

ČSOB ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ OPTIMAL

Článek 1 Úvodní ustanovení

1. Tyto zvláštní pojistné podmínky jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy pro univerzální životní pojištění - ČSOB univerzální finanční plán (dále jen "pojištění"), které sjednává ČSOB Pojišťovna a.s. (dále jen "pojistitel").
2. Toto pojištění se dále řídí Všeobecnými pojistnými podmínkami pro investiční životní pojištění a univerzální životní pojištění ze dne 1.12.2001 (dále jen "všeobecné pojistné podmínky") a příslušnými ustanoveními občanského zákoníku.
3. Vztahují-li tyto zvláštní pojistné podmínky některé nároky z pojištění k věku pojištěného a je-li pojištění sjednáno jako pojištění dvojice, posuzuje pojistitel věk pojištěného podle toho z pojištěných, který je starší.

Článek 2 Pojmy

Pojmy použité v pojištění a nespecifikované všeobecnými pojistnými podmínkami jsou vymezeny následovně:

Hodnota pojištění:	Hodnota individuální rezervy vytvořené na základě zaplacení běžného, dodatečného běžného a mimořádného pojištění, včetně připsaných podílů na zisku.
Výročí:	Výroční den počátku pojištění.
Pojistný rok:	Rok začínající běžet v den počátku pojištění nebo na výročí.
Sazebník:	Aktuální sazebník poplatků a dalších náležitostí vztahujících se k tomuto pojištění, dostupný na všech obchodních místech pojistitele.

POJISTNÉ PLNĚNÍ

Pojistné plnění z pojištění vyplácí pojistitel v souladu s čl. 3 - 6 těchto pojistných podmínek a v závislosti na tom, které druhy plnění byly sjednány v pojistné smlouvě. Pojistné plnění z pojistných událostí dle článku 4 - 6, byla-li v pojistné smlouvě sjednána, vyplácí pojistitel pouze tehdy, nastane-li pojistná událost do výročí pojištění v roce, v němž pojištěný dosáhne 60-ti let věku. Pojistné plnění z pojištění vyplácí pojistitel pouze jednou a to z té pojistné události, která nastane dříve; touto pojistnou událostí zanikají i všechna pojištění sjednaná dle čl. 3 - 6, ostatní nároky vyplývající z pojištění zanikají až výplatou pojistného plnění. Toto platí i v případě, že pojištění je sjednáno jako pojištění dvojice.

Článek 3 Pojistné plnění pro případ smrti

1. Ustanovení tohoto článku se použijí pouze v případě, že je v pojistné smlouvě sjednáno pojistné plnění pro případ smrti.
2. V případě úmrtí pojištěného v době trvání pojištění pojistitel vyplácí pojistnou částku sjednanou v pojistné smlouvě sníženou o nezaplacené běžné a dodatečné běžné pojistné, nebo hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného stanovenou v den oficiálního oznámení pojistné události, je-li tato vyšší než sjednaná pojistná částka.
3. Bylo-li v průběhu pojištění zaplacené mimořádné pojistné, vyplácí pojistitel při úmrtí pojištěného navíc k pojistnému plnění určenému podle odst. 2 i hodnotu pojištění vytvořenou ke dni oficiálního oznámení pojistné události vytvořenou na základě zaplaceného mimořádného pojistného.
4. Je-li pojištění sjednáno jako pojištění dvojice, vyplácí pojistitel pojistné plnění pouze za toho z pojištěných, u nějž nastane pojistná událost dříve. Nastane-li pojistná událost současně, vyplácí pojistitel pojistné plnění pouze za jednoho z pojištěných.

Článek 4 Pojistné plnění pro případ vážné nemoci

1. Ustanovení tohoto článku se použijí pouze v případě, že je v pojistné smlouvě sjednáno pojistné plnění pro případ vážné nemoci.
2. V případě, že u pojištěného je v době trvání pojištění, nejdříve však po uplynutí prvních šesti kalendářních měsíců od počátku pojištění, stanovena první diagnóza vážné nemoci, která splňuje podmínky pojistné události dle odst. 5 tohoto článku, vyplácí pojistitel pojištěnému pojistnou částku sjednanou v pojistné smlouvě sníženou o nezaplacené běžné a dodatečné běžné pojistné, nebo hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného stanovenou v den oficiálního oznámení pojistné události, je-li tato vyšší než sjednaná pojistná částka.
3. Bylo-li v průběhu pojištění zaplacené mimořádné pojistné, vyplácí pojistitel navíc k pojistnému plnění určenému podle odst. 2 tohoto článku i hodnotu pojištění vytvořenou ke dni oficiálního oznámení pojistné události na základě zaplaceného mimořádného pojistného.
4. Je-li pojištění sjednáno jako pojištění dvojice, vyplácí pojistitel pojistné plnění pouze tomu z pojištěných, u nějž nastane pojistná událost dříve.
5. Pojistná událost je při sjednání pojistného plnění pro případ vážné nemoci definována následovně
 - 5.1. Pojistná událost nastane, je-li písemnou lékařskou zprávou dále specifikovanou v odst. 6 tohoto článku
 - a) u pojištěného potvrzeno první stanovení diagnózy některého onemocnění uvedeného v odst. 6 písm. a) až e), písm. h) až j) tohoto článku, nebo
 - b) potvrzeno zařazení pojištěného na čekací listinu pro orgánovou transplantaci podle odst. 6 písm. f) tohoto článku, nebo
 - c) potvrzeno první podstoupení chirurgického zákroku uvedeného v odst. 6 písm. g) tohoto článku pojištěným (dále jen "vážná nemoc") 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 šesti kalendářních měsíců od počátku pojištění a současně byly splněny podmínky uvedené v odst. 5.2 tohoto článku.
 - 5.2. Pro vznik pojistné události v případě vážné nemoci uvedené v odst. 6 písm. a), c), i) a j) se vyžaduje, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne stanovení diagnózy. Pro vznik pojistné události v případě vážné nemoci uvedené v odst. 6 písm. b) se vyžaduje přetrvávání neurologického nálezu u pojištěného po dobu alespoň tří kalendářních měsíců následujících ode dne stanovení diagnózy. Pro vznik pojistné události v případě vážné nemoci uvedené v odst. 6 písm. d) se vyžaduje, 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 nemoci uvedené v odst. 6 písm. e) se vyžaduje dialyzační léčba pojištěného trvajících alespoň tři po sobě následující kalendářní měsíce. Pro vznik pojistné události v případě vážné nemoci uvedené v odst. 6 písm. h) se vyžaduje oftalmologické lékařské vyšetření pojištěného provedené nejdříve po třech kalendářních měsících ode dne stanovení diagnózy a potvrzující její trvalost.
 - 5.3. Splnění podmínky uplynutí šesti kalendářních měsíců od počátku pojištění podle odst. 2 a 5.1 tohoto článku se nevyžaduje, došlo-li k vážné nemoci výlučně v důsledku úrazu, vzniklého nejdříve v den počátku pojištění.
6. Pro účely sjednání pojistného plnění pro případ vážné nemoci a v souladu se zněním výše uvedených ustanovení tohoto článku se za vážnou nemoc při splnění níže uvedených podmínek považuje:
 - a) infarkt myokardu
Infarktem myokardu se rozumí diagnóza akutního infarktu myokardu, potvrzená propouštěcí zprávou z kardiologického či interního oddělení a obsahující nálezy akinézy 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 (příp. osoba, která žádá jménem pojištěného o pojištění plnění a je k tomuto úkonu pojištěným písemně zplnomocněna - dále jen "zplnomocněná osoba") je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis "Oznámení pojistné události", jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze akutního infarktu myokardu, a propouštěcí zpráva o hospitalizaci z důvodu této diagnózy. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař kardiologického, nebo interního zdravotnického zařízení, v němž byl pojištěný hospitalizován.

b) 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 (příp. zplnomocněná osoba) je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis "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. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař neurologického zdravotnického zařízení.

c) rakovina

Rakovinou se rozumí onemocnění způsobené zhoubným nádorem, charakterizované nekontrolovatelným a invazivním růstem nádorových buněk s tendencí ke vzniku metastáz.

Pojistná ochrana se vztahuje i na zhoubný melanom kůže od klasifikačního stupně TNM 2-0-0, kožní T-lymfom od II. stádia, leukémii a zhoubné nádory mízního systému. Pojistná ochrana se nevztahuje na ostatní typy rakoviny kůže, Hodgkinovu chorobu v I. stádiu, polycytemia vera, všechny nádory histologicky popsané jako premalignity či pouze počínající nebo 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 (příp. zplnomocněná osoba) je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis "Oznámení pojistné události", jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze zhoubného nádoru. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení.

d) nezhoubný nádor mozku

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

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

Pojištěný (příp. zplnomocněná osoba) je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis "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. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení, které léčbu pojištěného provádí.

e) chronické selhání ledvin

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

Pojištěný (příp. zplnomocněná osoba) je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis "Oznámení pojistné události", jehož součástí je lékařské potvrzení o pravidelné dialyzační léčbě trvající alespoň tři po sobě následující kalendářní měsíce. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení, které tuto léčbu pojištěného provádí.

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 krvetvorných buněk, při níž bude pojištěný příjemcem transplantátu. Na transplantaci ostatních orgánů či jejich částí se pojistná ochrana nevztahuje.

Pojištěný (příp. zplnomocněná osoba) je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis "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

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

Pojištěný (příp. zplnomocněná osoba) je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis "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. Lékařské potvrzení i vyšetření musí vystavit odborný lékař kardiologického zdravotnického zařízení.

h) slepota

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

Pojištěný (příp. zplnomocněná osoba) je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis "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.

i) hluchota

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

Pojištěný (příp. zplnomocněná osoba) je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis "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). Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař otorinolaryngolog.

j) infekce virem 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 vedlejšího pojištění. Zdravotnické zařízení, které kontaminovanou krevní konzervu podalo, musí písemně svou odpovědnost za přenos viru HIV na pojištěného potvrdit.

Pojištěný (příp. zplnomocněná osoba) je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis "Oznámení pojistné události", jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze HIV/AIDS a lékařské potvrzení dokládající, že příčinou infekce virem HIV nebo onemocněním AIDS je transfúze infikované krevní 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.

7. Kromě povinností uvedených v odst.6 tohoto článku je pojištěný dále povinen:

- a) písemně oznámit pojistiteli na jeho tiskopisu vznik pojistné události, a to bez zbytečného odkladu (povinnost stanovenou v tomto odstavci může za pojištěného splnit zplnomocněná osoba),

- b) dodržovat veškeré pokyny lékaře vztahující se k léčbě vážné nemoci, k léčebnému režimu a vyloučit veškerá jednání, která brání uzdravení,
 - c) vyžaduje-li to pojistitel, podrobí se na náklady pojistitele dodatečnému vyšetření zdravotního stavu u lékaře, kterého pojistitel určí, a v jím určeném termínu,
 - d) dodat pojistiteli všechny doklady, zprávy a posudky, které si pojistitel při pojistné události i kdykoliv v průběhu pojištění vyžádá, a to bez zbytečného odkladu,
 - e) umožnit pojistiteli získávat a zpracovávat veškerou zdravotní dokumentaci 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,
 - f) zplnomocnit svou zdravotní pojišťovnu k poskytnutí všech informací, které si pojistitel vyžádá.
8. Nad rámec čl. 14 všeobecných pojistných podmínek, se ujednává:
- 8.1. Pojistné plnění pro případ vážné nemoci se vztahuje na pojistné události vymezené pojistnou smlouvou, které nastanou kdekoli, s výjimkou pojistných událostí uvedených v odst. 6 písm. f), g) a j) tohoto článku, které musí nastat na území České republiky.
 - 8.2. Pojistitel není povinen plnit v případech, kdy vážná nemoc nesplňuje podmínky dle odst. 5.1 tohoto článku, s výjimkou ust. odst. 5.3.
 - 8.3. Pojistitel není dále povinen plnit v případech, kdy k pojistné události dojde v přímé souvislosti s:
 - a) úmyslným jednáním pojištěného směřujícím k vyvolání vážné nemoci, k jejímu zhoršení, sebepoškození nebo sebevraždě,
 - b) působením ionizačního záření nebo účinků jaderné energie na pojištěného při práci v uranových dolech, jaderných elektrárnách a při práci s azbestem, s výjimkou případů, kdy je tomuto riziku vystaven lékař nebo zdravotnický personál při výkonu povolání nebo pojištěný v rámci léčebného procesu pod lékařským dohledem,
 - c) infekcí virem HIV či onemocněním AIDS, s výjimkou případů přenosu infekce viru HIV v důsledku provedení krevní transfúze podle odst. 6 písm. j) tohoto článku,
 - d) se zneužitím léků pojištěným nebo užíváním léků pojištěným bez lékařského doporučení nebo v rozporu s lékařským doporučením či úmyslným nerespektováním rad a doporučení lékaře pojištěným,
 - e) válečnými událostmi všeho druhu nebo občanskou válkou, s výjimkou účasti pojištěného v mírových operacích pod velením NATO v souladu s mandátem OSN,
 - f) aktivní účasti pojištěného na straně iniciátora občanských nepokojů, vzpour nebo výtržností,
 - g) přípravou, pokusem nebo spácháním trestné či protizákonné činnosti pojištěným, pro kterou byl pravomocným rozhodnutím soudu uznán vinným,
 - h) požitím alkoholu nebo jiných návykových, omamných či toxických látek a jedů pojištěným,
 - i) úrazem, který pojištěný utrpěl při řízení motorového vozidla, pro něž neměl řidičské oprávnění,
 - j) 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.
 - 8.4. Mělo-li vědomé porušení povinností uvedených v odst. 6 a v odst. 7 písm. b) až f) tohoto článku podstatný vliv na vznik pojistné události nebo na zvětšení rozsahu následků pojistné události, je pojistitel oprávněn pojištěnému snížit pojistné plnění podle toho, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinností plnit.

Článek 5 Pojistné plnění pro případ trvalé plně invalidity následkem nemoci

1. Ustanovení tohoto článku se použijí pouze v případě, že je v pojistné smlouvě sjednáno pojistné plnění pro případ trvalé plně invalidity následkem nemoci.
2. Stale-li se pojištěný v době trvání pojištění, nejdříve však po dvou letech od počátku pojištění, plně invalidním ve smyslu platných právních předpisů o sociálním zabezpečení, a to následkem nemoci vzniklé nejdříve v den počátku pojištění nezávisle na jakýchkoliv dřívějších příčinách a potvrdí-li tuto skutečnost lékař k tomu určený pojistitelem, pojistitel vyplatí pojistnou částku sjednanou v pojistné smlouvě sníženou o nezaplacené běžné a dodatečné běžné pojistné, nebo hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného stanovenou v den oficiálního oznámení pojistné události, je-li tato vyšší než sjednaná pojistná částka.
3. Bylo-li v průběhu pojištění zaplaceno mimořádné pojistné, vyplatí pojistitel navíc k pojistnému plnění určenému podle odst. 2 tohoto článku i hodnotu pojištění vytvořenou ke dni oficiálního oznámení pojistné události na základě zaplaceného mimořádného pojistného.
4. Je-li pojištění sjednáno jako pojištění dvojice, vyplatí pojistitel pojistné plnění pouze jednou a to tomu z pojištěných, u něž nastane pojistná událost dříve.

Článek 6 Pojistné plnění pro případ trvalé plně invalidity následkem úrazu

1. Stale-li se pojištěný v době trvání pojištění plně invalidním ve smyslu platných právních předpisů o sociálním zabezpečení, a to následkem úrazu nastalého nejdříve v den počátku pojištění nezávisle na jakýchkoliv dřívějších příčinách a potvrdí-li tuto skutečnost lékař k tomu určený pojistitelem, pojistitel vyplatí pojistnou částku sjednanou v pojistné smlouvě sníženou o nezaplacené běžné a dodatečné běžné pojistné, nebo hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného stanovenou v den oficiálního oznámení pojistné události, je-li tato vyšší než sjednaná pojistná částka.
2. Bylo-li v průběhu pojištění zaplaceno mimořádné pojistné, vyplatí pojistitel navíc k pojistnému plnění určenému podle odst. 1 tohoto článku i hodnotu pojištění vytvořenou ke dni oficiálního oznámení pojistné události na základě zaplaceného mimořádného pojistného.
3. Je-li pojištění sjednáno jako pojištění dvojice, vyplatí pojistitel pojistné plnění pouze jednou a to tomu z pojištěných, u něž nastane pojistná událost dříve.

ZMĚNY POJISTNÉ ČÁSTKY A GARANCE

Článek 7 Změny pojistné částky

1. Pojistník je oprávněn snížit pojistnou částku nebo ji zvýšit, a to v rámci limitů stanovených pojistitelem. Tato změna pojistné částky je možná, pouze pokud byly řádně uhrazeny všechny předepsané splátky běžného a dodatečného běžného pojistného a pokud pojištění nebylo převedeno na pojištění bez placení pojistného podle článků 16, resp. 14. Pojistitel je oprávněn podmínit navýšení pojistné částky prokázáním vyhovujícího zdravotního stavu pojištěného.
2. Pokud dojde ke změně pojistné částky podle odst. 1, pojistitel vydá pojistníkovi novou pojistku. Změna pojistné částky je platná počínaje datem uvedeným na této nové pojistce.
3. Jsou-li v pojistné smlouvě sjednána další pojistná plnění, jejich pojistná částka bude upravena shodně se změnou pojistné částky podle odst. 1. Pokud by taková změna přesáhla limit stanovený pojistitelem, upraví se pojistná částka pro pojistná plnění pouze na úroveň tohoto limitu.

Článek 8 Garance a vyhodnocení postačitelosti

1. Do výročí v roce, v němž pojištěný dosáhne 60-ti let věku, pojistitel garantuje pojistnou částku sjednanou v pojistné smlouvě, ale pouze za předpokladu, že jsou řádně a včas hrazeny všechny předepsané splátky běžného a dodatečného běžného pojistného a že v průběhu pojištění nedošlo ke změně pojistného rizika.
2. Vyplacení části hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného podle článku 18 nebo zahájení pravidelných výplat z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného podle článku 19 jsou považovány za změnu pojistného rizika.
3. Nezanikne-li pojištění v souladu s těmito pojistnými podmínkami do výročí v roce, v němž pojištěný dosáhne 60-ti let věku, a trvá-li pojištění i po tomto datu, vyhrazuje si pojistitel právo provést pojistné matematické vyhodnocení parametrů pojištění (zejm. pojistného a pojistné částky) z hlediska postačitelosti. Pokud jsou parametry pojištění vyhovující, pojistitel prodlouží garanci pojistné částky a pojistného vždy na dalších 5 pojistných let, kdy provede další takové vyhodnocení postačitelosti.
4. Pokud pojistitel shledá parametry pojištění nepostačujícími, je v souvislosti s prodloužením garance oprávněn požadovat zvýšení pojistného nebo snížení pojistné částky. Pokud pojistník odmítne požadavek pojistitele, pojištění pokračuje beze změn do doby, kdy hodnota pojištění vytvořená na základě běžného a dodatečného běžného pojistného je postačující ke krytí poplatků spojených s pojištěním. Okamžikem, kdy hodnota pojištění je nulová, pojištění zaniká bez náhrady.
5. Nové parametry pojištění je pojistitel povinen pojistníkovi oznámit písemně nejméně dva měsíce před daným výročím. Pojistník má právo návrh pojistitele písemně odmítnout nejpozději do jednoho měsíce před výročím.

POJISTNÉ

Článek 9 Běžné a dodatečné běžné pojistné

- Pojistník je povinen platit běžné pojistné ve sjednané výši uvedené v poslední pojistce.
- Běžné pojistné se platí za dohodnutá pojistná období. První pojistné období začíná v den počátku pojištění.
- Pojistník je na základě písemné žádosti oprávněn zvýšit běžné pojistné o více než o částku určenou podle článku 11, za předpokladu, že toto dodatečné navýšení není nižší než minimum stanovené pojistitelem. Na navýšené běžné pojistné (dále jen "dodatečné běžné pojistné") se vztahují předpisy pojistitele platné v době navýšení. Změna výše běžného pojistného bude provedena k datu indexace, pokud bude písemná žádost o tuto změnu doručena pojistiteli alespoň 30 dní před tímto datem.
- Při navýšení běžného pojistného dle odst. 3 se úprava pojistné částky řídí předpisy pojistitele a ustanoveními článku 7, odst. 1. Pojistitel je oprávněn odmítnout navýšení běžného pojistného.

Článek 10 Mimořádné pojistné

- Pojistník je oprávněn kdykoliv požádat o zaplacení mimořádného pojistného, pokud je běžné a dodatečné běžné pojistné řádně placeno a pokud nebylo pojištění převedeno na pojištění bez placení pojistného podle článků 16, resp. 14. Mimořádné pojistné musí být zaplaceno ve formě stanovené pojistitelem a nesmí být nižší než minimum stanovené pojistitelem. Pojistitel má rovněž právo žádost pojistníka o zaplacení mimořádného pojistného odmítnout.
- Zaplacení mimořádného pojistného nemá vliv na povinnost pojistníka platit běžné a dodatečné běžné pojistné.
- Zaplacení mimořádného pojistného nemá vliv na výši pojistné částky.

Článek 11 Indexace

- Každý rok, zpravidla k 1. dubnu, provede pojistitel navýšení pojistné částky a běžného a dodatečného běžného pojistného o částku, která je určena pojistitelem na základě ročního růstu indexu spotřebitelských cen. Mechanismus navýšení stanoví pojistitel. K tomuto navýšení pojistitel nebude vyžadovat prokázání vyhovujícího zdravotního stavu pojištěného. Toto navýšení může být vázáno na splnění dalších dodatečných podmínek, např. způsob platby. Pojistitel je oprávněn změnit datum, ke kterému je navýšení prováděno.
- Pojistitel bude písemně informovat pojistníka o navýšení pojistné částky a běžného a dodatečného běžného pojistného nejméně 30 kalendářních dní před oznámeným datem indexace. Pojistník je oprávněn odmítnout toto navýšení, přičemž o tomto odmítnutí je povinen písemně informovat pojistitele nejpozději 14 kalendářních dní před dnem, kdy toto navýšení vstoupí v platnost.

Článek 12 Rozdělování pojistného

- Níže specifikovaná část běžného pojistného placeného pojistníkem po odpočtu inkasního poplatku navyšuje hodnotu pojištění.
- Za první pojistný rok navyšuje hodnotu pojištění nejméně 85% každé splátky běžného pojistného po odpočtu inkasního poplatku. Za druhý a další pojistný rok navyšuje hodnotu pojištění nejméně 95% každé splátky běžného pojistného po odpočtu inkasního poplatku. Toto procento bude zvýšeno až o 2 procentní body, pokud výše běžného pojistného na počátku pojištění přesáhne příslušné limity stanovené pojistitelem k tomuto datu.
- Dodatečné běžné pojistné navyšuje hodnotu pojištění, resp. její příslušnou část, obdobným způsobem jako běžné pojistné v odst. 2 tohoto článku.
- Mimořádné pojistné navyšuje hodnotu pojištění, resp. její příslušnou část, dle aktuální procentní hodnoty navýšení, platné v době zaplacení.

POPLATKY

Článek 13 Poplatky a rizikové pojistné

- Pojistitel odečte z každé splátky běžného pojistného inkasní poplatek, jehož výše je určena pojistitelem. Zbývá část pojistného po odečtení inkasního poplatku navyšuje hodnotu pojištění tvořenou na základě placení běžného a dodatečného běžného pojistného, ostatní poplatky specifikované v tomto článku se odečítají až z této hodnoty pojištění.
- Pojistitel odečte každý měsíc z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného částku ve výši odpovídající správnímu poplatku na administrativní náklady pojistitele. Výše poplatku je stanovena pojistitelem.
- Pojistitel odečte každý měsíc z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného částku ve výši potřebné na úhradu rizika na následující měsíc spojeného s pojistnými plněními sjednanými v rámci tohoto pojištění v pojistné smlouvě. Výše odečítaného rizikového pojistného je stanovena pojistitelem podle pojistné matematických zásad.
- Pokud hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného nepostačuje k pokrytí poplatků specifikovaných v odst. 2 a 3, pokud nebylo pojištění převedeno na pojištění bez placení pojistného podle článků 16, resp. 14 a pokud pojistitel neukončil garanci pojistné částky, bude částka odpovídající požadovaným poplatkům dle odst. 2 a 3 odečtena z hodnoty pojištění a do dalšího měsíce bude převedena záporná hodnota pojištění tvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného.
- Pojistitel odečte z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného částku ve výši odpovídající správnímu poplatku na administrativní náklady pojistitele spojené se změnami pojištění, které byly provedeny na základě písemné žádosti pojistníka. Výše poplatku je stanovena pojistitelem.

ZMĚNY POJIŠTĚNÍ

Článek 14 Neplacení pojistného

- Pokud pojistitel neobdrží běžné pojistné za první pojistné období do data jeho splatnosti, pojištění zůstává v platnosti beze změn po dobu nejvýše tří měsíců. V tomto období jsou z hodnoty pojištění nadále odečítány částky potřebné na pokrytí poplatků specifikovaných v článku 13, odst. 2 a 3. Po uplynutí tohoto období pojištění zaniká, že náhrady. Bylo-li v době trvání pojištění zaplaceno mimořádné pojistné, vyplátí pojistitel při zániku pojištění hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení mimořádného pojistného sníženou o stornovací poplatek specifikovaný v článku 15, odst. 4.
- Pokud pojistitel neobdrží běžné pojistného (resp. běžné pojistné navýšené podle článku 9) za druhé či další pojistná období do data jeho splatnosti, pojištění zůstává v platnosti beze změn po dobu nejvýše šesti měsíců. V tomto období jsou z hodnoty pojištění nadále odečítány částky potřebné na pokrytí poplatků specifikovaných v článku 13, odst. 2 a 3. Pokud na konci tohoto období dosahuje hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného částky stanovené pojistitelem, je pojištění automaticky převedeno na pojištění bez placení pojistného s pojistnou částkou sníženou na nulu. Pokud na konci tohoto období hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného nedosahuje částky stanovené pojistitelem, pojištění zaniká a pojistitel vyplátí pojistníkovi odbytné, pokud na jeho výplatu vznikl pojistníkovi nárok podle čl. 15.

Článek 15 Zánik pojištění s výplatou odbytného, resp. dožití

- Při zániku pojištění s výjimkou zániku spojeného s pojistnou událostí dle čl. 3-6 těchto pojistných podmínek a zániku dle odst. 5 tohoto článku, vyplátí pojistitel odbytné. Pro určení hodnoty odbytného se rozlišuje hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného pojistného, dodatečného běžného pojistného a mimořádného pojistného. Celková výše odbytného se pak určí jako součet částek odbytného stanovených dle odst. 2, 3 a 4.
- Za předpokladu, že běžné pojistné za první pojistný rok bylo plně uhrazeno, má počínaje prvním dnem následujícím po prvním výročí pojistník právo při zániku pojištění na výplatu odbytného ve výši hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného pojistného, snížené o stornovací poplatek. Tato hodnota je určena ke dni zániku pojištění.

3. Za předpokladu, že běžné a dodatečné běžné pojistné za první pojistný rok následující po navýšení běžného pojistného podle článku 9 bylo plně uhrazeno, má počínaje dalším pojistným rokem pojistník právo při zániku pojištění na výplatu odbytného ve výši hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení dodatečného běžného pojistného. Tato hodnota je určena ke dni zániku pojištění.
4. Při zániku pojištění má pojistník právo na výplatu odbytného ve výši hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného. V případě, kdy je toto odbytné vyplaceno v prvních pěti letech od data zaplacení mimořádného pojistného, je pojistitel oprávněn účtovat stornovací poplatek pro každé zaplacené mimořádné pojistné. Stornovací poplatek je stanoven na základě počtu započatých let od data zaplacení mimořádného pojistného podle tabulky uvedené v sazebníku.
5. Zanikne-li pojištění, nejdříve však po uplynutí pěti let od počátku pojištění, výpovědí dle čl. 8 odst. 2 všeobecných pojistných podmínek a je-li pojištěný shodný s pojistníkem, vyplatí mu pojistitel pojistné plnění - tzv. dožití, a to ve výši hodnoty odbytného určeného dle zásad uvedených v odst. 1, 3 a 4 tohoto článku. Pokud pojištěný není shodný s pojistníkem, vyplatí pojistitel v tomto případě dožití pojištěnému pouze na základě písemného souhlasu pojistníka. Je-li pojištění sjednáno jako pojištění dvojice vyplatí pojistitel dožití oběma pojištěným rovným dílem.

Článek 16 Pojištění bez placení pojistného

1. Počínaje druhým pojistným rokem je pojistník oprávněn převést pojištění na pojištění bez placení pojistného, a to za předpokladu, že běžné pojistné za první pojistný rok bylo plně uhrazeno a v době převodu pojištění dosáhne hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného částky stanovené pojistitelem. Převod pojištění bude proveden v souladu s předpisy pojistitele platnými v době převodu.
2. Pojistná částka pro pojistná plnění sjednaná v pojistné smlouvě (kromě pojistného plnění v případě trvalé plné invalidity následkem úrazu) je v takovém případě snížena na nulu. Pojistník má možnost při převodu pojištění na pojištění bez placení pojistného požádat o zachování původní pojistné částky, popřípadě ji snížit v souladu s předpisy pojistitele platnými v době převodu.
3. V případě snížení pojistné částky na nulu všechny poplatky specifikované v článku 13, s výjimkou správního poplatku a poplatku za změny, budou zrušeny. Správní poplatek na úhradu administrativních nákladů je nadále hrazen odečítáním z hodnoty pojištění, je však snížen na výši určenou pojistitelem.
4. Pojištění bude nadále pokračovat jen do doby, dokud bude hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného postačovat k pokrytí všech poplatků spojených s pojištěním.
5. V okamžiku, kdy hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného přestane postačovat k pokrytí poplatků, zaniká pojištění bez náhrady. Pokud je hodnota pojištění vytvořena i na základě zaplacení mimořádného pojistného, vyplatí pojistitel při zániku pojištění i tuto hodnotu sníženou o stornovací poplatek specifikovaný v článku 15, odst. 4.

Článek 17 Přerušení plateb, tzv. platební prázdniny

1. Počínaje třetím pojistným rokem je pojištěný oprávněn kdykoliv v době trvání pojištění písemně požádat pojistitele o dočasné přerušení plateb, a to za předpokladu, že běžné a dodatečné běžné pojistné bylo do data žádosti plně uhrazeno.
2. Dočasné přerušení plateb může být provedeno maximálně na 12 měsíců a maximálně třikrát za dobu trvání pojištění a pouze za předpokladu, že hodnota pojištění dosahuje minimálně výše stanovené pojistitelem. Období mezi dvěma přerušeními tj. mezi ukončením předchozího a počátkem následujícího přerušení plateb, musí být minimálně 12 měsíců, a běžné a dodatečné běžné pojistné za tuto dobu musí být plně uhrazeno. Nejsou-li tyto podmínky splněny, je pojistitel oprávněn žádost pojištěného o přerušení plateb odmítnout.
3. Přerušení plateb nabývá platnosti od následujícího data splatnosti pojistného následujícího po doručení písemné žádosti pojištěného, není-li tato pojistitelem odmítnuta.
4. Během přerušení plateb není dotčena garance pojistné částky dle čl. 8.
5. Během přerušení plateb není dotčeno právo pojištěného zaplatit mimořádné pojistné dle článku 10.
6. Během přerušení placení náleží pojistiteli poplatky a rizikové pojistné dle čl. 13.

Článek 18 Výplata části hodnoty pojištění

1. Za předpokladu, že běžné pojistné za první pojistný rok bylo plně uhrazeno, je počínaje druhým pojistným rokem pojistník oprávněn požádat o výplatu části hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného pojistného. Počínaje druhým pojistným rokem následujícím po navýšení běžného pojistného podle článku 9 je pojistník oprávněn požádat o výplatu části hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení příslušného dodatečného běžného pojistného. Pojistitel stanoví minimální částku, která může být takto vyplacena, a zároveň minimální zůstatek hodnoty pojištění. Výplata části hodnoty pojištění bude provedena v souladu s předpisy pojistitele platnými v době výplaty.
2. Pokud se při výplatě zvýší riziko pojistitele spojené s pojištěním, je pojistitel oprávněn při takové výplatě snížit pojistnou částku o částku nepřesahující hodnotu výplaty.
3. Je-li hodnota pojištění vytvořena i zaplacením mimořádného pojistného, je pojistník oprávněn kdykoliv požádat o výplatu hodnoty pojištění z mimořádného pojistného nebo její části. Pojistitel je oprávněn určit minimální hodnotu takové výplaty a je zároveň oprávněn účtovat stornovací poplatek specifikovaný v článku 15, odst. 4.
4. Pojistitel je oprávněn účtovat poplatek pokrývající náklady spojené s provedením takové výplaty.

Článek 19 Pravidelné výplaty

1. Pokud bylo pojištění převedeno na pojištění bez placení pojistného s pojistnou částkou sníženou na nulu podle článku 16, odst. 3, je pojistník oprávněn požádat o zahájení pravidelných výplat z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného. Pojistitel stanoví minimální výši těchto výplat.
2. Pravidelné výplaty lze provádět v měsíční, čtvrtletní, pololetní nebo roční frekvenci, a to v souladu s předpisy pojistitele.
3. Pojistitel je oprávněn účtovat poplatek pokrývající náklady spojené se zahájením výplat a jejich prováděním.
4. Je-li hodnota pojištění vytvořena i zaplacením mimořádného pojistného, je pojistník oprávněn kdykoliv požádat o zahájení pravidelných výplat z této hodnoty pojištění tvořené mimořádným pojistným. Pojistitel je oprávněn účtovat stornovací poplatek specifikovaný v článku 15, odst. 4.

Článek 20 Zaokrouhlování

1. Splátky pojistného a pojistná částka jsou vyjádřeny v celých Kč.
2. Při výplatě pojistného plnění, jakož i při výplatě části hodnoty pojištění podle článků 18 a 19 a jiných výplatách spojených s pojištěním, bude vyplacena částka zaokrouhlena na celé Kč, a to nahoru nebo dolů.

Článek 21 Danění

1. Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění a jiné výplaty spojené s pojištěním o částku, která je opodstatněná zdaněním a jinými zákonnými srážkami, které mohou být požadovány jakoukoli právní úpravou, nařízením či zákonem.