



Generali Pojišťovna a.s.
generální ředitelství

Bělehradská 132, 120 84 Praha 2, Česká republika

Zvláštní pojistné podmínky pro investiční životní pojištění (ZPP IŽP 2010/02)

I. Obecná ustanovení

Článek 1

Úvodní ustanovení

Pro investiční životní pojištění (dále jen „pojištění“), které sjednává Generali Pojišťovna a.s., se sídlem Bělehradská 132, Praha 2, 120 84, Česká republika (dále jen „pojistitel“) jako pojištění obnosové, platí zákon č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě (dále také „zákon“), občanský zákoník a ostatní obecně závazné právní předpisy České republiky, všeobecné pojistné podmínky pro soukromé pojištění osob (dále jen VPP POS 2005/01), tyto ZPP IŽP 2010/02, Tabulky ŽP, další ujednání a pojistná smlouva.

Článek 2

Vymezení pojmů

Pro účely sjednáváného pojištění platí toto vymezení pojmů:

- obmyšleným je osoba určená pojistníkem se souhlasem pojištěného v pojistné smlouvě, které vznikne právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného;
- mimořádným pojištěným je pojištěný placený v průběhu trvání pojištění nad rámec běžného, resp. jednorázového pojištěného;
- rizikovým pojištěným je součet pojištěného za pojištění v případě smrti a pojištěného doplňkových pojištění v rozsahu pojistné ochrany sjednané v pojistné smlouvě; rizikové pojištěné je součástí běžného, resp. jednorázového pojištěného;
- fondem je portfolio různých investičních instrumentů založené a spravované pojistitelem nebo správcem fondu určeným pojistitelem nebo portfolio ve vlastnictví třetí osoby a ve správě třetí osoby a pojistitele;
- podílová jednotka: pojistitel rozděljuje každý fond na části – jednotky stejné hodnoty; pojistník alokuje pojistné do podílových jednotek zvolených fondů;
- aktuální hodnotou podílových jednotek je součin počtu podílových jednotek evidovaných na podílovém účtu pojistníka a aktuální (v daném okamžiku platné) nákupní ceny;
- počáteční jednotky: po uzavření pojistné smlouvy s běžně placeným pojištěným, resp. po navýšení pojištěného během trvání pojištění a doplňkové životní pojistné alokuje část pojištěného do počátečních podílových jednotek, není-li ve smlouvě ujednáno jinak. Částka potřebná k vytvoření počátečních jednotek dle kalkulačních zásad pojistitele se vypočítá jako dvojnásobek ročního pojištěného placeného za investiční životní pojištění a doplňkové životní pojištění platné při sjednání smlouvy, resp. při navýšení pojištěného. Pro nakupování počátečních jednotek se při každé platbě pojištěného použije část pojištěného placeného za investiční životní pojištění a doplňkové životní pojištění. K nakupování bude docházet tak dlouho, dokud se nenakoupí celá částka potřebná pro nákup počátečních podílových jednotek. U smluv s jednorázovým pojištěným odpovídá výše počátečních jednotek celému jednorázovému pojištěnému;
- akumulačními jednotkami jsou podílové jednotky nakoupené zaplacením mimořádného pojištěného nebo běžného pojištěného, které nejsou počátečními jednotkami;

- alokačním poměrem je poměr, ve kterém se pojistné rozděljuje do jednotlivých fondů;
- oceňovacím dnem je den oceňování aktiv jednotlivých fondů a stanovení nákupní a prodejní ceny podílových jednotek těchto fondů;
- podílovým účtem pojistníka je účet založený pojistitelem, který slouží k evidenci podílových jednotek pojistníka vázaných k různým fondům.

Článek 3

Druhy pojištění

V rámci tohoto pojištění se sjednává investiční životní pojištění a dále lze sjednat následující doplňková pojištění:

- investiční životní pojištění;
- doplňkové životní pojištění;
- doplňkové úrazové pojištění;
- doplňkové nemocenské pojištění.

Článek 4

Pojistná událost

- Pojistnou událostí je skutečnost specifikovaná pro jednotlivé druhy pojištění a blíže určená v pojistné smlouvě, se kterou je spojena povinnost pojistitele plnit.
 - Za pojistnou událost se nepovažuje smrt pojištěného, ke které došlo v období do tří let věku pojištěného. V případě smrti v období do tří let věku pojištěného vyplatí pojistitel pojistníkovi částku odpovídající dosud zaplacenému pojištěnému za pojištěná rizika, která se vztahují na pojištění tohoto pojištěného, a aktuální hodnotu podílového účtu pojistníka.
 - Je-li pojistnou událostí ve smyslu pojistné smlouvy úraz pojištěného, rozumí se úrazem neočekávané a náhle působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávislé na vůli pojištěného nebo neočekávané a nepřerušené působení vysokých nebo nízkých zevních teplot, plynů, par, záření, elektrického proudu a jedů (s výjimkou jedů mikrobiálních a látek imunitoxických), kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt.
- Za úraz se též považují:
 - utonutí a tonutí;
 - tělesná poškození způsobená popálením, bleskem, elektrickým proudem, plynem nebo parami, pozitivní jedovatých nebo leptavých látek, s výjimkou případů, kdy se účinky dostavily postupně;
 - vymknutí končetin, stejně jako natržení nebo odtržení části končetin a svalů na páteři, šlach, vaziva a pouzder kloubů v důsledku náhlé odchylky od běžného pohybu.
 - Úrazem nejsou: nemoci včetně infekčních nemocí; srdeční infarkt, mozková mrtvice, amocce sítnice, duševní choroby a poruchy, a to i když se dostavily jako následky úrazu; nádory zhoubné i nezhoubné; kýly všech lokalizací; zhoršení nemoci následkem úrazu; aseptické záněty těhových váčků, šlachových pochev a svalových úponů (bursitidy, epikondylitidy, impingement syndrom); přerušení degenerativně změněných orgánů malým nepřímým násilím (např. meniskus); porušení Achillovy šlachy s výjimkou přetěží z vnějšíku; náhlé ploténkové páteřní syndromy, poškození meziobratlových plotének; krvácení do vnitřních orgánů a do mozku nebo

poranění břicha či podbřišku, pokud vzniklo v důsledku zdravotní predispozice pojištěného; duševní chorobné stavy po úrazu, jako např. neurózy nebo psychoneurózy.

- V případě oznámení škodné události a předložení cizojazyčných podkladů je ten, kdo uplatňuje nárok na pojistné plnění, povinen obstarat příslušné lékařské zprávy a ostatní relevantní dokumenty a tyto předat pojistiteli přeložené do českého jazyka. Toto ustanovení neplatí pro podklady ve slovenském jazyce. Překlad musí být proveden soudním překladatelem příslušného jazyka.

Článek 5

Nepojistitelné osoby

- Za nepojistitelné osoby, na které se nevztahuje pojistná ochrana a které jsou z pojištění vyloučeny, se považují osoby stížené nervovou nebo duševní poruchou, která není jen přechodná, a osoby závislé na alkoholu a jiných návykových toxických či omamných látkách. Míru přechodnosti má právo určit pojistitel.
- Pro doplňkové pojištění plné invalidity, doplňkové pojištění závažných onemocnění, doplňkové pojištění zproštění placení pojištěného, doplňkové úrazové a doplňkové nemocenské pojištění jsou nepojistitelnými osobami osoby, které pobírají invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně nebo osoby, u nichž byly na základě lékařského posouzení splněny zákonné předpoklady pro uznání jejich invalidity třetího stupně a dále osoby, které jsou k datu sjednání pojištění v dočasné pracovní neschopnosti. Lékařské posouzení pojistitelnosti provede lékař stanovený pojistitelem.
- Pro doplňkové pojištění plné invalidity, doplňkové pojištění závažných onemocnění, doplňkové pojištění zproštění placení pojištěného a doplňkové nemocenské pojištění jsou nepojistitelnými osobami osoby, které pobírají invalidní důchod pro invaliditu prvního nebo druhého stupně nebo osoby, u nichž byly na základě lékařského posouzení splněny zákonné předpoklady pro uznání invalidity prvního nebo druhého stupně. Lékařské posouzení pojistitelnosti provede lékař stanovený pojistitelem.
- Pro doplňkové pojištění závažných onemocnění jsou nepojistitelnými osobami osoby, u nichž již byla indikována operace anebo diagnostikováno některé ze závažných onemocnění, na která se vztahuje toto doplňkové pojištění.
- V případě, že se pojištěný stane v průběhu pojištěné doby nepojistitelnou osobou ve smyslu odst. 1.1–1.4, má povinnost tuto skutečnost oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu. Pojistitel má právo pojištění vypovědět ve lhůtě 3 měsíců ode dne, kdy se o této skutečnosti dozvěděl. Pojištění zanikne uplynutím 8 dnů ode dne doručení výpovědi pojistníkovi. Toto ustanovení se nevztahuje na doplňkové nemocenské pojištění.

Článek 6

Zánik pojištění

- Pojištění zaniká způsoby uvedenými ve VPP POS 2005/01 v čl. 5. Pojištění dále zaniká způsoby uvedenými v odst. 2 až 10 tohoto článku.

2. Pojištění zaniká dnem smrti pojištěného.
3. Zanikne-li pojištění výpovědí ze strany pojistníka, jedná se o výpověď:
 - a) doručenu do 2 měsíců od počátku pojištění; výpovědní lhůta je osmidená, jejím uplynutím pojištění zanikne; pojistitel má nárok na rizikové pojistné a technické poplatky definované v čl. 13 do doby zániku pojištění;
 - b) doručenu alespoň 6 týdnů před uplynutím pojistného období u smluv s běžně placeným pojistným; pojištění zanikne uplynutím pojistného období; po výpovědi pojistitel vyplatí odkupné podle čl. 10;
 - c) u pojistných smluv s jednorázovým pojistným k 1. dni měsíce následujícího po doručení výpovědi nebo k 1. dni budoucího měsíce uvedeného ve výpovědi; po výpovědi pojistitel vyplatí odkupné podle čl. 10;
 - d) doručenu do 3 měsíců ode dne doručení písemného oznámení vzniku pojistné události pojistiteli; výpovědní lhůta je 1 měsíc od doručení výpovědi, jejím uplynutím pojištění zanikne;
 - e) doručenu do 1 měsíce ode dne výplaty pojistného plnění; výpovědní lhůta je 1 měsíc, jejím uplynutím pojištění zanikne.
4. Zanikne-li pojištění výpovědí ze strany pojistitele, jedná se o výpověď doručenu do 2 měsíců od počátku pojištění; výpovědní lhůta je osmidená, jejím uplynutím pojištění zanikne; pojistitel má nárok na rizikové pojistné a technické poplatky definované v čl. 13 do doby zániku pojištění;
5. Dnem doručení písemného oznámení o odmítnutí pojistného plnění pojištění zaniká. Zanikne-li pojištění odmítnutím pojistného plnění, vyplatí pojistitel odkupné, je-li na něj nárok podle čl. 10. Pojistitel má právo odmítnout pojistné plnění za podmínek uvedených v těchto ZPP IŽP 2010/02 a VPP POS 2005/01.
6. Odstoupením od pojistné smlouvy se smlouva od počátku ruší. Pojistitel v takovém případě vrátí pojistníkovi zaplacené pojistné po odečtení nákladů prokazatelně vzniklých v souvislosti s uzavřením a správou daného pojištění. Pojistník nebo pojištěný, který není současně pojistníkem, popřípadě obmyšlený, jsou povinni vrátit pojistiteli částku zaplaceného pojistného plnění, která přesahuje výši zaplaceného pojistného. Pojistník a pojistitel mají právo odstoupit od pojistné smlouvy za podmínek uvedených ve VPP POS 2005/01. Pojistník může zaslat odstoupení od pojistné smlouvy na adresu sídla pojistitele.
7. V případě zániku pojištění dohodou je nutné v dohodě určit okamžik zániku pojištění a způsob vzájemného vyrovnání závazků. Pojistitel je oprávněn k dohodě připojit doložku, že nevzádíří-li se účastník do 1 měsíce od doručení, má se za to, že s úkonem pojistitele souhlasí.
8. Pojištění zaniká výpovědí pojistitele dle čl. 5, odst. 2. Stane-li se pojištěný v době trvání pojištění nepojištěnou osobou, má pojistitel právo pojištění vypovědět ve lhůtě 3 měsíců ode dne, kdy se o této skutečnosti dozvěděl. Pojištění zanikne uplynutím 8 dnů ode dne doručení výpovědi pojistníkovi.
9. Pojištění zaniká též dovršením maximálního výstupního věku pojištěného stanoveného pojistitelem pro jednotlivá pojištění.
10. Doplňková pojištění zanikají nejpozději dnem zániku investičního životního pojištění.

Článek 7 Pojistné

1. Aktuální věk pojištěného se stanoví rozdílem aktuálního kalendářního roku a kalendářního roku narození pojištěného.
2. Je-li u pojištěného dáno zvýšené pojistné riziko, lze určit vyšší rizikové pojistné nebo dohodnout zvláštní podmínky pojištění. Určit vyšší rizikové pojistné nebo dohodnout zvláštní podmínky pojištění z důvodu zvýšení pojistného rizika (vyjma změny věku a zdravotního stavu pojištěného) je možné i v průběhu pojistné doby.
3. Pojistník má kromě placení běžného, resp. jednorázového pojistného možnost kdykoliv platit mimořádné pojistné. Jeho výše musí být rovna alespoň minimálnímu mimořádnému pojistnému stanovenému pojistitelem. Běžné, resp. jednorázové pojistné nemůže být nahrazeno mimořádným pojistným.
4. Mimořádné pojistné se platí na bankovní účet, který

je určen pouze pro platby mimořádného pojistného. V případě zániku pojištění, na něž bylo uhrazeno mimořádné pojistné, vyplatí pojistitel aktuální odkupní hodnotu podílových jednotek nakoupených z tohoto mimořádného pojistného.

5. Rizikové pojistné za pojištění pro případ smrti a doplňková pojištění je peněžním ekvivalentem odpovídajícím rozsahu pojistitelem poskytnuté pojistné ochrany. Výše rizikového pojistného se aktualizuje vždy k prvnímu dni měsíce a je kalkulována v závislosti na aktuálním věku, pohlaví a aktuální pojistné částce.
6. V případě smrti pojištěného má pojistitel nárok na rizikové pojistné a poplatky definované v čl. 13 do data nahlášení pojistné události.

Článek 8 Změny pojištění

1. Dohodnou-li se účastníci na změně již sjednaného pojištění, poskytuje pojistitel pojistné plnění ze změněného pojištění až z pojistných událostí, které nastaly po dni účinnosti změny pojištění, avšak nejdříve v 00.00 hodin dne provedení změny pojistitelem.
2. Pojistník je oprávněn kdykoliv písemně požádat o změnu rozsahu pojištění. Pojistitel není povinen žádosti o změnu vyhovět. Je-li se změnou, na které se účastníci pojištění dohodli, spojena změna výše běžného pojistného, je běžné pojistné ve změněné výši splatné k datu účinnosti změny.
3. Pojistník je oprávněn kdykoliv písemně požádat o snížení běžného pojistného k datu splatnosti následného pojistného na úroveň danou platnými pojištěno-matematickými zásadami, sazebníkem, příp. interními směrnici pojistitele.
4. Pojistník může písemně požádat o zvýšení běžného pojistného k datu splatnosti následného pojistného. Při zvýšení pojistného dochází z navýšeného pojistného za investiční životní pojištění a doplňková životní pojištění k nakupování počátečních jednotek. V případě, že v době navýšení nebudou nakoupeny předcházející počáteční jednotky, bude pro úhradu předcházejících i nově vzniklých počátečních jednotek použita celá část pojistného, ze kterého vzniká nárok na nákup počátečních jednotek. K nákupu akumulčních jednotek z této části pojistného dojde až po nakoupení všech počátečních jednotek.
5. Pojistník může písemně požádat o zvýšení, resp. snížení pojistné částky k datu splatnosti následného pojistného, přičemž pojistitel má právo zvýšit, popř. snížit pojistné na úroveň danou platnými pojištěno-matematickými zásadami, sazebníkem, příp. interními směrnici pojistitele.
6. Pojistník je oprávněn kdykoliv písemně požádat o zahrnutí, vyloučení nebo o změnu doplňkových pojištění, přičemž pojistitel má právo snížit, popř. zvýšit pojistné částky nebo snížit, popř. zvýšit pojistné na úroveň danou platnými pojištěno-matematickými zásadami, sazebníkem, příp. interními směrnici pojistitele.
7. Pojistník může kdykoli v průběhu pojistné doby požádat o prodloužení pojistné doby. Pojistitel bude akceptovat pouze takovou žádost o stanovení nové pojistné doby, která je v souladu s maximálním výstupním věkem pojištěného. Zkrácení pojistné doby nelze provést.
8. Pokud pominou důvody, pro které byla poskytnuta sleva nebo přirážka, jsou pojistník a pojištěný povinni tuto skutečnost pojistiteli písemně oznámit a pojistitel je oprávněn slevu nebo přirážku od následujícího pojistného období odebrat.
9. Pojistitel je oprávněn provést posouzení rizika i v průběhu pojistné doby, jestliže požadovaná změna mění rozsah poskytované pojistné ochrany dle odst. 2 až 8.
10. Změny uvedené v odstavcích 2 až 8 mají vliv na vývoj stavu podílového účtu pojistníka.
11. Změny provedené v bodě 2 až 8 mohou ovlivnit způsob a dobu nakupování počátečních jednotek ve smyslu prodloužení doby, za kterou budou počáteční podílové jednotky nakupovány.
12. Pojistník a pojištěný jsou povinni oznámit všechny změny týkající se skutečností, na které byl při sjednávání pojištění pojistitelem tázán, nebo uvedených v pojistné smlouvě, jak je uvedeno ve VPP POS 2005/01, článek 8, odst. 2.
13. Všechny požadované změny mohou být provedeny pouze na základě písemné žádosti pojistníka, příp. pojistníka se souhlasem pojištěného, nevyhradí-li

pojistitel pro tyto účely jiné komunikační kanály. O tyto změny může požádat pojistník, případně pojistník se souhlasem pojištěného, a to nejmeně 6 týdnů před datem účinnosti požadované změny, přičemž datem účinnosti změny může být vždy pouze první den v měsíci, není-li ujednáno jinak. Pojistitel akceptuje požadované změny písemným potvrzením.

14. Opětovné obnovení pojistné smlouvy (dále jen „reaktivace“) je možné provést do tří měsíců od zániku pojistné smlouvy podle čl. 6 s výjimkou zániku s výplatou odkupného. V období mezi datem zániku pojistné smlouvy podle čl. 6 a provedením reaktivece není poskytována pojistná ochrana. Reaktivaci je možné provést jednou během sjednané pojistné doby. Pojistitel nemá povinnost vyhovět žádosti pojistníka o provedení reaktivece.

Článek 9 Pojištění v redukováném stavu

1. Pojištění může být na žádost pojistníka nebo z důvodu uvedeného v čl. 5 VPP POS 2005/01 převedeno na pojištění v redukováném stavu. Pojištění může být redukováno v případě, kdy bylo zaplacené pojistné alespoň za dobu 2 let a pokud aktuální odkupní hodnota pojištění, definovaná v čl. 10, překračuje pojistitelem předepsané minimum.
2. V případě převedení pojištění v redukováném stavu pojistitel přemění počáteční podílové jednotky ve vyšší jejich odkupní hodnoty na akumulční podílové jednotky.
3. Pojištění bude převedeno na pojištění v redukováném stavu k datu splatnosti pojistného za pojistné období, za které nebylo poprvé řádně zaplacené pojistné.
4. Pojistník má právo vypovědět pojištění v redukováném stavu. Po výpovědi vyplatí pojistitel odkupné, je-li na něj nárok dle čl. 10.
5. Pojištění v redukováném stavu nelze znovu uvést v původní stav.
6. Po dobu trvání pojištění v redukováném stavu bude podílový účet pojistníka nadále snižován o rizikové pojistné a technické poplatky popsané v čl. 13. U pojištění v redukováném stavu má pojistitel nebo pojistník právo upravit rozsah pojistného krytí za účelem minimalizace odpočtů rizikového pojistného za sjednaná rizika. V okamžiku, kdy aktuální hodnota akumulčních podílových jednotek nebude stačit na pokrytí poplatků dle čl. 13, pojištění zaniká bez náhrady.
7. U pojištění v redukováném stavu lze nadále platit mimořádné pojistné.
8. Z pojištění v redukováném stavu lze provádět částečné odkupy ve smyslu čl. 11.

Článek 10 Odkupné

1. Nárok na odkupné vzniká, byla-li vytvořena odkupní hodnota.
2. Odkupní hodnota pojištění se vytváří u smluv s běžně placeným pojistným nejdříve po 2 letech pojištění, bylo-li za toto období řádně zaplacené pojistné. Pojištění s řádně zaplaceným jednorázovým pojistným má vždy vytvořenou odkupní hodnotu.
3. Odkupné se vypočítá podle kalkulačních zásad pojistitele jako součet odkupní hodnoty počátečních a akumulčních podílových jednotek snížených o nevyúčtované poplatky popsané v čl. 13. Výše odkupného závisí na způsobu placení pojistného, na době uplynulé od počátku pojištění, na sjednané pojistné době, na rozsahu sjednaného rizika a na nákladech spojených se vznikem a správou pojistné smlouvy.
4. Odkupní hodnota počátečních jednotek se vypočítá jako procentní podíl z aktuální hodnoty počátečních jednotek. Výše procentního podílu je uvedena v tabulce odkupných koeficientů počátečních jednotek.
5. Odkupní hodnota akumulčních jednotek se rovná aktuální hodnotě akumulčních jednotek.
6. Odkupné neodpovídá celkově zaplacenému pojistnému.
7. V případě zániku pojištění nevzniká nárok na vrácení pojistného.
8. Při stanovení výše odkupného uplatní pojistitel nákupní cenu podílové jednotky platnou k datu účinnosti výpovědi.

Článek 11

Částečný odkup

1. Z aktuální hodnoty akumulačních podílových jednotek tvořených běžným pojistným může pojištitel požadovat o částečný odkup po uplynutí 2 let od počátku pojištění, bylo-li za toto období zaplacen pojištění. Podmínkou uskutečnění částečného odkupu je předpoklad dostatečné výše běžného pojistného a zůstatku odkupní hodnoty pojištění pro pokrytí rizikového pojistného a technických poplatků dle čl. 13 až do konce pojistné doby.
2. Z aktuální hodnoty podílových jednotek tvořených jednorázovým pojistným lze kdykoli požadovat o částečný odkup, přičemž hodnota částečného odkupu se vypočítá dle čl. 10 odst. 4. Podmínkou uskutečnění částečného odkupu je předpoklad dostatečné výše zůstatku odkupní hodnoty pojištění pro pokrytí rizikového pojistného a technických poplatků dle čl. 13 až do konce pojistné doby.
3. Z aktuální hodnoty podílových jednotek tvořených mimořádným pojistným může pojištitel kdykoli požadovat o částečný odkup.
4. Výše částečného odkupu musí dosáhnout alespoň pojištěním předepsaného minima.
5. Pojištitel provede částečný odkup za poslední nákupní cenu podílových jednotek platnou před datem obdržení žádosti pojištitel o částečný odkup. Za datum obdržení této žádosti se považuje její doručení do sídla pojištěitele.
6. Pojištitel je oprávněn stanovit poplatky podle čl. 13 související s částečným odkupem.
7. Pojištitel je oprávněn při částečném odkupu pojistnou částku pro případ smrti přiměřeně snížit dle kalkulačních zásad pojištěitele.

Článek 12

Pojištění s přerušením placení běžného pojistného

1. Pojištění může být na žádost pojištitel převedeno na pojištění s přerušením placení běžného pojistného (dále jen „přerušení placení pojistného“). Pojištitel si vyhrazuje právo tuto žádost zamítnout.
2. K přerušení placení pojistného může dojít, pokud byla vytvořena odkupní hodnota pojištění definovaná v čl. 10 a zároveň pokud je aktuální hodnota podílových jednotek dostatečnými na pokrytí rizikového pojistného a technických poplatků dle čl. 13 na dobu přerušení placení pojistného.
3. K přerušení placení pojistného dochází ode dne nejbližší splatnosti pojistného následující po datu přijetí žádosti od pojištitel a nebo k prvnímu dni měsíce uvedeného v jeho žádosti. Tento den musí předcházet dni, ke kterému by pojištění zaniklo či by bylo převedeno do redukovaného stavu. O přerušení placení pojistného nelze požadovat zpětně.
4. Pojištitel má nárok na pojistné do dne, kdy došlo k přerušení placení pojistného.
5. Podílový účet pojištitel bude i v době přerušení placení pojistného snižován o rizikové pojistné a technické poplatky popsané v čl. 13. V okamžiku, kdy aktuální hodnota podílových jednotek nebude stačit na pokrytí rizikového pojistného a technických poplatků, pojištění zaniká s výplatou odkupného, byla-li vytvořena odkupní hodnota.
6. Rozsah pojistného krytí může být na žádost pojištitel upraven ve smyslu snížení pojistných částek, popř. vyloučení doplňkových pojištění.
7. Přerušit placení pojistného je možné vždy nejdříve na dobu jednoho roku. Neobnoví-li pojištitel placení pojistného po uplynutí jednoho roku od okamžiku přerušování placení pojistného do jednoho měsíce od splatnosti pojistného a dosahuje-li odkupní hodnota pojištění pojištěitelem stanoveného minima určeného podle kalkulačních zásad, pojištění se mění na pojištění v redukovaném stavu podle čl. 9.
8. U pojištění s přerušením placení pojistného lze nadále platit mimořádné pojistné.
9. U pojištění s přerušením placení pojistného lze provádět částečné odkupy ve smyslu čl. 11.
10. Pojištitel má nárok účtovat poplatek za přerušení placení pojistného podle čl. 13.

Článek 13

Poplatky

1. Pojištitel snižuje každý měsíc podílový účet pojištitel o rizikové pojistné za rizika sjednaná v pojistné smlouvě.

2. Za účelem krytí nákladů souvisejících s uzavřením pojistné smlouvy (dále jen „počáteční náklady“) sráží pojištitel u pojištění s běžným pojistným na konci každého pojistného roku pojištěitelem stanovené procento počátečních jednotek z celkového množství počátečních jednotek, a to do konce pojistné doby, nejvýše však po dobu stanovenou pojištěitelem. U pojistných smluv s jednorázovým pojistným sráží pojištitel na konci každého pojistného roku pojištěitelem stanovené procento počátečních jednotek z celkového množství počátečních jednotek, a to do konce pojistné doby, nejvýše však po dobu stanovenou pojištěitelem. Aktuální a maximální výše těchto nákladů je uvedena v sazebníku poplatků a Informacích pro klienta.
3. Pojištitel strhává každý měsíc sjednané pojistné doby z podílového účtu pojištitel správní náklady za daný měsíc. Maximální a aktuální výše správních nákladů je stanovena v sazebníku poplatků a Informacích pro klienta. Správní náklady mění pojištitel nejvýše jednou za pojistný rok.
4. Hodnotu podílového účtu pojištitel může pojištitel navíc snížit o další technické poplatky související se správou pojištění. Přehled těchto poplatků je uveden v sazebníku poplatků.
5. U pojistných smluv s běžným pojistným strhává pojištitel poplatky uvedené v odst. 1, 3 a 4 z akumulačních jednotek. Pojištitel přeměňuje tyto poplatky podle nákupní ceny podílové jednotky platné k prvnímu dni v měsíci na akumulační jednotky, o které pak sníží počet aktuálních podílových jednotek evidovaných na podílovém účtu pojištitel.
6. U pojistných smluv s jednorázovým pojistným strhává pojištitel poplatky uvedené v odst. 1, 3 a 4 z počátečních jednotek, příp. z akumulačních jednotek, pokud tyto na pojistné smlouvě vznikly. Pojištitel přeměňuje tyto poplatky podle nákupní ceny podílové jednotky platné k prvnímu dni v měsíci na podílové jednotky, o které pak sníží počet aktuálních podílových jednotek evidovaných na podílovém účtu pojištitel.
7. Aktuální sazebník poplatků je k nahlédnutí v sídle a obchodních místech pojištěitele.

Článek 14

Cíle a fungování fondů

1. Cílem fondů je investování prostředků patřících fondu a dlouhodobé zvyšování hodnoty uložených aktiv. Hodnota fondů, a tedy i hodnota podílových jednotek vázaných k fondu se mění podle výsledků investic. Fondy se od sebe liší typem investic, očekávaným výnosem a rizikem investic.
2. Pojištitel je oprávněn fondy založit a také zrušit.
3. Ke zrušení fondu může dojít v případě, kdy hodnota fondu podle posouzení pojištěitele nestačí k hospodárnému provozu. V tomto případě pojištitel pošle pojištitelovi oznámení alespoň dva měsíce před plánovaným zrušením a nabídně bezplatně přemístění podílových jednotek vázaných k zanikajícímu fondu na podílové jednotky vázané ke kterémukoli jinému fungujícímu fondu. Pokud se pojištitel k přemístění nevyjádří do 15 dnů od doručení oznámení o zrušení fondu, pojištitel přemístí podílové jednotky podle nákupního kurzu platného v den zániku fondu do jiných fondů dle vlastního rozhodnutí.
4. Pojištitel je oprávněn rozdělit nebo sloučit jednotlivé fondy, čímž se mění počet i hodnota podílových jednotek vázaných k fondu. Tato operace má jen technický význam a celkovou hodnotu jednotek ve fondech, resp. podílových jednotek na podílovém účtu pojištitel neovlivňuje.
5. Vývoj hodnoty podílových jednotek jednotlivých fondů není pojištěitelem garantován.
6. Aktiva jednotlivých fondů a výnosy plynoucí z těchto aktiv jsou vlastnictvím pojištěitele a zůstávají jim po celou pojistnou dobu. Pojištění proto nezakládá nárok na jakákoliv aktiva pojištěitele a fondů.

Článek 15

Oceňování fondů, ceny jednotek

1. Pojištitel fondy pravidelně oceňuje za účelem stanovení nákupní a prodejní ceny podílových jednotek. Fondy jsou oceňovány v oceňovacích dnech stanovených pojištěitelem, minimálně však jednou za měsíc. Hodnotou fondu je hodnota prostředků patřících fondu snížená o hodnotu závazků k datu ocenění. Pojištitel je oprávněn odečítat z hodnoty fondu náklady související s nákupem a prodejem

1. prostředků patřících fondu. Pojištitel stanoví roční poplatek za správu fondů v procentech hodnoty fondu, jehož výši může jednou za rok měnit, přičemž hodnota ročního poplatku nemůže být vyšší než pojištěitelem stanovené maximum. Tento poplatek je odečítán úměrně při každém oceňování.
2. Nákupní cenou podílových jednotek vázaných na daný fond je podíl aktuální hodnoty fondu a počtu podílových jednotek vázaných na fond. Za tuto cenu nakupuje pojištitel podílovou jednotku od pojištitel.
3. Aktuální cenu prodeje podílových jednotek stanoví pojištitel tak, aby rozdíl mezi nákupní a prodejní cenou činil maximálně 5 % prodejní ceny. Za tuto cenu prodá pojištitel podílovou jednotku pojištitelovi.
4. Nákupní a prodejní cena stanovená v oceňovací den je zpětně platná do data předchozího dne oceňování. Ceny pojištitel eviduje s přesností na pět desetinných míst.
5. Pojištitel je oprávněn odečítat z hodnoty fondu při každém oceňování výdaje související s pořizováním, prodejem a oceňováním fondu.
6. Pojištitel je dále oprávněn snižovat hodnotu fondu o všechny daňové srážky spojené s aktivy fondu.
7. Poplatky uvedené v odst. 1 – 5 tohoto článku jsou součástí sazebníku poplatků podle čl. 13.

Článek 16

Podílový účet pojištitel a rozdělení pojistného mezi fondy

1. Při uzavření smlouvy pojištitel určí, v jakém alokačním poměru hodlá běžné nebo jednorázové pojistné alokovat do podílových jednotek vázaných k jednotlivým fondům. U dalších plateb běžného pojistného může pojištitel tento poměr kdykoliv po dobu trvání pojištění změnit. Podíl investic do jednotlivých fondů musí dosáhnout minimální výše stanovené pojištěitelem.
2. Mimořádné pojistné se přeměňuje na podílové jednotky vázané k jednotlivým fondům v alokačním poměru platném k datu zpracování tohoto pojistného pro běžné nebo jednorázové pojistné, není-li pojištitelkem písemně stanoveno jinak.
3. Připsání pojistného na podílový účet pojištitel v podílových jednotkách se uskutečňuje po zaplacení pojistného opatřeného příslušnými identifikačními znaky a následně připsání tohoto pojistného na pojistnou smlouvu, nejpozději však s datem prvního pracovního dne následujícího po nejbližším oceňovacím dni.
4. Počet podílových jednotek připsaných na podílový účet pojištitel eviduje s přesností na pět desetinných míst.
5. Pojištitel je povinen informovat pojištitel způsobem umožňující dálkový přístup:
 - a) nejméně jednou za čtvrtletí o aktuální hodnotě podílových jednotek,
 - b) nejméně jednou za rok o struktuře podkladových aktiv.

Článek 17

Přemístění podílových jednotek

1. Na základě písemné žádosti pojištitel mohou být podílové jednotky jednoho fondu směřovány na podílové jednotky vázané k jiným fondům. Pojištitel provede přemístění podílových jednotek v nákupních cenách podílových jednotek platných v den, kdy obdržel žádost pojištitel, není-li pojištitelkem požadováno přemístění k pozdějšímu datu. Za datum obdržení žádosti o přemístění podílových jednotek se považuje její doručení do sídla pojištěitele.
2. Poplatek za přemístění stanoví pojištitel z aktuální hodnoty přemístěných podílových jednotek podle nákupního kurzu platného v den provedení směny. Za jedno přemístění se považuje přemístění pojištitelkem definovaného počtu podílových jednotek z jednoho fondu do jednoho nebo více fondů. Pojištitel může za provedení přemístění podílových jednotek srážet poplatek z podílového účtu pojištitel. Poplatek za přemístění podílových jednotek je součástí sazebníku poplatků podle čl. 13.

Článek 18

Změna alokačního poměru

1. Alokační poměr umístění budoucích plateb pojistného do podílových jednotek vázaných k jednotlivým fondům je možné na základě písemné žádosti pojištitel kdykoliv upravit.

2. Pojistitel provede změnu alokačního poměru k datu obdržení žádosti od pojistníka, není-li v této žádosti požadováno provedení změny k pozdějšímu datu.
3. Pojistitel je oprávněn za provedení změny alokačního poměru srážet poplatek z podlívového účtu pojistníka. Poplatek za změnu alokačního poměru je součástí sazebníku poplatků podle čl. 13.

Článek 19

Aktualizace pojistného a pojistné částky

1. Aktualizací ve smyslu těchto ZPP IŽP 2010/02 je každoroční zvýšení pojistné částky a sjednaného běžného pojistného investičního životního pojištění. Aktualizaci pojistných částek lze provést jen u pojistitelem stanovených pojištění.
2. Aktualizaci nabízí pojistitel v zájmu zachování hodnoty pojištění u pojištění s běžným pojistným. Pojistitel doručí aktualizaci pouze pojistníkům, kteří svou vůli aktualizovat pojistnou smlouvu (dále jen „indexovou doložku“) sjednali v této pojistné smlouvě. Na základě písemné žádosti má pojistník možnost zvýšit pouze pojistné, aniž by se zvyšovala sjednaná pojistná částka.
3. Aktualizace se provádí na základě růstu indexu spotřebitelských cen, který je vydáván Českým statistickým úřadem. Aktualizace se provádí k výročnímu dni za předpokladu, že zveřejněný index spotřebitelských cen vzrostl od počátku pojištění, případně od naposledy provedeného nového měření, nejméně o 4 %.
4. Pojistitel doručí pojistníkovi nabídku aktualizace pojistné smlouvy, ve které jsou uvedeny zvýšené pojistné částky a zvýšené pojistné. Nabídku aktualizace doručí pojistitel pojistníkovi nejpozději k datu provedení aktualizace. Neodmítne-li pojistník nabídku aktualizace zpětným zasláním nabídky do 6 týdnů od jejího doručení nebo nepožádá-li do 6 týdnů od jejího doručení pouze o zvýšení pojistného, má se za to, že s nabídkou pojistitele souhlasí. Na základě vyjádření pojistníka vystaví pojistitel dodatek k pojistné smlouvě.
5. Nároky z příslušné aktualizace jsou účinné k výročnímu dni pojištění, k němuž dochází k aktualizaci.
6. Neodmítne-li pojistník aktualizaci podle odst. 4 a neuhradí-li zvýšené pojistné, považuje to pojistitel za odmítnutí indexové doložky.
7. Odmítne-li pojistník aktualizaci ve smyslu odst. 4, tato aktualizace se ruší.
8. Poslední aktualizaci lze provést nejpozději pět let před koncem sjednané pojistné doby. Současně s tím dochází k zániku platnosti indexové doložky.
9. Bude-li pojistník v době trvání pojištění zproštěn od placení pojistného, zaniká platnost indexové doložky, a to od výročního dne následujícího po datu zproštění od placení pojistného. Zaniknou-li důvody pro zproštění od placení pojistného, je pojistník oprávněn o obnovení platnosti indexové doložky požádat, a to písemně. Pojistitel pak bude opětovně provádět aktualizaci od výročního dne následujícího po obdržení žádosti pojistníka.

Článek 20

Územní platnost pojistné smlouvy

Pojištění se vztahuje na pojistné události, ke kterým dojde kdekoli ve světě, není-li ujednáno jinak.

Článek 21

Oprávněné osoby

1. Právo na pojistné plnění má pojištěný, pokud není ve smlouvě ujednáno jinak. Je-li dohodnuto, že pojistnou událostí je smrt pojištěného, pojistník má právo se souhlasem pojištěného určit obmyšleného, kterému má vzniknout právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného, a to jménem nebo vztahem k pojištěnému. Pokud nestanoví pojistník se souhlasem pojištěného jinak, vzniká oprávněné osobě nebo obmyšlenému právo na pojistné plnění okamžikem vzniku pojistné události.
2. Vznikne-li právo na pojistné plnění několika obmyšleným a nejsou-li podíly určeny, má každý z nich právo na stejný díl. Podíl nenabytý některým z obmyšlených náleží ostatním.
3. Není-li v době pojistné události, kterou je smrt pojištěného, určen obmyšlený nebo nenabude-li právo na pojistné plnění, nabývají tohoto práva tyto osoby:
 - a) manžel/ka pojištěného;
 - b) není-li ho/jí, děti pojištěného;

- c) nejsou-li osoby uvedené pod písm. b) tohoto odstavce, rodiče pojištěného;
 - d) není-li jich, pak osoby, které žily s pojištěným nejméně po dobu jednoho roku před jeho smrtí ve společné domácnosti a které z tohoto důvodu pečovaly o společnou domácnost nebo byly odkázány výživou na pojištěného;
 - e) není-li ani těchto osob, dědici pojištěného. Případně-li dědictví jako odúmrť státu, nevzniká mu právo na pojistné plnění.
4. V průběhu pojištění až do vzniku pojistné události může být obmyšlený měněn pouze se souhlasem pojištěného. Změna musí být učiněna písemně a je účinná dnem jejího doručení pojistiteli.
 5. Obmyšlený, kterému má smrti pojištěného vzniknout právo na pojistné plnění, tohoto práva nenabude, způsobil-li pojištěnému smrt úmyslným trestným činem, pro který byl soudem pravomocně odsouzen.
 6. Je-li obmyšleným nezletilý nebo osoba, která nemá plnou způsobilost k právním úkonům, bude případné pojistné plnění ve prospěch této osoby vyplaceno osobě určené soudem.
 7. Pojistné plnění z obnosového pojištění lze vinkulovat. Pokud je pojistník odlišný od pojištěného, může být pojistné plnění vinkulováno a následně může být vinkulace zrušena pouze se souhlasem pojištěného a se souhlasem osoby, v jejíž prospěch bylo pojistné plnění vinkulováno. Účinnost vinkulace nebo jejího zrušení nastává nejdříve dnem, kdy pojistitel obdržel písemný souhlas příslušné osoby s vinkulací, resp. jejím zrušením. Pohledávku z pojištění lze postoupit nebo zastavit. Pokud je pojistník odlišný od pojištěného, může pohledávku z pojištění postoupit nebo zastavit jen se souhlasem pojištěného.

Článek 22

Vztah mezi doplňkovými pojištěními a investičním životním pojištěním

1. Doplňkové životní pojištění, doplňkové úrazové pojištění ani doplňkové nemocenské pojištění nelze sjednat samostatně; tato pojištění lze sjednat pouze současně se sjednáním investičního životního pojištění. Doplňková pojištění zanikají nejpozději dnem zániku investičního životního pojištění.
2. Pojistné za doplňkové pojištění je součástí běžného, resp. jednorázového pojistného.

Článek 23

Závěrečné ustanovení

Těmito ZPP IŽP 2010/02 se řídí pojistné smlouvy investičního životního pojištění uzavřené po datu 1. 2. 2010 včetně.

II. Investiční životní pojištění

Článek 24

Rozsah pojištění

V rámci investičního životního pojištění pojistitel sjednává:

- pojištění pro případ smrti nebo dožití (obnosové pojištění).

Článek 25

Pojistná událost

1. Pojistnou událostí se v investičním životním pojištění rozumí smrt pojištěného, nastane-li během pojistné doby, nebo dožití se dne uvedeného v pojistné smlouvě jako konec pojištění anebo jiná skutečnost uvedená v pojistné smlouvě, s níž je spojen vznik povinnosti pojistitele plnit.
 1. Pojistitel poskytuje pojistné plnění v případě dožití se dne uvedeného v pojistné smlouvě jako konec pojištění po předložení:
 - a) pojistky;
 - b) kopie dokladu o posledním zaplacení pojistného;
 - c) řádně vyplněných podkladů od pojistitele.
 2. Pojistitel poskytuje pojistné plnění v případě úmrtí pojištěného po předložení:
 - a) písemné žádosti o poskytnutí pojistného plnění;
 - b) pojistky;
 - c) úředně ověřené kopie úmrtního listu;
 - d) kopie dokladu o posledním zaplacení pojistného;
 - e) podrobné zprávy lékaře nebo jiného lékařského či úředního osvědčení o příčině úmrtí, počátku

a průběhu smrtelného onemocnění nebo o bližších okolnostech úmrtí;

- f) jména a adresy praktického a odborného lékaře, u kterých byl pojištěný léčen pro úraz nebo onemocnění, jež následně vedly k úmrtí.
4. Na žádost pojistitele je třeba rovněž předložit i další doklady, které jsou nezbytné pro šetření pojistitele ve věci pojistné události. Náklady spojené s výše uvedenými ustanoveními hradí ten, kdo uplatňuje nárok vůči pojistiteli.

Článek 26

Pojistné plnění

1. V případě dožití se konce pojištění vyplatí pojistitel aktuální hodnotu podlívového účtu pojištěnému, není-li v pojistné smlouvě nebo v informacích pro klienta, které jsou součástí pojistné smlouvy, dohodnuto jinak.
2. Z pojištění pro případ smrti nebo dožití vyplatí pojistitel v případě smrti obmyšlenému určenému v pojistné smlouvě, není-li určen oprávněným osobám dle čl. 21 aktuální hodnotu podlívového účtu platnou k datu nahlášení pojistné události, minimálně však pojistnou částku pro případ smrti uvedenou v pojistné smlouvě. Ke dni úmrtí pojištěné osoby pojištění zaniká.
3. Je-li u pojištění pro případ smrti nebo dožití sjednána pojistná částka menší než 110 % ročního resp. jednorázového pojistného a současně není sjednáno žádné doplňkové pojištění, je do pojištění na dobu 1 roku od data jeho počátku automaticky bez zvýšení pojistného zahrnuto doplňkové pojištění smrti způsobené úrazem. Pojistná částka doplňkového pojištění smrti způsobené úrazem činí u pojištění s běžným pojistným 25 % ročního pojistného, u pojištění s jednorázovým pojistným 15 % z jednorázového pojistného.
4. Součástí pojištění nejsou opce ani bonusy. Pojištěný může v případě dožití zvolit místo jednorázové výplaty pojistného plnění vyplácení doživotního důchodu, avšak pouze v případě, že jednorázové plnění ještě nebylo vyplaceno. Výše důchodu se vypočítává ke dni splatnosti pojistného plnění na základě tarifů pojistitele, platných v době dožití se konce pojištění. Pro výpočet výše důchodu je rozhodující věk pojištěného v den splatnosti pojistného plnění. Právo volby důchodu může být uplatňováno buď vůči celému pojistnému plnění, nebo vůči jeho části.

Článek 27

Výluky a omezení pojistného plnění

1. Nebylo-li ujednáno jinak, pojistitel vyplatí pojistné plnění ve výši odkupného, nastane-li smrt pojištěného:
 - a) v důsledku sebevraždy před uplynutím dvou let od počátku pojištění nebo od zvýšení rozsahu pojistné ochrany ve prospěch pojištěného podle čl. 8, příp. od reaktivace pojistné smlouvy; v případě zvýšení rozsahu pojistné ochrany se toto omezení vztahuje pouze na navýšený rozsah pojistné ochrany;
 - b) v přímé nebo nepřímé souvislosti s nukleární katastrofou;
 - c) následkem přímé nebo nepřímé účasti:
 - na bojových akcích nebo jiných válečných operacích;
 - při vnitrostátních nepokojích (vzpourě či povstání s výjimkou smrti pojištěného, ke které došlo při plnění služby v armádě nebo u Policie ČR v České republice při potlačování vnitrostátních nepokojů);
 - d) při aktivní účasti na závodech nebo trénincích v pozemních, vzdušných nebo vodních dopravních prostředcích;
 - e) při použití leteckých prostředků s výjimkou případů, kdy ke smrti pojištěného došlo v letadle určeném pro cestující veřejnost, kde byl pojištěný jako dopravovaná osoba – cestující; za dopravovanou osobu se nepovažuje člen posádky letadla ani jiná osoba činná při provozu nebo obsluze letadla; a dále se pojištění nevztahuje na úmrtí, ke kterému dojde při létání s bezmotorovými letadly, větroni s pomocným motorem a ultralehkými letadly, při závěsném létání, paraglidingu a létání v balonech, při seskocích a letech s padákem z letadel i z výšin apod.

- f) v souvislosti s teroristickými událostmi všeho druhu, bez ohledu na to, zda ke smrti došlo bezprostředně nebo zprostředkovaně. Ve všech těchto výše uvedených případech pojištění zaniká bez nároku na pojistné plnění, nejsou-li splněny podmínky nároku na odkupné ve smyslu čl. 10.
2. Pojistitel je oprávněn snížit pojistnou částku pro případ smrti z pojištění pro případ smrti nebo dožití až o jednu polovinu:
- jestliže pojištěný zemřel v souvislosti s jednáním, kterým způsobil jinému těžkou újmu na zdraví nebo smrt nebo které bylo v rozporu s dobrými mravy anebo kterým jinak hrubě porušil důležitý zájem společnosti;
 - dojde-li ke smrti pojištěného po požití nebo v souvislosti s požíváním alkoholu nebo po aplikaci návykových toxických či omamných látek pojištěným a je zde dána příčinná souvislost se vznikem pojistné události.
3. Pokud byly v důsledku nepravdivého uvedení data narození, pohlaví nebo zdravotního stavu pojištěného stanoveny nesprávné technické parametry pojištění (pojistné, pojistná doba, pojistná částka), je pojistitel oprávněn pojistné plnění přiměřeně snížit.
4. Dojde-li k úmrtí následkem úrazu při řízení motorového vozidla, neposkytuje pojistitel pojistné plnění z pojištění pro případ smrti nebo dožití:
- v případě, že se pojištěný odmítne podrobit vyšetření za účelem zjištění obsahu alkoholu v krvi;
 - při řízení vozidla osobou, která není držitelem příslušného řídičského oprávnění nebo která vozidlo použila neoprávněně.
5. Pojistitel neposkytuje pojistné plnění tehdy, dojde-li k pojistné události do dvou let od sepsání návrhu z důvodu onemocnění, které již bylo před uzavřením pojištění přítomno či diagnostikováno, příp. z důvodu komplikací s tímto onemocněním spojených nebo na jeho následky. Pojištění v takovém případě zaniká. Pojistitel v takovém případě vyplatí osobě oprávněné k převzetí pojistného plnění odkupné ve smyslu čl. 10.

Článek 28

Pojistná doba doplňkových pojištění

Pokud není ujednáno jinak, je pojistná doba doplňkového pojištění shodná s pojistnou dobou investičního životního pojištění. Doplnkové pojištění zaniká však nejpozději k výročnímu dni v roce, ve kterém pojištěný dosáhl maximálního výstupního věku stanoveného pojistitelem.

III. Doplnkové životní pojištění

Článek 29

Druhy pojištění

- V rámci doplňkového životního pojištění lze sjednat:
- doplňkové pojištění plné invalidity (obnosové pojištění);
 - doplňkové pojištění závažných onemocnění (obnosové pojištění);
 - doplňkové pojištění zproštění od placení pojistného (obnosové pojištění);
 - doplňkové pojištění pro případ smrti (obnosové pojištění).

III. 1. Obecná ustanovení pro doplňkové životní pojištění

Článek 30

Pojistné plnění doplňkových životních pojištění

- Pojistné plnění doplňkového pojištění plné invalidity, doplňkového pojištění závažných onemocnění a doplňkového pojištění zproštění od placení pojistného může být vyplaceno pouze jednou.
- Při změně pojištění z důvodu navýšení pojistné částky doplňkového pojištění plné invalidity se na navýšenou část pojistné částky vztahuje v případě pojistného plnění lhůta dvou let z důvodu nemoci, uvedená v čl. 32. odst. 3 písm. a.
- Při změně pojištění z důvodu navýšení pojistné částky doplňkového pojištění závažných onemocnění se na navýšenou část pojistné částky vztahuje

v případě pojistného plnění lhůta tří měsíců, uvedená v čl. 33. odst. 2.

- Při změně pojištění z důvodu navýšení běžného pojistného se v případě pojistné události z doplňkového pojištění zproštění od placení pojistného vztahuje na navýšenou část běžného pojistného lhůta dvou let uvedená v čl. 34. odst. 2 písm. a.
- Při změně pojištění z důvodu navýšení pojistné částky doplňkového pojištění pro případ smrti se na navýšenou část pojistné částky vztahuje v případě pojistného plnění lhůta dvou let v důsledku sebevraždy uvedená v čl. 35 odst. 5 písm. a.

Článek 31

Zanik doplnkového životního pojištění

Doplňkové životní pojištění zaniká způsoby uvedenými v čl. 6 a dále následovně:

- Doplňkové pojištění plné invalidity, doplňkové pojištění závažných onemocnění a doplňkové pojištění zproštění od placení pojistného zanikají výplatou pojistného plnění.
- V případě škodné události, ke které dojde do dvou let od počátku pojištění ve smyslu čl. 32 odst. 3 písm. a, zaniká doplňkové pojištění plné invalidity k datu škodné události bez náhrady.
- Pojistitel si vyhradzuje právo vypovědět doplňkové pojištění plné invalidity a doplňkové pojištění zproštění od placení pojistného v případě, že se změně podmínky sociálního zabezpečení pro určení a přiznávání invalidity ve smyslu čl. 32 a 34, a to ke dni, od kterého vstoupí tyto podmínky v účinnost. Vypovědi zaniká toto doplňkové pojištění bez náhrady.
- V případě škodné události, ke které dojde do tří měsíců od počátku doplňkového pojištění závažných onemocnění ve smyslu čl. 33 odst. 2, zaniká toto pojištění k datu škodné události bez náhrady.
- V případě škodné události, ke které dojde do dvou let od počátku pojištění ve smyslu čl. 34 odst. 2 písm. a, zaniká doplňkové pojištění zproštění od placení pojistného k datu škodné události bez náhrady.
- Doplňkové životní pojištění zaniká:
 - ve výroční den v roce, ve kterém pojištěný dosáhl maximálního výstupního věku stanoveného pojistitelem;
 - uplynutím pojistné doby doplňkového životního pojištění;
 - dnem doručení písemného oznámení o odmítnutí pojistného plnění pojistitelem z doplňkového životního pojištění bez náhrady.

III. 2. Zvláštní část pro doplňkové životní pojištění

Článek 32

Pojistná událost, rozsah pojištění a povinnosti při škodné události pro doplňkové pojištění plné invalidity

- Pojistnou událostí je dožití se dne, kdy je pojištěnému přiznán invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně podle platných předpisů o sociálním zabezpečení, a dále následně potvrzení zdravotního stavu lékařem určeným pojistitelem.
- Nastane-li pojistná událost uvedená v odst. 1, poskytne pojistitel pojistné plnění ve výši pojistné částky sjednané v pojistné smlouvě.
- Doplňkové pojištění plné invalidity se vztahuje na:
 - invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně přiznaný v důsledku nemoci, přičemž den, od kterého byl přiznán, je nejdříve po dvou letech od počátku tohoto doplňkového pojištění;
 - invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně přiznaný výlučně v důsledku úrazu, přičemž den, od kterého byl přiznán, je kdykoli za doby trvání tohoto doplňkového pojištění.
- Doplňkové pojištění plné invalidity se nevztahuje na invalidní důchod, který byl přiznán v důsledku nemoci nebo úrazu, jestliže se jedná o nemoci nebo úrazy:
 - způsobené přímým nebo nepřímým působením jaderné energie, ionizujících paprsků, radioaktivního nebo obdobného záření, s výjimkou případů, kdy k takovému tělesnému poškození došlo při léčebných postupech a zákrocích

prováděných v souvislosti s úrazem, na který se pojištění vztahuje;

- vzniklé léčebnými postupy nebo zásahy, které si pojištěný na sobě sám provedl nebo si je nechal provést, pokud k nim nedošlo v souvislosti s úrazem nebo nemocí, na které se pojištění vztahuje;
 - způsobené psychickou poruchou či poruchou vědomí, po požití nebo v souvislosti s požíváním alkoholu, návykových toxických a omamných látek, vlivem léků, apod.
5. Doplnkové pojištění plné invalidity se nevztahuje na invalidní důchod, který byl přiznán v důsledku nemoci nebo úrazu, jestliže se jedná o nemoci nebo úrazy vzniklé při rizikových sportech či jiných činnostech se zvýšeným nebezpečím vzniku úrazu. Jedná se zejména o úrazy a nemoci vzniklé:
- při použití leteckých prostředků s výjimkou úrazů, které pojištěný utrpí jako osoba dopravovaná letadlem určeným pro cestující veřejnost – cestující; za dopravovanou osobu se nepovažuje člen posádky letadla ani jiná osoba činná při provozu nebo obsluze letadla; a dále o úrazy a nemoci vzniklé při létání s bezmotorovými letadly, větřní s pomocným motorem a ultralehkými letadly, při závěsném létání, paraglidingu a létání v balonech, při seskocích a letech s padákem z letadel i z výšin apod.;
 - při výkonu horolezeckého sportu, vysokohorského turistice, hloubkovém potápění s nutností dýchacího přístroje, vodních sportech na divoké vodě a při provozování extrémních, tzv. adrenalinových sportů, jako je např. canyoning, sky-surfing, sky-bungee, bungee-jumping, shark-diving, mega-diving, rocket-bungee, heli-skiing, rafting, black-water-rafting, a sporty s obdobným rizikem;
 - při účasti na motoristických závodech a soutěžích a při přípravných jízdách k nim; pojistitel neposkytuje pojistné plnění ani v případech, kdy se pojištěný zúčastní těchto závodů a soutěží nebo přípravy na ně jako spolujezdec;
 - při účasti na celostátních nebo mezinárodních závodech v lyžování, snowboardingu, ve skocích na lyžích, závodech na bobech, skibobech, saních, skeletonech apod. a při oficiálním tréninku k nim.
6. Doplnkové pojištění plné invalidity se dále nevztahuje na invalidní důchod, který byl přiznán v důsledku nemoci nebo úrazu, jestliže se jedná o nemoci nebo úrazy vzniklé:
- při přípravě či spáchání úmyslné trestné činnosti pojištěného nebo při pokusu o ni;
 - v souvislosti s válečnými událostmi všeho druhu a s teroristickými útoky všeho druhu, bez ohledu na to, zda k tělesnému poškození dojde bezprostředně nebo zprostředkovaně;
 - při vnitrostátních násilných nepokojích, kterých se pojištěný aktivně zúčastnil na straně iniciátora nepokojů;
 - v souvislosti s pokusem o sebevraždu nebo pokusem o sebepoškození;
 - při řízení motorového vozidla v případech, kdy se pojištěný odmítne podrobit vyšetření za účelem zjištění obsahu alkoholu, příp. jiných toxických látek v krvi;
 - při řízení vozidla osobou, která není držitelem příslušného řídičského oprávnění nebo která vozidlo použila neoprávněně.
7. Doplnkové pojištění plné invalidity se nevztahuje na invalidní důchod, který byl přiznán v důsledku nemoci nebo úrazu, jestliže se jedná o nemoci nebo úrazy, které byly způsobeny úmyslným jednáním pojištěného nebo jiné osoby z podnětu pojištěného.
8. Pojistitel neposkytuje pojistné plnění, je-li hlavní příčinou pojistné události nemoc či úraz (nebo pojištěný trpí jejich důsledky v současné době), které vznikly před počátkem doplňkového pojištění plné invalidity a pro něž byl pojištěný před počátkem doplňkového pojištění plné invalidity léčen, lékařsky sledován nebo byly v tomto období přítomny či diagnostikovány jejich příznaky.
9. Právo na pojistné plnění má pojištěný.
10. Vznikne-li škodná událost, je pojištěný, který uplatňuje nárok na pojistné plnění, povinen:
- oznámit vznik škodné události neprodleně písemnou formou pojistiteli;
 - doložit přiznání invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně; za nezbytné podklady pro

stanovení povinnosti pojistitele plnit se považují zejména podklady, z nichž vyplývá nárok na pobírání invalidního důchodu; záznam z jednání o posouzení zdravotního stavu od příslušné správy sociálního zabezpečení; podklady předkládá pojistiteli pojištěný;

c) zmocnit příslušnou správu sociálního zabezpečení k poskytnutí informací pojistiteli;

d) podrobit se případnému vyšetření u lékaře určeného pojistitelem, který provede přezkoumání postižení, na základě kterého byl invalidní důchod přiznán.

11. Podklady nutné pro uplatnění nároku na pojistné plnění:

a) originál, případně úředně ověřená kopie potvrzení od správy sociálního zabezpečení o datu přiznání nároku na invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně;

b) kopie odborného posudku správy sociálního zabezpečení, na jehož základě byl přiznán invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně;

c) jméno a adresa praktického a odborného lékaře.

12. V případě, že pojištěný odmítne vyšetření nebo nedodá nezbytné informace a doklady uvedené v odst. 10 a 11, může pojistitel krátko nebo odmítnout výplatu pojistného plnění z doplňkového pojištění plně invalidity.

Článek 33

Výklad pojmů, pojistná událost, rozsah pojištění a povinnosti při škodné události pro doplňkové pojištění závažných onemocnění

1. Výklad pojmů doplňkového pojištění závažných onemocnění:

vrozená vada: je jakákoliv vrozená abnormalita, pro niž byl pojištěný léčen anebo navštěvoval lékaře nebo měl předepsány léky nebo její příznaky se dostavily nebo projevíly nebo které byly diagnostikovány lékařem dříve, než pojištěný dosáhne věku 18 let.

2. Pojistnou událostí se rozumí první stanovení diagnózy nebo provedení operace odpovídající definici závažných onemocnění uvedených v Tabulce závažných onemocnění (dále jen „TDDZ“), která je nedílnou součástí pojistné smlouvy. Pojistná ochrana se vztahuje na pojistné události, ke kterým dojde během trvání pojištění, nejdříve však po uplynutí tříměsíční lhůty od počátku tohoto doplňkového pojištění. Pojištěnému vzniká nárok na pojistné plnění formou jednorázové výplaty po potvrzení zdravotního stavu lékařem určeným pojistitelem.

3. Nastane-li pojistná událost uvedená v odst. 2, poskytnout pojistitel pojistné plnění sjednané v pojistné smlouvě. Zemře-li pojištěný během jednoho měsíce ode dne stanovení diagnózy nebo provedení operace uvedených v TDDZ, nevzniká nárok na pojistné plnění.

4. Právo na pojistné plnění má pojištěný.

5. Na základě stavu lékařské vědy nebo změny výskytu závažných onemocnění může pojistitel v průběhu trvání pojištění upravit výši pojistného, úpravu může provést jednou ročně. V případě, že pojistník se změnou nesouhlasí, musí svůj nesouhlas vyjádřit do jednoho měsíce od doručení oznámení o úpravě výše pojistného.

V takovém případě doplňkové pojištění závažných onemocnění zaniká bez náhrady dnem, ke kterému by došlo k úpravě výše pojistného.

6. Pojistitel si vyhrazuje právo zrevidovat rozsah a definice závažných onemocnění ve smyslu TDDZ. Úpravu může provést jednou ročně. K této změně může dojít v následujících případech:

a) v důsledku změn lékařské terminologie a/nebo klasifikace;

b) za účelem zahrnutí nových závažných onemocnění, pokud to pojistitel považuje za vhodné;

c) za účelem vyřazení takových závažných onemocnění současně zahrnutých v definici závažných onemocnění, která pojistitel považuje za vhodné z definice vyřadí.

7. Doplňkové pojištění závažných onemocnění se nevztahuje na ty události uvedené v odst. 2, které byly způsobeny úmyslným jednáním pojištěného nebo jiné osoby z podnětu pojištěného.

8. Pojistitel neposkytuje pojistné plnění, je-li hlavní příčinou pojistné události:

a) vrozená vada, nemoc či úraz nebo jejich důsledky, které vznikly před počátkem doplňkového pojištění závažných onemocnění a pro něž byl pojištěný před počátkem doplňkového pojištění závažných onemocnění léčen, lékařsky sledován nebo byly v tomto období přítomny či diagnostikovány jejich příznaky;

b) sebezpoškození, následek sebevraždy nebo pokusu o ni;

c) odmítnutí podrobit se předepsané a doporučené lékařské péči;

d) užití alkoholu či jiných návykových látek;

e) příprava nebo spáchání úmyslné trestné činnosti pojištěného či pokus o ni;

f) diagnóza vzniklá v souvislosti s válečnými událostmi všeho druhu (přímé či nepřímé důsledky války nebo ozbrojeného konfliktu, nepřátelské akce cizích nepřátel bez ohledu na vyhlášení války, občanská válka, povstání, vzpoura, vojenský či násilně získaná moc, přímá účast na výtržnostech, stávkách nebo občanských nepokojích, zapojení se nebo účast pojištěného v jakýchkoliv námořních, vojenských nebo leteckých operacích) bez ohledu na to, zda k tělesnému poškození dojde bezprostředně, nebo zprostředkovaně;

g) diagnóza vzniklá v souvislosti s teroristickými útoky všeho druhu, bez ohledu na to, zda k tělesnému poškození dojde bezprostředně, nebo zprostředkovaně;

h) diagnóza vzniklá v souvislosti s vnitrostátními násilnými nepokoji, kterých se pojištěný aktivně zúčastnil na straně iniciátora nepokojů;

i) řízení motorového vozidla v případě, kdy se pojištěný odmítl podrobit vyšetření za účelem zjištění obsahu alkoholu, příp. jiných toxických či omamných látek v krvi;

j) řízení motorového vozidla osobou, která není držitelem příslušného řidičského oprávnění nebo která vozidlo použila neoprávněně;

k) přítomnost lidského imunodeficitního viru (HIV) a/nebo stavů spojených s HIV, včetně syndromu získaného imunodeficitu (AIDS) a/nebo jakékoliv jeho mutace, derivace nebo variace, pohlavní choroby a sexuálně přenášené choroby nebo jejich patologické následky. Tato výluka neplatí v případě pojistné události ve smyslu TDDZ, je-li pojistná událost diagnóza onemocnění HIV.

9. Dojde-li ke škodné události, je pojištěný, který uplatňuje nárok na pojistné plnění, povinen:

a) oznámit bez zbytečného odkladu vznik škodné události písemně pojistiteli;

b) doložit lékařské zprávy vztahující se k jeho zdravotnímu stavu před i po vzniku škodné události;

c) zmocnit ošetřujícího lékaře k poskytnutí informací pojistiteli;

d) podrobit se případnému vyšetření u lékaře specialisty určeného pojistitelem, který provede přezkoumání zdravotního stavu. V případě, že se pojištěný odmítne vyšetření podrobit nebo nedodá nezbytné informace a doklady, může pojistitel krátko nebo odmítnout výplatu pojistného plnění z doplňkového pojištění závažných onemocnění.

Článek 34

Pojistná událost, rozsah pojištění a povinnosti při škodné události pro doplňkové pojištění zproštění od placení pojistného

1. Doplňkové pojištění zproštění od placení pojistného lze sjednat pouze v případě, že pojistník a pojištěný je tatáž osoba.

2. Bylo-li sjednáno doplňkové pojištění zproštění od placení pojistného, zprostí pojistitel pojistníka povinnosti placení běžného pojistného v následujících případech:

a) v případě přiznání invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně v důsledku nemoci podle platných předpisů o sociálním zabezpečení, přičemž den, od kterého byl přiznán, je nejdříve po dvou letech od počátku tohoto doplňkového pojištění; v důsledku nemoci pojistitel zprostí pojistníka od placení pojistného pouze v případě, je-li pojištěnému invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně přiznán do maximálního věku pro zproštění. Dojde-li k přiznání invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně ve lhůtě kratší šesti měsíců od navýšení běžného pojistného (vyjma

navýšení běžného pojistného po aktualizaci), sníží pojistitel k datu zproštění běžné pojistné na hodnotu, která byla platně sjednána před navýšením;

b) v případě přiznání invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně výlučně v důsledku úrazu podle platných předpisů o sociálním zabezpečení, přičemž den, od kterého byl přiznán, je kdykoli po počátku tohoto doplňkového pojištění; v důsledku úrazu pojistitel zprostí pojistníka od placení pojistného v případě, je-li pojištěnému invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně přiznán v průběhu pojistné doby tohoto doplňkového pojištění.

Ve všech případech musí být invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně pojištěného potvrzen lékařem pojistitele.

3. V případě zproštění od placení pojistného zanikají sjednané doplňkové pojištění datem zproštění.

4. Pojistitel je povinen zprostí pojistníka povinnosti placení pojistného ode dne nejbližší splatnosti po datu doručení oznámení o přiznání invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně na adresu pojistitele. Pojistitel zprostí pojistníka od placení běžného pojistného do konce investičního životního pojištění, maximálně však do výročního dne v roce, ve kterém se pojištěný dožije věku o jeden rok vyššího, než je maximální věk pro zproštění stanovený pojistitelem. V případě, že investiční životní pojištění dále trvá,

je pojistník opět povinen platit pojistné. V případě, že pojistník do data uvedeného v kvalifikované upomínce k zaplacení pojistného pojistné neuhradí, mění se pojištění na pojištění v redukováném stavu, a to za podmínek uvedených v čl. 9.

5. Přiznání invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně se prokazuje pravomocným rozhodnutím příslušného orgánu o přiznání invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně. Za další nezbytné podklady se považují zejména ty podklady, z nichž vyplývá nárok na pobírání invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně. V případě pochybností je pojistník povinen zmocnit příslušnou správu sociálního zabezpečení k poskytnutí informací pojistiteli. Na žádost pojistitele je třeba rovněž předložit i další doklady, které jsou nezbytné pro setření pojistitele ve věci pojistné události.

6. Pojistitel je povinen do tří měsíců ode dne doručení podkladů, které jsou nezbytné pro posouzení nároku pojistníka na zproštění od placení běžného pojistného, sdělit pojistníkovi, zda jeho nárok uznává.

7. Pojistník je povinen na základě žádosti pojistitele do pěti let od okamžiku zproštění od placení pojistného prokázat, že jeho nárok na invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně trvá. V opačném případě bude zproštění od placení pojistného ukončeno od pojistného období následujícího po lhůtě, která bude stanovena pojistitelem v žádosti o prokázání. Pokud pojistné nebude pojistníkem ve výše uvedené lhůtě zapláceno, mění se pojištění na pojištění v redukováném stavu, a to za podmínek uvedených v čl. 9.

8. U pojištění, které je zproštěno od placení pojistného, lze platit mimořádné pojistné.

9. Částečné odkupy z podílového účtu pojistníka v případě, že je pojištění zproštěno od placení pojistného, lze provádět na základě ustanovení čl. 11.

10. Doplňkové pojištění zproštění od placení pojistného se nevztahuje na invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně nebo jeho příčiny, které jsou uvedeny v článku 32 odst. 4–6, 8.

11. Doplňkové pojištění zproštění od placení pojistného se nevztahuje na škodné události uvedené v odst. 2, které byly způsobeny úmyslným jednáním pojištěného nebo jiné osoby z podnětu pojištěného.

12. Vznikne-li škodná událost, je pojištěný, který uplatňuje nárok na pojistné plnění, povinen:

a) oznámit vznik škodné události neprodleně písemnou formou pojistiteli;

b) doložit přiznání invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně státem; za nezbytné podklady pro stanovení povinnosti pojistitele plnit se považují zejména podklady, z nichž vyplývá nárok na pobírání invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně, záznam z jednání o posouzení zdravotního stavu od příslušné správy sociálního

- zabezpečení; podklady předkládá pojistiteli pojištěný;
- c) zmocnit příslušnou správu sociálního zabezpečení k poskytnutí informací pojistiteli;
- d) podrobit se případnému vyšetření u lékaře určeného pojistitelem, který provede přezkoumání postižení, na základě něhož byl invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně přiznán.
13. Podklady nutné pro uplatnění a doložení trvání nároku na pojistné plnění:
- a) originál, případně úředně ověřená kopie potvrzení od správy sociálního zabezpečení o datu přiznání nároku na invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně;
- b) kopie odborného posudku správy sociálního zabezpečení, na jehož základě byl přiznán invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně;
- c) jméno a adresa praktického a odborného lékaře.
14. V případě, že pojištěný odmítne vyšetření nebo nedodá nezbytné informace a doklady uvedené v odst. 12 a 13, může pojistitel odmítnout zprostit pojistníka placení běžného pojistného.
15. Při zproštění od placení pojistného bude pojistitel hradit běžné pojistné k datu splatnosti. Zaplacené pojistné bude přeměněno na podílové jednotky ve smyslu čl. 2 podle kurzu a alokace platné k datu splatnosti běžného pojistného. Zaplacené pojistné bude přeměněno na počáteční nebo akumulací podílové jednotky ve smyslu čl. 2 a podle prodejní ceny a alokačního poměru běžného pojistného platného k datu splatnosti běžného pojistného.

Článek 35

Pojistná událost, rozsah pojištění a povinnosti při škodné události pro doplňkové pojištění pro případ smrti

- Pojistnou událostí je smrt pojištěného, nastane-li během pojistné doby, anebo jiná skutečnost uvedená v pojistné smlouvě, s níž je spojen vznik povinnosti pojistitele plnit.
- Pojistitel poskytuje pojistné plnění v případě úmrtí pojištěného po uznání nároku pojistitelem na pojistné plnění a po předložení následujících dokladů a údajů:
 - pisemné žádosti o poskytnutí pojistného plnění;
 - pojistky;
 - úředně ověřené kopie úmrtího listu;
 - kopie dokladu o posledním zaplacení pojistného;
 - podrobné zprávy lékaře nebo jiného lékařského či úředního osvědčení o příčině úmrtí, počátku a průběhu smrtelného onemocnění nebo o bližších okolnostech úmrtí;
 - jména a adresy praktického a odborného lékaře, u kterých byl pojištěný léčen pro úraz nebo onemocnění, které následně vedly k úmrtí.
- Na žádost pojistitele je třeba rovněž předložit i další doklady, které jsou nezbytné pro šetření pojistitele ve věci pojistné události. Náklady spojené s obstaráním výše uvedených podkladů hradí ten, kdo uplatňuje nárok vůči pojistiteli.
- V případě smrti pojištěného vyplátí pojistitel obmyšlenému určenému v pojistné smlouvě, není-li určen, oprávněným osobám dle čl. 21, pojistnou částku určenou pojistnou smlouvou.
- Pojistitel neposkytne pojistné plnění, nastane-li smrt pojištěného:
 - v důsledku sebevraždy před uplynutím dvou let od počátku pojištění nebo od zvýšení rozsahu pojistné ochrany ve prospěch pojištěného podle čl. 8, příp. od reaktivace pojistné smlouvy; v případě zvýšení rozsahu pojistné ochrany se toto omezení vztahuje pouze na navýšený rozsah pojistné ochrany;
 - v přímé nebo nepřímé souvislosti s nukleární katastrofou;
 - následkem přímé nebo nepřímé účasti:
 - na bojových akcích nebo jiných válečných operacích;
 - při vnitrostátních nepokojích (vzpouře či povstání s výjimkou smrti pojištěného, ke které došlo při plnění služby v armádě nebo u Policie ČR v České republice při potlačování vnitrostátních nepokojů);
 - při aktivní účasti na závodech nebo trénincích v pozemních, vzdušných nebo vodních dopravních prostředcích;
 - při použití leteckých prostředků s výjimkou případů, kdy ke smrti pojištěného došlo v letadle

určeném pro cestující veřejnost, kde byl pojištěný jako dopravovaná osoba - cestující; za dopravovanou osobu se nepovažuje člen posádky letadla ani jiná osoba činná při provozu nebo obsluze letadla; a dále se pojištění nevztahuje na úmrtí, ke kterému dojde při létání s bezmotorovými letadly, větroni s pomocným motorem a ultralehkými letadly, při závěsném létání, paraglidingu a létání v balonech, při seskocích a letech s padákem z letadel i z výšin apod.;

f) v souvislosti s teroristickými událostmi všeho druhu, bez ohledu na to, zda ke smrti došlo bezprostředně nebo zprostředkovaně.

- Dojde-li k úrazu při řízení motorového vozidla, neposkytuje pojistitel pojistné plnění z pojištění pro případ smrti:
 - v případech, že se pojištěný odmítne podrobit vyšetření za účelem zjištění alkoholu v krvi;
 - při řízení vozidla osobou, která není držitelem příslušného řidičského oprávnění nebo která vozidlo použila neoprávněně.
- Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění až o jednu polovinu:
 - jestliže pojištěný zemřel v souvislosti s jednáním, kterým způsobil jinému těžkou újmu na zdraví nebo smrt nebo které bylo v rozporu s dobrými mravy anebo kterým jinak hrubě porušil důležitý zájem společnosti;
 - dojde-li ke smrti pojištěného po požití nebo v souvislosti s požíváním alkoholu nebo po aplikaci návykových toxických či omamných látek pojištěným a je zde dána příčinná souvislost se vznikem pojistné události.
- Pokud byly v důsledku nepravdivého uvedení data narození, pohlaví nebo zdravotního stavu pojištěného stanoveny nesprávné technické parametry pojištění (pojistné, pojistná doba, pojistná částka), je pojistitel oprávněn pojistné plnění přiměřeně snížit.
- Pojistitel neposkytuje pojistné plnění tehdy, dojde-li k pojistné události do dvou let od sepsání návrhu z důvodu onemocnění, které již bylo před uzavřením pojištění přítomno či diagnostikováno, příp. z důvodu komplikací s tímto onemocněním spojených nebo na jeho následky. Pojištění v takovém případě zaniká bez náhrady.

IV. Doplňkové úrazové pojištění

Článek 36

Druhy doplňkového úrazového pojištění

V rámci doplňkového úrazového pojištění lze sjednat:

- doplňkové pojištění smrti způsobené úrazem (pojištění obnosové);
- doplňkové pojištění smrti úrazem následkem autonehody (pojištění obnosové);
- doplňkové pojištění plně trvalé invalidity způsobené úrazem (pojištění obnosové);
- doplňkové pojištění trvalých následků úrazu (pojištění obnosové);
- doplňkové pojištění trvalých následků úrazu následkem autonehody (pojištění obnosové);
- doplňkové pojištění denní odškodné za dobu nezbytného léčení úrazu (pojištění obnosové);
- doplňkové pojištění denní odškodné za dobu léčení vyjmenovaných úrazů (pojištění obnosové);
- doplňkové pojištění odškodnění definovaných úrazů s asistenčními službami (pojištění obnosové);
- doplňkové pojištění hospitalizace následkem úrazu (pojištění obnosové).

Článek 37

Rozsah doplňkového úrazového pojištění

Toto doplňkové úrazové pojištění se vztahuje na úrazy, které pojištěný utrpí v běžném životě, pokud tyto ZPP IŽP 2010/02 nebo pojistná smlouva nestanoví jinak.

Článek 38

Zánik doplňkového úrazového pojištění

Doplňkové úrazové pojištění zaniká způsobem dle čl. 6 těchto ZPP IŽP 2010/02 a dále výpovědí ze strany pojistitele:

- doručenou alespoň 6 týdnů před uplynutím pojistného období, pojištění zanikne uplynutím pojistného období;
- doručenou do 3 měsíců ode dne doručení písem-

ného oznámení vzniku pojistné události pojistiteli; výpovědní lhůta je 1 měsíc od doručení výpovědi, jejím uplynutím pojištění zanikne.

Článek 39

Pojistná událost

- Pojistnou událostí ve smyslu tohoto doplňkového úrazového pojištění je úraz pojištěného ve smyslu čl. 4 odst. 3, se kterým je spojena povinnost pojistitele plnit.
- Za pojistnou událost se nepovažuje úraz způsobený úmyslným jednáním pojištěného nebo jednáním jiné osoby z podnětu jakéhokoli účastníka pojištění.
- Pojistná ochrana se nevztahuje na úrazy, které pojištěná osoba prodělala v minulosti nebo jejichž důsledky trpí v současné době. Takové úrazy a zároveň jejich příčiny, následky a komplikace jsou z pojistné ochrany vyloučeny. Pojistná ochrana se vztahuje jen na úrazy, ke kterým dojde v době až po počátku pojistné ochrany.
- Pokud došlo k pojistné události, která je definována v pojistné smlouvě, a vznikl nárok na výplatu pojistného plnění, bude vyplaceno oprávněné osobě nebo obmyšlenému toto pojistné plnění. Pojistné plnění bude vypočteno na základě sjednané pojistné částky. Způsob a podmínky výplaty jsou specifikovány v čl. 40 až 48.
- Pojistitel je oprávněn přezkoumat zdravotní stav pojištěného, a to i prohlídkou, příp. vyšetřením u lékaře, kterého pojistitel sám určil. Souvisí-li přezkoumání zdravotního stavu se škodnou událostí a nepodrobí-li se pojištěný vyšetření ve stanoveném termínu bez náležitého odůvodnění, které je povinen pojistiteli sdělit ještě před termínem vyšetření, nebo vyšetření bez náležitého odůvodnění odmítne, není pojistitel povinen poskytnout pojistné plnění.

Článek 40

Doplňkové pojištění smrti způsobené úrazem

- Zemře-li pojištěný do 1 roku ode dne úrazu na následky tohoto úrazu, vyplátí pojistitel pojistnou částku sjednanou pro případ smrti způsobené úrazem oprávněné osobě.
- Do pojistného plnění z tohoto doplňkového pojištění se zahrnují platby, které byly pojištěnému vyplaceny jako pojistné plnění z doplňkového pojištění trvalých následků dle čl. 42 až 44 z těchto úrazu. Byla-li pojistitelem plněna z doplňkového pojištění trvalých následků úrazu dle čl. 42 až 44 vyšší částka, než je pojistná částka sjednaná pro případ smrti, pojistitel nemá právo na vrácení rozdílu těchto dvou plnění.

Článek 41

Doplňkové pojištění smrti úrazem následkem autonehody

- Toto pojištění se sjednává pro případ úrazu účastníka provozu na pozemních komunikacích, ke kterému dojde v době trvání pojištění v příčinné souvislosti s provozem motorového vozidla (nekolejové vozidlo poháněné vlastní pohonnou jednotkou a trolejbus) schváleným dle platné legislativy pro provoz na pozemních komunikacích a jehož následkem je smrt nastalá do 1 roku ode dne úrazu. Za úrazy vzniklé v příčinné souvislosti s provozem motorového vozidla se považují též úrazy, ke kterým dojde při nakládání a vykládání přepravovaných věcí a při nastupování a vystupování z motorového vozidla. Účastníkem provozu na pozemních komunikacích je každý, kdo se přímým způsobem účastní provozu na pozemních komunikacích.
- V případě pojistné události ve smyslu odst. 1 vyplátí pojistitel pojistnou částku sjednanou pro doplňkové pojištění smrti úrazem následkem autonehody oprávněné osobě.
- Do pojistného plnění z tohoto pojištění se zahrnují platby, které byly pojištěnému vyplaceny jako pojistné plnění za trvalé následky dle čl. 42 až 44 z těchto úrazu. Byla-li pojistitelem plněna z doplňkového pojištění trvalých následků úrazu dle čl. 42 až 44 vyšší částka, než je pojistná částka sjednaná pro případ smrti, pojistitel nemá právo na vrácení rozdílu těchto dvou plnění.

Článek 42

Doplňkové pojištění plně trvalé invalidity způsobené úrazem

Je-li v průběhu 1 roku ode dne úrazu na základě posouzení lékaře stanoveného pojistitelem nepochybně prokázáno, že následkem úrazu je plná trvalá invalidita pojištěného, a pojištěný má sjednáno doplňkové pojištění plně trvalé invalidity způsobené úrazem, pojistitel vyplatí pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky z tohoto doplňkového pojištění. Plnou trvalou invaliditou se rozumí takové následky úrazu, při kterých součet jednotlivých stupňů invalidity stanovených v Tabulce pro hodnocení trvalých následků úrazu (dále jen "TTNU"), která je nedílnou součástí pojistné smlouvy, činí nejméně procento stanovené v pojistné smlouvě. Na toto pojištění se dále vztahují ustanovení čl. 43 odst. 1 až 8.

Článek 43

Doplňkové pojištění trvalých následků úrazu

- Trvalými následky úrazu se rozumí takové následky úrazu, u nichž již není možné zlepšení, tj. trvalá ovlivnění tělesných a duševních funkcí. Stupněm invalidity se rozumí rozsah trvalých následků, jehož výše se určuje v procentech. Maximální stupeň invalidity je dán tabulkou TTNU, která je nedílnou součástí pojistné smlouvy. Stupeň invalidity v procentech určuje lékař pojistitele.
- Týká-li se jednotlivé následky po jednom nebo více úrazech téhož orgánu, smyslu nebo jejich částí, hodnotí je pojistitel jako celek, a to nejvýše procentem stanoveným v tabulce TTNU pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného orgánu, smyslu nebo jejich částí.
- Pojistitel má povinnost vyplatit pojistné plnění za trvalé následky úrazu vzniklé následkem úrazu, které objektivně nastaly během 1 roku ode dne úrazu, na základě písemné žádosti pojištěného. Pojistitel neposkytuje pojistné plnění za trvalé následky úrazu, které se poprvé objektivně objevily po uplynutí 1 roku ode dne úrazu.
- Podmínkou výplaty pojistného plnění za trvalé následky úrazu je nejen prokázání vzniku trvalých následků úrazu, ale i lékařsky jednoznačné stanovení stupně invalidity. Pokud je zjištěn vznik trvalých následků úrazu během 1 roku ode dne úrazu a není lékařsky jednoznačně stanoven stupeň invalidity, poskytne pojistitel plnění teprve po uplynutí 1 roku ode dne úrazu. Není-li po 1 roce ode dne úrazu stupeň invalidity jednoznačný z hlediska druhu a rozsahu následků úrazu, provede lékař určený pojistitelem přezkoumání stupně invalidity, a to nejpozději do 3 let ode dne vzniku úrazu. Jestliže ani po 3 letech není stupeň invalidity jednoznačný, stanoví pojistitel stupeň invalidity podle stavu ke konci této lhůty.
- Základem pro určení stupně invalidity je tabulka TTNU, která je nedílnou součástí pojistné smlouvy a uvádí maximální stupeň invalidity daného úrazu. Při částečné ztrátě orgánů či smyslu nebo částečné ztrátě funkce orgánů či smyslu uvedených v tabulce TTNU stanoví na základě lékařského posouzení pojistitel výši pojistného plnění jako procentuální podíl z maximálního ohodnocení stupně invalidity uvedeného v tabulce TTNU, která je nedílnou součástí pojistné smlouvy.
- Nelze-li stanovit stupeň invalidity podle tabulky TTNU nebo není-li poškozený orgán uveden v tabulce TTNU, stanoví se stupeň invalidity lékařským posudkem s ohledem na míru omezení funkčnosti poškozeného orgánu.
- Byl-li pojištěný stížen tělesnou nebo smyslovou nemocí či vadou již před úrazem a zhorší-li se stav postiženého orgánu následkem úrazu, určí se stupeň předchozí invalidity z dosavadní vady obdobně, jak je uvedeno v odst. 1, 2, 5 a 6, a o takto zjištěný rozsah předchozí invalidity se sníží pojistné plnění.
- Zemře-li pojištěný:
 - během 1 roku ode dne úrazu na následky úrazu, nevzniká nárok na plnění za trvalé následky úrazu;
 - během 1 roku ode dne úrazu z důvodů, které nejsou v příčinné souvislosti s úrazem, vyplatí pojistitel plnění ve výši, která odpovídá předpokládanému stupni invalidity, stanovenému podle posledního lékařského posudku;

- po uplynutí 1 roku ode dne úrazu na následky úrazu, vyplatí pojistitel plnění ve výši, která odpovídá předpokládanému stupni invalidity, stanovenému podle posledního lékařského posudku;
 - po uplynutí 1 roku ode dne úrazu z důvodů, které nejsou v příčinné souvislosti s úrazem, vyplatí pojistitel plnění ve výši, která odpovídá předpokládanému stupni invalidity, stanovenému podle posledního lékařského posudku.
- Pojistným plněním z tohoto pojištění je procento ze sjednané pojistné částky pro případ trvalých následků úrazu vyplácené formou progresivního plnění specifikovaného v odst. 10 v závislosti na stupni invalidity.
 - Progresivní pojistné plnění pro trvalé následky úrazu bude stanoveno následovně:

stupeň invalidity (SI)	výpočet výše pojistného plnění
0,001–30,00% částky	jednásobek pojistné
30,01–80,00%	do 30% SI jednásobek pojistné částky část převyšující 30% SI bude násobena pětkrát
80,01–100,00%	do 30% SI jednásobek pojistné částky část převyšující 30% SI bude násobena pětkrát část převyšující 80% SI bude násobena šestkrát

- Pojistné plnění formou paušálních částek:
 - je-li v pojistné smlouvě dohodnuto pojistné plnění formou paušálních částek, je v případě pojistné události vyplacena ve smlouvě uvedená částka dle tabulek TTNU;
 - pokud je v pojistné smlouvě dohodnuto pojistné plnění formou paušálních částek a zároveň formou denního odškodného dle článku 45 nebo 46, bude v případě pojistné události pojistitel plnit z toho sjednaného pojistného krytí, z něhož bude vyplácené pojistné plnění vyšší.

Článek 44

Doplňkové pojištění trvalých následků úrazu následkem autonehody

- Pojištění se sjednává pro případ úrazu pojištěného, jako účastníka provozu na pozemních komunikacích, ke kterému dojde v době trvání pojištění v příčinné souvislosti s provozem motorového vozidla (nekolejové vozidlo poháněné vlastní pohonou jednotkou a trolejbus) schváleného dle platné legislativy pro provoz na pozemních komunikacích dále jen „motorové vozidlo“ a které způsobí pojištěnému trvalé následky ve smyslu čl. 43. Za úrazy vzniklé v příčinné souvislosti s provozem motorového vozidla se považují též úrazy, ke kterým dojde při nakládání a vykládání přepravovaných věcí a při nastupování a vystupování z motorového vozidla. Účastníkem provozu na pozemních komunikacích je každý, kdo se přímým způsobem účastní provozu na pozemních komunikacích.
- Toto doplňkové pojištění se řídí ustanoveními čl. 43 odst. 1 až 10.
- V případě úrazu ve smyslu odst. 1 se pojistná částka snižuje o 50%, pokud došlo k úrazu v příčinné souvislosti s provozem jednostopého motorového vozidla, kde byl pojištěný jako řidič nebo spolujezdec.

Článek 45

Doplňkové pojištění denní odškodné za dobu nezbytného léčení úrazu

- Dojde-li k úrazu, vyplatí pojistitel denní odškodné za dobu léčení tohoto úrazu. Pojistné plnění se určuje jako součin sjednané pojistné částky (denního odškodného) a počtu dnů léčení daného úrazu. Maximální počet proplácených dní je dán oceňovací Tabulkou plnění denního odškodného za dobu nezbytného léčení úrazu (dále jen „TDO“), která je nedílnou součástí pojistné smlouvy.
- Není-li tělesné poškození v TDO uvedeno, určí na základě lékařského posouzení pojistitel výši plnění podle doby nezbytného léčení, která je přiměřená průměrné době nezbytného léčení dle rozsahu

a povahy poškození. K určení celkové výplaty pojistného plnění použije pojistitel hodnoty uvedené v oceňovací tabulce TDO, které jsou danému poškození svou povahou nejbližší.

- Bylo-li pojištěnému způsobeno několik tělesných poškození, plní pojistitel jen za dobu nejdelšího nezbytného léčení. Denní odškodné za dobu nezbytného léčení jednoho úrazu se proplácí nejdéle za dobu 365 dnů po dobu 2 let ode dne úrazu.
- Denní odškodné za dobu nezbytného léčení úrazu se vyplácí vždy od 1. dne léčení, pokud nezbytná doba léčení úrazu byla delší, než je stanovená karenční lhůta. Karenční lhůta je počet dnů stanovených pojistnou smlouvou.
- Pokud si léčení úrazu do 24 hodin od okamžiku úrazu vyžádá pobyt v nemocnici delší než 24 hodin, zvyšuje se po dobu hospitalizace sjednaná částka denního odškodného na dvojnásobek. Hospitalizace musí být z lékařského hlediska nezbytná, přičemž za nezbytnou hospitalizaci se nepovažuje hospitalizace zapříčiněná výhradně nemožností poskytnout domácí péči či jinými osobními důvody ze strany pojištěného. Denní odškodné se navyšuje pouze v případě pobytu v nemocnici, která pracuje pod stálým odborným lékařským dozorem, disponuje dostatečnými diagnostickými a terapeutickými možnostmi, užívá vědecky obecně uznávané léčebné diagnostické metody, vede záznamy o zdravotním průběhu léčení a její provozování je v souladu s příslušnými platnými právními předpisy. Bude-li délka hospitalizace neúměrně delší, než je pro uvedený následek úrazu obvyklé, a toto prodloužení nebude v lékařské dokumentaci dostatečně odborně zdůvodněno, určí přiměřenou dobu hospitalizace lékař pojistitele. V takovém případě pojistitel plní za takto přiměřenou dobu.

Článek 46

Doplňkové pojištění denní odškodné za dobu léčení vyjmenovaných úrazů

- Dojde-li k úrazu, který je uveden v oceňovací Tabulce plnění denního odškodného za dobu léčení vyjmenovaných úrazů (dále jen „TDOV“), jež je nedílnou součástí pojistné smlouvy, vyplatí pojistitel denní odškodné za počet dnů uvedený v této tabulce jako doba léčení.
- Bylo-li pojištěnému způsobeno několik tělesných poškození, plní pojistitel jen za dobu nejdelšího léčení podle TDOV. Denní odškodné za dobu léčení jedné pojistné události se proplácí nejdéle za dobu 365 dnů po dobu 2 let ode dne úrazu.
- Denní odškodné za dobu léčení úrazu se vyplácí vždy od 1. dne léčení. V případě pojistné události bude sjednaná pojistná částka vždy násobena počtem dnů uvedeným v TDOV, která je součástí smlouvy, a to i v případě, že skutečné léčení úrazu bude trvat menší nebo větší počet dnů.
- Pokud si léčení úrazu do 24 hodin od okamžiku úrazu vyžádá pobyt v nemocnici delší než 24 hodin, zvyšuje se po dobu hospitalizace sjednaná částka denního odškodného na dvojnásobek. Hospitalizace musí být z lékařského hlediska nezbytná, přičemž za nezbytnou hospitalizaci se nepovažuje hospitalizace zapříčiněná výhradně nemožností poskytnout domácí péči či jinými osobními důvody ze strany pojištěného. Denní odškodné se vyplácí pouze v případě pobytu v nemocnici, která pracuje pod stálým odborným lékařským dozorem, disponuje dostatečnými diagnostickými a terapeutickými možnostmi, užívá vědecky obecně uznávané léčebné diagnostické metody, vede záznamy o zdravotním průběhu léčení a její provozování je v souladu s příslušnými platnými právními předpisy. Bude-li délka hospitalizace neúměrně delší, než je pro uvedený následek úrazu obvyklé, a toto prodloužení nebude v lékařské dokumentaci dostatečně odborně zdůvodněno, určí přiměřenou délku hospitalizace lékař pojistitele. V takovém případě pojistitel plní za takto přiměřenou dobu.

Článek 47

Doplňkové pojištění odškodnění definovaných úrazů s asistenčními službami

- Dojde-li k úrazu, který je uveden v Tabulce odškodnění definovaných úrazů s asistenčními službami (dále jen „TDUA“), jež je nedílnou součástí pojistné smlouvy, vzniká pojištěnému nárok na pojistné

plnění formou jednorázové výplaty. V takovém případě bude vyplaceno pojistné plnění určené jako procentuální podíl uvedený v konkrétního úrazu v TDUA ze sjednané pojistné částky uvedené v pojistné smlouvě.

2. Utrpěl-li pojištěný v rámci jedné pojistné události současně několik úrazů uvedených v TDUA, plní pojistitel za tyto úrazy jen jednou, a to pouze za ten úraz, z něhož vyplývá nárok na vyšší pojistné plnění. Limit pojistného plnění pro jednu pojistnou událost je pojistná částka uvedená v pojistné smlouvě.
3. Byla-li poraněná část těla poškozena nebo byl-li poraněný orgán poškozen již před úrazem, bude pojistné plnění sníženo, a to o procentuální podíl odpovídající procentuálnímu vyjádření poškození daného orgánu nebo části těla před úrazem.
4. Poskytnutí asistenčních služeb ve smyslu odst. 6 nezakládá právní nárok na pojistné plnění formou jednorázové výplaty dle odstavce 1 ani z ostatních úrazových pojištění uvedených v těchto ZPP IŽP 2010/02.
5. Toto pojištění se sjednává na dobu určitou, která činí 1 rok s tím, že uplynutím doby, na niž bylo toto pojištění sjednáno, toto pojištění nezaniká, pokud pojistitel nebo pojistník nejméně 6 týdnů před uplynutím pojistné doby nesdělí druhé straně, že na dalším trvání tohoto pojištění nemá zájem. Pokud toto pojištění nezanikne, prodlužuje se za stejných podmínek o stejnou dobu, na kterou bylo sjednáno, nebylo-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak.
6. Asistenční služby
- 6.1 V případě úrazu uvedeného v TDUA má pojištěný zároveň nárok na poskytnutí asistenčních služeb v rozsahu a po dobu, jež jsou uvedeny v TDUA.
- 6.2 Asistenční službou se rozumí poskytnutí služeb uvedených v TDUA.
- 6.3 Asistenční služby ve smyslu TDUA jsou poskytovány při současném splnění následujících podmínek:
 - a) úraz pojištěného uvedený v TDUA, ke kterému dojde v době platnosti pojištění;
 - b) uplatnění nároku formou telefonického nebo písemného podání žádosti o poskytnutí asistenčních služeb, a to nejdéle do jednoho roku ode dne úrazu;
 - c) omezení soběstačnosti pojištěného v důsledku úrazu uvedeného v TDUA ve smyslu 6.4;
 - d) doložení dokumentů vyžádaných pojistitelem.
- 6.4 Při splnění výše uvedených podmínek bude zahájeno poskytování asistenčních služeb v rozsahu uvedeném v TDUA do jednoho pracovního dne od doložení všech podkladů nutných pro rozhodnutí o nároku na poskytování asistenčních služeb. Nárok na poskytování asistenčních služeb v rozsahu uvedeném v TDUA trvá po dobu omezení soběstačnosti v důsledku úrazu pojištěného, maximálně však po dobu uvedenou v TDUA. Omezením soběstačnosti se rozumí stav, kdy pojištěný potřebuje v důsledku úrazu pomoc jiné osoby při některých nezbytných životních úkonech (osobní hygiena, oblékání atp.). O rozsahu omezení soběstačnosti a následně o poskytnutí asistenčních služeb rozhoduje na základě předložených lékařských zpráv lékař pojistitele. Nárok na poskytování asistenčních služeb může být lékařem pojistitele přezkoumán též v průběhu poskytování asistenčních služeb.
- 6.5 Asistenční služby mohou být poskytnuty v průběhu pojistného roku max. ke třem úrazům uvedeným v TDUA.
- 6.6 Asistenční služby jsou poskytovány výlučně na území České republiky.

Článek 48

Doplňkové pojištění hospitalizace následkem úrazu

1. Pojistnou událostí je hospitalizace pojištěného v důsledku úrazu ve smyslu čl. 4. K úrazu a následně hospitalizaci musí dojít v době platnosti pojištění. Hospitalizací se rozumí poskytnutí nemocniční (lůžkové) péče pojištěnému (dále jen „hospitalizace“), která je z lékařského hlediska nezbytná a trvá minimálně 24 hodin. Z lékařského hlediska nezbytná hospitalizace je taková, kdy vzhledem k závažnosti a charakteru úrazu musí být ošetřeni a léčeni provedeni v nemocnici v lůžkové části.
2. Pojištění pro případ hospitalizace následkem úrazu se vztahuje na hospitalizaci poskytnutou na území zemí Evropské unie.

3. Hospitalizace ve smyslu těchto ZPP IŽP 2010/02 začíná dnem přijetí pojištěného k hospitalizaci a končí dnem, kdy hospitalizace již není z lékařského hlediska nezbytná. Pojištěnému je za každý den hospitalizace vyplacena denní dávka, jejíž výše odpovídá sjednané pojistné částce.
4. Denní dávka se vyplácí pouze v případě hospitalizace v lůžkové části nemocnice, která pracuje pod stálým odborným lékařským dozorem, disponuje dostatečnými diagnostickými, chirurgickými a terapeutickými možnostmi, užívá vědecky obecně uznávané léčebné a diagnostické metody, vede záznamy o zdravotním stavu a průběhu léčby a její provozování je v souladu s příslušnými platnými právními předpisy.
5. Za lékařsky nezbytnou hospitalizaci se nepovažuje taková hospitalizace, jež souvisí s potřebou pečovatelské a opatrovnické péče nebo je-li hospitalizace odůvodněna pouze nedostatkem domácí péče či jinými osobními poměry pojištěného.
6. Hospitalizace za účelem ošetření zubů a zákroky v oblasti čelistní a zubní chirurgie v důsledku úrazu se považují za lékařsky nezbytné pouze v případě, že z lékařských důvodů není možné ambulantní ošetření.
7. Denní dávky za hospitalizaci následkem úrazu pojistitel poskytuje maximálně za 90 dnů pobytu v nemocnici, ke kterému dojde v průběhu čtyř let od data úrazu.
8. Dojde-li v době hospitalizace v důsledku úrazu k dalšímu úrazu s nutností hospitalizace, (tj. v případě souběhu nezbytné hospitalizace v důsledku více úrazů s rozdílným datem počátku), započítává se hospitalizace ve dnech souběhu tak, že pojistitel poskytne denní dávku za každý den souběhu pouze jednou.
9. Právo na pojistné plnění nevzniká při hospitalizaci v důsledku úrazu za dny, kdy se pojištěný v nemocnici nezdržoval, nebo pokud nemocniční ošetřování trvalo méně než 24 hodin.
10. Zemřel-li pojištěný během jednoho měsíce ode dne úrazu, nevzniká nárok na pojistné plnění za denní dávky z tohoto doplňkového pojištění.
11. Pojistitel neposkytuje plnění při hospitalizaci následkem úrazu za léčebné pobyty:
 - a) v lázeňských zařízeních, léčebnách, centrech a sanatoriích, zotavovnách, dietetických zařízeních, léčebnách pro dlouhodobě nemocné a zvláštních dětských zařízeních;
 - b) v rehabilitačních zařízeních a centrech, kromě hospitalizace ve speciálních rehabilitačních zařízeních, kdy pojistitel vyjádřil s tímto pobytem předem písemný souhlas;
 - c) při hospitalizaci z důvodů kosmetických úkonů provedených za účelem léčení následků úrazu, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné;
 - d) v psychiatrických léčebnách a jiných zdravotnických zařízeních v důsledku psychiatrického nebo psychologického následku;
 - e) při používání diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznány.

Článek 49

Změny v doplňkovém úrazovém pojištění

1. Vyplývá-li pro novou profesní, sportovní nebo jinou činnost pojištěného podle sazebníku příp. dle interních směrnic pojistitele platných v okamžiku změny nižší pojistné, platí toto pojistné od pojistného období následujícího po okamžiku, kdy bylo pojistiteli prokazatelně doručeno oznámení o změně profesní, sportovní nebo jiné činnosti, případně oznámení o jiné změně, z níž pojištěnému vzniká nárok na snížení pojistného.
2. Pokud v době pojistné události vykonával pojištěný změněnou profesní, sportovní nebo jinou činnost, se kterou je spojeno zvýšení pojistného, aniž to pojistitel oznámil, sníží pojistitel pojistné plnění v poměru výše pojistného, které mělo být vzhledem k novým okolnostem placeno, k výši skutečně placeného pojistného. Snížení se provede bez ohledu na to, při jaké činnosti k úrazu došlo.
3. Pokud pojistitel nebyla oznámena změna profesní, sportovní nebo jiné činnosti, ze které vyplývá snížení pojistného, nebude v případě pojistné události výplata pojistného plnění navýšena.
4. Patří-li změněná profesní, sportovní nebo jiná činnost k činnostem, které jsou podle sazebníku,

příp. dle interních směrnic pojistitele z doplňkového úrazového pojištění vyloučeny, má pojistitel právo doplňkové úrazové pojištění vypovědět. Vypovědní lhůta je osmidenní, jejím uplynutím pojištění zanikne. Dojde-li k pojistné události, na jejíž vznik mohla mít přímý nebo zprostředkovaný vliv nově vykonávaná profesní, sportovní či jiná činnost, která nebyla pojistiteli oznámena, je pojistitel oprávněn pojistné plnění z takovéto pojistné události snížit nebo odmítnout.

Článek 50

Výluky a omezení pojistného plnění

1. Pojištění se nevztahuje na úrazy:
 - a) způsobené přímým nebo nepřímým působením jaderné energie, ionizujících paprsků, radioaktivního nebo obdobného záření, s výjimkou případů, kdy k takovému tělesnému poškození došlo při léčebných postupech a zákrocích prováděných v souvislosti s úrazem, na který se pojištění vztahuje;
 - b) vzniklé léčebnými postupy nebo zásahy, které si pojištěný na sobě sám provedl nebo si je nechal provést, pokud k nim nedošlo v souvislosti s úrazem, na který se pojištění vztahuje;
 - c) způsobené psychickou poruchou či poruchou vědomí, v souvislosti se srdečním infarktem, mozkovou příhodou, epileptickým záchvatem, cukrovkou apod.;
 - d) které způsobily drobné poškození kůže a sliznic, ale mají za následek vniknutí infekčního činitele, který dříve nebo později způsobí onemocnění (toto se nevztahuje na vztelklinu a tetanus);
 - e) které způsobily drobné poškození kůže bez chirurgického ošetření.
2. Pojištění se nevztahuje na úrazy vzniklé při rizikových sportech či jiných činnostech se zvýšeným nebezpečím vzniku úrazu. Jedná se zejména o úrazy vzniklé:
 - a) při použití leteckých prostředků s výjimkou úrazů, které pojištěný utrpěl jako osoba dopravovaná letadlem určeným pro cestující veřejnost - cestující; za dopravovanou osobu se nepovažuje člen posádky letadla ani jiná osoba činná při provozu nebo obsluze letadla; a dále o úrazy vzniklé při létání s bezmotorovými letadly, větrní s pomocným motorem a ultralehkými letadly, při závažném létání, paraglidingu a létání v balonech, při seskocích a letech s padákem z letadel i z výšin apod.;
 - b) při výkonu horolezeckého sportu, vysokohorské turistiky, hloubkového potápění s nutností dýchacího přístroje, vodních sportech na divoké vodě a při provozování extrémních, tzv. adrenalinových sportů, jako je např. canyoning, sky-surfing, sky-bungee, bungee-jumping, shark-diving, mega-diving, rocket-bungee, heli-skiing, rafting, black-water-rafting a sporty s obdobným rizikem;
 - c) při účasti na motoristických závodech a soutěžích a při přípravných jízdách k nim; pojistitel není povinen plnit ani v případech, kdy se pojištěný zúčastní těchto závodů a soutěží nebo přípravy na ně jako spolujezdec;
 - d) při účasti na celostátních nebo mezinárodních závodech v lyžování, snowboardingu, ve skocích na lyžích, závodech na bobech, skibobech, saních, skeletolech apod. a při oficiálním tréninku k nim.
3. Pojištění se dále nevztahuje na úrazy vzniklé:
 - a) při přípravě nebo spáchání úmyslné trestné činnosti pojištěného či při pokusu o ni;
 - b) v souvislosti s válečnými událostmi všeho druhu a s teroristickými útoky všeho druhu, bez ohledu na to, zda k tělesnému poškození dojde bezprostředně, nebo zprostředkovaně;
 - c) při vnitrostátních násilných nepokojích, kterých se pojištěný aktivně zúčastnil na straně iniciátora nepokojů;
 - d) následkem sebevraždy nebo pokusu o ni;
 - e) při řízení motorového vozidla v případě, kdy se pojištěný odmítne podrobít vyšetření za účelem zjištění obsahu alkoholu, příp. jiných toxických či omamných látek v krvi;
 - f) při řízení motorového vozidla osobou, která není držitelem příslušného řídičského oprávnění nebo která vozidlo použila neoprávněně.

4. Doplňkové pojištění odškodnění definovaných úrazů s asistenčními službami se dále nevztahuje na úrazy vzniklé:
 - a) v důsledku povstání, revoluce, vzpoury, působení ozbrojených sil, převzetí moci nebo konfiskace;
 - b) v důsledku radioaktivní kontaminace, bez ohledu na to, zda vznikla přímo nebo nepřímo.
5. Pojistitel je oprávněn snížit nebo odmítnout pojistné plnění, jestliže pojištěný zemřel v souvislosti s jednáním, kterým způsobil jinému těžkou újmu na zdraví nebo smrt nebo které bylo v rozporu s dobrými mravy anebo kterým jinak hrubě porušil důležitý zájem společnosti.
6. Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění až na jednu polovinu, došlo-li k úrazu následkem požití alkoholu nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky pojištěným, a okolnosti, za kterých k úrazu došlo, to odůvodňují; měl-li však takový úraz za následek smrt pojištěného, sníží pojistitel plnění jen tehdy, jestliže k tomuto úrazu došlo v souvislosti s jednáním pojištěného, jímž jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt. To neplatí, pokud látky podle věty první obsahovaly léky, které pojištěný užíval způsobem předepsaným pojištěnému lékařem, a pokud nebyl lékařem nebo výrobcem léku upozorněn, že v době aplikace těchto léků nelze vykonávat činnost, v jejímž důsledku došlo k úrazu.

V. Doplňkové nemocenské pojištění

Článek 11 Druhy pojištění

V rámci doplňkového nemocenského pojištění lze sjednat:

- doplňkové pojištění denní dávka při pracovní neschopnosti (pojištění obnosové);
- doplňkové pojištění denní dávka při pobytu v nemocnici (pojištění obnosové).

V. 1. Ustanovení pro doplňkové pojištění denní dávka při pracovní neschopnosti

Článek 12 Výklad pojmů

Výklad pojmů doplňkového pojištění denní dávka při pracovní neschopnosti:

denní dávka je částka, kterou je pojistitel povinen plnit ve prospěch pojištěného za podmínek uvedených v pojistné smlouvě za jeden den dočasné pracovní neschopnosti (dále jen „pracovní neschopnost“) pojištěného.

Článek 13 Předmět a rozsah doplňkového pojištění

1. Pojistitel poskytuje osobám, které jsou v trvalém pracovním poměru nebo mají pravidelné příjmy ze samostatné výdělečné činnosti, denní dávku při pracovní neschopnosti způsobené nemocí nebo úrazem, pokud v jejím důsledku došlo ke ztrátě na výdělku.
2. Pojištění je možné sjednat pro osoby s dobrým zdravotním stavem a s minimálním a maximálním věkem stanoveným pojistitelem, které mají trvalé bydliště v České republice a které jsou v trvalém pracovním poměru nebo mají pravidelné příjmy ze samostatné výdělečné činnosti. Jiné osoby mohou být pojištěny pouze za zvláštních podmínek. Osoby vykonávající určitá povolání může pojistitel přijmout s přírůzkou nebo je do pojištění nepřijmout.
3. Rozsah pojistné ochrany vyplývá z uzavřené pojistné smlouvy a těchto ZPP IŽP 2010/02 a vztahuje se na pojistné události vzniklé na území České republiky v době trvání pojištění.

Článek 14 Pojistná událost

1. Pojistnou událostí se rozumí ošetřujícím lékařem uznaná a potvrzená pracovní neschopnost pojištěného, která nastala v důsledku nemoci nebo úrazu pojištěného, k nimž došlo v době trvání pojištění (dále jen „pracovní neschopnost“). Nemocí se rozumí porucha tělesného zdraví pojištěného zjištěná a klasifikovaná podle všeobecně uznávaného stavu lékařské vědy.

2. Datum pojistné události je první den pracovní neschopnosti. Pracovní neschopnost ve smyslu těchto ZPP IŽP 2010/02 začíná dnem, od kterého uznal ošetřující lékař pojištěného práce neschopným, a končí dnem, kdy byla pracovní neschopnost ošetřujícím lékařem ukončena nebo její další trvání není z lékařského hlediska dále nezbytné nebo byla ukončena v souvislosti s uznáním invalidity prvního až třetího stupně anebo byly na základě lékařského posouzení splněny zákonné předpoklady pro uznání invalidity pojištěného.
3. Pracovní neschopnosti ve smyslu těchto ZPP IŽP 2010/02 se rozumí stav, kdy pojištěný v důsledku nemoci nebo úrazu nevykonává ani v omezené míře žádnou výdělečnou činnost ani nevykonává žádnou řídicí nebo kontrolní činnost. V této souvislosti musí být pojištěnému vystaven doklad o pracovní neschopnosti dle platné legislativy (pokud má pojištěný nárok na nemocenskou dávku podle zákona o nemocenském pojištění) nebo doklad pojistitele Potvrzení pracovní neschopnosti (pokud pojištěný nemá nárok na nemocenskou dávku podle zákona o nemocenském pojištění).
4. Pokud je vystaveno Potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti současně pro více nemocí či úrazů, pak se denní dávka vyplácí pouze jednou.

Článek 15 Čekací lhůta

1. Nárok na pojistné plnění vzniká u pojistných událostí, které nastaly po uplynutí čekací lhůty.
2. Čekací lhůta činí tři měsíce a začíná běžet od 00.00 hodin dne následujícího po sepsání návrhu.
3. Čekací lhůta se neuplatní při pracovní neschopnosti způsobené úrazem.

Článek 16 Zánik doplňkového pojištění

1. Doplňkové pojištění zaniká způsoby dle čl. 6 těchto ZPP IŽP 2010/02 a dále výpovědí ze strany pojistitele:
 - a) doručenou alespoň 6 týdnů před uplynutím pojistného období, bylo-li za toto období řádně zapláceno pojistné; pojištění zanikne uplynutím pojistného období;
 - b) doručenou do 3 měsíců ode dne doručení písemného oznámení vzniku pojistné události pojistiteli; výpovědní lhůta je 1 měsíc od doručení výpovědi, jejím uplynutím pojištění zanikne.
2. Doplňkové pojištění zaniká posledním dnem měsíce, ve kterém pojištěný přestal vykonávat zaměstnání nebo samostatnou výdělečnou činnost uvedenou v návrhu na uzavření pojistné smlouvy. V případě změny zaměstnání či podnikatelské činnosti lze
3. Doplňkové pojištění zaniká bez náhrady:
 - a) dnem přiznání starobního důchodu, příp. starobního důchodu před dovršením důchodového věku;
 - b) dnem přiznání invalidního důchodu nebo dnem, kdy byly na základě lékařského posouzení splněny zákonné předpoklady pro uznání invalidity pojištěného.
4. Doplňkové pojištění zaniká dnem, kdy pojištěný přestane mít trvalé bydliště v České republice.

Článek 17 Práva a povinnosti pojistitele

Kromě dalších práv stanovených právními předpisy a uvedených v VPP POS 2005/01 je pojistitel oprávněn zejména:

1. Přezkoumat zdravotní stav pojištěného, a to i prohlídkou, příp. vyšetřením u lékaře, kterého pojistitel sám určí. Souvisí-li přezkoumáním zdravotního stavu se škodnou událostí a nepodrobí-li se pojištěný vyšetření ve stanoveném termínu bez náležitého odůvodnění, které je povinen pojistiteli sdělit ještě před termínem vyšetření, je pojistitel oprávněn pojistné plnění přiměřeně snížit. Pokud pojištěný vyšetření odmítne nebo se vyšetřit nenechá, není pojistitel povinen plnit.
2. Pojistitel je oprávněn zjišťovat i finanční situaci pojištěného. Pojištěný je povinen na žádost pojistitele předložit k tomuto účelu potřebné doklady, event. zprostit mlčenlivosti instituce, které mohou potřebné informace poskytnout (zaměstnavatelé, úřady

práce, finanční úřady, živnostenské úřady, Česká správa sociálního zabezpečení, zdravotní a jiné pojišťovny atp.).

3. Neprokáže-li pojištěný trvání pracovní neschopnosti do 30 dnů od předložení posledního potvrzení o pracovní neschopnosti, je pojistitel oprávněn ukončit výplatu pojistného plnění k datu posledního lékařem potvrzeného ošetření pojištěného.

Článek 18 Povinnosti pojistníka a pojištěného

1. Pojistník a pojištěný jsou povinni písemně oznámit do 15 dnů pojistiteli všechny změny týkající se skutečností, na které byli při sjednávání pojištění pojistitelem tázáni nebo které jsou uvedeny v pojistné smlouvě. Zejména se jedná o změnu či ukončení zaměstnání, změnu, přerušení či ukončení samostatné výdělečné činnosti, změnu příjmu nebo změny mající vliv na stanovení výše sjednané denní dávky.
2. Nastane-li pojistná událost, je pojištěný povinen:
 - a) doručit bez zbytečného odkladu, nejpozději ke dni dohodnutého počátku plnění, pojistiteli potvrzení ošetřujícího lékaře o vzniku pracovní neschopnosti na formuláři pojistitele; nemůže-li tuto povinnost ze závažných důvodů splnit, je povinen potvrzení doručit ihned poté, co tyto důvody pominuly; formulář pojistitele nemůže být potvrzen manželem/kou, rodičem, sourozencem ani dítětem pojištěného;
 - b) doložit potvrzení o trvání pracovního poměru;
 - c) zaslat při pokračující pracovní neschopnosti pojistiteli průběžně bez zbytečného odkladu, nejméně vždy po 2 týdnech, potvrzení ošetřujícího lékaře na formuláři pojistitele o trvání pracovní neschopnosti a o kontrolách u lékaře;
 - d) oznámit ukončení pracovní neschopnosti pojistiteli do 5 dnů ode dne ukončení;
 - e) umožnit pojistiteli kontrolu dodržování léčebného režimu; není-li pojistiteli kontrola umožněna, má se za to, že léčebný režim nebyl dodržen.
3. Poruší-li pojištěný některou z povinností uvedených v odst. 2 nebo některou z povinností sjednaných v pojistné smlouvě, je pojistitel oprávněn přiměřeně snížit pojistné plnění. Snížit pojistné plnění je pojistitel oprávněn také v případech uvedených v čl. 9, odst. 2 VPP POS 2005/01.

Článek 19 Pojistné plnění

1. V případě pojistné události vyplácí pojistitel denní dávku sjednanou v pojistné smlouvě, nejvýše však ve výši pojistitelné denní dávky. Výše pojistitelné denní dávky je určována dle směrnic pojistitele, a to v závislosti na variantě pojištění sjednané v návrhu na uzavření pojištění. Je-li pojistitelná denní dávka závislá na výši čistých příjmů pojištěného, pak se od výše čistého příjmu odečtou další nároky, které pojištěnému přísluší z důvodu pracovní neschopnosti. K těmto nárokům patří všechna plnění, která pojištěný v případě pojistné události může nárokovat ze sociálního pojištění České správy sociálního zabezpečení, od zaměstnavatele nebo dalších pojistitelů k vyrovnání své ztráty na výdělku.
2. Čistým příjmem se rozumí:
 - a) příjmy ze závislé činnosti a funkční požitky podle zákona o daních z příjmů v platném znění; čistý příjem se dokládá potvrzením zaměstnavatele o výši příjmu za období posledních dvanácti měsíců před vznikem pojistné události;
 - b) příjmy z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti podle zákona o daních z příjmů v platném znění; čistý příjem se dokládá úplným výpisem přiznání k dani z příjmu za předchozí zdaňovací období, který byl vydán a ověřen (otiskem razítka) příslušným finančním úřadem.
3. Je-li v pojistné smlouvě sjednána denní dávka jako paušální denní dávka, pojistitel k pojistitelné denní dávce ve smyslu odst. 1 nepřihlíží.
4. Denní dávka se vyplácí od určeného dne pracovní neschopnosti, který je stanoven v pojistné smlouvě. Nejpozději k tomuto dni je pojištěný povinen předložit pojistiteli ošetřujícím lékařem vystavené potvrzení o pracovní neschopnosti na formuláři pojistitele. V případě opožděného doručení je pojistitel povinen plnit až ode dne doručení tohoto potvrzení, ledaže pojištěný svoji povinnost nemohl z vážných důvodů splnit.

5. V případě pracovní neschopnosti, na jejíž počátku byl pojištěný hospitalizace z důvodu úrazu, přičemž hospitalizace následovala bezprostředně, maximálně 24 hodin po úrazu, poskytuje pojistitel pojistné plnění od počátku pracovní neschopnosti. Hospitalizaci se rozumí z lékařského hlediska nutný pobyt v nemocnici přesahující 24 hodin.
6. Po uplynutí dvou let trvání pojištění poskytuje pojistitel pojistné plnění od prvního dne pracovní neschopnosti způsobené těmito onemocněními: srdečním infarktem, rakovinou, náhlou cévní mozkovou příhodou, selháním ledvin, infekční žloutenkou, tyfem, paratyfem, cholerou, žlutou zimnicí.
7. Pokud denní dávka stanovená v pojistné smlouvě přesahuje pojistitelnou denní dávku podle odst. 1, je pojistitel oprávněn vyšší denní dávku upravit s účinností od prvního dne měsíce následujícího poté, co se o této skutečnosti dozvěděl. Pojistné do data účinnosti změny náleží pojistiteli. Nově stanovená výše denní dávky je však platná již od počátku pojistné události, při které se pojistitel o změně výše příjmů dozvěděl.
8. Denní dávka je vyplácena po dobu maximálně 365 dnů pro každou pojistnou událost. Nárok na vyplacení denní dávky končí spolu se zánikem pojištění.
9. Bude-li délka pracovní neschopnosti neúměrně delší než průměrná doba léčení pro uvedené onemocnění nebo následek úrazu a toto prodloužení pracovní neschopnosti nebude v lékařské dokumentaci dostatečně odborně zdůvodněno, určí přiměřenou délku pracovní neschopnosti lékař pojistitele. V takovém případě pojistitel plní za takto přiměřenou dobu.
10. Pojistné plnění je vypláceno pouze v případě, že se pojištěný po dobu trvání pracovní neschopnosti léčí u lékaře s platnou licenci v daném oboru, popř. v nemocnici, která je pod stálým odborným lékařským dozorem, disponuje dostatečnými diagnostickými a terapeutickými možnostmi, pracuje podle obecně uznávaných metod lékařské vědy a v souladu s platnými právními předpisy.
11. Má-li pojištěný nárok na náhradu škody proti třetím osobám, je povinen tyto nároky až do výše pojistného plnění písemně postoupit pojistiteli. Vzdá-li se pojištěný takových nároků nebo práva k zajištění takových nároků bez vědomí pojistitele, je pojistitel zproštěn povinnosti plnit do té míry, do jaké by mohl požadovat od třetí osoby náhradu.

Článek 60

Výluky a omezení pojistného plnění

1. Pojištění se nevztahuje na pracovní neschopnost pojištěného, k níž dojde:
 - a) v souvislosti s přípravou či spácháním úmyslné trestné činnosti pojištěným nebo s pokusem o ni;
 - b) v souvislosti s válečnými událostmi všeho druhu a s teroristickými útoky všeho druhu, bez ohledu na to, zda k tělesnému poškození dojde bezprostředně, nebo zprostředkovaně;
 - c) v souvislosti s vnitrostátními násilnými nepokoji, kterých se pojištěný aktivně zúčastnil na straně iniciátora nepokojů;
 - d) v souvislosti s pokusem o sebevraždu nebo úmyslným sebepoškozením;
 - e) po požití alkoholu či v souvislosti s následky požívání alkoholu nebo návykových či omamných látek;
 - f) v souvislosti s řízením motorového vozidla v případě, kdy se pojištěný odmítne podrobit vyšetření za účelem zjištění obsahu alkoholu, příp. jiných toxických či omamných látek;
 - g) v souvislosti s řízením vozidla osobou, která není držitelem příslušného řídicího oprávnění nebo která vozidlo použila neoprávněně;
 - h) v souvislosti s profesionálním provozováním sportu;
 - i) při použití leteckých prostředků s výjimkou úrazů, které pojištěný utrpí jako osoba dopravovaná letadlem určeným pro cestující veřejnost - cestující; za dopravovanou osobu se nepovažuje člen posádky letadla ani jiná osoba činná při provozu nebo obsluze letadla; a dále k níž dojde při létání s bezmotorovými letadly, větroni s pomocným motorem a ultralehkými letadly, při závažném létání, paraglidingu a létání v balonech, při seskocích a letech s padákem z letadel i z výšin apod.;

- j) při výkonu horolezeckého sportu, vysokohorské turistice, hloubkovém potápění s nutností dýchacího přístroje, vodních sportech na divoké vodě a při provozování extrémních, tzv. adrenalinových sportů, jako je např. canyoning, sky-surfing, sky-bungee, bungee-jumping, shark-diving, mega-diving, rocket-bungee, heli-skiing, rafting, black-water-rafting a sporty s obdobným rizikem;
 - k) při účasti na motoristických závodech a soutěžích a při přípravných jízdách k nim; pojistitel není povinen plnit ani v případech, kdy se pojištěný zúčastní těchto závodů a soutěží nebo přípravy na ně jako spolujezdec;
 - l) při účasti na celostátních nebo mezinárodních závodech v lyžování, snowboardingu, ve skocích na lyžích, závodech na bobech, skibobech, saních, skeletolech apod. a při oficiálním tréninku k nim.
2. Dále pojistitel neposkytuje pojistné plnění při pracovní neschopnosti:
 - a) vzniklé v souvislosti s těhotenstvím, rizikovým těhotenstvím, porodem a potratem;
 - b) vzniklé v období, kdy pojištěný pobírá nebo mu vznikl nárok na peněžitou pomoc v mateřství a/ nebo na rodičovský příspěvek;
 - c) vzniklé v důsledku duševního onemocnění či poruchy nebo změny psychologického stavu; jedná se o diagnózy F00 až F99 dle mezinárodní klasifikace nemoci;
 - d) z důvodu pobytu pojištěného v protialkoholní léčbě a při léčbě toxikomanie a jiných závislostí;
 - e) vzniklé v důsledku používání diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznány;
 - f) z důvodu kosmetických úkonů, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné;
 - g) vzniklé při léčebných pobytech v lázeňských léčebnách, rehabilitačních centrech a sanatoriích, kromě těch případů, kdy je pobyt v nich z lékařského hlediska nezbytnou součástí léčení nemocí nebo úrazu a pojistitel, resp. lékař pojistitele s tímto pobytem vyjádřil předem písemný souhlas;
 - h) pro bolesti zad a onemocnění páteře, jejich příčiny, následky a komplikace po dobu 3 let od počátku pojištění;
 - i) pro nemoc či úraz, které vznikly před počátkem pojištění a pro něž byl pojištěný před počátkem pojištění léčen, lékařsky sledován nebo byly v tom to období přítomny či diagnostikovány jejich příznaky;
 - j) během níž pojištěný porušil léčebný režim;
 - k) vzniklé následkem pracovního úrazu nebo choroby z povolání dle zákoníku práce;
 - l) kdy se pojištěný nezdržuje v místě svého trvalého bydliště s těmito výjimkami:
 - pojištěný je v lékařsky nutném nemocničním ošetření;
 - pojištěný opustil místo trvalého bydliště se souhlasem ošetřujícího lékaře;
 - v případě akutního onemocnění či úrazu je jeho návrat do místa trvalého bydliště z lékařského hlediska vyloučen.

Článek 61

Změny v pojištění

1. Při změně pojištění z důvodu navýšení denní dávky se na navýšenou část denní dávky vztahují čekací lhůty dle čl. 55.
2. Dozví-li se pojistitel v průběhu pojištění, že došlo ke snížení čistého příjmu pojištěného oproti příjmům v době sjednání pojištění, upraví denní dávku s účinností od prvního dne měsíce následujícího poté, co se o této skutečnosti dozvěděl. Pojistné do data účinnosti změny náleží pojistiteli.

V. 2. Ustanovení pro doplňkové pojištění denní dávka při pobytu v nemocnici

Článek 62

Výklad pojmů

Výklad pojmů doplňkového pojištění denní dávka při pobytu v nemocnici:
denní dávka je částka, kterou je pojistitel povinen plnit ve prospěch pojištěného za podmínek uvede-

ných v pojistné smlouvě za jeden den hospitalizace pojištěného.

Článek 63

Předmět a rozsah doplňkového pojištění

1. V případě pojistné události poskytuje pojistitel denní dávku při pobytu v nemocnici.
2. Pojištění je možné sjednat pro osoby s dobrým zdravotním stavem a s minimálním a maximálním věkem stanoveným pojistitelem. Jiné osoby mohou být pojištěny za zvláštních podmínek. Dle sazebníku nebo interních směrnic pojistitele mohou být osoby vykonávající určitá povolání pojištěny s přírázkou nebo nemusí být do pojištění přijaty. Pojištěný musí mít trvalé bydliště v České republice.
3. Pojistná ochrana se vztahuje na hospitalizaci poskytnutou na území zemí Evropské unie.

Článek 64

Pojistná událost

1. Pojistnou událostí se rozumí poskytnutí nemocniční (lůžkové) péče pojištěnému, která je z lékařského hlediska nezbytná v důsledku nemoci nebo úrazu (dále jen „hospitalizace“) a která nastala v době trvání pojištění. Pojistnou událostí je též hospitalizace zapříčiněná těhotenstvím a porodem.
2. Datem pojistné události je den započetí hospitalizace pojištěného. Hospitalizace ve smyslu těchto ZPP IŽP 2010/02 začíná dnem přijetí pojištěného k hospitalizaci a končí dnem, kdy hospitalizace již není z lékařského hlediska nezbytná. Za nezbytnou hospitalizaci se nepovažuje hospitalizace zapříčiněná výhradně nemožností poskytnout domácí péči či jinými osobními důvody (okolnostmi) ze strany pojištěného.
3. Pojistnou událostí ve smyslu těchto ZPP IŽP 2010/02 je hospitalizace trvající minimálně 24 hodin.
4. Nemocí se rozumí porucha tělesného zdraví pojištěného zjištěná a klasifikovaná podle všeobecně uznávaného stavu lékařské vědy.

Článek 65

Čekací lhůty

1. Nárok na pojistné plnění vzniká u pojistných událostí, které nastaly po uplynutí čekací lhůty.
2. Čekací lhůta činí tři měsíce a začíná běžet od 00.00 hodin dne následujícího po sepsání návrhu.
3. Zvláštní čekací lhůta osmi měsíců je dána pro případ hospitalizace v souvislosti s těhotenstvím a porodem. Tato čekací lhůta se neuplatní, jestliže lékařem stanovený termín porodu je minimálně osm měsíců po počátku pojištění.
4. Čekací lhůta se neuplatní při:
 - a) úrazech;
 - b) akutních infekčních onemocněních s hospitalizací na infekčním oddělení nebo na oddělení s obdobným režimem.

Článek 66

Zánik doplňkového pojištění

1. Pro účely tohoto doplňkového pojištění se ustanovení čl. 6 navíc rozšiřuje o následující výpovědi ze strany pojistitele:
 - a) doručenou nejméně 6 týdnů před uplynutím pojistného období, bylo-li za toto období řádně zaplaceno pojistné; pojištění zanikne uplynutím pojistného období bez náhrady;
 - b) doručenou do 3 měsíců ode dne doručení písemného oznámení vzniku pojistné události pojistiteli; výpovědní lhůta je 1 měsíc od doručení výpovědi, jejím uplynutím pojištění zanikne bez náhrady.
2. Doplňkové pojištění zaniká dnem, kdy pojištěný přestane mít trvalé bydliště v České republice.

Článek 67

Práva a povinnosti pojistitele, pojistníka a pojištěného

Kromě dalších práv stanovených právními předpisy a uvedených ve VPP POS 2005/01 je pojistitel oprávněn zejména:

1. Přezkoumat zdravotní stav pojištěného, a to i prohlídkou, příp. vyšetřením u lékaře, kterého pojistitel sám určil. Souvisí-li přezkoumání zdravotního stavu se škodnou událostí a nepodrobí-li se pojištěný

vyšetření ve stanoveném termínu bez náležitého odůvodnění, které je povinen pojistitel sdělit ještě před termínem vyšetření, je pojistitel oprávněn pojistné plnění přiměřeně snížit. Pokud pojištěný vyšetření odmítne nebo se vyšetřit nenechá, není pojistitel povinen plnit.

2. Při vzniku úrazu nebo při onemocnění je pojištěný povinen:
 - a) vyhledat lékařskou pomoc bez zbytečného odkladu, svědomitě dodržovat rady lékaře a stanovený léčebný režim a vyloučit veškerá jednání, která brání uzdravení;
 - b) zaslat pojistiteli bez zbytečného odkladu po ukončení hospitalizace doklady uvedené v čl. 68.
3. Mělo-li vědomé porušení povinností uvedených v tomto článku podstatný vliv na vznik nebo zvětšení rozsahu pojistné události, je pojistitel oprávněn pojistné plnění snížit podle toho, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinnosti plnit.

Článek 68

Pojistné plnění

1. Denní dávka se vyplácí za každý den hospitalizace, pokud není v pojistné smlouvě ujednáno jinak.
2. V případě hospitalizace v důsledku onemocnění nebo komplikací souvisejících s těhotenstvím se denní dávka vyplácí maximálně po dobu 14 dní pro každé těhotenství.
3. Nárok na výplatu denní dávky nevzniká za dny, kdy se pojištěný v nemocnici vůbec nezdržoval, nebo pokud pobyt v nemocnici trval méně než 24 hodin. Nárok na vyplácení denní dávky končí spolu se zánikem pojištění.
4. Denní dávka se vyplácí pouze v případě pobytu v nemocnici, která pracuje pod stálým odborným lékařským dozorem, disponuje dostatečnými diagnostickými a terapeutickými možnostmi, užívá vědecky obecně uznávané léčebné a diagnostické metody, vede záznamy o zdravotním stavu a průběhu léčení a její provozování je v souladu s příslušnými platnými právními předpisy.
5. Jako doklad o vzniku pojistné události je třeba předložit potvrzení o nemocniční lůžkové péči na formuláři pojistitele spolu s kopií propouštěcí zprávy.
6. Bude-li délka hospitalizace neúměrně delší, než je pro uvedené onemocnění nebo následek úrazu obvyklé, a toto prodloužení nebude v lékařské dokumentaci dostatečně odborně zdůvodněno, určí přiměřenou délku hospitalizace lékař pojistitele. V takovém případě pojistitel plní za takto přiměřenou dobu

7. V případě hospitalizace bezprostředně, maximálně do 24 hodin po úrazu poskytuje pojistitel pojistné plnění ve výši dvojnásobku dohodnuté denní dávky.

Článek 69

Výluky a omezení pojistného plnění

1. Pojištění se nevztahuje na hospitalizaci, k níž dojde:
 - a) v souvislosti s přípravou či spácháním úmyslné trestné činnosti pojištěným nebo pokusem o ni;
 - b) v souvislosti s válečnými událostmi všeho druhu a s teroristickými útoky všeho druhu, bez ohledu na to, zda k tělesnému poškození dojde bezprostředně, nebo zprostředkovaně;
 - c) v souvislosti s vnitrostátními násilnými nepokoji, kterých se pojištěný aktivně zúčastnil na straně iniciátora nepokojů;
 - d) v souvislosti s pokusem o sebevraždu nebo úmyslným sebepoškozením;
 - e) po požití alkoholu či v souvislosti s následky požívání alkoholu nebo návykových či omamných látek;
 - f) v souvislosti s řízením motorového vozidla v případě, kdy se pojištěný odmítne podrobit vyšetření za účelem zjištění obsahu alkoholu, příp. jiných toxických či omamných látek v krvi;
 - g) v souvislosti s řízením vozidla osobou, která není držitelem příslušného řídičského oprávnění nebo která vozidlo použila neoprávněně;
 - h) v souvislosti s profesionálním nebo vrcholovým provozováním sportu, za profesionální a vrcholové sportovce se považují sportovci, kteří mají profesionální smlouvu, tzn. jedná se o zdroj jejich příjmů nebo se účastní soutěží na celostátní nebo na mezinárodní úrovni;
 - i) při použití leteckých prostředků s výjimkou úrazů, které pojištěný utrpí jako osoba dopravovaná letadlem určeným pro cestující veřejnost - cestující; za dopravovanou osobu se nepovažuje člen posádky letadla ani jiná osoba činná při provozu nebo obsluze letadla; a dále k níž dojde při létání s bezmotorovými letadly, větroni s pomocným motorem a ultralehkými letadly, při závěsném létání, paraglidingu a létání v balonech, při seskocích a letech s padákem z letadel i z výšin apod.;
 - j) při výkonu horolezeckého sportu, vysokohorské turistice, hloubkovém potápění s nutností dýchacího přístroje, vodních sportech na divoké vodě a při provozování extrémních, tzv. adrenalinových sportů, jako je např. canyoning, sky-surfing, sky-bungee, bungee-jumping,

shark-diving, mega-diving, rocket-bungee, heli-skiing, rafting, black-water-rafting a sporty s obdobným rizikem;

- k) při účasti na motoristických závodech a soutěžích a při přípravných jízdách k nim; pojistitel není povinen plnit ani v případech, kdy se pojištěný zúčastní těchto závodů a soutěží nebo přípravy na ně jako spolujezdec;
 - l) při účasti na celostátních nebo mezinárodních závodech v lyžování, snowboardingu, ve skocích na lyžích, závodech na bobech, skibobech, saních, skeletonech apod. a při oficiálním tréninku k nim.
2. Dále se pojištění nevztahuje na:
 - a) hospitalizaci pojištěného v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, v léčebnách tuberkulózy a respiračních nemocí a v dalších odborných léčebných ústavech; u tuberkulózních onemocnění se plnění poskytuje ve smluvním rozsahu i v případě hospitalizace v tuberkulózních léčebnách a sanatoriích;
 - b) hospitalizaci pojištěného v psychiatrických léčebnách a v jiných zdravotnických zařízeních v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu;
 - c) hospitalizaci pojištěného v protialkoholní léčebně a při léčbě toxikomanie a jiných závislostí;
 - d) pojistné události, které vznikly v důsledku používání diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznány;
 - e) hospitalizaci z důvodů kosmetických úkonů, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné. O nezbytnosti rozhoduje pojistitel, resp. lékař pojistitele;
 - f) léčebné pobyty v lázeňských zařízeních a sanatoriích a při léčebném pobytu v rehabilitačních zařízeních;
 - g) nemoc či úraz, které vznikly před počátkem pojištění a pro něž byl pojištěný před počátkem pojištění léčen, lékařsky sledován nebo byly v tomto období přítomny či diagnostikovány jejich příznaky;
 - h) hospitalizaci související pouze s potřebou pečovatelské a opatrovnické péče.

Článek 70

Změny v pojištění

Při změně pojištění z důvodu navýšení denní dávky se na navýšenou část pojistné částky vztahují čekací lhůty dle čl. 65.