

# ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO UNIVERZÁLNÍ ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ



## OPTIMAL

ČSOB Pojišťovna, a. s., člen holdingu ČSOB  
Pardubice, Zelené předměstí  
Masarykovo náměstí čp. 1458, PSČ 532 18  
IČ: 45534306 DIČ: 248-45534306  
zaspaná v OR u KS Hradec Králové, oddíl B, vložka 567  
(jako pojistitel)

### Článek 1 Úvodní ustanovení

- Univerzální životní pojištění OPTIMAL (dále jen „pojištění“) se řídí těmito zvláštními pojistnými podmínkami ze dne 1. 2. 2004 (dále jen „ZPP“), ujednáními pojistné smlouvy a Všeobecnými pojistnými podmínkami pro životní pojištění ze dne 1. 4. 2002 (dále jen „VPP“). Právní vztah neupravené výše uvedeným se řídí příslušnými ustanoveními občanského zákoníku. Výše uvedené pojistné podmínky jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.
- Pojištěním, které je v pojistné smlouvě sjednáno vždy, je základní pojištění pro případ smrti nebo dožití. V pojistné smlouvě lze dále sjednat:
  - pojištění pro případ smrti,
  - pojištění pro případ vážné choroby,
  - pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci,
  - pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu.
- Pojištění dle odst. 2 písm. d) tohoto článku může být v pojistné smlouvě sjednáno pouze za předpokladu, že je v pojistné smlouvě sjednáno minimálně jedno z pojištění dle odst. 2 písm. a) - c) tohoto článku.
- Pojistná smlouva a veškerá pojištění v ní sjednaná končí, není-li dále v těchto ZPP uvedeno jinak nebo nezaniknou-li v souladu s VPP, ZPP nebo občanským zákoníkem dříve, v den předcházející výročnímu dni počátku pojištění po 5 letech trvání pojištění.

### Článek 2 Výklad pojmů

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

**Hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného:** Hodnota individuální rezervy vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného, včetně připsaných podílů na zisku.

**Hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení mimořádného pojistného:** Hodnota individuální rezervy vytvořená na základě zaplacení mimořádného pojistného, včetně připsaných podílů na zisku.

**Hodnota pojištění:** Celková hodnota individuální rezervy, která je součtem hodnoty pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného a hodnoty pojištění vytvořená na základě zaplacení mimořádného pojistného.

**Pojistný rok:** Rok začínající v den počátku pojištění nebo ve výroční den počátku pojištění.

**Dodatečné běžné pojistné:** Pojistné, o které bylo běžné pojistné navýšeno při změně pojištění.

**Úraz:** Tělesné poškození nebo smrt, které byly pojištěnému způsobeny neočekávaným a náhlým působením zevních sil, anebo neočekávaným a nepřerušovaným působením vysokých nebo nízkých vnějších teplot, plynů, par a jedů (s výjimkou jedů mikrobiálních a látek imunotoxických). Za úraz se ve smyslu těchto ZPP považují i újmy na zdraví popř. smrt, které byly pojištěnému způsobeny:

- nemocí vzniklou výlučně následkem úrazu,
- zhoršením následků úrazu nemocí, již pojištěný trpěl před úrazem,
- diagnostickými, léčebnými a preventivními zákroky provedenými za účelem léčení následků úrazu,
- utonutím,
- zlomením, vykloubením a natržením (nikoliv však vnitřních orgánů, svalového aparátu a cév v důsledku náhlé a/nebo nepřiměřené tělesné námahy).

## POJISTNÉ PLNĚNÍ

### Článek 3 Pojistné plnění – společná ujednání

- Pojistné plnění z pojištění vyplácí pojistitel v souladu s články 4 - 8 těchto ZPP a v závislosti na tom, které druhy pojištění byly sjednány v pojistné smlouvě.
- Pojistné plnění z pojistných událostí dle článků 6 - 8 těchto ZPP, bylo-li v pojistné smlouvě příslušné pojištění sjednáno, vyplácí pojistitel pouze tehdy, nastane-li pojistná událost nejpozději v den předcházející výročnímu dni počátku pojištění v roce, v němž pojištěný dosáhne 60 let věku.
- Pojistné plnění z pojištění vyplácí pojistitel pouze jednou, a to za tu nastalou pojistnou událost dle článků 4 - 8 těchto ZPP, která je oznámena jako první, touto pojistnou událostí zanikají všechna pojištění, která byla v pojistné smlouvě sjednána. Bylo-li oznámeno několik pojistných událostí současně, poskytne pojistitel pojistné plnění za tu pojistnou událost, která nastala jako první.

### Článek 4 Pojistné plnění pro případ dožití

- Dožije-li se pojištěný sjednaného konce pojištění a požádá-li pojistitele o výplatu pojistného plnění, vyplácí mu pojistitel pojistné plnění ve výši hodnoty pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného k datu konce pojištění snížené o poplatek uvedený v sazebníku.
- Bylo-li v průběhu pojištění zaplacen mimořádné pojistné, vyplácí pojistitel navíc k pojistnému plnění určenému podle odst. 1 tohoto článku i hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení mimořádného pojistného k datu konce pojištění.
- Nepožádá-li pojištěný o výplatu pojistného plnění do dne, kterým pojištění dle článku 1 odst. 4 těchto ZPP končí, ujednává se, že se pojištění prodlužuje o jeden rok a následně vždy o rok, nepožádá-li pojištěný o výplatu pojistného plnění do dne předcházejícího výročnímu dni počátku pojištění.

### Článek 5 Pojistné plnění pro případ smrti

- Ustanovení tohoto odst. platí pouze v případě, že v pojistné smlouvě není k datu úmrtí pojištěného sjednáno pojištění pro případ smrti dle článku 1 odst. 2 písm. a) těchto ZPP. Zemře-li pojištěný v době trvání pojištění, pojistitel vyplácí tomu, komu smrtí pojištěného vznikne právo na pojistné plnění, hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného k datu ukončení šetření pojistné události pojistitelem.
- Ustanovení tohoto odst. platí pouze v případě, že v pojistné smlouvě je k datu úmrtí pojištěného sjednáno pojištění pro případ smrti dle článku 1 odst. 2 písm. a) těchto ZPP. Zemře-li pojištěný v době trvání pojištění, pojistitel vyplácí tomu, komu smrtí pojištěného vznikne právo na pojistné plnění, pojistnou částku sjednanou v pojistné smlouvě k datu úmrtí pojištěného nebo hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného k datu ukončení šetření pojistné události pojistitelem, je-li tato vyšší než pojistná částka sjednaná k datu úmrtí pojištěného.
- Bylo-li v době trvání pojištění zaplacen mimořádné pojistné, vyplácí pojistitel při úmrtí pojištěného navíc k pojistnému plnění určenému podle odst. 1 nebo 2 tohoto článku i hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení mimořádného pojistného k datu ukončení šetření pojistné události pojistitelem.

### Článek 6 Pojistné plnění pro případ vážné choroby

- Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že je v pojistné smlouvě sjednáno pojištění pro případ vážné choroby.
- V případě, že u pojištěného je v době trvání pojištění pro případ vážné choroby, nejdříve však po uplynutí prvních šesti kalendářních měsíců od dne počátku pojištění pro případ vážné choroby, stanovena diagnóza vážné choroby, která splňuje podmínky pojistné události dle odst. 4 tohoto článku, vyplácí pojistitel pojištěnému pojistnou částku sjednanou v pojistné smlouvě k datu stanovení diagnózy nebo hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného k datu ukončení šetření pojistné události pojistitelem, je-li tato vyšší než pojistná částka sjednaná k datu stanovení diagnózy.
- Bylo-li v době trvání pojištění zaplacen mimořádné pojistné, vyplácí pojistitel navíc k pojistnému plnění určenému podle odst. 2 tohoto článku i hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení mimořádného pojistného k datu ukončení šetření pojistné události pojistitelem.
- Pojistná událost je pro účely vymezení pojistného plnění v případě vážné choroby definována následovně:

- 4.1. Pojistná událost nastane, je-li u pojištěného písemnou lékařskou zprávou specifikovanou v odst. 5 tohoto článku potvrzeno:
- první stanovení diagnózy některého z onemocnění uvedených v odst. 5 písm. a) - e), písm. h) - j) tohoto článku, nebo
  - první zařazení na čekací listinu pro orgánovou transplantaci podle odst. 5 písm. f) tohoto článku, nebo
  - první podstoupení chirurgického zákroku uvedeného v odst. 5 písm. g) 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 šesti kalendářních měsíců následujících po počátku pojištění pro případ vážné choroby a současně byly splněny podmínky uvedené v odst. 4.2 tohoto článku.
- 4.2. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 5 písm. a), c), i) a j) 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. 5 písm. b) tohoto článku je nezbytné, aby neurologický nález 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. 5 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. 5 písm. e) tohoto článku je nezbytná dialyzační léčba pojištěného trvajících alespoň tři po sobě následující kalendářní měsíce. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 5 písm. f) 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. 5 písm. g) 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. 5 písm. h) tohoto článku je nezbytné oftalmologické lékařské vyšetření pojištěného provedené nejdříve po třech kalendářních měsících ode dne stanovení diagnózy a potvrzující její trvalost.
- 4.3. Splnění podmínky uplynutí šesti kalendářních měsíců od počátku pojištění pro případ vážné choroby podle odst. 2 a 4.1 tohoto článku se nevyžaduje, došlo-li k vážné chorobě výlučně v důsledku úrazu, vzniklého nejdříve v den počátku pojištění pro případ vážné choroby a splňujícího definici úrazu.
5. 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 nálezy akinezy nebo dyskinezy při echokardiografickém vyšetření a zároveň splňující alespoň jednu z následujících tří podmínek:  
1. vývoj patologického Q kmitu minimálně ve dvou EKG svodech ( $Q \geq 0,04$  s nebo  $Q > 0,25\%$  amplitudy kmitu R),  
2. nespecifické EKG známky infarktu myokardu s charakteristickou dynamikou biochemických markerů, tj. CK-MB a troponinu,  
3. typická anamnéza pro infarkt myokardu s charakteristickou dynamikou biochemických markerů, tj. CK-MB a troponinu.  
Pojistná ochrana se vztahuje i na případy, kdy nejsou splněny výše uvedené podmínky, pokud je diagnóza akutního infarktu myokardu potvrzena propouštěcí zprávou z kardiologického či interního oddělení, 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 „Oznámení pojistné události - potvrzení vážné choroby“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze akutního infarktu myokardu, a propouštěcí zprávu o hospitalizaci z důvodu této diagnózy. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař kardiologického nebo interního zdravotnického zařízení, v němž byl pojištěný hospitalizován.
  - cévní mozková příhoda**  
Cévní mozkovou příhodou se rozumí nahodile vzniklé poškození mozku v důsledku krvácení do mozkové tkáně nebo nedokrvění mozkové tkáně s odpovídajícím neurologickým nálezem, který musí přetrvávat ještě alespoň tři kalendářní měsíce po stanovení diagnózy cévní mozkové příhody. Součástí diagnózy musí být některé zobrazovací vyšetření mozku s nálezem odpovídajícím mozkové ischemii, nebo intracerebrálnímu či subarachnoidálnímu krvácení.  
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Oznámení pojistné události - potvrzení vážné choroby“, 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.
  - rakovina**  
Rakovinou se rozumí onemocnění způsobené zhoubným nádorem, charakterizované nekontrolovatelným a invazivním růstem nádorových buněk s tendencí ke vzniku metastáz.  
Pojistná ochrana se vztahuje i na zhoubný melanom kůže od klasifikačního stupně TNM 2-0-0, kožní T-lymfom od II. stádia, leukémii a zhoubné nádory mízního systému. Pojistná ochrana se nevztahuje na ostatní typy rakoviny kůže, Hodgkinovu chorobu v I. stádiu, polycytemia vera, všechny nádory histologicky popsané jako premalignity či pouze počínající nebo nerovinné maligní změny, nádory popsané jako „in situ“ a nádorová onemocnění při současném 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 „Oznámení pojistné události - potvrzení vážné choroby“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze zhoubného nádoru. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení.
  - 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 podvěsky mozkového a míchy.  
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Oznámení pojistné události - potvrzení vážné choroby“, 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.
  - 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 „Oznámení pojistné události - potvrzení vážné choroby“, jehož součástí je lékařské potvrzení o pravidelné dialyzační léčbě trvajících alespoň tři po sobě následující kalendářní měsíce. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení, které tuto léčbu pojištěného provádí.
  - 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, ledvin, slinivky břišní nebo krvetočných 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 „Oznámení pojistné události - potvrzení vážné choroby“, 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.
  - 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 štetu (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 je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Oznámení pojistné události - potvrzení vážné choroby“, 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.
  - 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 „Oznámení pojistné události - potvrzení vážné choroby“, jehož součástí je oftalmologické lékařské vy-

- šetření 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 je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Oznámení pojistné události - potvrzení vážné choroby“, 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 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 „Oznámení pojistné události - potvrzení vážné choroby“, 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.
6. Kromě povinností uvedených v odst. 5 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 šesti 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, 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 zajišťovat, 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.
7. V souladu s ustanovením článku 14 odst. 12 VPP se pro pojištění pro případ vážné choroby ujednávají následující výluky a omezení pojistného plnění:
- 7.1. Pojistné plnění pro případ vážné choroby se vztahuje na pojistné události vymezené pojistnou smlouvou, které nastanou kdekoli, s výjimkou pojistných událostí uvedených v odst. 5 písm. f), g) a j) tohoto článku, které musí nastat na území České republiky.
  - 7.2. Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění v případech, kdy k pojistné události dojde 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 úmyslným nerespektováním rad a doporučení lékaře pojištěným.
  - 7.3. Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění v případech, kdy k pojistné události dojde 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 činnosti 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. 5 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.
  - 7.4. Mělo-li vědomé porušení povinností uvedených v odst. 5 a v odst. 6 písm. c) - g) tohoto článku podstatný vliv na vznik pojistné události nebo na zvětšení rozsahu následků pojistné události, nebo bylo-li znemožněno šetření nutné ke zjištění rozsahu povinnosti pojistitele plnit, je pojistitel oprávněn pojištěnému snížit pojistné plnění podle toho, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinnosti plnit.
8. Nastane-li u pojištěného pojistná událost dle odst. 4 tohoto článku a neposkytne-li za ni pojistitel pojistné plnění v souladu s ustanoveními článku 14 odst. 2 - 6 a 8 VPP nebo v souladu s ustanovením odst. 7.2 tohoto článku, pojištění sjednaná v pojistné smlouvě, s výjimkou základního pojištění pro případ smrti nebo dožití, touto pojistnou událostí zanikají.
9. Nastane-li u pojištěného pojistná událost dle odst. 4 tohoto článku a neposkytne-li za ni pojistitel pojistné plnění v souladu s ustanovením odst. 7.3 tohoto článku, pojištění pro případ vážné choroby pokračuje beze změn.
10. Pojištění pro případ vážné choroby zaniká nejpozději v den předcházející výročnímu dni počátku pojištění v roce, v němž se pojištěný dožije 60 let věku.

## Článek 7 Pojistné plnění pro případ plné invalidity následkem nemoci

1. Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že je v pojistné smlouvě sjednáno pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci.
2. Stane-li se pojištěný v době trvání pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci, nejdříve však po dvou letech od jeho počátku, plně invalidním ve smyslu platných právních předpisů o sociálním zabezpečení, a to následkem nemoci vzniklé nejdříve v den počátku pojištění, vyplátí pojistitel pojištěnému pojistnou částku sjednanou v pojistné smlouvě k datu stanovení diagnózy nemoci, v jejímž důsledku plná invalidita nastala, nebo hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného k datu ukončení šetření pojistné události pojistitelem, je-li tato vyšší než pojistná částka sjednaná k datu stanovení diagnózy nemoci, v jejímž důsledku plná invalidita nastala. Nastala-li plná invalidita v důsledku několika nemocí, je za pojistnou částku sjednanou v pojistné smlouvě k datu stanovení diagnózy nemoci považována pojistná částka sjednaná k datu stanovení diagnózy první z těchto nemocí.
3. Bylo-li v době trvání pojištění zapláceno mimořádné pojistné, vyplátí pojistitel navíc k pojistnému plnění určenému podle odst. 2 tohoto článku i hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení mimořádného pojistného k datu ukončení šetření pojistné události pojistitelem.
4. Pojištěný prokáže plnou invaliditu pojistiteli pravomocným rozhodnutím o přiznání plné invalidity od příslušné správy sociálního zabezpečení.
5. Ujednává se, že datem vzniku pojistné události je datum uvedené v rozhodnutí o přiznání plné invalidity vydaném příslušnou správou sociálního zabezpečení dle odst. 4 tohoto článku. Pro vznik nároku na pojistné plnění posuzuje pojistitel, a to v souladu s odst. 2 tohoto článku, pojistnou událost jako celek tj. včetně příčiny (nemoci), v jejímž důsledku plná invalidita nastala.
6. V souladu s ustanovením článku 14 odst. 12 VPP se ujednává, že pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění z pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci i v případech, stane-li se pojištěný plně invalidním v důsledku:
  - a) úmyslného poškození vlastního zdraví včetně úmyslného nevyhledání zdravotní péče nebo úmyslného nerespektování rad a doporučení lékaře,
  - b) infekce virem HIV či onemocnění AIDS, s výjimkou případů přenosu infekce viru HIV v důsledku provedení krevní transfúze ve smyslu článku 6 odst. 5 písm. j) těchto ZPP,
  - c) nemoci, která vznikla v důsledku úrazu,
  - d) nemoci z povolání nebo nemoci, která vznikla v souvislosti s provozováním profesionální sportovní činnosti,
  - e) vrozených vad a nemocí.
7. V souladu s ustanovením článku 14 odst. 12 VPP se ujednává, že pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění z pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci i v případech, kdy pojištěnému byla v období 5 let před počátkem pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci přiznána plná nebo částečná invalidita.
8. Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění z pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci, porušil-li pojištěný některou z povinností dle odst. 9 tohoto článku.
9. Pojištěný je povinen bez zbytečného odkladu po obdržení rozhodnutí o přiznání plné invalidity od příslušné správy sociálního zabezpečení oznámit tuto skutečnost pojistiteli. Pojištěný je dále povinen zmocnit příslušnou správu sociálního zabezpečení k poskytnutí informací pojistiteli.
10. Nastane-li u pojištěného pojistná událost dle odst. 2 tohoto článku a neposkytne-li za ni pojistitel pojistné plnění v souladu s ustanoveními článku 14 odst. 2 - 6 a 8 VPP nebo v souladu s ustanoveními odst. 6 a 7 tohoto článku, pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci zaniká.
11. Pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci zaniká nejpozději v den předcházející výročnímu dni počátku pojištění v roce, v němž se pojištěný dožije 60 let věku.

## Článek 8 Pojistné plnění pro případ plné invalidity následkem úrazu

1. Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že je v pojistné smlouvě sjednáno pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu.
2. Stane-li se pojištěný v době trvání pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu plně invalidním ve smyslu platných právních předpisů o sociálním zabezpečení, a to následkem úrazu nastalého nejdříve v den počátku pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu, vyplatí pojistitel pojištěnému pojistnou částku sjednanou v pojistné smlouvě k datu úrazu, v jehož důsledku plná invalidita nastala, nebo hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného k datu ukončení šetření pojistné události pojistitelem, je-li tato vyšší než pojistná částka sjednaná k datu úrazu, v jehož důsledku plná invalidita nastala. Nastala-li plná invalidita v důsledku několika úrazů, je za pojistnou částku sjednanou v pojistné smlouvě k datu úrazu považována pojistná částka sjednaná k datu prvního z těchto úrazů.
3. Bylo-li v době trvání pojištění zaplaceno mimořádné pojistné, vyplatí pojistitel navíc k pojistnému plnění určenému podle odst. 2 tohoto článku i hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení mimořádného pojistného k datu ukončení šetření pojistné události pojistitelem.
4. Pojištěný prokáže plnou invaliditu pojistiteli pravomocným rozhodnutím o přiznání plné invalidity od příslušné správy sociálního zabezpečení.
5. Ujednává se, že datem vzniku pojistné události je datum uvedené v rozhodnutí o přiznání plné invalidity vydaném příslušnou správou sociálního zabezpečení dle odst. 4 tohoto článku. 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.
6. V souladu s ustanovením článku 14 odst. 12 VPP se ujednává, že pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění z pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu i v případech, stane-li se pojištěný plně invalidním v důsledku:
  - a) úmyslného poškození vlastního zdraví včetně úmyslného nevyhledání zdravotní péče nebo úmyslného nerespektování rad a doporučení lékaře,
  - b) pracovního úrazu, který nespĺňuje definici úrazu dle článku 2 těchto ZPP,
  - c) úrazu, který vznikl v důsledku nemoci
  - d) úrazu, který utrpěl v důsledku nepřiměřené tělesné námahy,
  - e) infekční nemoci přenesené zraněním,
  - f) diagnostických, léčebných a preventivních zákroků, které nebyly provedeny za účelem léčení následků úrazu,
  - g) 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,
  - k) úrazu, který utrpěl při provozování bungee jumpingu, snowboardingu nebo lyžování mimo vyznačené tratě nebo mimo stanovenou dobu provozu na vyznačených tratích, snowraftingu, raftingu, canyoningu, potápění s přístrojem, parašutismu, paraglidingu, speleologii, horolezectví, skialpinismu, létání v motorových i bezmotorových letadlech s výjimkou státem licencovaných dopravců, létání v lehkých a ultralehkých letounech, na rogalu, kluzáku, v balónu a při provozování dalších extrémních a adrenalinových sportů,
  - l) úrazu, který utrpěl při provozování profesionální sportovní činnosti,
  - m) úrazu, který utrpěl při výkonu některého z níže uvedených povolání, resp. činností - artista, kaskadér, krotitel zvířete, námořník, potápěč, pyrotechnik, pracovník s výbušninami, speleolog, tovární jezdec motorových vozidel nebo plavidel, tovární pilot, pilot ozbrojených složek, učitel bojových sportů, voják u útvarů v zahraničí.
7. V souladu s ustanovením článku 14 odst. 12 VPP se ujednává, že pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění z pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu i v případech, kdy pojištěnému byla v období 5 let před počátkem pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu přiznána plná nebo částečná invalidita.
8. Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění z pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu, porušil-li pojištěný některou z povinností dle odst. 9 tohoto článku.
9. Pojištěný je povinen bez zbytečného odkladu po obdržení rozhodnutí o přiznání plné invalidity od příslušné správy sociálního zabezpečení oznámit tuto skutečnost pojistiteli. Pojištěný je dále povinen zmocnit příslušnou správu sociálního zabezpečení k poskytnutí informací pojistiteli.
10. Nastane-li u pojištěného pojistná událost dle odst. 2 tohoto článku a neposkytne-li za ni pojistitel pojistné plnění v souladu s ustanoveními článku 14 odst. 2 - 6 a 8 VPP nebo v souladu s ustanoveními odst. 6 a 7 tohoto článku, pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu zaniká.
11. Pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu zaniká nejpozději v den předcházející výročnímu dni počátku pojištění v roce, v němž se pojištěný dožije 60 let věku.

## ZMĚNY POJIŠTĚNÍ

### Článek 9 Změny na žádost pojistníka

1. Pojistník je v době trvání pojištění oprávněn písemně požádat o:
  - a) sjednání nebo zrušení pojištění dle článku 1 odst. 2 písm. a) – d),
  - b) snížení nebo zvýšení pojistné částky, a to v rámci limitů stanovených pojistitelem,
  - c) snížení nebo zvýšení pojistného, a to v rámci limitů stanovených pojistitelem.
2. Pojistitel je oprávněn podmínit přijetí žádosti pojistníka o změnu pojištění řádným uhrazením běžného a dodatečného běžného pojistného a prokázáním vyhovujícího zdravotního stavu pojištěného. Pokud pojištění bylo převedeno na pojištění bez placení pojistného dle článků 12 resp. 19 odst. 2 těchto ZPP nebo u pojištění nastalo dočasné přerušování placení pojistného dle článku 13 těchto ZPP, žádost nelze přijmout.
3. Lhůta pro přijetí žádosti pojistníka o změnu pojištění pojistitelem se stanovuje na 3 měsíce od data jejího doručení. Akceptuje-li pojistitel žádost pojistníka o změnu pojištění, zašle pojistníkovi písemné potvrzení o přijetí změny. Ujednává se, že byla-li žádost o změnu pojištění pojistitelem přijata, je změna účinná od prvního dne pojistného období následujícího po pojistném období, v němž pojistitel žádost pojistníka o změnu pojištění přijal. Nepřijme-li pojistitel žádost pojistníka o změnu pojištění, pozbývá tato ve výše dohodnuté lhůtě platnosti.
4. Za provedení každé změny pojištění v souladu s ustanoveními tohoto článku si pojistitel účtuje poplatek, jehož výše je v závislosti na druhu provedené změny stanovena v sazebníku. O tento poplatek je snížena hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného.

### Článek 10 Změny pojistné částky nebo pojistného pojistitelem

1. Pojistitel si vyhrazuje právo snížit pojistnou částku sjednanou v pojistné smlouvě nebo zvýšit pojistné nejdříve však k výročnímu dni počátku pojištění v roce, v němž se pojištěný dožije 60 let.
2. Provedl-li pojistitel snížení pojistné částky nebo zvýšení pojistného dle odst. 1 tohoto článku, je oprávněn provést každé případné další snížení pojistné částky nebo zvýšení pojistného nejdříve po 5 letech od předchozího snížení nebo zvýšení.
3. Novou výší pojistné částky nebo novou výší pojistného a datum, od něhož má být nová pojistná částka nebo nová výše pojistného účinná, je pojistitel povinen oznámit pojistníkovi písemně, a to nejméně dva měsíce před datem, k němuž má být snížena pojistná částka nebo zvýšeno pojistné.
4. V případě, že pojistník s nově stanovenou výší pojistné částky nebo pojistného sdělenou mu pojistitelem v souladu s ustanovením odst. 3 tohoto článku nesouhlasí, je povinen svůj nesouhlas pojistiteli písemně sdělit nejpozději do jednoho měsíce před datem snížení pojistné částky nebo zvýšení pojistného.
5. Uplatní-li pojistník písemně svůj nesouhlas s nově stanovenou výší pojistné částky nebo pojistného v souladu s odst. 4 tohoto článku, pojištění pokračuje beze změn.
6. Neuplatní-li pojistník písemně svůj nesouhlas s nově stanovenou výší pojistné částky nebo pojistného v souladu s odst. 4 tohoto článku, snížení pojistné částky nebo zvýšení pojistného je od uvedeného data účinné.

### Článek 11 Indexace

1. Každý rok je pojistitel oprávněn navýšit běžné a dodatečné běžné pojistné a/nebo pojistnou částku, byla-li tato v pojistné smlouvě sjednána, o částku určenou na základě ročního růstu indexu spotřebitelských cen zveřejňovaného Českým statistickým úřadem. Mechanismus navýšení stanoví pojistitel. K tomuto navýšení pojistitel nebude vyžadovat prokázání vyhovujícího zdravotního stavu pojištěného.
2. Provádí-li pojistitel navýšení dle odst. 1 tohoto článku, provádí ho vždy k datu splatnosti běžného pojistného.
3. Novou výší běžného a dodatečného běžného pojistného a/nebo pojistné částky a datum jejich účinnosti je pojistitel povinen pojistníkovi oznámit písemně, a to ne-



jměně 30 kalendářních dnů před tímto datem, k němuž má být pojistné v pojistitelem nově stanovené výši poprvé splatné resp. nová pojistná částka účinná (dále jen „datum indexace“).

4. V případě, že pojistník s nově stanovenou výší pojistného a/nebo pojistné částky sdělenou mu pojistitelem v souladu s ustanovením odst. 3 tohoto článku nesouhlasí, je povinen svůj nesouhlas pojistiteli písemně sdělit nejpozději 14 kalendářních dnů před datem indexace. Uplatní-li pojistník svůj nesouhlas s nově stanovenou výší pojistného a/nebo pojistné částky, pojištění pokračuje beze změn.

## **Článek 12 Pojištění bez placení běžného a dodatečného běžného pojistného, tzv. převod do splaceného stavu**

1. Počínaje druhým pojistným rokem je pojistník oprávněn kdykoliv v době trvání pojištění písemně požádat o převedení pojištění na pojištění bez placení běžného a dodatečného běžného pojistného, tj. o převod pojištění do splaceného stavu, a to za předpokladu, že běžné a dodatečné běžné pojistné za první pojistný rok bylo plně uhrazeno a v době převodu pojištění dosahuje hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného minimálně výše stanovené pojistitelem v sazebníku.
2. Akceptuje-li pojistitel žádost pojistníka o převod pojištění do splaceného stavu, zašle pojistníkovi písemné potvrzení o přijetí této změny. Ujednává se, že byla-li žádost o převod pojištění do splaceného stavu pojistitelem přijata, dojde k převodu pojištění do splaceného stavu od prvního dne následujícího pojistného období, byla-li žádost doručena pojistiteli alespoň 30 dnů před tímto datem, nebo od prvního dne dalšího následujícího pojistného období, byla-li žádost doručena později. Nepřijme-li pojistitel žádost pojistníka o převod pojištění do splaceného stavu do data, od něhož by převod pojištění do splaceného stavu byl dle výše uvedeného účinný, pozbývá tato platnost.
3. Běžné a dodatečné běžné pojistné je u pojištění ve splaceném stavu hrazeno z hodnoty pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného. Pojistná částka sjednaná v pojistné smlouvě je u pojištění ve splaceném stavu snížena na nulu. Pojistník má možnost při převodu pojištění do splaceného stavu požádat o zachování původní pojistné částky, popřípadě o její snížení. V případě snížení pojistné částky na nulu není odečítána částka specifikovaná v článku 16 odst. 5 těchto ZPP.
4. Pojištění ve splaceném stavu nelze, nedohodne-li se pojistník s pojistitelem jinak, již převést na pojištění s povinností platit běžné a dodatečné běžné pojistné a to zaniká k poslednímu dni měsíce předcházejícího měsíci, v němž hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného poklesne na nulu.
5. Převedem do splaceného stavu není dotčeno právo pojistníka zaplatit mimořádné pojistné dle článku 15 těchto ZPP.
6. Převedem do splaceného stavu není dotčeno právo pojistníka vypovědět pojištění v souladu s článkem 8 VPP.

## **Článek 13 Přerušení placení pojistného, tzv. platební prázdniny**

1. Počínaje třetím pojistným rokem je pojistník oprávněn kdykoliv v době trvání pojištění písemně požádat pojistitele o dočasné přerušení placení pojistného. Pojistitel je oprávněn podmínit přijetí žádosti řádným uhrazením běžného a dodatečného běžného pojistného.
2. Dočasné přerušení placení pojistného může být provedeno maximálně na 12 měsíců a maximálně třikrát za dobu trvání pojištění a pouze za předpokladu, že hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného dosahuje minimálně výše stanovené pojistitelem v sazebníku. Období mezi dvěma přerušeními, tj. mezi ukončením předchozího a počátkem následujícího přerušení placení pojistného, musí být minimálně 12 měsíců a běžné a dodatečné běžné pojistné za tuto dobu musí být plně uhrazeno.
3. Akceptuje-li pojistitel žádost pojistníka o dočasné přerušení placení pojistného, zašle pojistníkovi písemné potvrzení o přijetí této změny. Ujednává se, že byla-li žádost o dočasné přerušení placení pojistného pojistitelem přijata, nastane přerušení placení pojistného od prvního dne následujícího pojistného období, byla-li žádost doručena pojistiteli alespoň 15 dnů před tímto datem, nebo od prvního dne dalšího následujícího pojistného období, byla-li žádost doručena později. Nepřijme-li pojistitel žádost pojistníka o dočasné přerušení placení pojistného do data, od něhož by přerušení bylo dle výše uvedeného účinné, pozbývá tato platnost.
4. Během přerušení placení pojistného není dotčeno právo pojistníka zaplatit mimořádné pojistné dle článku 15 těchto ZPP.
5. Během přerušení placení pojistného náleží pojistiteli poplatky a částky dle článku 16 těchto ZPP.

# **POJISTNÉ A POPLATKY**

## **Článek 14 Běžné a dodatečné běžné pojistné**

1. Běžné a dodatečné běžné pojistné se platí za dohodnutá pojistná období (měsíční, čtvrtletní, pololetní nebo roční) dle četnosti placení sjednané v pojistné smlouvě. První pojistné období začíná v den počátku pojištění. Běžné a dodatečné běžné pojistné je splatné prvního dne pojistného období.
2. Běžné a dodatečné běžné pojistné je snižováno o poplatky dle článku 16 odst. 1 a 2 těchto ZPP.
3. Zvýšení nebo snížení pojistného může být provedeno v souladu s články 9, 10 a 11 těchto ZPP.

## **Článek 15 Mimořádné pojistné**

1. Mimořádné pojistné je pojistné, které pojistitel umožňuje pojistníkovi platit mimo úhrady běžného a dodatečného běžného pojistného. Pojistník je v době trvání pojištění oprávněn písemně požádat o zaplacení mimořádného pojistného, pokud je běžné a dodatečné běžné pojistné řádně placeno. Mimořádné pojistné musí být zaplaceno ve formě stanovené pojistitelem a nesmí být nižší než minimální limit stanovený pojistitelem v sazebníku. Pojistitel je oprávněn stanovit v sazebníku i maximální limit celkového mimořádného pojistného.
2. Pojistitel nenese odpovědnost za důsledky nepřiházení mimořádného pojistného na pojistnou smlouvu, nesplňuje-li mimořádné pojistné podmínky dané limity pojistitele.
3. Mimořádné pojistné je v souvislosti s náklady vzniklými pojistiteli jeho přijetím sníženo o poplatky dle článku 16 odst. 3 těchto ZPP.
4. Nepřijme-li pojistitel žádost pojistníka o zaplacení mimořádného pojistného, oznámí toto pojistníkovi písemně do 15 dnů od data doručení žádosti. Pojistník je povinen písemně sdělit pojistiteli, jakým způsobem a kam má odmítnuté mimořádné pojistné, bylo-li již zaplaceno, vrátit. Pojistitel je povinen odmítnuté mimořádné pojistné vrátit pojistníkovi bez zbytečného odkladu poté, co je mu pojistníkem způsob jeho vrácení písemně sdělen.
5. Zaplacení mimořádného pojistného nemá vliv na povinnost pojistníka platit běžné a dodatečné běžné pojistné.
6. Zaplacení mimořádného pojistného nemá vliv na výši pojistné částky.

## **Článek 16 Poplatky, rozdělování (alokace) pojistného**

1. Běžné pojistné placené pojistníkem je sníženo o alokační poplatek dle aktuální procentní hodnoty tohoto poplatku uvedené pro daný pojistný rok v sazebníku. Dále je běžné pojistné sníženo o inkasní poplatek, jehož výše je uvedena v sazebníku. Zbývající část běžného pojistného po odpočtu alokačního a inkasního poplatku navyšuje hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného.
2. Dodatečné běžné pojistné je sníženo o alokační poplatek dle aktuální procentní hodnoty tohoto poplatku platné v době zaplacení dodatečného běžného pojistného a uvedené v sazebníku. Zbývající část dodatečného běžného pojistného po odpočtu alokačního poplatku navyšuje hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného.
3. Mimořádné pojistné je sníženo o alokační poplatek dle aktuální procentní hodnoty tohoto poplatku platné v době zaplacení mimořádného pojistného a uvedené v sazebníku. Dále je mimořádné pojistné sníženo o inkasní poplatek, jehož výše je uvedena v sazebníku. Zbývající část mimořádného pojistného po odpočtu alokačního a inkasního poplatku navyšuje hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení mimořádného pojistného.
4. Pojistitel odečte každý měsíc z hodnoty pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného částku na úhradu svých správních nákladů, jejíž výše je stanovena v sazebníku.
5. Pojistitel odečte každý měsíc, a to až do data ukončení šetření pojistné události pojistitelem, z hodnoty pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného částku ve výši potřebné na úhradu rizika na následující měsíc na pojištění sjednaná v pojistné smlouvě. Výše této částky je stanovena pojistitelem podle pojistné technických zásad.
6. Pojistitel odečte z hodnoty pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného částku ve výši odpovídající správním poplatku na administrativní náklady pojistitele spojené se změnami pojištění, které byly provedeny na základě písemné žádosti pojistníka. Výše poplatků je stanovena pojistitelem v sazebníku.

## PODÍL NA ZISKU A VÝPLATY Z HODNOTY POJIŠTĚNÍ

### Článek 17 Podíl na zisku a technická úroková míra

1. Sjednané pojištění se podílí na zisku v souladu s článkem 15 VPP.
2. Pojistitel přiznává podíl na zisku vytvořený na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného, který navyšuje hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného, a podíl na zisku vytvořený na základě zaplacení mimořádného pojistného, který navyšuje hodnotu pojištění vytvořenou na základě zaplacení mimořádného pojistného.
3. Podíl na zisku přiznává pojistitel podle pojistné technických zásad. Výše podílů na zisku není pojistitelem zaručena a závisí rovněž na parametrech pojištění.
4. Hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného se dle pojistné technických zásad navyšuje o zhodnocení odpovídající technické úrokové míře stanovené v sazebníku.

### Článek 18 Výplata části hodnoty pojištění

1. Pojistník je kdykoliv v době trvání pojištění oprávněn písemně požádat na příslušném tiskopisu pojistitele o výplatu části hodnoty pojištění. V prvním pojistném roce umožní pojistitel výplatu maximálně do výše hodnoty pojištění vytvořená na základě zaplacení mimořádného pojistného, bylo-li toto již zaplacené. Počínaje druhým pojistným rokem a za předpokladu, že běžné a dodatečné běžné pojistné za první pojistný rok bylo plně uhrazeno, umožní pojistitel i výplatu části hodnoty pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného.
2. Částečnou výplatu z hodnoty pojištění pojistitel umožní maximálně v takové výši, aby hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného po výplatě neklesla pod limit stanovený pojistitelem v sazebníku a současně, aby součet veškerých dosud provedených výplat nepřevýšil celkové zaplacené pojistné.
3. Pojistitel je oprávněn stanovit v sazebníku maximální počet výplat částí hodnoty pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného v průběhu jednoho pojistného roku.
4. Požádá-li pojistník o výplatu částky vyšší, než je částka určená dle podmínek uvedených v odst. 1 a 2 tohoto článku, vyplatí mu pojistitel nejvýše částku určenou dle těchto podmínek.
5. Pojistitel je oprávněn výplatu části hodnoty pojištění zamítnout, a to zejména tehdy, požádá-li pojistník o výplatu hodnoty nižší, než je pojistitelem v sazebníku stanovená minimální částka výplaty hodnoty pojištění.
6. Pokud se dle pojistné technických zásad výplatou zvýší pojistné riziko, je pojistitel rovněž oprávněn snížit pojistnou částku sjednanou v pojistné smlouvě, maximálně však o částku výplaty.
7. Za provedení každé výplaty části hodnoty pojištění si pojistitel účtuje poplatek, jehož výše je pojistitelem stanovena v sazebníku.
8. Lhůta pro výplatu části hodnoty pojištění je stanovena pojistitelem na šest týdnů a počíná běžet od následujícího dne po datu doručení písemné žádosti pojistníka. Na základě písemné žádosti pojistníka může být tato šestitýdenní lhůta zkrácena. Za zkrácení lhůty je pojistitel oprávněn účtovat si administrativní poplatek, jehož výše je stanovena pojistitelem v sazebníku.

## DŮSLEDKY NEPLACENÍ POJISTNÉHO A ZÁNİK POJIŠTĚNÍ

### Článek 19 Neplacení pojistného

1. Není-li běžné nebo dodatečné běžné pojistné za první pojistné období zaplacené do tří měsíců od data jeho splatnosti, zanikne pojištění v důsledku neplacení pojistného uplynutím této lhůty bez náhrady. Bylo-li však již v době trvání pojištění zaplacené mimořádné pojistné, vyplatí pojistitel pojistníkovi odbytné z hodnoty pojištění vytvořená na základě zaplacení mimořádného pojistného.
2. Není-li běžné nebo dodatečné běžné pojistné za další pojistné období zaplacené do šesti měsíců od data jeho splatnosti a dosahuje-li na konci tohoto období hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného minimálně výše stanovené pojistitelem v sazebníku, je pojištění automaticky převedeno na pojištění bez placení pojistného s pojistnou částkou sníženou na nulu (tzv. pojištění ve splaceném stavu). Pokud ke dni uplynutí této lhůty hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného nedosahuje minimálně výše stanovené pojistitelem v sazebníku, pojištění zaniká a pojistitel vyplatí pojistníkovi odbytné, vznikl-li již na něj nárok v souladu s článkem 20 těchto ZPP. Nevznikl-li dosud nárok na odbytné, pojištění zaniká bez náhrady.

### Článek 20 Zánik pojištění, vznik nároku na odbytné

1. Vznikem kterékoliv z pojistných událostí dle článků 4 - 8, která byla oznámena jako první a za niž bylo pojistitelem vyplaceno pojistné plnění, zanikají všechna pojištění, která byla v pojistné smlouvě sjednána.
2. Bylo-li v pojistné smlouvě sjednáno pojištění pro případ vážné choroby a diagnóza některého z onemocnění uvedených v článku 6 odst. 5 písm. a) - e), písm. h) - j) těchto ZPP nebo diagnóza onemocnění, které zapříčinilo zařazení na čekací listinu podle článku 6 odst. 5 písm. f) těchto ZPP nebo podstoupení chirurgického zákroku podle článku 6 odst. 5 písm. g) těchto ZPP, byla u pojištěného stanovena během prvních šesti kalendářních měsíců následujících po počátku pojištění pro případ vážné choroby, pojištění sjednaná v pojistné smlouvě, s výjimkou základního pojištění pro případ smrti nebo dožití, zanikají k datu stanovení diagnózy.
3. Při zániku pojištění, s výjimkou zániku spojeného s pojistnou událostí dle článků 4 - 8 těchto ZPP, vyplatí pojistitel odbytné, vznikl-li již na něj dle odst. 4 a 5 tohoto článku nárok. Pro určení hodnoty odbytného se rozlišuje odbytné z hodnoty pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného a odbytné z hodnoty pojištění vytvořená na základě zaplacení mimořádného pojistného. Celková výše odbytného se stanoví podle pojistné technických zásad a je součtem částek odbytného stanovených dle odst. 4 a 5 tohoto článku. Od odbytného je pojistitelem vždy odečten stornovací poplatek ve výši stanovené pojistitelem v sazebníku.
4. Nárok na odbytné z hodnoty pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného vzniká u pojištění nejdříve po roce jeho trvání a za předpokladu, že běžné a dodatečné běžné pojistné za první pojistný rok bylo plně uhrazeno a tato hodnota odbytného určená podle pojistné technických zásad je kladná.
5. Nárok na odbytné z hodnoty pojištění vytvořená na základě zaplacení mimořádného pojistného vzniká okamžikem zaplacení mimořádného pojistného.
6. Pojištění zaniká k poslednímu dni měsíce předcházejícího měsíci, v němž hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného a dodatečného běžného pojistného poklesne na nulu. Pojistitel vyplatí pojistníkovi odbytné z hodnoty pojištění vytvořená na základě zaplacení mimořádného pojistného, vznikl-li již na něj dle odst. 5 tohoto článku nárok.

### Článek 21 Zaokrouhlování

1. Pojistné a pojistná částka jsou vyjádřeny v celých Kč.
2. Při výplatě pojistného plnění, jakož i při výplatě části hodnoty pojištění podle článku 18 těchto ZPP a jiných výplatách spojených s pojištěním, bude vyplacená částka zaokrouhlena na celé Kč, a to dle matematických pravidel.

### Článek 22 Závěrečné ustanovení

Od všech ustanovení těchto ZPP se pojistitel může v pojistné smlouvě odchýlit, vyžaduje-li to účel a povaha pojištění.