních a adrenalinových sportů a činností,
 - j) nemoci nebo úrazu, které pojištěný utrpěl při přípravě na sport nebo výkonu sportu, na nějž má uzavřenu profesionální smlouvu s výjimkou billiaru, bowlingu, curlingu, jógy, kulečnicku, kuželek, metané, pétanque, rybářských sportů, šachů, šipek moderních i klasických, turistiky a ZRTV,
 - k) nemoci nebo úrazu, který utrpěl při výkonu některého z níže uvedených povolání, resp. činností - artista, dělník v těžkém průmyslu, elektromechanik silnoproudých vedení, hasič (i dobrovolný), hrobník, kaskadér, krotitel zvířete, lesní dělník, lešenář, malíř nebo natěrač nebo obkladač nebo čistič pracující ve výškách, námořník, nekvalifikované dělnické profese včetně stavebních, pilot, pokrývač, popelář, posunovač, potápěč, pracovník na pile, pracovník ozbrojených sil, pracovník silniční údržby, pyrotechnik, pracovník s výbušninami, slévač, speleolog, tavič, těžař ropy a plynu, tovární jezdec motorových vozidel nebo plavidel, stěhovák, tunelář, učitel bojových sportů, umývač oken, veškeré důlní profese (např. horník, důlní zámečnick, důlní inženýr atd.),
 - l) požívání alkoholu nebo aplikace jiných omamných, toxických, psychotropních či ostatních látek způsobily nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování.
10. Ujednává se, že ustanovení čl. 10 odst. 1 písm. b) VPP se na pojištění pro případ plné invalidity s opakovanou výplatou nevztahuje.
11. V souladu s ustanovením článku 10 odst. 2 VPP je pojistitel oprávněn přiměřeně snížit pojistné plnění z pojištění pro případ plné invalidity s opakovanou výplatou i v případech, porušil-li pojištěný povinnost dle odst. 12 tohoto článku.
12. Pojištěný je povinen bez zbytečného odkladu po obdržení rozhodnutí o přiznání plné invalidity od příslušné správy sociálního zabezpečení oznámit tuto skutečnost pojistiteli.
13. Pojištěný je rovněž povinen bez zbytečného odkladu oznámit pojistiteli skutečnost, že mu byla odebrána plná invalidita nebo že mu byl přiznán starobní důchod.
14. Byla-li pojištěnému přiznána plná invalidita, pojištění pro případ plné invalidity s opakovanou výplatou zaniká k datu vzniku plné invalidity, a to bez ohledu na to, zda za ni pojistitel poskytl pojistné plnění v souladu s ustanoveními těchto DPP ZPR resp. i VPP.

Článek 3 – Další ujednání

1. Odchylně od článku 6 odst. 2 věty první VPP se ujednává, že pojištění pro případ plné invalidity s opakovanou výplatou může ke konci každého pojistného období vypovědět každá ze smluvních stran.
2. Ujednává se, že je-li v pojistné smlouvě v souladu s článkem 1 odst. 3 části A ZPP jako další pojištění k základnímu pojištění pro pojištěného sjednáno pojištění pro případ vážné choroby a zanikne-li toto pojištění v souladu s článkem 3 odst. 9 Doplnkových pojistných podmínek pro pojištění pro případ vážné choroby sjednané k životnímu pojištění FORTE ze dne 1. 12. 2009, spolu s ním k datu zániku pojištění pro případ vážné choroby zaniká i pojištění pro případ plné invalidity s opakovanou výplatou.
3. Od všech ustanovení těchto DPP ZPR se pojistitel může v pojistné smlouvě odchýlit, vyžadují-li to účel nebo povaha sjednaného pojištění.

DOPLŇKOVÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO ÚRAZOVÁ POJIŠTĚNÍ

sjednaná k životnímu pojištění FORTE
ze dne 1. 12. 2009

Článek 1 – Úvodní ustanovení

- Úrazovými pojištěními pro účely těchto Doplnkových pojistných podmínek pro úrazová pojištění sjednaná k životnímu pojištění FORTE ze dne 1. 12. 2009 (dále jen „DPP U“) jsou:
 - pojištění pro případ smrti následkem úrazu
 - pojištění pro případ trvalých následků úrazu
 - pojištění pro případ léčení úrazu
- Pojištění pro případ smrti následkem úrazu, pojištění pro případ trvalých následků úrazu a pojištění pro případ léčení úrazu (všechna dále také jen „pojištění“) se řídí těmito DPP U, ujednáními pojistné smlouvy, částí A Zvláštních pojistných podmínek pro životní pojištění FORTE platných k datu sjednání životního pojištění FORTE (dále jen „ZPP“) a Všeobecnými pojistnými podmínkami pro životní pojištění ze dne 1. 12. 2009 (dále jen „VPP“).
- Právní vztahy neupravené výše uvedenými pojistnými podmínkami a ujednáními pojistné smlouvy 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. Výše uvedené pojistné podmínky jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.
- V souladu s článkem 1 odst. 3 části A ZPP se pojištění uvedená v odst.1 písm. a) až c) tohoto článku sjednávají jako další pojištění k základnímu pojištění.
- Úrazová pojištění uvedená v odst.1 písm. a) až c) tohoto článku jsou pojištěními obnosovými.

Článek 2 – Výklad pojmů

Pojistná částka pro případ léčení úrazu – částka denního odškodného, ze které se stanoví výše pojistného plnění v případě léčení úrazu. Její výše je určena v pojistné smlouvě.

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.

Článek 3 – Nároky z pojištění pro případ smrti následkem úrazu

- Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že v pojistné smlouvě je v souladu s článkem 1 odst. 3 části A ZPP sjednáno pojištění pro případ smrti následkem úrazu dle článku 1 odst. 1 písm. a) těchto DPP U.
- Byla-li úrazem, vzniklým v době trvání pojištění pro případ smrti následkem úrazu, způsobena pojištěnému smrt, která nastala nejpozději do tří let ode dne úrazu, vyplatí pojistitel tomu, komu smrtí pojištěného vznikne právo na pojistné plnění, pojistnou částku pro případ smrti následkem úrazu sjednanou v pojistné smlouvě k datu úrazu. Zemřel-li pojištěný následkem úrazu, ke kterému došlo při dopravní nehodě definované v zákoně č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích a o změnách některých zákonů (zákon o silničním provozu), ve znění pozdějších předpisů, vyplatí pojistitel tomu, komu smrtí pojištěného vznikne právo na pojistné plnění, dvojnásobek pojistné částky pro případ smrti následkem úrazu sjednané v pojistné smlouvě k datu úrazu.

Článek 4 – Nároky z pojištění pro případ trvalých následků úrazu

- Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že v pojistné smlouvě je v souladu s článkem 1 odst. 3 části A ZPP sjednáno pojištění pro případ trvalých následků úrazu dle článku 1 odst. 1 písm. b) těchto DPP U.
- Zanechá-li úraz, který vznikl v době trvání pojištění pro případ trvalých následků úrazu, 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) a současně pojištěný na následky tohoto úrazu nezemřel do 6 měsíců ode dne úrazu.
- Nemůže-li pojistitel poskytnout pojistné plnění podle předchozího odstavce proto, že trvalé následky úrazu nejsou po uplynutí 6 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 se trvalé následky úrazu části těla nebo orgánu, 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, doplněné podle potřeby výpisem ze zdravotních záznamů o pojištěném, které si pojistitel vyžádá nebo které mu pojištěný v souladu s ustanovením článku 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 minimálně limitu trvalých následků úrazu sjednaného v pojistné smlouvě k datu úrazu.
- V případech, u nichž není možno určit rozsah trvalých následků úrazu v souladu s ustanoveními odst. 5 a 6 tohoto článku, určí pojistitel výši pojistného plnění podle zdravotní dokumentace pojištěného. Opírá se přitom o stanovisko lékaře, který pro něj vykonává odbornou poradní činnost.
- 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 rozpětí, 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 výši 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 se však jednotlivé následky téhož údu, orgánu nebo jejich částí, hodnotí se jako celek, a to nejvýše procentem stanoveným v Oceňovací tabulce B pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného údu, orgánu nebo jejich částí.
- 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. 14 tohoto článku, a to i v případě, kdy součet procent pro jednotlivé trvalé následky stanovený dle odst. 11 tohoto článku hranici 100 % překročí.
- Pojistitel poskytuje 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.
- Pojistitel bude plnit za trvalé následky úrazu, které dosáhnou procenta poškození těla od dohodnutého limitu trvalých následků úrazu do 25 % včetně, dané procento z jednorázobku 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 – Nároky z pojištění pro případ léčení úrazu

- Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že v pojistné smlouvě je v souladu s článkem 1 odst. 3 části A ZPP sjednáno pojištění pro případ léčení úrazu dle článku 1 odst. 1 písm. c) těchto DPP U.
- Z pojištění pro případ léčení úrazu vznikne pojištěnému právo na pojistné plnění – denní odškodné tehdy, jestliže pojištěný utrpí úraz v době trvání pojištění pro případ léčení úrazu a doba nezbytného léčení tělesného poškození následkem tohoto úrazu doložená lékařským potvrzením dosáhne alespoň limitu plnění denního odškodného sjednaného v pojistné smlouvě k datu úrazu. 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 v souladu s odst. 11 tohoto článku určí ode dne daného limitem plnění denního odškodného, který je sjednán v pojistné smlouvě k datu úrazu, a to 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.

4. V případě, že nezbytné léčení tělesného poškození následkem úrazu probíhá v pracovní neschopnosti, za kterou pojištěnému náleží peněžité dávky nemocenské, jsou jím čerpány a ve smyslu předpisů o sociálním zabezpečení se mu vystavuje doklad o pracovní neschopnosti (dále jen „pracovní neschopnost“) a délka pracovní neschopnosti přesáhne počet dní stanovený pro jednotlivá tělesná poškození v Oceňovací tabulce A, je pojišťitel povinen vyplatit denní odškodné za dobu, která se v souladu s odst. 11 tohoto článku určí ode dne daného limitem plnění denního odškodného, který je sjednán v pojistné smlouvě k datu úrazu, a to do konce 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 pojištěním stanovený limit navýšený o 20 %, není pojišťitel povinen plnit.
5. Pojišťitel není povinen poskytnout pojistné plnění za dobu nezbytného léčení tělesného poškození následkem úrazu přesahující 365 dní ode dne tohoto úrazu.
6. Utrpí-li pojištěný další úraz v době nezbytného léčení tělesného poškození následkem úrazu, za který je pojišťitel povinen vyplatit denní odškodné, stanoví se počet dní, za které pojišťitel 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.
7. Dojde-li k souběhu léčení následků úrazu a nemoci, která není následkem úrazu, vyplatí pojišťitel denní odškodné nejvýše za počet dní, který je uveden pro jednotlivá tělesná poškození v Oceňovací tabulce A.
8. Utrpí-li pojištěný jedním úrazovým dějem několik tělesných poškození, stanoví se počet dní, za které pojišťitel vyplatí denní odškodné, podle toho tělesného poškození, u kterého je v Oceňovací tabulce A uveden nejvyšší počet dní.
9. Není-li jakékoliv tělesné poškození obsaženo v Oceňovací tabulce A, je pojišťitel oprávněn určit výši 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.
10. 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.
11. Pojišťitel poskytuje pojistné plnění v souladu s ustanoveními tohoto článku za dobu léčení úrazu pouze v tom případě, že doba nezbytného léčení tělesného poškození následkem úrazu trvá alespoň 8 dní. Pojišťitel vyplatí 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 úrazových pojištění

1. Ustanovení tohoto článku platí, je-li v pojistné smlouvě sjednáno alespoň jedno z pojištění dle článku 1 odst. 1 písm. a) až c) těchto DPP U.
2. V souladu s ustanovením článku 9 odst. 2 VPP se pro pojištění dle článku 1 odst. 1 písm. a) až c) těchto DPP U ujednávají i následující výluky uvedené v odst. 3 tohoto článku.
3. Pojištění neposkytne z pojištění pojistné plnění v těchto případech:
 - a) nastala-li pojistná událost při provozování těchto sportů nebo činností: bungee jumping, snowboarding nebo lyžování mimo vyznačené tratě nebo mimo stanovenou dobu provozu na vyznačených tratích, při letecké nebo lyžařské akrobacii, snowkitingu, landkitingu (apod.), při snowraftingu, raftingu, canyoningu, cliffdivingu, potápění s dýchacím přístrojem, parašutismu, paraglidingu, base jumping, speleologii, horolezectví, vysokohorské turistiky (mimo turisticky značené cesty nebo s použitím horolezecké výzbroje), alpinismu a skialpinismu, létání v motorových i bezmotorových letadlech s výjimkou státem licencovaných dopravců, létání v lehkých a ultralehkých letounech, na rogalu, kluzáku, v balónu, vzducholodi a při provozování dalších obdobných extrémních a adrenalinových sportů a činností pojištěným, s výjimkou sportů a povolání uvedených ve 3. rizikové skupině v dokumentu Rizikové skupiny ze dne 1. 3. 2008 pro pojištění pro případ smrti následkem úrazu, pro případ trvalých následků úrazu a pro případ léčení úrazu (dále jen „Rizikové skupiny ze dne 1. 3. 2008“),
 - b) došlo-li ke zhoršení následků pojistné události z důvodu vědomého nevyhledání zdravotní péče pojištěným nebo vědomého nerespektování rad a doporučení lékaře,
 - c) byla-li pojistná událost způsobena mikrobiálními jedy nebo imunotoxickými látkami,
 - d) byl-li důsledkem pojistné události vznik nebo zhoršení kyl (hernií), bércových vředů, diabetických gangrén, nádorů všeho druhu a původu, vznik a zhoršení aseptických zánětů pochev šlachových, úponů svalových, tíhových váčků a epikondylitid,
 - e) za infekční nemoci, i když byly přeneseny zraněním,
 - f) byla-li pojistná událost způsobena přímo nebo nepřímo syndromem získaného selhání imunity (AIDS),
 - g) za následky diagnostických, léčebných a preventivních zákroků, které nebyly provedeny za účelem léčení následků pojistné události,
 - h) bylo-li důsledkem pojistné události zhoršení již existující nemoci nebo nastala-li pojistná událost v důsledku nemoci,
 - i) za infarkt myokardu, cévní mozkovou příhodu a epilepsii a za následky pojistné události, ke které v jejich důsledku došlo,
 - j) byly-li důsledkem pojistné události ploténkové a algické páteřní syndromy a výhřezy plotének neúrazovým dějem a mikrotraumatem,
 - k) byla-li důsledkem pojistné události zlomenina v důsledku vrozené lomivosti kostí nebo metabolických poruch nebo patologická nebo únavová zlomeniny, jakož i vymknutí a vykloubení v důsledku vrozených vad a poruch,
 - l) nastala-li pojistná událost v důsledku nepřiměřené tělesné námahy pojištěného.

Článek 7 – Omezení pojistného plnění

1. Ustanovení tohoto článku platí, je-li v pojistné smlouvě sjednáno alespoň jedno z pojištění dle článku 1 odst. 1 písm. a) až c) těchto DPP U.
2. V souladu s ustanovením článku 10 odst. 2 VPP je pojišťitel oprávněn přiměřeně snížit pojistné plnění z pojištění dle článku 1 odst. 1 písm. a) až c) těchto DPP U i v případech, kdy nebyla dle článku 8 odst. 4 těchto DPP U pojistníkem nahlášena změna povolání nebo registrované sportovní činnosti, která by znamenala zařazení pojištěného do vyšší rizikové skupiny.

Článek 8 – Práva a povinnosti účastníků pojištění

1. Ustanovení tohoto článku platí, je-li v pojistné smlouvě sjednáno alespoň jedno z pojištění dle článku 1 odst. 1 písm. a) až c) těchto DPP U.
2. V souladu s ustanovením článku 11 odst. 11 VPP se pro pojištění dle odstavce 1 tohoto článku ujednávají i následující práva a povinnosti účastníků pojištění uvedené v odst. 3 a 4 tohoto článku.
3. Povinností pojištěného je bez zbytečného odkladu vyhledat po úrazu lékařské ošetření, léčit se podle pokynů lékaře a vyžaduje-li to pojišťitel, dát se na jeho náklad vyšetřit lékařem, kterého pojišťitel určí.
4. Pojistník je povinen bez zbytečného odkladu oznámit pojišťiteli změnu povolání nebo registrované sportovní činnosti pojištěného, které mají vliv na změnu rizikové skupiny v souladu s Rizikovými skupinami ze dne 1. 3. 2008.

Článek 9 – Další ujednání

1. Odchýlně od článku 6 odst. 2 věty první VPP se ujednává, že pojištění dle článku 1 odst. 1 písm. a) až c) těchto DPP U může ke konci každého pojistného období vypovědět každá ze smluvních stran.
2. Pro pojištění dle článku 1 odst. 1 písm. a) až c) těchto DPP U platí ustanovení článku 3 odst. 5 části A ZPP.
3. Od všech ustanovení těchto DPP U se pojišťitel může v pojistné smlouvě odchýlit, vyžadují-li to účel nebo povaha sjednaného pojištění.

RIZIKOVÉ SKUPINY

ze dne 1. 3. 2008

pro pojištění pro případ smrti následkem úrazu, pro případ trvalých následků úrazu a pro případ léčení úrazu

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, agronomové, aranžéři, architekti, archiváři, asistenti, auditoři, aukcionáři, barmani, brašnáři, celní úředníci, celníci, cukráři, cvičitelky, čalouníci, číšníci, daňoví poradci, dekoratéri, delegáti, diplomaté, diskžokejové, dispečeri, domovníci, ekologové, ekonomové, ergonomové, farmaceuti, finančníci, fotografové, geodeti, grafické, herci, historici, hlídači, hodináři, hostesky, hoteloví zřízcenci, hrázní, hudebníci, hygienici, choreografové, informatici, inspektoři, jednatelé, jemní mechanici, kadeřnice a kadeřníci, kartografové, kněží, knihaři, knihovníci, klenotníci, konstruktéři, kontroloři, konzultanti, korektoři, kosmetičky, košíkáři, kožešníci, krajkáři, krejčí, krupiéři, kuchaři, kurátoři, ladiči, lékárníci, lékaři, lektoři, letušky, lidoví léčitelé, logistikové, loutkáři, makléři, manažeři, maséři, matrikáři, meteorologové, metrologové, modeláři, modelky, moderátoři, návrháři, nezaměstnaní, notáři, obchodníci, obsluha čerpací stanice, obuvníci, odhadci, operátoři, optici, pečovatelky, pedikérky, pekaři, personalisti, písaři, písmomalíři, plánovači, plavčíci, pojištění matematici, pokladníci, pokojské, poradci (obchodní, finanční, pojišťovací apod.), politici a veřejní činitelé, porybní, poslanci, poštovní doručovatelé, pracovníci poštovních přepážek a pošt, pracovníci v reklamě, právníci, prodavači, programátoři, projektanti, promítači, průvodci, průvodčí (ČD), psychologové, překladatelé, recepční, redaktoři, registrovaní rozhodčí (mimo hokeje a fotbalu), referenti, rehabilitační sestry, retušéři, revizoři, režiséři, rozpočtáři, rybáři, sekretářky, senátoři, servírky, sociální pracovníci, soudci, spisovatelé, správci, statistické, stevardi, studenti, stylisti, šatnářky, ševci, šičky, školníci, švadleny, technicko-hospodářští pracovníci, technologové, tetovači, tiskoví mluvčí, tlumočníci, účetní, učitelé (mimo autoškoly) a další pedagogičtí pracovníci, uklízečky, umělci, úředníci, uvaděčky, vedoucí pracovníci, vědeckí pracovníci, vizážisti, vrátní, vychovatelé, výpravčí, 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, dráhový golf, golf, jóga, kriket, kriket, kulečnický, kuželky, metaná, pétanque, rybářský sport, stolní fotbal, šachy, šipky moderní i klasické, turistika, ZRTV.

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

Autojeřábníci, automechanici, balíči, barvíři, bednáři, betonáři, bezpečnostní pracovníci, brusíči, brzdaři, cestáři, cínaři, členové posádek plavidel (námořník, kormidelník, apod.), detektivové, dělníci, dlaždiči, dojiči, dozorcí, důchodci invalidní a starobní, elektrikáři, elektromechanici, elektromontéři, frézaři, galvanizéři, geologové, gumaři, hrobníci, hydrologové, chemici, chovatelé, instalatéri, izolatéri, kabeláři, kameníci, kamnáři, karosáři, keramici, klempíři, koč, kominíci, kopáči, kotláři, kováři, koželuzi, kulisáci, kurýři, laboranti, lakýrníci, lanovkáři, lesníci, lešenáři, lodáři, malíři pokojů, manuální a provozní pracovníci v dopravě, ve filmovém oboru, v elektrárnách, 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, mistři výroby, mlynáři, montéři, myslivci, nástrojáři, natěrači, novináři, nožníci, obchodní zástupci, obkladači, obráběči, opraváři, osvětlovači, ošetřovatelé zvířat, památkáři, piloti v civilním letectví, plynaři, podlaháři, pokrývači, popeláři, potrubáři, pracovníci bezpečnostních agentur, pracovníci technických služeb, provozní, puškaři, přadleny, příslušníci policie, armády a pohraniční stráže, rámaři, reportéři, restaurátoři, rytci, řezbáři, řezníci, řidiči, samostatní likvidátoři, sedláři, seřizovači, signalisti, skladníci, skláři, sklenáři, sládkové, slévači, soustružníci, stavaři, stavbyvedoucí, statikové, strážní, strojníci, strojvedoucí, studnaři, svářeči, tanečníci, taxikáři, taviči, technici, tesaři, tiskaři, tkalci, topenaři, topiči, trenéři, truhláři, tuneláři, učitelé autoškoly, údržbáři, veterináři, vlekáři, výtaháři, zahradníci, zámečníci, zásobovači, závozníci, zbrojaři (u policie, armády, vězeňské služby, bezpečnostních agentur, apod.), 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: atletika, aerobic, badminton, balet, baseball, běh na lyžích, biatlon, fitness, jezdecký, krasobruslení, kulturistika, lukostřelba, moderní gymnastika, nohejbal, orientační běh, paintball, plavecké sporty, rychlobruslení, rychlostní kanoistika, silniční a dráhová cyklistika, softball, sportovní gymnastika, sportovní tanec, squash, stolní tenis, střelectví, tenis, triatlon, veslování, vodní pólo, volejbal.

3. riziková skupina: osoby se zvlášť zvýšeným rizikem

Deratizéři, krotitelé zvěře, manuální a provozní pracovníci v hutnictví a těžkém strojírenství, v lomech a dolech, 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 potápěcím dýchacím přístrojem, příslušníci horské záchranné služby, pyrotechnici, tovární a zkušební jezdci motorových vozidel a plavidel, registrovaní rozhodčí fotbalu nebo hokeje, 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, bojová umění všech druhů a stylů vč. sebeobrany, basketbal, boby-skeleton, box, cyklotrial, dobrovolní hasiči, floorbal, fotbal, házená, hokejbal, in-line hokej, in-line skating, jachting, jezdecké závody na koních, jízda na sněžných a vodních skútrech, judo, korfbal, lakros, lední hokej, moderní pětiboj, motorismus, národní házená, potápění (bez dýchacího přístroje), pozemní hokej, parasailing, ragby, saně, sjezdové lyžování, skateboarding, skiboby, skoky do vody, skoky na lyžích, snowboarding, šerm, vodní lyžování, vodní motorismus, vodní slalom a sjezd, vysokohorská turistika (na turistických cestách a bez použití horolezecké výzbroje), vzpírání, zápas, závody na horských kolech, závody psích spřežení.

4. riziková skupina: osoby s vysokým rizikem

Artisté, kaskadéři, 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.

DOPLŇKOVÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI NÁSLEDKEM NEMOCI

sjednané k životnímu pojištění FORTE

ze dne 1. 12. 2009

Článek 1 – Úvodní ustanovení

- Pojištění pro případ pracovní neschopnosti následkem nemoci (dále také jen „pojištění“) se řídí těmito Doplnkovými pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ pracovní neschopnosti následkem nemoci sjednané k životnímu pojištění FORTE ze dne 1. 12. 2009 (dále jen „DPP PN“), ujednáními pojistné smlouvy, částí A Zvláštních pojistných podmínek pro životní pojištění FORTE platných k datu sjednání životního pojištění FORTE (dále jen „ZPP“) a Všeobecnými pojistnými podmínkami pro životní pojištění ze dne 1. 12. 2009 (dále jen „VPP“).
- Právní vztahy neupravené výše uvedenými pojistnými podmínkami a ujednáními pojistné smlouvy 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. Výše uvedené pojistné podmínky jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.
- V souladu s článkem 1 – Úvodní ustanovení odst. 3 části A ZPP se pojištění pro případ pracovní neschopnosti následkem nemoci sjednává jako další pojištění k základnímu pojištění.
- Pojištění pro případ pracovní neschopnosti následkem nemoci je pojištěním obnosovým.

Článek 2 – Výklad pojmů

Pracovní neschopnost – doba nezbytného léčení nemoci, která nevznikla v důsledku úrazu, a nejedná se ani o zhoršení nemoci následkem úrazu pojištěného, během níž je dočasně omezena jeho pracovní schopnost a toto omezení pracovní schopnosti pojištěného je uznané dle obecně závazných právních předpisů České republiky ošetřujícím lékařem pojištěného nebo rozhodnutím příslušného orgánu sociálního zabezpečení.

Článek 3 – Nároky z pojištění pro případ pracovní neschopnosti

- Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že v pojistné smlouvě je v souladu s článkem 1 odst. 3 části A ZPP sjednáno pojištění pro případ pracovní neschopnosti následkem nemoci.
- Z pojištění pro případ pracovní neschopnosti následkem nemoci vznikne pojištěnému právo na pojistné plnění – denní dávku tehdy, jestliže pracovní neschopnost pojištěného vznikla v době trvání pojištění, nejdříve však po uplynutí čekací doby a současně pracovní neschopnost dosáhla alespoň limitu plnění sjednaného v pojistné smlouvě k datu vzniku pracovní neschopnosti a pojištěnému vznikl nárok na nemocenské a tuto dávku pojištěný skutečně čerpá.
- Čekací doba se stanovuje na první 2 měsíce ode dne počátku pojištění.
- Pro každou změnu pojištění, kterou došlo ke zvýšení denní dávky, se ujednává, že pojistitel je povinen poskytnout pojistné plnění z nové výše denní dávky až po uplynutí 2 kalendářních měsíců od data účinnosti změny a až pro pracovní neschopnosti, které vznikly po uplynutí této lhůty. Do uplynutí této lhůty se pojistné plnění stanovuje tak, jakoby ke zvýšení denní dávky nedošlo.
- Pojistitel vyplatí pojištěnému denní dávku za dobu, která se v souladu s odst. 11 a 12 tohoto článku určí ode dne daného limitem plnění, který je sjednán v pojistné smlouvě k datu vzniku pracovní neschopnosti, a to do konce trvání pracovní neschopnosti, maximálně však 550 dní.
- Limit plnění denní dávky podle odst. 11 resp. 12 se počítá od prvního dne pracovní neschopnosti.
- Pracovní neschopnost pro více nemocí je považována za jednu pojistnou událost a pojistitel vyplatí pojistné plnění maximálně do výše celkové doby léčení, a to pouze jednou, přičemž limit plnění se počítá od první z nich.
- Nastane-li nová pracovní neschopnost v následujícím kalendářním dni po skončení předcházející pracovní neschopnosti, považuje se nová pracovní neschopnost za pokračování předcházející pracovní neschopnosti.
- Je-li pracovní neschopnost ve srovnání s obvyklou délkou léčení pro uvedenou diagnózu nemoci neúměrná vzhledem ke standardu léčení dané diagnózy, stanoví konečný počet dní, za který náleží pojištěnému denní dávka, pojistitel ve spolupráci se smluvním lékařem na základě informací z lékařské dokumentace nebo osobní prohlídky pojištěného.
- Výše plnění se stanoví vynásobením počtu dní určených podle zásad uvedených v odst. 11 resp. 12 tohoto článku denní dávkou ve výši sjednané v pojistné smlouvě k datu vzniku pracovní neschopnosti. Došlo-li v době trvání pojištění ke zvýšení denní dávky, stanoví se denní dávka v souladu s odst. 4 tohoto článku.
- Bylo-li v pojistné smlouvě k datu vzniku pracovní neschopnosti sjednáno pojištění pro případ pracovní neschopnosti následkem nemoci s limitem plnění od 15. dne a pracovní neschopnost trvá alespoň 15 dní, vyplatí pojistitel v souladu s ustanoveními tohoto článku za 15. a každý další den trvání pracovní neschopnosti až do dne určeného v odst. 5 tohoto článku denní dávku ve výši sjednané v pojistné smlouvě.
- Bylo-li v pojistné smlouvě k datu vzniku pracovní neschopnosti sjednáno pojištění pro případ pracovní neschopnosti následkem nemoci s limitem plnění od 29. dne a pracovní neschopnost trvá alespoň 29 dní, vyplatí pojistitel v souladu s ustanoveními tohoto článku za 29. a každý další den trvání pracovní neschopnosti až do dne určeného v odst. 5 tohoto článku denní dávku ve výši sjednané v pojistné smlouvě.

Článek 4 – Výluky z pojištění

- Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že je v pojistné smlouvě sjednáno pojištění pro případ pracovní neschopnosti následkem nemoci.
- V souladu s ustanovením čl. 9 odst. 2 VPP se pro pojištění ujednávají i následující výluky z pojištění uvedené v odst. 3 tohoto článku.
- Pojistitel neposkytne z pojištění pojistné plnění v těchto případech pracovní neschopnosti pojištěného:
 - při léčebném pobytu v lůžnicích, sanatoriích, rehabilitačních centrech kromě prvního léčebného pobytu následujícího po ukončení pracovní neschopnosti, s kterou souvisí léčebný pobyt a která byla pojistnou událostí. Tento pobyt musí být z lékařského hlediska nezbytnou součástí léčení nemoci a pojistitel s případným nárokem na pojistné plnění spojené s tímto léčebným pobytem vyjádřil předem písemný souhlas.
 - při pobytu v psychiatrických léčebnách nebo zařízeních, zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie nebo jiné závislosti a to včetně následné pracovní neschopnosti a dále pobytů v zařízeních souvisejících s pečovatelskou službou jakož i ve speciálních dětských zařízeních a v ústavech sociální péče,
 - způsobené přímo nebo nepřímo syndromem získaného selhání imunity (AIDS), dalšími nemocemi přenášenými pohlavním stykem a nebo pohlavními nemocemi,
 - v souvislosti s těhotenstvím, předčasným porodem, porodem, přerušením těhotenství, hrozícím potratem nebo potratem a asistovanou reprodukcí, v souvislosti s provedením zákroku plastické chirurgie (včetně kosmetického zásahu) pro jiný než zdravotní důvod, v souvislosti s vrozenou vadou, deformací a chromozonální abnormalitou, vzniklé v důsledku duševní poruchy a poruchy chování stanovené podle mezinárodní klasifikace nemoci MKN, v důsledku alkoholického onemocnění jater,
 - vzniklé následkem nemoci pojištěného, pro kterou byl během 2 let předcházejících počátku pojištění léčen. Toto ustanovení platí po dobu prvních dvou let od počátku pojištění.

Článek 5 – Práva a povinnosti účastníků pojištění

- Ustanovení tohoto článku platí, je-li v pojistné smlouvě sjednáno pojištění pro případ pracovní neschopnosti následkem nemoci.
- V souladu s ustanovením článku 11 odst. 11 VPP se pro pojištění pracovní neschopnosti následkem nemoci ujednávají i následující práva a povinnosti účastníků pojištění uvedené v tomto článku.
- Pojištěný je povinen:
 - bez zbytečného odkladu vyhledat lékařské ošetření,
 - dodržovat veškeré pokyny lékaře vztahující se k léčení nemoci, pro kterou byl v pracovní neschopnosti, dodržovat léčebný režim a vyloučit veškerá jednání, která mohou nepříznivě ovlivnit jeho zdravotní stav, průběh či délku pracovní neschopnosti,
 - vyžaduje-li to pojistitel, podrobit se na náklady pojistitele kontrolnímu vyšetření zdravotního stavu u lékaře, kterého pojistitel určí, a v jím určeném termínu,
 - písemně pojistiteli oznámit pracovní neschopnost, a to nejpozději po jejím ukončení a na příslušném tiskopisu pojistitele,
 - bez zbytečného odkladu písemně informovat pojistitele o změně diagnózy, pro kterou byla vystavena pracovní neschopnost,
 - doložit pracovní neschopnost potvrzením o pracovní neschopnosti a doložit čerpání nemocenské písemným potvrzením o čerpání nemocenské vydané zaměstnavatelem nebo příslušným orgánem sociálního zabezpečení,
 - dotat pojistiteli všechny doklady, lékařské zprávy a posudky, které si pojistitel při pojistné události i kdykoliv v době trvání pojištění vyžádá, a to bez zbytečného odkladu,
 - umožnit pojistiteli získávat a zpracovávat veškerou zdravotní dokumentaci o své osobě, popř. tuto zdravotní dokumentaci pro pojistitele na jeho vyžádání zajistit a zprostit mlčenlivosti všechny lékaře, kteří pojištěného léčili nebo vyšetřovali, a to i z jiných důvodů, než je pojistná událost, a udělit souhlas k podání všech nutných informací pojistiteli,
 - zplnomocnit svou zdravotní pojistovnu a/nebo příslušnou správu sociálního zabezpečení k poskytnutí všech informací, které si pojistitel vyžádá.

Článek 6 – Omezení pojistného plnění

- Ustanovení tohoto článku platí, je-li v pojistné smlouvě sjednáno pojištění pro případ pracovní neschopnosti následkem nemoci.
- V souladu s ustanovením článku 10 odst. 2 VPP je pojistitel oprávněn přiměřeně snížit pojistné plnění z pojištění i v případě porušení povinností uvedených v článku 5 odst. 3 písm. a) až c) a e).

Článek 7 – Další ujednání

1. Odchylně od článku 6 odst. 2 věty první VPP se ujednává, že pojištění pro případ pracovní neschopnosti následkem nemoci může ke konci každého pojistného období vypovědět každá ze smluvních stran.
2. Pro pojištění pro případ pracovní neschopnosti následkem nemoci platí ustanovení článku 3 odst. 4 části A ZPP.
3. Ujednává se, že je-li v pojistné smlouvě v souladu s článkem 1 odst. 3 části A ZPP jako další pojištění k základnímu pojištění sjednáno pojištění pro případ vážné choroby a zanikne-li toto pojištění v souladu s článkem 3 odst. 9 Doplnkových pojistných podmínek pro pojištění pro případ vážné choroby sjednané k životnímu pojištění FORTE ze dne 1. 12. 2009, spolu s ním k datu zániku pojištění pro případ vážné choroby zaniká i pojištění pro případ pracovní neschopnosti následkem nemoci toho pojištěného, jehož pojištění pro případ vážné choroby tímto způsobem zaniklo.
4. Od všech ustanovení těchto DPP PN se pojistitel může v pojistné smlouvě odchylnit, vyžadují-li to účel nebo povaha sjednaného pojištění.

DOPLŇKOVÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD HOSPITALIZACE NÁSLEDKEM NEMOCI NEBO ÚRAZU A PRO POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD HOSPITALIZACE NÁSLEDKEM ÚRAZU

sjednané k životnímu pojištění FORTE

ze dne 1. 12. 2009

Článek 1 – Úvodní ustanovení

1. Pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu a pojištění pro případ hospitalizace následkem úrazu (obě dále také jen „pojištění“) se řídí těmito Doplnkovými pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu a pro pojištění pro případ hospitalizace následkem úrazu sjednané k životnímu pojištění FORTE ze dne 1. 12. 2009 (dále jen „DPP H“), ujednáními pojistné smlouvy, částí A Zvláštních pojistných podmínek pro životní pojištění FORTE platných k datu sjednání životního pojištění FORTE (dále jen „ZPP“) a Všeobecnými pojistnými podmínkami pro životní pojištění ze dne 1. 12. 2009 (dále jen „VPP“).
2. Právní vztahy neupravené výše uvedenými pojistnými podmínkami a ujednáními pojistné smlouvy 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. Výše uvedené pojistné podmínky jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.
3. V souladu s článkem 1 odst. 3 části A ZPP se pojištění sjednávají jako další pojištění k základnímu pojištění.
4. Jak pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu, tak pojištění pro případ hospitalizace následkem úrazu je pojištění obnosové.

Článek 2 – Výklad pojmů

Pojmy použité v těchto DPP H a nespecifikované ve VPP ani ZPP jsou vymezeny následovně:

Akutní lůžko – lůžko zdravotnického zařízení, určené k hospitalizaci při stavu náhlého selhávání nebo náhlého ohrožení základních životních funkcí nebo pokud uvedený stav nelze vyloučit (včetně plánovaných operací), nebo k hospitalizaci při stavu náhlého onemocnění nebo náhlého zhoršení chronické nemoci vážně ohrožujících zdraví, nebo k hospitalizaci, při které charakter zdravotní péče, kterou stav pojištěného vyžaduje, nedovoluje její poskytování ambulantní formou, a to po dobu potřebnou k provedení nezbytných vyšetření a ošetření nebo po dobu, po kterou lze důvodně očekávat náhlý zvrát stability zdravotního stavu

Nemoci přenášené pohlavním stykem – kapavka, syfilis, HIV/AIDS, herpes, kondylomata, trichomoniáza

Neodkladná operace – operace, pro kterou byl pojištěný neodkladně přijat k hospitalizaci nebo pokud k neodkladnému operačnímu zákroku v průběhu hospitalizace vedl jeho stav

Odborný léčebný ústav – léčebna pro dlouhodobě nemocné, léčebna tuberkulózy a respiračních onemocnění, psychiatrická léčebna, ústav pro léčbu závislostí (včetně záchytné stanice), lázeňská léčebna, sanatorium, ozdravovna, rehabilitační ústav, ústav sociální péče nebo pečovatelské služby, stacionář, hospic

Sociální hospitalizace – hospitalizace z jiných než zdravotních důvodů, kdy pojištěný je hospitalizován ve zdravotnickém zařízení a nemůže být propuštěn pouze proto, že se vzhledem ke svému zdravotnímu stavu neobejde bez pomoci další osoby a potřebná péče mu nemůže být poskytnuta v odborném léčebném ústavu nebo formou pečovatelské služby, ačkoli podmínky pro poskytování těchto služeb podle obecně závazných právních předpisů splňuje, nebo nemůže být propuštěn z jiného sociálního důvodu

Zdravotnické zařízení – zdravotnické zařízení, včetně radioterapeutického a onkologického léčebného ústavu, které poskytuje diagnostickou a léčebnou ústavní (lůžkovou) zdravotní péči, je pro druh a rozsah jím poskytované péče personálně, věcně a technicky vybavené a splňuje požadavky kladené na jeho provoz obecně závaznými právními předpisy. Za zdravotnické zařízení se nepovažuje odborný léčebný ústav.

část A – Pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu

Článek 1 – Nároky z pojištění

1. Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že v pojistné smlouvě je sjednáno pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu.
2. Z pojištění vznikne pojištěnému právo na pojistné plnění – denní dávku tehdy, pokud je v době trvání pojištění přijat k hospitalizaci pod soustavným odborným dohledem kvalifikovaných lékařů na akutním lůžku lůžkového oddělení zdravotnického zařízení z důvodu, který je z lékařského hlediska nezbytný s ohledem na jeho nemoc, úraz, vzniklý nejdříve v den počátku pojištění, těhotenství nebo porod, a jeho hospitalizace trvala alespoň 24 hodin, resp. zahrnovala alespoň 1 noc.
3. Den přijetí pojištěného na akutní lůžko musí nastat nejdříve po uplynutí čekací doby. Toto ustanovení neplatí pro hospitalizaci pojištěného výlučně z důvodu úrazu, vzniklého nejdříve v den počátku pojištění.
4. Čekací doba se stanovuje na první 3 kalendářní měsíce od počátku pojištění. Zvláštní čekací doba v délce prvních 8 kalendářních měsíců od počátku pojištění se stanovuje pro hospitalizaci pojištěného z důvodu porodu nebo šestinedělí a z důvodu stomatologického ošetření, zhotovení zubních náhrad, stomatochirurgie a čelistní ortopedie.
5. Pro každou změnu pojištění, kterou došlo ke zvýšení denní dávky, se ujednává, že pojistitel je povinen poskytnout pojistné plnění z nové výše denní dávky až po uplynutí 3 kalendářních měsíců od data účinnosti změny, v případě hospitalizace pojištěného z důvodu těhotenství, umělého přerušení těhotenství, porodu, šestinedělí, stomatologického ošetření, zhotovení zubních náhrad, stomatochirurgie a čelistní ortopedie až po uplynutí 8 kalendářních měsíců od data účinnosti změny. Do uplynutí těchto lhůt se pojistné plnění stanovuje tak, jakoby ke zvýšení denní dávky nedošlo. Toto ustanovení neplatí pro hospitalizaci pojištěného výlučně z důvodu úrazu, vzniklého nejdříve v den počátku pojištění.

Článek 2 – Výluky z pojištění

1. Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že v pojistné smlouvě je sjednáno pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu.
2. V souladu s ustanovením čl. 9 odst. 2 VPP se pro pojištění ujednávají i následující výluky z pojištění uvedené v odst. 3 tohoto článku a dále v čl. 2 části C těchto DPP H.
3. Pojistitel neposkytne z pojištění pojistné plnění v těchto případech hospitalizace pojištěného z důvodu:
 - a) psychiatrické diagnózy,
 - b) sterilizace nebo umělého přerušení těhotenství pro jiný než zdravotní důvod,
 - c) provedení zákroku plastické chirurgie (včetně kosmetického zásahu) pro jiný než zdravotní důvod,
 - d) infekčního onemocnění nebo s ním souvisejícího doprovodného onemocnění způsobeného nesplněním povinnosti pojištěného podrobit se v souladu s platnými právními předpisy v určených termínech stanovenému druhu pravidelného očkování. Toto ustanovení neplatí pro případ, kdy k neprovedení očkování pojištěného došlo ze zákonem vymezených důvodů.
 - e) nemoci přenášené pohlavním stykem nebo s ní související doprovodné nemoci. Toto ustanovení neplatí pro případ přenosu infekce viru HIV v důsledku provedení krevní transfúze. Infekcí virem HIV v důsledku provedení krevní transfúze se rozumí prokázaná infekce HIV v důsledku příjmu krevní konzervy kontaminované virem HIV, podané pojištěnému během krevní transfúze provedené na území České republiky v době trvání pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu. Zdravotnické zařízení, které kontaminovanou krevní konzervu podalo, musí písemně svou odpovědnost za přenos viru HIV na pojištěného potvrdit.
 - f) nemoci z povolání.

část B – Pojištění pro případ hospitalizace následkem úrazu

Článek 1 – Nároky z pojištění

1. Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že v pojistné smlouvě je sjednáno pojištění pro případ hospitalizace následkem úrazu.
2. Z pojištění vznikne pojištěnému právo na pojistné plnění – denní dávku tehdy, pokud je v době trvání pojištění přijat k hospitalizaci pod soustavným odborným dohledem kvalifikovaných lékařů na akutním lůžku lůžkového oddělení zdravotnického zařízení z důvodu, který je z lékařského hlediska nezbytný s ohledem na jeho úraz, vzniklý nejdříve v den počátku pojištění, a jeho hospitalizace trvala alespoň 24 hodin, resp. zahrnovala alespoň 1 noc.

Článek 2 – Vyluky z pojištění

1. Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že v pojistné smlouvě je sjednáno pojištění pro případ hospitalizace následkem úrazu.
2. V souladu s ustanovením čl. 9 odst. 2 VPP se pro pojištění ujednávají i následující vyluky z pojištění uvedené v odst. 3 tohoto článku a v čl. 2 části C těchto DPP H.
3. Pojistitel neposkytne z pojištění pojistné plnění v těchto případech hospitalizace pojištěného:
 - a) způsobené mikrobiálními jedy nebo imunotoxickými látkami,
 - b) pro vznik nebo zhoršení kýly (hernií), bércových vředů, diabetických gangrén, nádorů všeho druhu a původu, vznik a zhoršení aseptických zánětů pochev šlachových, úponů svalových, těhových váčků a epikondylitid, ke kterým došlo následkem úrazu,
 - c) z důvodu infekční nemoci, i když byla přenesena zraněním,
 - d) jako následek diagnostických, léčebných a preventivních zákroků, které nebyly provedeny za účelem léčení následků úrazu,
 - e) z důvodu zhoršení již existující nemoci následkem úrazu,
 - f) z důvodu úrazu v důsledku nemoci,
 - g) z důvodu infarktu myokardu, cévní mozkové příhody a epilepsie a hospitalizace z důvodu úrazu, ke kterému v jejich důsledku došlo,
 - h) pro ploténkové a algické páteční syndromy a výhřezy plotének neúrazovým dějem a mikrotraumatem,
 - i) z důvodu úrazu v důsledku vrozené lomivosti kostí, metabolických poruch, patologických a únavaových zlomenin nebo v důsledku jiných vrozených vad nebo poruch.

část C – Společná ujednání pro pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu a pro pojištění pro případ hospitalizace následkem úrazu

Článek 1 – Nároky z pojištění

1. Není-li v článku 1 odst. 5 části A těchto DPP H nebo dále v tomto článku uvedeno jinak, denní dávka ve výši sjednané v pojistné smlouvě k datu počátku hospitalizace, resp. v případě hospitalizace výlučně z důvodu úrazu, vzniklého nejdříve v den počátku pojištění, k datu úrazu, náleží za každý den hospitalizace pojištěného počínaje dnem jeho přijetí na akutní lůžko a konče dnem ukončení jeho hospitalizace na akutním lůžku, vyjma dnů, po které byla hospitalizace pojištěného přerušena z důvodu propustky.
2. Denní dávka ve výši dvojnásobku částky sjednané v pojistné smlouvě náleží za každý i započatý den hospitalizace pojištěného na oddělení anesteziologicko-resuscitačním nebo oddělení intenzivní péče.
3. Denní dávka ve výši dvojnásobku částky sjednané v pojistné smlouvě náleží za každý den hospitalizace pojištěného počínaje dnem jeho přijetí na akutní lůžko a konče dnem ukončení jeho hospitalizace na akutním lůžku, pokud během ní byla pojištěnému provedena neodkladná operace. Jestliže během hospitalizace dojde k více neodkladným operacím, považují se pro účely pojištění za jedinou.
4. Pokud během hospitalizace nastanou okolnosti uvedené v odst. 2 a 3 tohoto článku současně, ustanovení odst. 2 tohoto článku se nepoužije.
5. Pro účely stanovení počtu dní hospitalizace se její první den (den přijetí k hospitalizaci) a její poslední den (den ukončení hospitalizace) považují za jeden den hospitalizace.
6. Překlad pojištěného mezi odděleními nebo odbornostmi během hospitalizace, ať v rámci jednoho či několika zdravotnických zařízení, není považován za její ukončení ani zahájení.
7. Výše pojistného plnění se stanoví vynásobením počtu dní hospitalizace částkou denní dávky. Počet dní a výše denní dávky se určí podle zásad uvedených v tomto článku.
8. Pojistitel poskytne pojistné plnění z pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu nejvýše za:
 - a) 14 kalendářních dní hospitalizace pojištěného v souvislosti s jedním těhotenstvím nebo umělým přerušením těhotenství,
 - b) 7 kalendářních dní hospitalizace pojištěného v souvislosti s jedním porodem.
9. Pokud nastanou okolnosti uvedené v odst. 8 tohoto článku do 1 roku od počátku pojištění, poskytne pojistitel pojistné plnění ve výši jedné poloviny.
10. Maximální počet dní, za které pojistitel poskytne pojistné plnění, je 730 dní za jednu pojistnou událost.

Článek 2 – Vyluky z pojištění

1. Pojistitel neposkytne z pojištění pojistné plnění v těchto případech:
 - a) hospitalizace pojištěného z důvodu, pro který byl během 2 let předcházejících počátku pojištění již hospitalizován či ambulantně léčen. Toto ustanovení platí po dobu prvních 2 let od počátku pojištění a neplatí pro hospitalizaci z důvodu těhotenství, umělého přerušení těhotenství, porodu, šestinedělí a pro hospitalizaci výlučně z důvodu úrazu, vzniklého nejdříve v den počátku pojištění.
 - b) hospitalizace pojištěného z jiného než léčebného, nebo diagnostického a léčebného, důvodu (např. ochranná či povinná léčba, sociální hospitalizace),
 - c) hospitalizace pojištěného z důvodu léčebné rehabilitace,
 - d) hospitalizace pojištěného pro úraz následkem nepřiměřené tělesné námahy,
 - e) hospitalizace pojištěného na vojenské posádkové ošetrovně, ve vězeňské nemocnici nebo vězeňské ošetrovně,
 - f) hospitalizace pojištěného mimo území členského státu Evropské unie,
 - g) sebeпоškození nebo úmyslné jednání pojištěného, včetně zneužití léků pojištěným nebo užívání léků pojištěným v rozporu s lékařským doporučením či vědomého nerespektování rad a doporučení lékaře, směřující k přijetí k hospitalizaci nebo k jejímu prodloužení,
 - h) hospitalizace pojištěného z důvodu nemoci nebo úrazu, které utrpěl při provozování bungee jumpingu, snowboardingu nebo lyžování mimo vyznačené tratě nebo mimo stanovenou dobu provozu na vyznačených tratích, letecké nebo lyžařské akrobacie, snowkitingu, landkitingu (apod.), snowraftingu, raftingu, canyoningu, cliffdivingu, potápění s dýchacím přístrojem, parašutismu, paraglidingu, base jumpingu, speleologii, horolezectví, vysokohorské turistiky (mimo turisticky značené cesty nebo s použitím horolezecké výstroje), alpinismu, skialpinismu, létání v motorových i bezmotorových letadlech s výjimkou státem licencovaných dopravců, létání v lehkých a ultralehkých letounech, na rogalu, kluzáku, v balónu, vzducholodi a při provozování dalších obdobných extrémních a adrenalinových sportů a činností,
 - i) hospitalizace pojištěného z důvodu nemoci nebo úrazu, které pojištěný utrpěl při přípravě na sport nebo výkonu sportu, na něž má uzavřenu profesionální smlouvu s výjimkou billiaru, bowlingu, curlingu, jógy, kulečnicku,
 - j) hospitalizace pojištěného z důvodu nemoci nebo úrazu, které utrpěl při výkonu některého z níže uvedených povolání, resp. činností - artista, dělník v těžkém průmyslu, elektro-mechanik silnoproudých vedení, hasič (i dobrovolný), hrobník, kaskadér, krotitel zvířete, lesní dělník, lešenář, malíř nebo natěrač nebo obkladač nebo čistič pracující ve výškách, námořník, nekvalifikované dělnické profese včetně stavebních, pilot, pokrývač, popelář, posunovač, potápeč, pracovník na pile, pracovník ozbrojených sil, pracovník silniční údržby, pyrotechnik, pracovník s výbušninami, slévač, speleolog, tavič, těžář ropy a plynu, tovární jezdec motorových vozidel nebo plavidel, stěhovák, tunelář, učitel bojových sportů, umývač oken, veškeré důlní profese (např. horník, důlní zámečník, důlní inženýr atd.),
 - k) hospitalizace pojištěného, během které svěvolně nebo na revers opustil zdravotnické zařízení, a všechny jeho následující hospitalizace pro stejnou příčinu nebo její komplikaci.

Článek 3 – Práva a povinnosti účastníků pojištění

1. V souladu s ustanovením čl. 11 odst. 11 VPP se pro pojištění ujednávají i práva a povinnosti účastníků pojištění uvedené v tomto článku.
2. Pojištěný je povinen:
 - a) bez zbytečného odkladu po ukončení hospitalizace předložit pojistiteli vyplněný tiskopis „Oznámení pojistné události – Hospitalizace pojištěného“ a závěrečnou lékařskou propouštěcí zprávu o průběhu léčby (hospitalizace),
 - b) dodržovat veškeré pokyny lékaře vztahující se k léčbě příčiny, pro kterou byl hospitalizován, dodržovat léčebný režim a vyloučit veškerá jednání, která mohou nepříznivě ovlivnit jeho zdravotní stav, průběh či délku hospitalizace,
 - c) vyžaduje-li to pojistitel, podrobit se na náklady pojistitele kontrolnímu vyšetření zdravotního stavu u lékaře, kterého pojistitel určí, a v jím určeném termínu,
 - d) umožnit pojistiteli získávat a zpracovávat veškerou zdravotní dokumentaci o své osobě, popř. tuto zdravotní dokumentaci pro pojistitele na jeho vyžádání zajistit a zprostit mlčenlivost všechny lékaře, kteří pojištěného léčili nebo vyšetřovali, a to i z jiných důvodů, než je pojistná událost, a zplnomocnit je k podání všech nutných informací pojistiteli,
 - e) zplnomocnit svou zdravotní pojišťovnu k poskytnutí všech informací, které si pojistitel vyžádá.
3. V případě hospitalizace trvající déle než 1 měsíc je pojištěný oprávněn písemně požádat pojistitele o poskytnutí zálohy na pojistné plnění. K žádosti musí doložit tiskopis uvedený v odst. 2 písm. a) tohoto článku a lékařskou zprávu o dosavadním průběhu hospitalizace. Po ukončení hospitalizace je pojištěný povinen splnit povinnost uvedenou v odst. 2 písm. a) tohoto článku.

Článek 4 – Další ujednání

1. Odchylně od článku 6 odst. 2 věty první VPP se ujednává, že pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu i pojištění pro případ hospitalizace následkem úrazu může ke konci každého pojistného období vypovědět každá ze smluvních stran.
2. Pro pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu platí ustanovení článku 3 odst. 4 části A ZPP.
3. Pro pojištění pro případ hospitalizace následkem úrazu platí ustanovení článku 3 odst. 5 části A ZPP.
4. Ujednává se, že je-li v pojistné smlouvě v souladu s článkem 1 odst. 3 části A ZPP jako další pojištění k základnímu pojištění sjednáno pojištění pro případ vážné choroby a zanikne-li toto pojištění v souladu s článkem 3 odst. 9 Doplňkových pojistných podmínek pro pojištění pro případ vážné choroby sjednané k životnímu pojištění FORTE ze dne 1. 12. 2009, spolu s ním k datu zániku pojištění pro případ vážné choroby zaniká i pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu, resp. pojištění pro případ hospitalizace následkem úrazu toho pojištěného, jehož pojištění pro případ vážné choroby tímto způsobem zaniklo.
5. Od všech ustanovení těchto DPP H se pojistitel může v pojistné smlouvě odchýlit, vyžadují-li to účel nebo povaha sjednaného pojištění.

DOPLŇKOVÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO POJIŠTĚNÍ DĚTÍ

sjednané k životnímu pojištění FORTE
ze dne 1. 12. 2009

Článek 1 – Úvodní ustanovení

- Pojištění dětí se řídí těmito Doplnkovými pojistnými podmínkami pro pojištění dětí sjednané k životnímu pojištění FORTE ze dne 1. 12. 2009 (dále jen „DPP PD“), ujednáními pojistné smlouvy, částí A Zvláštních pojistných podmínek pro životní pojištění FORTE platných k datu sjednání životního pojištění FORTE (dále jen „ZPP“) a částmi Doplnkových pojistných podmínek pro úrazová pojištění sjednaná k životnímu pojištění FORTE ze dne 1. 12. 2009 (dále jen „DPP U“) specifikovanými v člancích 1 až 3 části A těchto DPP PD, částmi Doplnkových pojistných podmínek pro pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu sjednané k životnímu pojištění FORTE ze dne 1. 12. 2009 (dále jen „DPP H“) specifikovanými v člancích 1 až 3 části B těchto DPP PD, částmi Doplnkových pojistných podmínek pro pojištění pro případ vážné choroby sjednané k životnímu pojištění FORTE ze dne 1. 12. 2009 (dále jen DPP VCH-N) specifikovanými v článku 2 odst. 3, 4, 6 a 7 části C těchto DPP PD a Všeobecnými pojistnými podmínkami pro životní pojištění ze dne 1. 12. 2009 (dále jen „VPP“).
- Právní vztahy neupravené výše uvedenými pojistnými podmínkami a ujednáními pojistné smlouvy se řídí příslušnými ustanoveními zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o pojistné smlouvě“), a ustanoveními souvisejících právních předpisů. Výše uvedené pojistné podmínky jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.
- V souladu s článkem 1 odst. 3 části A ZPP se pojištění dětí sjednává jako další pojištění k základnímu pojištění.
- Pojištění dětí zahrnuje:
 - pojištění pro případ trvalých následků úrazu
 - pojištění pro případ léčení úrazu
 - pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu
 - pojištění pro případ vážné choroby dítěte
- Pojištění dle odst. 4 písm. a) až d) tohoto článku jsou pojištěními obnosovými.
- Pojištění dle odst. 4 písm. a) až d) tohoto článku mohou být v pojistné smlouvě sjednána pouze pro pojištěného, který je v pojistné smlouvě určen jako pojištěné dítě (dále také jen „pojištěný“).

Část A – Pojištění pro případ trvalých následků úrazu a pojištění pro případ léčení úrazu

Článek 1 – Nároky z pojištění pro případ trvalých následků úrazu

- Ustanovení tohoto článku jakož i článku 3 této části DPP PD platí pouze v případě, že v pojistné smlouvě je v souladu s článkem 1 odst. 3 části A ZPP v rámci pojištění dětí sjednáno pojištění pro případ trvalých následků úrazu dle článku 1 – Úvodní ustanovení odst. 4 písm. a) těchto DPP PD a platí pouze pro toho pojištěného, pro něhož toto pojištění bylo sjednáno.
- Nároky z pojištění pro případ trvalých následků úrazu sjednaného v rámci pojištění dětí se řídí článkem 4 odst. 2 až 14 DPP U.

Článek 2 – Nároky z pojištění pro případ léčení úrazu

- Ustanovení tohoto článku jakož i článku 3 této části DPP PD platí pouze v případě, že v pojistné smlouvě je v souladu s článkem 1 odst. 3 části A ZPP v rámci pojištění dětí sjednáno pojištění pro případ léčení úrazu dle článku 1 – Úvodní ustanovení odst. 4 písm. b) těchto DPP PD a platí pouze pro toho pojištěného, pro něhož toto pojištění bylo sjednáno.
- Nároky z pojištění pro případ léčení úrazu sjednaného v rámci pojištění dětí se řídí článkem 5 odst. 2 až 11 DPP U.

Článek 3 – Výluky z pojištění pro případ trvalých následků úrazu a pro pojištění pro případ léčení úrazu

- V souladu s ustanovením článku 9 odst. 2 VPP se pro pojištění pro případ trvalých následků úrazu a pro pojištění pro případ léčení úrazu dle článku 1 odst. 4 písm. a) a b) těchto DPP PD ujednávají i následující výluky z pojištění, které jsou uvedeny v čl. 6 odst. 3 DPP U.

Část B – Pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu

Článek 1 – Nároky z pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu

- Ustanovení tohoto článku jakož i článku 2 a 3 této části DPP PD platí pouze v případě, že v pojistné smlouvě je v souladu s článkem 1 odst. 3 části A ZPP v rámci pojištění dětí sjednáno pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu dle článku 1 – Úvodní ustanovení odst. 4 písm. c) těchto DPP PD a platí pouze pro toho pojištěného, pro něhož toto pojištění bylo sjednáno.
- Nároky z pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu sjednaného v rámci pojištění dětí se řídí článkem 2 DPP H, článkem 1 části A DPP H a článkem 1 části C DPP H.
- Odchylně od čl. 1 odst. 10 části C DPP H se ujednává, že maximální počet dní, za které pojistitel poskytne pojistné plnění, je 365 dní za jednu pojistnou událost.

Článek 2 – Výluky z pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu

- V souladu s ustanovením článku 9 odst. 2 VPP se pro pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu dle článku 1 – Úvodní ustanovení odst. 4 písm. c) těchto DPP PD ujednávají i následující výluky z pojištění, které jsou uvedeny v článku 2 odst. 3 části A DPP H a v článku 2 odst. 1 části C DPP H.

Článek 3 – Práva a povinnosti účastníků pojištění

- Pro pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu dle článku 1 odst. 4 písm. c) těchto DPP PD se ujednávají práva a povinnosti účastníků pojištění uvedené v článku 3 části C DPP H.

Část C – Pojištění pro případ vážné choroby

Článek 1 – Nároky z pojištění pro případ vážné choroby

- Ustanovení tohoto článku jakož i článku 2 této části DPP PD platí pouze v případě, že v pojistné smlouvě je v souladu s článkem 1 odst. 3 části A ZPP v rámci pojištění dětí sjednáno pojištění pro případ vážné choroby dle článku 1 – Úvodní ustanovení odst. 4 písm. d) těchto DPP PD (dále jen „pojištění pro případ vážné choroby“) a platí pouze pro toho pojištěného, pro něhož toto pojištění bylo sjednáno.
- V případě, že u pojištěného je v době trvání pojištění pro případ vážné choroby, nejdříve však po uplynutí prvních tří kalendářních měsíců ode dne jeho počátku, stanovena diagnóza vážné choroby, která splňuje podmínky pojistné události dle článku 2 odst. 1 části C těchto DPP PD, vyplatí pojistitel pojištěnému pojistnou částku pro případ vážné choroby sjednanou v pojistné smlouvě k datu pojistné události.

Článek 2 – Vymezení nároku na pojistné plnění v případě pojistné události – vážné choroby

- Pojistná událost je pro účely vymezení pojistného plnění v případě vážné choroby definována následovně:
 - Pojistná událost nastane, je-li u pojištěného písemnou lékařskou zprávou specifikovanou v odst. 2 tohoto článku potvrzeno:
 - první stanovení diagnózy některého z onemocnění uvedených v odst. 2 písm. a) až b), písm. d), písm. f) až o), písm. r) až v) tohoto článku, nebo
 - první zařazení na čekací listinu pro orgánovou transplantaci podle odst. 2 písm. c) tohoto článku, nebo
 - první podstoupení chirurgického zákroku uvedeného v odst. 2 písm. e) a p) tohoto článku (dále jen „vážná choroba“) za podmínky, že onemocnění dle písm. a) tohoto odst. nebo onemocnění, které zapříčinilo zařazení pojištěného na čekací listinu dle písm. b) tohoto odst. nebo podstoupení chirurgického zákroku pojištěným dle písm. c) tohoto odst., bylo diagnostikováno nejdříve po uplynutí prvních tří kalendářních měsíců následujících po počátku pojištění pro případ vážné choroby a současně byly splněny podmínky uvedené v odst. 1.2 tohoto článku.
 - Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedených v odst. 2 písm. a), g), i), j), m), n), o), s), t), u), v) tohoto článku je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne stanovení diagnózy. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedených v odst. 2 písm. b) tohoto článku je nezbytné, aby 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 uvedených v odst. 2 písm. c) tohoto článku je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne zařazení na čekací listinu pro orgánovou transplantaci. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedených v odst. 2 písm. d) tohoto článku je nezbytná dialyzační léčba pojištěného trvající alespoň tři po sobě následující kalendářní měsíce. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedených v odst. 2 písm. e) a p) tohoto článku je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne podstoupení chirurgického zákroku. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedených v odst. 2 písm. f) tohoto článku je nezbytné oftalmologické lékařské vyšetření pojištěného provedené nejdříve po třech kalendářních měsících ode dne stanovení diagnózy a potvrzující její trvalost. Pro vznik

- pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 2 písm. h) tohoto článku je nezbytné, aby diagnóza přetrvávala alespoň 6 měsíců ode dne stanovení diagnózy odborným neurologem. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 2 písm. k) tohoto článku je nezbytné, aby neurologické následky přetrvávaly alespoň 3 kalendářní měsíce po stanovení diagnózy. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 2 písm. l) je nezbytné, aby zvýšená hladina jaterních enzymů byla zjištělná v krevním séru ještě alespoň šest kalendářních měsíců po skončení léčení virového zánětu jater. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 2 písm. r) je nezbytné, aby náležitá léčba trvala alespoň šest kalendářních měsíců od stanovení diagnózy odborným kardiologem.
- 1.3. Splnění podmínky uplynutí tří kalendářních měsíců od počátku pojištění pro případ vážné choroby dle článku 2 odst. 1 těchto DPP VCH-N a odst. 1.1 tohoto článku se nevyžaduje, došlo-li k vážné chorobě výlučně v důsledku úrazu prokazatelně vzniklého nejdříve v den počátku pojištění pro případ vážné choroby.
2. Pro účely sjednání pojištění pro případ vážné choroby a v souladu se zněním výše uvedených ustanovení tohoto článku se za vážnou chorobu při splnění níže uvedených podmínek považuje:
- 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 nerozvinuté 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 podle mezinárodní klasifikace nádorů TNM, resp. operačního protokolu, pokud byl proveden chirurgický zákrok. Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze zhoubného nádoru. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení na území České republiky.
 - 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 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 podvěšku mozkového a míchy. Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o provedení neurochirurgického zákroku, nebo lékařské potvrzení o trvalém neurologickém poškození přímo souvisejícím s neoperabilním nezhoubným nádorem. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení na území České republiky.
 - zařazením na čekací listinu pro orgánovou transplantaci**
Zařazením na čekací listinu pro orgánovou transplantaci se rozumí lékařské potvrzení o zařazení pojištěného na čekací listinu pro transplantaci jednoho z těchto výhradně lidských orgánů či jejich částí: srdce, plic, jater, ledviny, slinivky břišní nebo krevetvorných buněk, při níž bude pojištěný příjemcem transplantátu. Na transplantace ostatních orgánů či jejich částí se pojistná ochrana nevztahuje. Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o zařazení pojištěného na čekací listinu pro transplantaci. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení na území České republiky, které zařazení pojištěného na čekací listinu pro transplantaci provedlo.
 - chronické selhání ledvin**
Chronickým selháním ledvin se rozumí nezvratné selhání funkce obou ledvin či ledviny solitární, vyžadující trvalé a pravidelné dialyzační léčení pojištěného hemodialýzou nebo peritoneální dialýzou. Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o pravidelné dialyzační léčbě trvající alespoň tři po sobě následující kalendářní měsíce. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení na území České republiky.
 - operace aorty**
Operací aorty se rozumí operační výkon na aortě provedený v důsledku jejího roztržení, zúžení, aneurysmatu. Pro účel této definice se aortou rozumí hrudní a břišní aorta nikoli její větve. Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o provedení chirurgického zákroku a propouštěcí zpráva o hospitalizaci z důvodu této operace. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař zdravotnického zařízení na území České republiky.
 - 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. Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je oftalmologické lékařské vyšetření vystavené odborným lékařem nejdříve po třech kalendářních měsících od stanovení diagnózy slepoty u pojištěného a potvrzující její trvalost. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí být vystaven na území České republiky.
 - hluchota**
Hluchotou se rozumí úplná a klinicky ověřená nezvratná ztráta sluchového vjemu obou uší, způsobená akutním nebo chronickým onemocněním. Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze hluchoty doložené audiometrickým vyšetřením s tympanometrií, a při jakémkoliv rozporu i vyšetřením kmenových evokovaných potenciálů (BĚRA). Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař otorinolaryngolog na území České republiky.
 - paraplegie, tetraplegie, hemiplegie**
Paraplegií, tetraplegií a hemiplegií se rozumí úplné a trvalé ochrnutí obou dolních, obou horních nebo všech končetin nebo poloviny těla s úplným a trvalým přerušením vodivosti míchy pro vlákna zajišťující hybnost. Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze paraplegie nebo tetraplegie nebo hemiplegie, nejdříve 6 měsíců od data stanovení diagnózy paraplegie, tetraplegie a hemiplegie. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař neurologického zdravotnického zařízení.
 - koma**
Komatem se rozumí stav hlubokého bezvědomí bez reakce na vnější či vnitřní podněty, který trvá nepřetržitě nejméně 96 hodin. Během této doby musí být uměle udržována některá ze základních životních funkcí. Následkem musí být prokazatelné trvalé poškození v klinickém neurologickém nálezu. Pojistná ochrana se nevztahuje na umělé koma (dlouhodobá narkóza) navozené medikamentózně pro léčebné účely. Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze koma. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař neurologického zdravotnického zařízení na území České republiky.
 - poliomyelitida**
Poliomyelitidou se rozumí akutní infekce virem poliomyelitidy, která způsobí trvalé zdravotní postižení. Diagnóza musí být potvrzena neurologem a doložena průkazem infekce v séru a likvoru. Pojistná ochrana se nevztahuje na Guillan-Barré syndrom. Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze poliomyelitida. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař neurologického zdravotnického zařízení na území České republiky.
 - meningitida, encefalitida**
Meningitidou či encefalitidou se rozumí zánět mozkové tkáně nebo mozkových blan vyvolaný virovou nebo bakteriální infekcí. Pojistná ochrana se vztahuje pouze na onemocnění, které způsobilo trvalé a nevratné neurologické poškození. Diagnóza musí být potvrzena neurologem na základě zobrazovacích diagnostických metod a průkazu infekčního agens. Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze meningitidy či encefalitidy, nejdříve po třech kalendářních měsících po stanovení diagnózy meningitidy či encefalitidy. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař neurologického zdravotnického zařízení na území České republiky.
 - virová hepatitida**
Virovou hepatitidou se rozumí zánět jaterní tkáně způsobený virem hepatitidy. Pojistná ochrana se vztahuje pouze na případy, kdy je pojištěný v době trvání pojištění infikován virem hepatitidy prokázáným metodou PCR a jaterní enzymy jsou zvýšené nejméně 4x nad fyziologickou hladinu. Zvýšená hladina jaterních enzymů musí být zjištělná v krevním séru ještě alespoň šest měsíců po skončení léčení virového zánětu jater. Pojistná ochrana se nevztahuje na onemocnění způsobené přenesením viru z matky na plod. Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze virové hepatitidy nejdříve však po šesti kalendářních měsících po skončení léčení virového zánětu jater. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař zdravotnického zařízení na území České republiky.

m) aplastická anemie

Aplastickou anémií se rozumí porucha krvetvorné funkce kostní dřeně projevující se pancytopenií v periferní krvi potvrzená vyšetřením kostní dřeně. Pojistná ochrana se vztahuje pouze na případy, kdy byla aplastická anemie léčena aplikací imunosupresivních látek nebo transplantací kostní dřeně. Diagnóza musí být potvrzena odborným hematologem. Pojistná ochrana se nevztahuje na aplastickou anémii vzniklou následkem léčby antibiotiky, nesteroidními antirevmatiky, zlatem, radiačním zářením, chemoterapií apod., na všechny vrozené aplastické anémie a aplastickou anémii u dítěte, kterému bylo před počátkem pojištění diagnostikováno nádorové onemocnění.

Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze aplastické anémie. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit hematolog na území České republiky.

n) diabetes mellitus I. typu

Diabetem mellitem I. typu se rozumí autoimunitní diabetes mellitus I. typu s pozitivním nálezem příslušných autoprotilátek.

Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze diabetes mellitus I. typu. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit diabetolog na území České republiky.

o) syndrom krátkého střeva

Syndromem krátkého střeva se rozumí onemocnění, které je léčeno podáváním umělé parenterální výživy po dobu alespoň jednoho roku.

Pojištěný je povinen pojistiteli předložit tiskopis „Potvrzení diagnózy – oznámení pojistné události“, jehož součástí jsou lékařské zprávy s popisem základního onemocnění, které bylo diagnostikováno za doby trvání pojištění. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař zdravotnického zařízení na území České republiky.

p) operace srdeční chlopně

Operací srdeční chlopně se rozumí operace provedená přes otevřený hrudník za účelem léčebného zákroku na srdeční chlopní doložená operačním protokolem z kardiologického pracoviště

Pojištěný je povinen pojistiteli předložit tiskopis „Potvrzení diagnózy – oznámení pojistné události“, jehož součástí je operační protokol z kardiologického pracoviště. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit kardiolog zdravotnického zařízení na území České republiky.

r) získané chronické srdeční onemocnění

Získaným chronickým srdečním onemocněním se rozumí získané onemocnění srdce, které se projevuje funkčním postižením, které dosáhne minimálně stupně III. dle klasifikace NYHA a náležitá léčba onemocnění trvala alespoň 6 měsíců. Pojistná ochrana se nevztahuje na onemocnění vzniklá v důsledku defektu v srdečním septu a na případy, kdy byla u pojištěného diagnostikována revmatická horečka před počátkem pojištění vážných chorob.

Pojištěný je povinen pojistiteli předložit tiskopis „Potvrzení diagnózy – oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze získané srdeční onemocnění. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný kardiolog zdravotnického zařízení na území České republiky.

s) astma

Astmatem se rozumí onemocnění, které jeví trvalé klinické příznaky těžkého nebo středně těžkého astmatu. Pojistná ochrana se vztahuje pouze na případy, kdy je potřeba trvalé léčby bronchodilatačními léky či trvalém podávání inhaledních kortikoidů plicní funkční vyšetření vykazuje trvalou odchylku FEV1 ≤ 60%.

Pojištěný je povinen pojistiteli předložit tiskopis „Potvrzení diagnózy – oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze astma. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný pneumolog zdravotnického zařízení na území České republiky.

t) epilepsie

Epilepsií se rozumí záchvatovitá přechodná porucha mozkové činnosti, která se projevuje poruchou vědomí. Pojistná ochrana se vztahuje pouze na případy, kdy se vyskytuje více než jeden záchvat grand mal za 30 dní po dobu 12 měsíců. Pojistná ochrana se nevztahuje na případy, kdy byla diagnóza epilepsie diagnostikována v souvislosti s příčinami a symptomy, jako například úrazem hlavy, zánětlivým onemocněním nebo infekcí mozku, chirurgickým zákrokem na mozku, nádorem mozku, které nastaly před počátkem pojištění a hypoxií během porodu pojištěného.

Pojištěný je povinen pojistiteli předložit tiskopis „Potvrzení diagnózy – oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze epilepsie. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný neurolog zdravotnického zařízení na území České republiky.

u) revmatická horečka

Revmatickou horečkou se rozumí onemocnění s přetrvávajícími srdečními komplikacemi, které vede k trvalému chronickému srdečnímu selhání, jež dosahuje minimálně stupně III dle funkční klasifikace NYHA. Pojistná ochrana se nevztahuje na případy, kdy trpěl pojištěný před počátkem pojištění chlopní vadou jakéhokoliv původu.

Pojištěný je povinen pojistiteli předložit tiskopis „Potvrzení diagnózy – oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze revmatická horečka. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný kardiolog zdravotnického zařízení na území České republiky.

v) tetanus

Tetanem se rozumí akutní infekce způsobená bakterií Clostridium tetani.

Pojištěný je povinen pojistiteli předložit tiskopis „Potvrzení diagnózy – oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze tetanus. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař zdravotnického zařízení na území České republiky.

3. Kromě povinností uvedených v odst. 2 tohoto článku se pro pojištění pro případ vážné choroby dle článku 1 odst. 4 písm. d) těchto DPP PD ujednávají práva a povinnosti účastníků pojištění uvedené v článku 3 odst. 3 DPP VCH-N.
4. V souladu s ustanovením článku 9 odst. 2 VPP se pro pojištění pro případ vážné choroby dle článku 1 odst. 4 písm. d) těchto DPP PD ujednávají i následující vyluky z pojištění:
- 4.1 Pojistitel neposkytne pojistné plnění z pojištění pro případ vážné choroby v případech, které jsou uvedeny v článku 3 odst. 4.1, 4.2 kromě písm. d), 4.3 DPP VCH-N.
- 4.2 Pojistitel neposkytne pojistné plnění z pojištění pro případ vážné choroby v případech, kdy k pojistné události došlo v přímé souvislosti s nedodržením státního očkovacího kalendáře.
- 4.3 Pojistitel neposkytne pojistné plnění z pojištění pro případ vážné choroby v případech, kdy vážná choroba vznikla v důsledku narození pojištěného před 37. týdnem gravidity.
5. V souladu s ustanovením článku 10 odst. 2 VPP je pojistitel oprávněn přiměřeně snížit pojistné plnění z pojištění pro případ vážné choroby i v případech, mělo-li vědomé porušení povinností uvedených v odst. 2 tohoto článku a v článku 3 odst. 3 písm. c) až g) DPP VCH-N podstatný vliv na vznik pojistné události vážné choroby nebo na zvětšení rozsahu následků této pojistné události, nebo bylo-li znemožněno šetření nutné ke zjištění rozsahu povinnosti pojistitele plnit. Pojistitel sníží pojistné plnění podle toho, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinnosti plnit.
6. Nastala-li u pojištěného pojistná událost dle odst. 1 tohoto článku a pojistitel za ni neposkytl pojistné plnění v souladu s ustanoveními článku 9 odst. 1 VPP nebo v souladu s ustanovením odst. 4.1 článku 3 DPP VCH-N, pojištění pro případ vážné choroby zaniká.
7. Nastala-li u pojištěného pojistná událost dle odst. 1 tohoto článku a pojistitel za ni neposkytl pojistné plnění v souladu s ustanovením odst. 4.2 a 4.3 článku 3 DPP VCH-N a odst. 4.2 a 4.3 tohoto článku, pojištění pro případ vážné choroby pokračuje beze změn.
8. Nastala-li u pojištěného pojistná událost dle odst. 1 tohoto článku a pojistitel za ni poskytl pojistné plnění v souladu s ustanovením článku 1 odst. 1 části C DPP PD, pojištění pro případ vážné choroby zaniká.
9. Byla-li u pojištěného během prvních tří kalendářních měsíců následujících po počátku pojištění pro případ vážné choroby stanovena diagnóza některého z onemocnění uvedených v odst. 2 písm. a) až b), písm. d), písm. f) až o), písm. r) až v) tohoto článku nebo diagnóza onemocnění, které zapříčinilo zařazení na čekací listinu podle odst. 2 písm. c) tohoto článku nebo podstoupení chirurgického zákroku podle článku 3 odst. 2 písm. e) a p) tohoto článku, pojištění pro případ vážné choroby zaniká k datu stanovení diagnózy.

Část D – Společná ujednání pro pojištění dětí

Článek 1 – Společná další ujednání

1. Odchylně od článku 6 odst. 2 věty první VPP se ujednává, že pojištění dětí dle článku 1 – Úvodní ustanovení odst. 4 písm. a) až d) může ke konci každého pojistného období vypovědět každá ze smluvních stran.
2. Pro pojištění dle článku 1 – Úvodní ustanovení odst. 4 písm. a) až d) platí ustanovení článku 3 odst. 5 části A ZPP.
3. Od všech ustanovení těchto DPP PD se pojistitel může v pojistné smlouvě odchytil, vyžadují-li to účel nebo povaha sjednaného pojištění.

