

INVESTIČNÍ ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ ŠTÍSTKO



Soubor pojistných podmínek

- + Informace pro zájemce o uzavření pojistné smlouvy
- + Sdělení klíčových informací
- + Informace o zpracování osobních údajů

verze 09/2018 platnost od 27. 9. 2018

DŮLEŽITÉ INFORMACE O VAŠEM POJIŠTĚNÍ

Informace pro zájemce o uzavření pojistné smlouvy

1. Strany pojistné smlouvy

Česká podnikatelská pojišťovna, a. s., Vienna Insurance Group, se sídlem Po-
brežní 665/23, 186 00 Praha 8, Česká republika, identifikační číslo 63998530,
zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B,
vloška 3433 (dále jen „ČPP“).

Klientská linka: 957 444 555
Email: info@cpp.cz, http://www.cpp.cz
Adresa pro zasílání korespondence: P. O. BOX 28, 664 42 Modřice

Zpráva o solventnosti a finanční situaci ČPP je umístěna na webových strán-
kách www.cpp.cz v sekci O společnosti / Profil / Zpráva o solventnosti a finanč-
ní situaci.

Dohledovým orgánem je Česká národní banka, Na Příkopě 28, 115 03 Praha
(www.cnb.cz).

Osoba, která uzavírá s ČPP pojistnou smlouvu, je označována jako pojistník
(dále jen „pojistník“).

2. Investiční životní pojištění a připojištění

Investiční životní pojištění Štítko je zejména pojištěním pro případ smrti
nebo dožití prvního pojištěného (dále jen „investiční životní pojištění“).

Pojištění je vhodné pro klienty, kteří:

- chtějí zabezpečit blízké v případě své smrti
- chtějí dlouhodobě a pravidelně zhodnocovat finanční prostředky
- chtějí mít garantovanou zvolenou částku vyplácenou v případě úmrtí
- akceptují míru rizika podle zvolené investiční strategie
- chtějí aktivně ovlivňovat investiční složku pojištění různou volbou inves-
tiční strategie. Investiční strategii je možné v průběhu pojištění podle Va-
šich požadavků měnit, tato změna je zplopněna dle platného Přehledu
poplatků a parametrů (dále jen „přehled poplatků“).

Výhody, které pojištění přináší

- + možnost průběžně sledovat zhodnocení investiční složky pojištění.

V průběhu trvání pojištění je možné v souladu s pojistnými podmínkami, za
poplatky uvedené v platném přehledu poplatků:

- + rozšířit rozsah pojistné ochrany formou nabízených připojištění
- + měnit nastavení pojištění a rozsah pojistné ochrany dle aktuálních potřeb
- + aktivně měnit investiční strategii během trvání pojištění dle aktuálních potřeb
- + vkládat a čerpat finanční prostředky během trvání pojištění.

Na co dát pozor

- u fondů a portfolií, vyjma garantovaných fondů, není výše zhodnocení ga-
rantována
- aktuální hodnota individuálního podílového účtu kolísá v závislosti na vý-
voji tržních cen podkladových aktiv
- není garantována pojistná částka při dožití
- předčasné zrušení smlouvy je finančně nevýhodné
- nezaplacením pojistného pojištění zanikne až na základě upomínky ČPP
a ČPP má právo na pojistné do zániku pojištění.

ČPP může jednostranně změnit pojistné podmínky, pokud dojde ke změně
jakéhokoliv právního předpisu či ustálení soudní praxe.

Pokud pojistník sdělí ČPP nesouhlas s touto změnou nejpozději do jednoho
měsíce ode dne, kdy se o ní dozvěděl, navrhována změna pojistných podmí-
nek nevstoupí v platnost.

**Prosíme, seznamte se pečlivě s pojistnými podmínkami, neboť ČPP ve
svých pojistných podmínkách stanovuje způsob výpočtu pojistného pl-
nění v případě pojistné události a také případy, při kterých neposkytuje
anebo snižuje pojistné plnění, jedná se o tzv. výluky z pojištění.**

K investičnímu životnímu pojištění lze **dále sjednat riziková pojištění prv-
ního pojištěného či dalších pojištěných** (dále jen „připojištění“); seznam
těchto připojištění je uveden v článku 27 níže (dále jen „přehled připojištění“).
Připojištění lze v době trvání investičního životního pojištění **měnit**, tj. **sjed-
návat nová připojištění či stávající ukončovat** v souladu s příslušnými pojist-
nými podmínkami. Za tyto změny budou účtovány poplatky uvedené v plat-
ném přehledu poplatků.

Další informace o investičním životním pojištění i připojištěních (dále společ-
ně též „pojištění“) jsou uvedeny níže; detailní parametry a podmínky pojištění
naleznete ve všeobecných pojistných podmínkách pro pojištění osob a v do-
plňkových pojistných podmínkách pro investiční životní pojištění Štítko (dále
společně též „pojistné podmínky“). Všechny pojistné podmínky, na které odk-
azuje pojistná smlouva, jsou její součástí. Jsou také k dispozici na internetových
stránkách www.cpp.cz.

Pojištění, které ČPP sjednává, se řídí příslušnými ustanoveními zákona
č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku (dále jen „občanský zákoník“), všeobec-
nými pojistnými podmínkami pro pojištění osob a doplňkovými pojistnými
podmínkami pro investiční životní pojištění Štítko.

Součástí pojistné smlouvy jsou Oceňovací tabulky I, II a Přehled poplatků a pa-
rametrů. **Aktuální podoba Oceňovacích tabulek I, II a Přehledu poplatků
a parametrů je k dispozici na webových stránkách a na obchodních mís-
tech ČPP.**

Vedle těchto informací společně s přehledem investičních fondů, s Informacemi
o zpracování osobních údajů v pojištění osob 0418, je Vám dále předána mode-
lace ze softwaru ČPP s předpokládaným průběhem podílového účtu pojistníka
a vývojem odkupného (včetně rizikového pojistného za jednotlivá pojištění dle
přehledu poplatků platného v době sjednání pojistné smlouvy, poptávaných
pojistných rizik, pojistné částky, předpokládané výše odkupného a výše pojist-
ného plnění v případě smrti v jednotlivých letech trvání pojištění a stavu na kon-
ci pojistné smlouvy). Veškeré tyto materiály Vám budou předány v listinné, nebo,
s Vaším souhlasem ve formě, kterou jste si zvolil na pojistné smlouvě.

3. Pojistná doba

Investiční životní pojištění se sjednává na dobu určitou, a to minimálně pět let.

Pojištění vzniká dnem počátku pojištění uvedeným v pojistné smlouvě a končí
dnem konce pojistné smlouvy uvedeným v pojistné smlouvě. Investiční ži-
votní pojištění zaniká dnem dohodnutým v pojistné smlouvě, nejpozději výroč-
ním dnem pojištění, ve kterém se první pojištěný dožije 26 let.

Jednotlivá připojištění lze sjednat na stejnou pojistnou dobu jako investiční ži-
votní pojištění, případně i na kratší pojistnou dobu, podle toho, co je uvedeno
v pojistné smlouvě či dohodě o její změně a příslušných pojistných podmín-
kách.

Jednotlivá připojištění lze sjednat maximálně do pojistnými podmínkami da-
ného věku - jednotlivé výše jsou také uvedeny v článku 27 níže.

4. Zánik pojištění

**Investiční životní pojištění je pojištění dlouhodobého charakteru a jeho
předčasné ukončení je vždy nevýhodné, a to zejména v počátečních
letech jeho trvání** (předpokládaná výše odkupného v jednotlivých letech
trvání pojištění je uvedena v modelaci pojištění).

Pojištění zaniká zejména uplynutím pojistné doby, může však zaniknout
i předčasně, a to zejména dnem:

- zániku pojistného zájmu nebo pojistného nebezpečí,
- smrti prvního pojištěného uvedeného v pojistné smlouvě; smrtí jiného po-
jištěného zaniká vždy pouze jeho připojištění,
- odmítnutí pojistného plnění,
- úmrtí pojistníka, je-li odlišný od pojištěného, a to v případě, že pojištěný na
trvání pojištění nemá zájem.

Pojištění zaniká pro neplacení pojistného marným uplynutím dodatečně lhůty
k jeho zaplacení stanovené v upomínce ČPP, pokud nejsou splněny podmínky
pro přechod pojištění do stavu bez placení pojistného podle všeobecných a do-
plňkových pojistných podmínek životního pojištění (tzv. redukce pojištění).

ČPP či Vy můžete pojištění vypovědět:

- v případě pojištění s běžným pojistným, k poslednímu dni pojistného ob-
dobí nejbližší následujícímu po uplynutí šesti týdnů po doručení výpovědi
druhé straně; takto nemůže ČPP vypovědět životní pojištění,
- do dvou měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy s osmidenní výpovědní
dobou,
- do tří měsíců ode dne oznámení pojistné události ČPP i s měsíční výpověd-
ní dobou; takto nemůže vypovědět ČPP životní pojištění.

Dále můžete pojištění vypovědět s osmidenní výpovědní dobou do dvou mě-
síců ode dne, kdy jste se dozvěděl, že ČPP použila při určení výše pojistného
nebo pro výpočet pojistného plnění hledisko odporující zásadě rovného za-
cházení.

Současně s investičním životním pojištěním zanikají vždy i všechna sjednaná
připojištění; zánik jednotlivých připojištění (či jejich dotčených částí) se však
nedotýká trvání investičního životního pojištění.

Další způsoby zániku pojištění jsou uvedeny v následujícím článku; jedná se
o sankční zániky pojištění pro porušení povinností z pojistné smlouvy někte-
rou ze stran.

5. Důsledky porušení povinností, snížení a odmítnutí pojistného plnění

Porušení povinností stanovených pojistnou smlouvou a příslušnými pojistnými podmínkami (případně občanským zákoníkem) pojistníkem, pojištěným či oprávněnou osobou může mít pro tyto osoby nepříznivé důsledky spočívající zejména v možnosti ČPP snížit či odmítnout pojistné plnění, popřípadě odstoupit od pojistné smlouvy či ji vypovědět.

ČPP může snížit pojistné plnění, pokud:

- bylo při sjednávání či změně pojištění v důsledku porušení povinností pojistníka či pojištěného sjednáno nižší pojistné, a to o část odpovídající poměru sjednaného pojistného k pojistnému, které mělo být sjednáno,
- pojistník nebo pojištěný porušili svou povinnost oznámit ČPP zvýšení pojistného rizika, a to úměrně tomu, jaký je poměr pojistného, které ČPP obdržela, k pojistnému, které měla obdržet, kdyby se o zvýšení pojistného rizika včas dozvěděla,
- porušení povinností pojistníka, pojištěného, oprávněné osoby nebo jiné osoby, která uplatňuje právo na pojistné plnění (včetně povinnosti řádně oznámit škodnou událost, poskytnout ČPP potřebnou součinnost při jejím šetření a počínat si tak, aby pojistná událost nenastala a případně byly zmírněny její následky), mělo podstatný vliv na vznik pojistné události, její průběh, na zvětšení rozsahu jejích následků nebo na zjištění či určení výše pojistného plnění, a to úměrně k tomu, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah povinností ČPP poskytnout pojistné plnění,
- pojistná událost vznikne nebo se rozšíří její důsledky v souvislosti s požitím alkoholu, omamných či toxických látek nebo požitím léků pojištěným, a to až o jednu polovinu. Toto právo ČPP nemá, obsahoval-li alkohol nebo návykovou látku lék, který pojištěný užil způsobem, který pojištěnému předepsal lékař, a pokud pojištěný nebyl lékařem nebo výrobcem léku upozorněn, že v době působení léku nelze vykonávat činnost, v jejímž důsledku došlo k úrazu.

Vznikne-li ČPP právo snížit pojistné plnění z více důvodů (v důsledku porušení více povinností), bude nejprve provedeno snížení příslušné pojistné částky z nejzávažnějšího porušení povinností a následně bude provedeno další snížení z již takto sníženého pojistného plnění.

ČPP může pojistné plnění odmítnout, pokud:

- příčinou pojistné události byla skutečnost, o které se dozvěděla až po jejím vzniku, kterou při sjednávání pojištění nebo jeho změně nemohla zjistit v důsledku zaviněného porušení povinností odpovědět ČPP pravdivě a úplně dotazy, na které se ho ČPP dotáže v písemné formě, pokud by při znalosti této skutečnosti při sjednávání či změně pojištění pojistnou smlouvu nebo dohodu o její změně neuzavřela nebo pokud by je uzavřela za jiných podmínek,
- k úrazu pojištěného došlo v souvislosti s jednáním pojištěného, pro které byl pravomocně odsouzen ze spáchaní úmyslného trestného činu,
- pojistník při sjednávání či změně pojištění věděl nebo mohl vědět, že pojistná událost již nastala nebo nastane.

Pokud v důsledku porušení povinností pojistníka, pojištěného nebo jiné osoby, která uplatňuje právo na pojistné plnění, vznikne ČPP újma nebo ČPP vynaloží zbytečné náklady (např. náklady na soudní spor), má ČPP právo na jejich přiměřenou náhradu proti osobě, která způsobila vznik takové újmy či nákladů.

ČPP může pojištění vypovědět bez výpovědní doby v případě, že pojistník či pojištěný poruší svou povinnost oznámit ČPP zvýšení pojistného rizika. ČPP může dále vypovědět pojištění s osmidenní výpovědní dobou, pokud pojistník neakceptuje její návrh na zvýšení pojistného v případě, že by ČPP uzavřela pojistnou smlouvu za jiných podmínek, pokud by zvýšené pojistné riziko existovalo již při jejím uzavírání.

Od pojistné smlouvy či dohody o její změně lze odstoupit zejména v případě, že ČPP zodpoví nepravdivě či neúplně dotazy zájemce o pojištění či pojistníka v písemné formě při sjednávání či změně pojištění nebo pokud ho ČPP neupozorní na nesrovnalosti mezi nabízeným pojištěním a jeho požadavky.

ČPP může od pojistné smlouvy či dohody o její změně odstoupit zejména v případě, že pojistník či pojištěný úmyslně či z nedbalosti zodpoví nepravdivě či neúplně dotazy ČPP v písemné formě týkající se sjednávání pojištění, pokud prokáže, že by při jejich pravdivém a úplném zodpovězení pojistnou smlouvu za stejných podmínek neuzavřela.

Dále můžete od pojistné smlouvy odstoupit, jde-li o pojistnou smlouvu na pojištění:

- spadající do odvětví životního pojištění ve lhůtě 30 dnů ode dne jejího uzavření, a v případě, že je pojistná smlouva na takové pojištění sjednána formou obchodu na dálku i ve lhůtě 30 dnů ode dne, kdy pojistník obdrží oznámení ČPP o uzavření pojistné smlouvy formou obchodu na dálku (za takové oznámení se považuje i pojistka) nebo ode dne pozdějšího sdělení pojistných podmínek na žádost pojistníka, pokud mu tyto pojistné podmínky nebyly sděleny před uzavřením pojistné smlouvy.

Odstoupením se pojistná smlouva ruší od počátku a strany si vrací vzájemná plnění podle pravidel stanovených v občanském zákoníku.

Formulář pro odstoupení je k dispozici na webových stránkách www.cpp.cz.

6. Pojistné a jeho jednostranné změny provedené ČPP

Jste povinen platit pojistné za celou dobu trvání pojištění (není-li v příslušných doplňkových pojistných podmínkách uvedeno jinak). Pojistné ve výši stanovené v pojistné smlouvě se platí zpravidla za pojistná období (roční, pololetní, čtvrtletní či měsíční) v ní uvedená. Výše celkového lhůtního pojistného se v průběhu trvání pojištění nemění. Pojistné za základní pojištění je v souladu s doplňkovými pojistnými podmínkami případně automaticky navýšeno o pojistné za zaniklé připojištění.

Výše pojistného se stanoví na základě pojistné matematických metod při zohlednění zejména výše dohodnutých pojistných částek, pojistné doby, Vašeho věku a zdravotního stavu v době sjednání pojištění. V případě určitých připojištění se při stanovení pojistného vychází i z výdělečné a zájmové činnosti pojištěného. Do výše pojistného se dále započítávají i náklady ČPP související se sjednáním pojištění včetně případné provize pojišťovacího zprostředkovatele. Pojistné za připojištění zdravotní asistence je stanoveno paušálně podle platného přehledu poplatků uvedeného na webových stránkách ČPP. Složení pojistného je zřejmé i z modelace pojištění, kterou obdržíte před sjednáním pojistné smlouvy.

Minimální měsíční pojistné činí 300 Kč.

První běžné pojistné je splatné v den počátku pojištění a běžné pojistné za další pojistná období je splatné vždy v první den příslušného pojistného období.

Pojistné je možné hradit zejména bezhotovostním převodem; platba musí být vždy označena příslušnými identifikačními symboly. Pojistné musí být vždy hrazeno z účtu vedeného v českých korunách. Pojistné (s výjimkou běžného pojistného za první pojistné období) však není možné hradit v hotovosti pojišťovacímu zprostředkovateli. **Pojistné hrazené bankovním převodem je zapláceno okamžikem, kdy byla peněžní částka připsána na bankovní účet ČPP uvedený v pojistné smlouvě k zaplacení běžného pojistného, a to ve výši uvedené v pojistné smlouvě.**

ČPP může jednostranně změnit výši pojistného za podmínek stanovených ve všeobecných pojistných podmínkách pro pojištění osob, zejména z důvodu změny právních předpisů, rozhodovací praxe soudů či jiných podmínek rozhodných pro stanovení výše pojistného. ČPP může změnit přehled poplatků, a to vždy k 1. lednu každého kalendářního roku; tuto změnu oznámí vždy alespoň jeden měsíc předem na svých webových stránkách. ČPP může tento přehled poplatků měnit jednostranně i k jiným datům, takovou změnu však oznámí pojistníkovi v písemné formě nejpozději jeden měsíc před její účinností. Projevíte-li vůči ČPP nesouhlas s takovou změnou ve lhůtě stanovené uvedenými pojistnými podmínkami, pojištění zanikne. Obdobně ČPP postupuje při změně obchodních podmínek, fondů a oceňovacích tabulek.

Uvedete-li ve zdravotním dotazníku jakoukoliv pozitivní odpověď, může Vám ČPP navrhnout zvýšení pojistného, a pokud nebudete s tímto návrhem ČPP souhlasit ve lhůtě do dvou měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy, může ČPP pojištění vypovědět.

7. Oceňování zdravotního stavu

Berate na vědomí, že na základě odpovědí na dotazy ve zdravotním dotazníku ČPP provádí ocenění přejímaného rizika a rozhoduje o Vašem přijetí do pojištění.

ČPP je oprávněna dle odpovědí uvedených ve zdravotním dotazníku na pojistné smlouvě, na základě výpisu ze zdravotní dokumentace pojištěného nebo dle výsledků lékařské prohlídky stanovit přírážku k pojistnému za vybraná pojistná nebezpečí a navýšit pojistné na připojištění zproštění od placení pojistného (dále jen „přírážka“) nebo omezit rozsah pojištění formou dodatku k pojistné smlouvě. Právo ocenit riziko přejímané do pojištění má ČPP i v případě žádosti o změnu pojištění, při žádosti o zvýšení pojistných částek, rozšíření obsahu pojištění nebo obnovení placení pojistného u pojistné smlouvy ve stavu bez placení pojistného a v dalších případech stanovených pojistnou smlouvou.

Riziková přírážka se stanovuje zpětně od počátku pojištění a platí po celou dobu trvání pojištění nebo do jeho změny, pokud došlo k jejímu navýšení. Souhlas se stanovením přírážky za zdravotní stav udělujete podpisem pojistné smlouvy.

U vybraných typů pojištění má ČPP právo na základě posouzení odpovědí uvedených v dotazníku o zdravotním stavu pojištěného určitá onemocnění nebo postižené orgány z pojištění vyloučit.

8. Pojistné plnění a šetření pojistné události

Nastane-li pojistná událost z jakéhokoliv sjednaného pojištění, má oprávněná osoba právo na pojistné plnění za podmínek a v rozsahu uvedeném v pojistné smlouvě a dále specifikovaném v příslušných pojistných podmínkách.

Výše pojistného plnění je závislá na dohodnutých postupech na daném riziku, na aktuálně platné výši pojistné částky, na sjednané karenční době, na sjednané spoluúčasti. Dále ji ovlivňuje čekací doba daného rizika, oceňovací tabulky v případě úrazového připojištění, krácení pojistného plnění a výluky z pojištění. Podrobnější informace je možno nalézt v pojistných podmínkách, se kterými se, prosím, pečlivě seznámte.

V případě, že se první pojištěný dožije sjednaného dne konce pojistné smlouvy, je osobou oprávněnou k přijetí pojistného plnění při dožití pojistník.

Nedožije-li se druhý nebo třetí pojištěný sjednaného konce jeho připojištění pro případ smrti, vyplácí ČPP pojistné plnění prvnímu pojištěnému, resp. jeho zákonnému zástupci.

Pro pojistné plnění denního odškodného za dobu léčení úrazu, za pobyt v nemocnici, za trvalé následky úrazu, z připojištění zlomenin a závažných onemocnění a poranění je osobou oprávněnou k přijetí pojistného plnění první pojištěný, resp. jeho zákonný zástupce.

Pojistník, pojištěný či oprávněná osoba jsou povinni oznámit ČPP jakoukoliv událost, ze které by mohlo vzniknout právo na pojistné plnění z jakéhokoliv sjednaného pojištění (**tj. zejména úmrtí pojištěného, stanovení diagnózy pro závažné onemocnění a poranění, ukončení léčení u rizik typu denního odškodného, přiznání invalidity, závislosti na péči a příspěvku na pořízení zvláštní pomůcky nebo ustálení trvalých následků úrazu**), bez zbytečného odkladu; toto oznámení musí být učiněno písemně na formuláři ČPP a ČPP musí být dále poskytnuta veškerá potřebná součinnost za účelem šetření takové události. Pokud v důsledku porušení těchto povinností nebude ČPP moci řádně provést či skončit šetření takové události, může snížit pojistné plnění úměrně tomu, jaký vliv mělo porušení takové povinnosti na rozsah její povinnosti plnit, maximálně však o jednu polovinu.

Nastane-li pojistná událost v době, kdy je pojistník v prodlení s placením pojistného za první pojistné období, není ČPP povinná poskytnout za tuto pojistnou událost pojistné plnění.

Pojistnou událost (**tj. zejména úmrtí pojištěného, stanovení diagnózy pro závažné onemocnění a poranění, ukončení léčení u rizik typu denního odškodného, přiznání invalidity, závislosti na péči a příspěvku na pořízení zvláštní pomůcky nebo ustálení trvalých následků úrazu**) je třeba ČPP oznámit bez zbytečného odkladu na některý z níže uvedených kontaktů:

Česká podnikatelská pojišťovna, a. s., Vienna Insurance Group
P. O. BOX 28
664 42 Modřice

Hlášení můžete provést online na www.cpp.cz, sekce Řešení škod. Dodatečné dokumenty ke škodě zasíláte přes www.mojeccp.cz, záložka Stav škody a vložení podkladů ke škodě. Komunikace může obsahovat i zdravotní údaje.

9. Pojistné plnění z investičního životního pojištění

Pojistným plněním z investičního životního pojištění pro případ dožití se stanoveneho věku je vždy aktuální hodnota podílového účtu pojistníka. Pojistné plnění z tohoto pojištění je poskytováno jednorázově.

Z investičního životního pojištění pro případ smrti se pojistné plnění stanoví jako:

- vyšší z obou částek, tj. buď pojistné částky stanovené v pojistné smlouvě (vždy 5 000 Kč) nebo aktuální hodnotu podílového účtu pojistníka.

Pojistné plnění však nebude poskytnuto, pokud nebudou splněny podmínky stanovené jakýmkoliv relevantními pojistnými podmínkami nebo v případě aplikace jakéhokoliv výluky z investičního životního pojištění podle jakýchkoliv takových pojistných podmínek.

Dále se pojištění nevztahuje na smrt pojištěného, pokud nastala do tří měsíců ode dne počátku pojištění v důsledku zdravotních potíží, kterými pojištěný trpěl před jejím uzavřením, a to ani tehdy, pokud o nich byla ČPP informována při sjednávání či změně pojištění.

V případě úmrtí pojištěného je vyplacena pojistná částka nebo aktuální hodnota individuálního podílového účtu / hodnota pojištění, popřípadě obojí.

V případě dožití je vyplacena vždy aktuální hodnota individuálního podílového účtu / hodnota pojištění.

V případě sjednání dalších připojištění je při pojistné události vyplaceno pojistné plnění dle sjednaných podmínek. Forma výplaty může být buď jednorázová, nebo formou opakovaných výplat.

Výluky z pojištění jsou definovány v pojistných podmínkách. Dále je v příslušných pojistných podmínkách definováno, které osoby je možné přijmout do pojištění. Doporučujeme Vám se před sjednáním pojistné smlouvy s těmito informacemi seznámit.

10. Specifika investičního životního pojištění

Investiční životní pojištění funguje na principu investování zaplaceného běžného i mimořádného pojistného do fondů kolektivního investování², vnitřních fondů pojišťovny³ a dalších investičních nástrojů ČPP.

Je-li hodnota podílového účtu pojistníka⁴ kladná, dochází k investování zaplaceného pojistného dle investiční strategie zvolené pojistníkem, popřípadě do konkrétních portfolií z nabídky ČPP či jejich kombinace zvolené pojistníkem, tzv. alokační poměr.

Upozorňujeme Vás, že především v počátečních letech trvání pojištění nemusí být zaplacené pojistné investováno dle Vámi zvoleného alokačního poměru, ale může být použito na úhradu akumulovaného dluhu. Více informací uvádíme v bodu 17. Akumulovaný dluh.

Částky pojistného plnění či odkupného vyplácené ČPP z investičního životního pojištění se odvíjí od hodnoty podílového účtu pojistníka stanovené níže uvedeným způsobem; předpokládána výše pojistného plnění v případě smrti pojištěného i výše odkupného v jednotlivých letech trvání pojištění je uvedena v modelaci předané zájemci při sjednávání pojištění.



Zaplacené pojistné je převáděno na podílové jednotky⁵, a to za nákupní ceny stanovené na základě ocenění jednotlivých portfolií; tyto podílové jednotky jsou za tyto nákupní ceny připsány na podílový účet pojistníka. Pro vyloučení pochybností se uvádí, že podílové jednotky slouží pouze pro evidenci v rámci investičního životního pojištění a nejsou podílovými listy, akciemi či jinými investičními nástroji a pojistník nevlastní jakákoliv taková podkladová aktiva příslušných portfolií, resp. fondů.

Hodnota podílového účtu pojistníka se stanoví vynásobením počtu na něm evidovaných podílových jednotek jejich prodejní cenou, přičemž prodejní cenu stanoví ČPP a je vždy nižší než nákupní cena v rámci maximálního rozdílu stanoveného v Přehledu poplatků a parametrů pojištění pro investiční životní pojištění Štítko. Tato prodejní cena je zohledňována při stanovení výše pojistného plnění z investičního životního pojištění i při jakýchkoliv dalších dispozicích s podílovými jednotkami včetně jejich částečného prodeje, stanovení odkupného apod.

Nákupní i prodejní cena podílových jednotek a hodnota podílového účtu pojistníka jsou stanoveny v závislosti na vývoji tržních cen podkladových aktiv portfolia, tj. i v závislosti na vývoji kapitálového trhu. V případě nepříznivého vývoje nemusí být dosaženo očekávaného výnosu, výnos může být i záporný, není proto zaručena ani návratnost původně investované částky. Protože investiční strategii volí pojistník, nese investiční riziko v plném rozsahu pojistník. Výjimkou z tohoto pravidla je pouze garantovaný fond, u kterého ČPP zaručuje minimální výnos ve výši stanovené v doplňkových pojistných podmínkách pro investiční životní pojištění Štítko a/nebo v přehledu poplatků. Za podmínek stanovených v doplňkových pojistných podmínkách pro investiční životní pojištění Štítko lze sjednat automatický přesun z jiných portfolií do garantovaného fondu.

Při splnění podmínek stanovených uvedenými doplňkovými pojistnými podmínkami může pojistník dále **požádat o prodej části podílových jednotek**, který ČPP provede snížením počtu podílových jednotek na podílovém účtu pojistníka.

11. Povaha podkladových aktiv a portfolia ČPP

ČPP do portfolií, která Vám nabízí, nakupuje investiční instrumenty různých fondů kolektivního investování podle zákona o kolektivním investování; některá tato portfolia jsou dále tvořena i aktivy vnitřních fondů pojišťovny vytvářených podle zákona o pojišťovnictví nebo se jedná o investiční instrumenty ČPP obhospodařované podle zákona o cenných papírech. Tyto fondy představují různé druhy investic, které se od sebe liší předpokládanými výnosy a riziky podle podkladových aktiv těchto fondů (zejména akcie či dluhopisy). Minulé výnosy nejsou zárukou výnosů budoucích. Zpravidla platí, že čím vyšší je očekávaný výnos, tím se zvyšuje riziko investice. ČPP nevylučuje, že nabídku investic v budoucnu rozšíří i o nástroje emitované v rámci finanční skupiny Vienna Insurance Group.

Níže je uveden seznam fondů, z jejichž podílových listů či aktiv jsou tvořena portfolia nabízená ČPP; aktuální seznam těchto fondů a konkrétní informace o nich včetně jejich výnosnosti, nákladovosti (tzv. syntetické TER), rizikovosti a podkladových aktivech jsou uvedeny na webových stránkách ČPP v sekci In-

vestiční životní pojištění. ČPP může tento seznam průběžně měnit; informace o takové změně zveřejní ČPP na uvedených webových stránkách nejpozději 30 dnů předem, včetně informace o přesunu dotčených podílových jednotek. Podrobné informace o fondech kolektivního investování CONSEQ jsou dále uvedeny na webových stránkách www.conseq.cz.

Klíčové informace o investiční složce pojištění jsou k dispozici na webových stránkách ČPP www.cpp.cz v sekci Životní a úrazové pojištění.

Portfolio životního cyklu

Je realokační program, v jehož rámci dochází k automatickému přesunu podílových jednotek mezi jednotlivými portfolii. Pojistné je zpočátku umísťováno do portfolií tvořených podílovými listy akciových nebo smíšených fondů. Počínaje 10. rokem před koncem investičního životního pojištění se pak všechny podílové jednotky na podílovém účtu pojistníka ke každému výročnímu dni tohoto pojištění automaticky přesunou do portfolií, ve kterých se zvyšuje poměr konzervativních investic dluhopisových fondů a fondů peněžního trhu. Cílem je chránit hodnotu podílového účtu pojistníka před výkyvy na akciových trzích.

Toto portfolio je určeno pro pojistníky, kteří jsou ochotni podstoupit zpočátku vyšší finanční rizika, aby v dlouhodobém horizontu zvýšili potenciál růstu hodnoty své investice, kteří však s blížícím se koncem investičního horizontu nechtějí riskovat její výrazné snížení, ale jsou připraveni přijmout její krátkodobé výkyvy. Volbou investičního horizontu je pak nastavena i rizikovost portfolia. Portfolio má pevné alokační schéma, tj. pojistník zvolí pouze portfolio životního cyklu, konkrétní portfolia jsou pak již volena automaticky; portfolio životního cyklu dále nelze kombinovat s ostatními portfolii.

Zaplacené mimořádné pojistné je investováno shodně s běžným pojistným, tj. pouze do portfolia životního cyklu, jiná alokace mimořádného pojistného není možná.

V průběhu trvání pojištění je možné ukončit přesuny a ponechat umístění v aktuálním portfoliu, popřípadě následně obnovit automatický přesun do dalších portfolií. Program lze také ukončit s přesunem všech podílových jednotek podle nově určené individuální alokace.

12. Individuální alokace

Pojistník si může **vytvořit vlastní investiční strategii**, a to jak skladbou, tak podílem umístění pojistného do jednotlivých, maximálně však pěti, portfolií.

13. Změny investičních strategií / individuální alokace

Pojistník může **kdykoliv** v průběhu trvání investičního životního pojištění požádat v písemné formě o provedení **změn týkajících se umístění pojistného do portfolií**, například o změnu individuální alokace včetně alokačního poměru, přesun podílových jednotek do jiného portfolia či prodej podílových jednotek z účtu pojistníka.

ČPP požadovanou změnu neprovede, pokud by výše pojistného byla po jejím provedení nižší, než minimální hodnota stanovená ČPP podle pojistné matematických zásad, a taková změna by proto mohla způsobit zánik pojištění vyčerpaním podílového účtu pojistníka.

14. Rizikové pojistné a poplatky

Z podílového účtu pojistníka se po dobu trvání investičního životního pojištění a příslušných připojištění (popřípadě po kratší dobu, je-li tak stanoveno v příslušných pojistných podmínkách nebo přehledu poplatků) každý měsíc odečítá rizikové pojistné (tj. měsíční poplatek) za taková pojištění ve výši stanovené v aktuálním přehledu poplatků.

Z tohoto podílového účtu se dále odečítají i poplatky související se sjednáním, změnou či správou pojištění stanovené v příslušných pojistných podmínkách a přehledu poplatků, včetně poplatků na úhradu pořizovacích nákladů pojištění, administrativních nákladů, správu jednotkových fondů, přesunů podílových jednotek apod.; kompletní přehled těchto poplatků je uveden v přehledu poplatků, jehož aktuální znění je vždy zveřejněno na webových stránkách ČPP v sekci Investiční životní pojištění. ČPP může tento přehled v průběhu trvání pojištění měnit; pravidla provedení takových změn, jejich oznamování pojistníkovi a související právo ukončit pojištění jsou uvedena v doplňkových pojistných podmínkách pro investiční životní pojištění Štítko.

ČPP má právo na pojistné a poplatky od počátku pojištění do konce pojistného období, v němž došlo k jeho zániku, a dále na jednorázové poplatky stanovené dle platného přehledu poplatků související se skutečnostmi iniciovanými pojistníkem, které nebyly k datu zániku uhrazeny (dále jen „neuhrazené poplatky“).

Pro vyloučení pochybností se uvádí, že poplatky stanovené v prospektu investičního instrumentu nejsou z účtu pojistníka odečítány, pouze poplatek související se správou či s obhospodařováním investičního instrumentu je strháván z hodnoty příslušného investičního instrumentu, tj. nepřímo zohledněn i v ceně podílové jednotky.

15. Mimořádné pojistné

V době trvání pojištění můžete **zaplatit mimořádné pojistné**, podmínky pro jeho zaplacení a umístění jsou specifikovány v doplňkových pojistných podmínkách pro investiční životní pojištění Štítko.

16. Bonusy za bezeškolní průběh

V případě, že z pojištění nevznikne v období stanoveném v přehledu poplatků žádná pojistná událost, **zvýší ČPP podílový účet pojistníka** o částku odpovídající procentu stanovenému v přehledu poplatků z poplatků zaplacených pojistníkem v takovém období.

17. Akumulovaný dluh

Dostane-li se Váš podílový účet do záporné hodnoty, jedná se o tzv. akumulovaný dluh; akumulovaný dluh může vzniknout i v případě, kdy pojištění řádně platí pojistné, a to zejména v počátečních letech pojištění vlivem výkyvů na kapitálových trzích.

Existuje-li akumulovaný dluh, ČPP použije veškeré zaplacené pojistné (běžné či mimořádné) na splacení tohoto dluhu.

Pro vyloučení pochybností se uvádí, že existence akumulovaného dluhu se nedotýká sjednaných pojištění ani povinnosti pojistníka platit pojistné; z účtu pojistníka je dále strháváno rizikové pojistné i veškeré relevantní poplatky. ČPP v přehledu poplatků stanoví maximální dobu existence trvání akumulovaného dluhu, uplynutím takové doby pojištění zaniká.

18. Odkupné

Při předčasném ukončení investičního životního pojištění z důvodů specifikovaných v příslušných pojistných podmínkách, vzniká pojistníkovi právo na odkupné, jsou-li splněny podmínky stanovené v takových pojistných podmínkách.

Podmínkou vzniku práva na odkupné je v případě běžného pojistného (či pojištění ve stavu bez placení pojistného) zejména kladná hodnota účtu pojistníka po odečtení poplatku za zrušení pojistné smlouvy; detailní podmínky práva na odkupné jsou stanoveny v doplňkových pojistných podmínkách pro životní pojištění.

Okamžik vzniku práva na odkupné je individuální a závisí na podmínkách konkrétní pojistné smlouvy; předpokládaná výše odkupného v jednotlivých letech trvání investičního životního pojištění je součástí modelace pojištění, kterou jste obdržel před uzavřením pojistné smlouvy.

Odkupné stanoví ČPP jako hodnotu účtu pojistníka ke dni zániku pojištění, sníženou o poplatek za zrušení pojistné smlouvy podle přehledu poplatků; takto stanovené odkupné může být před jeho výplatou dále sníženo o srážkovou daň.

Výše odkupného neodpovídá výši celkově zaplaceného pojistného.

19. Obecná informace o daňových a právních předpisech

Daňové souvislosti životního pojištění včetně daňových povinností a zvýhodnění upravuje zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmu, ve znění pozdějších předpisů. Zdanění pojistného plnění je upraveno zejména v ustanovení § 4, § 8 a § 36 tohoto zákona. U investičního životního pojištění lze uplatnit daňové zvýhodnění (odečtení zaplaceného pojistného ze základu daně z příjmu) při splnění podmínek definovaných zejména v ustanovení § 15 tohoto zákona.

Základní podmínky daňové uznatelnosti jsou:

- pojistník je shodný s pojištěným
- doba trvání pojištění je minimálně 5 let
- výplata pojistného plnění musí být sjednána nejdříve v roce, ve kterém dosáhne pojištěný 60 let
- musí být sjednáno riziko pro případ smrti a dožití (není-li pevně sjednána pojistná částka)
- podmínka minimální pojistné částky nemusí být splněna, neboť investiční životní pojištění se nesjednává s pevnou pojistnou částkou pro případ dožití
- z pojistné smlouvy není umožněn výběr finančních prostředků.

V rámci zákonných limitů je daňové zvýhodněno i zaplacené mimořádné pojistné.

V daňovém potvrzení bude vyčísleno pojistné, resp. jeho část, splňující podmínky daňové uznatelnosti.

V případě nedodržení stanovených podmínek z důvodu zániku pojištění nebo dodatečné změny doby trvání pojištění je třeba provést dodanění uplatněných částek.

Toto pojištění není daňově zvýhodněno.

20. Způsob vyřizování stížností pojistníků, pojištěných nebo obmyšlených osob

Stížnost na služby pojistitele či zprostředkovatele lze podat osobně na kterémkoliv obchodním místě ČPP uvedeném na webových stránkách <http://www.cpp.cz/obchodni-mista/>. Stížnosti lze ČPP dále adresovat písem-

ně, telefonicky nebo e-mailem, nebo na kontaktní adrese a telefonu uvedeném v bodu 1. Strany pojistné smlouvy v tomto dokumentu.

Není-li pojistník, pojištěný nebo obmyšlená osoba spokojena se stanoviskem pojistitele ke stížnosti, může stížnost postoupit dohledovému orgánu České národní bance (www.cnb.cz). Spory s pojistitelem lze řešit soudně nebo mimosoudně. V případě soudního řešení sporu lze návrh na rozhodnutí sporu uplatnit u příslušného soudu České republiky, pokud mezinárodní smlouva nebo předpisy Evropské unie nepřikazují závazně něco jiného. Mimosoudně lze návrh na rozhodnutí sporu v případě neživotního pojištění podat České obchodní inspekci (www.coi.cz), nebo v případě životního pojištění finančnímu arbitrovi (www.finarbitr.cz).

Byla-li pojistná smlouva uzavřena on-line (prostřednictvím internetové stránky nebo jiného elektronického prostředku), má spotřebitel možnost pro řešení sporu s pojistitelem, který se nepodařilo vyřešit smírnou cestou, využít platformu pro řešení spotřebitelských sporů on-line, dostupnou na <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

21. Rozhodné právo

Pojistná smlouva a veškerá sjednaná pojištění se řídí českým právním řádem. Pojistitel komunikuje s pojistníkem během trvání pojištění v českém jazyce a pojistné podmínky a další informace o pojištění jsou pojistníkovi poskytovány také v českém jazyce.

22. Smlouva o přístupu k MojeČPP

Případná smlouva o přístupu k internetovému portálu MojeČPP je nezávislá na pojistné smlouvě, tj. tyto smlouvy nemusí být sjednány současně a změna či ukončení jedné z nich se automaticky nedotýká druhé takové smlouvy.

23. Bezpečnost životního pojištění

Česká podnikatelská pojišťovna, a. s., Vienna Insurance Group, je povinna vytvářet tzv. technické rezervy, které slouží na úhradu jejích závazků vzniklých z pojišťovací činnosti. Zejména se jedná o závazky k poskytnutí pojistného plnění v případě pojistné události. Vzhledem k tomu, že není předem známa výše těchto závazků, jsou technické rezervy stanovovány pojistně matematickými metodami.

24. Vysvětlení pojmů

¹ **Dožití** - den uvedený v pojistné smlouvě jako konec pojistné smlouvy.

² **Fondy kolektivního investování** - jedná se o kolektivní fondy ve smyslu zákona o kolektivním investování.

³ **Vnitřní fondy pojišťovny** - fondy, které se řídí zákonem o pojišťovnictví, vč. navazujících prováděcích vyhlášek. Respektují všechny zásady investování jako v případě investování technických rezerv životního pojištění a kopírují zhodnocení kapitálového životního pojištění. Jejich výnosy odpovídají výnosům kapitálového životního pojištění. Růst ceny podílové jednotky je garantován ve výši uvedené v aktuálním přehledu. Jedná se o investici s nízkým rizikem.

⁴ **Podílový účet pojistníka** - účet vedený pojišťovnou k pojistné smlouvě tvořený podílovými jednotkami nakoupenými za běžné nebo mimořádné pojistné.

⁵ **Podílová jednotka** - základní jednotka, která vyjadřuje poměrný podíl hodnoty daného fondu. Má přesně určenou hodnotu. Veškeré platby na investiční životní pojištění probíhají prostřednictvím nákupu a prodeje podílových jednotek.

25. Územní rozsah pojištění

Územní rozsah pojištění není omezen s výjimkou níže uvedených připojištění:

Připojištění	Územní rozsah
Hospitalizace nemocí / úrazem	Evropský hospodářský prostor + Švýcarsko
Zdravotní asistence	ČR
Závažné následky očkování	Evropský hospodářský prostor
Ošetřování členem rodiny	ČR

26. Poskytování rady během trvání pojištění

Pojišťovna nebude posuzovat vhodnost po uzavření pojištění, pokud na pojistné smlouvě nebude provedena podstatná změna.

27. Přehled možných připojištění

V pojistné smlouvě lze sjednat následující typy připojištění.

Je-li v pojistné smlouvě sjednáno pojištění a není-li zároveň na pojistné smlouvě uvedena pojistná částka, varianta pojištění nebo karenční doba, pak ČPP upraví výši pojistného za dané pojištění ustanovením doplňkových pojistných podmínek pro investiční životní pojištění Štítko týkajících se příslušného pojištění a základního pojištění tak, aby zůstalo zachováno lhůtní pojistné. Tuto změnu Vám ČPP oznámí na pojistce.

Pojistné riziko			Vstupní věk		Lze pojistit do
			Min.	Max.	Max.
Hlavní pojištění	dožití + smrt	1P	0	14	26
Připojištění závažných onemocnění a poranění	Konstantní PČ opakované plnění / závažné následky očkování / cukrovka	1P	0	25	26
Smrt úrazem	Konstantní PČ / Úraz PLUS	1P	0	25	26
Trvalé následky úrazu	Plnění bez progresse, s TOP progresí Poškození od 0,001 %, 10 %, 25 % Autonehoda / Úraz PLUS	1P	0	25	26
Denní odškodné (DO) za dobu léčení úrazu	nezpětně, zpětně, zpětně s progresí / Úraz PLUS min. doba léčení 10, 15, 22, 60 dní	1P	0	25	26
DO za pobyt v nemocnici z důvodu úrazu od 1. dne	s progresí / Úraz PLUS	1P	0	25	26
Zlomeniny		1P	0	25	26
DO za pobyt v nemocnici z důvodu nemoci od 1. dne	s progresí	1P	0	25	26
Hospitalizace s doprovodem		1P	0	17	18
Závislost na péči II. – IV. stupně		1P	0	25	26
Příspěvek na pořízení zvláštní pomůcky		1P	0	25	26
Ošetřování členem rodiny		1P	0	17	18
Připojištění zdravotní asistence	Rychlé informace + lékař na telefonu / Asistenční služby	1P	0	25	26
Připojištění pro případ smrti pojištěného		2P/3P	18	69	70
Zproštění od placení pojistného	Nejvyšší stupeň invalidity nebo smrt	2P/3P	18	69	70

1P - první pojištěná osoba, 2P - druhá pojištěná osoba, 3P - třetí pojištěná osoba

SDĚLENÍ KLÍČOVÝCH INFORMACÍ

k Investičnímu životnímu pojištění Štítko

Účel

V tomto sdělení naleznete klíčové informace o produktu investičního životního pojištění. Produkt umožňuje investovat část finančních prostředků do několika vybraných fondů či portfolií. Ke každému z nich je vytvořeno samostatné sdělení klíčových informací. Nejedná se o propagační materiál. Poskytnutí těchto informací vyžaduje zákon, aby Vám pomohly porozumět podstatě, rizikům, nákladům, možným výnosům a ztrátám spojeným s tímto produktem a porovnat jej s jinými produkty.

Produkt: Investiční životní pojištění Štítko

Tvůrce produktu investičního životního pojištění:

Česká podnikatelská pojišťovna, a. s., Vienna Insurance Group se sídlem Pobřežní 665/23, 186 00 Praha 8, Česká republika, identifikační číslo: 63998530, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 3433 (dále též „ČPP“, „pojišťovna“ nebo „pojišťovna“)

Kontaktní údaje:

Adresa pro zasílání korespondence: Česká podnikatelská pojišťovna, a. s., Vienna Insurance Group, P. O. BOX 28, 664 42 Modřice

web: www.cpp.cz **klientská linka:** 957 444 555 **e-mail:** info@cpp.cz

Dohledovým orgánem je Česká národní banka, Na Příkopě 28, 115 03 Praha (www.cnb.cz).

Toto Sdělení klíčových informací bylo vypracováno dne 15. 3. 2018.

Produkt, o jehož koupi uvažujete, je složitý a může být obtížně srozumitelný.

O jaký produkt se jedná?

Typ: Produkt, o jehož koupi nebo podstatné změně uvažujete, je klasifikován jako **investiční životní pojištění**.

Cíle: Cílem produktu je zkombinovat

- **pojistnou ochranu** vůči nepříznivým událostem, jako je zejména smrt, nemoc či úraz – tato část pojistného, která je určena na úhradu pojistného krytí, se neinvestuje,
- s možností **část pojistného**, které není určeno na krytí rizik nebo poplatků spojených s pojištěním, **investovat do fondů kolektivního investování, vnitřních fondů pojišťovny a dalších investičních nástrojů ČPP**, a to v závislosti na tom, jaké finanční ztráty jste schopni nést, a jakou preferujete doporučenou dobu investování.

Další informace o produktu, o tom jak funguje a na co dát pozor najdete i v dokumentu „Informace pro zájemce o uzavření pojistné smlouvy“, který Vám byl předán v před-smluvní fázi sjednávání pojištění.

Pro koho je produkt určen:

Pojištění je vhodné zejména pro děti a pro zájemce o uzavření investičního životního pojištění, kteří:

- chtějí zabezpečit blízké pro případ nenadálých událostí,
- chtějí dlouhodobě a pravidelně zhodnocovat finanční prostředky,
- mít garantovanou zvolenou částku vyplácenou v případě úmrtí,
- akceptují míru rizika podle zvolené investiční strategie,
- chtějí aktivně ovlivňovat investiční složku pojištění různou volbou investiční strategie.

Pojistné plnění:

V rámci tohoto produktu je možné sjednat celou řadu pojištění, která si můžete volit a různě kombinovat. Na pojistné plnění vznikne nárok, nastane-li pojistná událost z jakéhokoliv sjednaného pojištění za podmínek a v rozsahu dle pojistné smlouvy a jejích součástí. Tato tabulka poskytuje stručný přehled pojistného plnění. Podrobné informace naleznete v příslušných pojistných podmínkách.

Pojištění	Pojistné plnění ve výši / formě
Smrti	sjednané pojistné částky nebo hodnoty účtu v případě úmrtí
Závažných onemocnění a poranění	sjednané pojistné částky v případě diagnózy vybraného onemocnění
Úrazové	sjednané pojistné částky trvalých následků úrazu, při léčení úrazu doma i v nemocnici, smrti úrazem, zlomenin
Pobyty v nemocnici z důvodu nemoci	sjednané pojistné částky při pobytu v nemocnici
Hospitalizace s doprovodem	sjednané pojistné částky v případě doprovodu pojištěného dítěte v nemocnici
Závislosti na péči II. - IV. stupně	sjednané pojistné částky v případě přiznání závislosti úřady
Příspěvku na pořízení zvláštní pomůcky	proplacení spoluúčasti při pořízení invalidního vozíku, asistenčního psa nebo jiné pomůcky, pokud je na ní dle zákona nárok
Ošetřování členem rodiny	sjednané pojistné částky v případě ošetřování pojištěného dítěte
Zdravotní asistence	informací o lécích, lékárnách, pomoci při hospitalizaci, při objednání
Pro případ smrti 2. / 3. pojištěného	sjednané pojistné částky pro případ smrti
Zproštění od placení pojistného pro 2. / 3. pojištěného	pojistné hradí pojišťovna

Na pojistné plnění má nárok pojištěný, resp. jeho zákonný zástupce. V případě pojištění pro případ smrti 1. pojištěného má na pojistné plnění nárok osoba stanovená podle občanského zákoníku a v případě pojištění pro případ smrti 2. nebo 3. pojištěného se plní 1. pojištěnému, resp. jeho zákonnému zástupci. Vy, jako pojišťovník, máte nárok na pojistné plnění pro případ dožití se stanoveného věku a na odkupné, na které vzniká nárok v případě předčasného ukončení pojištění.

Prosíme, seznamte se pečlivě s pojistnými podmínkami, neboť ČPP v nich stanovuje způsob výpočtu pojistného plnění v případě pojistné události a také případy, při kterých neposkytuje nebo snižuje pojistné plnění, jedná se o tzv. výluky z pojištění.

Pojistná doba:

Investiční životní pojištění se uzavírá na dobu určitou, a to minimálně pět let. Nejdéle lze pojistit dospělé osoby do 65 let, děti až do věku 26 let, aniž by bylo nutné dokládat potvrzení o studiu. Doporučenou dobou je sjednání pojištění na dobu do **20 let prvního pojištěného**.

Pojištění může zaniknout zejména z těchto důvodů:

- uplynutí pojistné doby,
- zánik pojistného zájmu či pojistného nebezpečí,
- smrt prvního pojištěného,
- odmítnutí pojistného plnění,
- smrt pojišťovníka, je-li odlišný od pojištěného, a to v případě, že pojištěný na trvání pojištění nemá zájem,
- neplacení pojistného marným uplynutím dodatečně lhůty k jeho zaplacení stanovené v upomínce ČPP.

Pojišťovna je dle zákona oprávněna **jednostranně odstoupit od pojistné smlouvy investičního životního pojištění**, pokud jste Vy nebo pojištěný zodpověděl nepravdivě či neúplně naše písemné dotazy v souvislosti s uzavíráním pojistné smlouvy či dohody o její změně, pokud bychom při pravdivém a úplném zodpovězení takových dotazů pojistnou smlouvu či dohodu o její změně neuzavřeli.

Přehled investičních fondů

Investiční životní pojištění funguje na principu investování zaplaceného běžného i mimořádného pojistného do fondů kolektivního investování, vnitřních fondů pojišťovny a dalších investičních nástrojů ČPP. Základní informace o investičních možnostech Vaší pojistné smlouvy najdete v následující tabulce:

Fondy/portfolia v nabídce se 100% alokací	SRI ¹	Úroveň rizika ²	Doporučená délka držení ³	Fondy/portfolia v nabídce se 100% alokací	SRI ¹	Úroveň rizika ²	Doporučená délka držení ³
Conseq Progressivní portfolio⁴ Investuje převážně do podílových fondů zaměřujících se na akcie z vyspělých světových ekonomik, menší část je pak investována do podílových fondů se zaměřením na akcie obchodované na rozvíjejících se trzích. Menší část portfolia může být investována do dluhopisových fondů a fondů se zaměřením na alternativní investice.	3	Středně nízká	5 let	Conseq Invest Akciový fond⁵ Investičním cílem je dosáhnout dlouhodobého zhodnocení investic měřeného v českých korunách a to investováním zejména do diverzifikovaného portfolia českých nebo jiných středoevropských akcií kótovaných nebo obchodovaných na regulovaných trzích.	4	Střední	5 let
Conseq Balancované portfolio⁴ Investuje převážně do podílových fondů se zaměřením na rozvinuté akciové trhy a do dluhopisových fondů se zaměřením na region střední a východní Evropy. Menší část je pak investována do podílových fondů se zaměřením na akcie obchodované na rozvíjejících se trzích a světové dluhopisy.	3	Středně nízká	3 roky	CONSEQ Portfolio životního cyklu⁴ Investuje převážně do podílových fondů se zaměřením na rozvinuté akciové trhy a do dluhopisových fondů se zaměřením na region střední a východní Evropy. Menší část je pak investována do podílových fondů se zaměřením na akcie obchodované na rozvíjejících se trzích a světové dluhopisy.	2, 3	Nízká až středně nízká	1 – 7 let (záleží na portfoliu)
Conseq Portfolio nových ekonomik⁴ Investuje převážně do podílových fondů se zaměřením na rozvíjející se trhy. Menší část je pak investována do podílových fondů se zaměřením na akcie obchodované na rozvinutých trzích.	3	Středně nízká	7 let	Garantovaný fond⁶ Respektuje všechny zásady investování, jako je tomu při investování technických rezerv životního pojištění. Jeho výnosy odpovídají výnosům kapitálového životního pojištění. Minimální výše růstu ceny podílové jednotky je garantována dle doplňkových pojistných podmínek. Aktuální výše zhodnocení je vyhlášena v Přehledu poplatků a parametrů.	2	Nízká	15 let

¹ Souhrnný ukazatel rizik (SRI) poukazuje na úroveň rizika tohoto produktu ve srovnání s jinými produkty. Další informace naleznete v následující sekci „Jaká podstupují rizika a jakého výnosu bych mohl dosáhnout?“.

² Představuje slovní vyjádření SRI.

³ Doporučenou délkou držení se rozumí doporučená doba, po jakou je vhodné mít pojistné alokované do daného portfolia, resp. fondu. S výjimkou pro Garantovaný fond pro platbu zaměstnavatelem, do kterého je investován příspěvek zaměstnavatele formou mimořádného pojistného.

⁴ Jedná se o investiční instrumenty ČPP, obhospodařované podle zákona o cenných papírech.

⁵ Jedná se o kolektivní fond ve smyslu zákona o kolektivním investování.

⁶ Jedná se o vnitřní fond pojišťovny, který se řídí zákonem o pojišťovnictví vč. navazujících prováděcích vyhlášek.

Podrobnější informace týkající se jednotlivých fondů najdete v klíčových informačních dokumentech k jednotlivým investičním možnostem k Vašemu pojistnému produktu a na webových stránkách pojišťovny www.cpp.cz.

Jaká podstupují rizika a jakého výnosu bych mohl dosáhnout?

Souhrnný ukazatel rizik (SRI)



Souhrnný ukazatel rizik poukazuje na úroveň rizika tohoto produktu ve srovnání s jinými produkty. Ukazuje, jak je pravděpodobné, že v rámci tohoto produktu přijmete o peníze v důsledku pohybu na trzích. Zařadili jsme tento produkt do tříd **2 až 4** ze 7, což je **nízká až střední třída rizika**. To oceňuje možné ztráty budoucí výkonnosti produktu na **nízkou až střední úrovni** a je **velmi nepravděpodobné až možné**, že naši schopnost Vám zaplatit ovlivní nepříznivé tržní podmínky.

Riziko a návratnost investice se liší v závislosti na výběru investičních možností v rámci Vaší pojistné smlouvy. **Je-li hodnota Vašeho podílového účtu kladná**, dochází k investování zaplaceného pojistného dle investiční strategie Vámi zvolené, popřípadě do konkrétních portfolií z nabídky ČPP či jejich kombinace podle toho jak jste si zvolil, tzv. alokační poměr. Výkonnost investičních možností je zobrazená v jednotlivých klíčových informačních dokumentech k těmto investičním možnostem.

Informace k vývoji Vašeho účtu naleznete v dokumentu Modelace pojištění, který Vám byl předán před sjednáním pojistné smlouvy.



Ochrana proti budoucí výkonnosti trhů je při volbě investice do Garantovaného fondu. Investice do ostatních fondů a portfolií nese měnové riziko a nezahrnuje žádnou ochranu proti budoucí výkonnosti trhů a nelze proto vyloučit, že byste mohli přijít o část nebo i o všechny investované prostředky. Nad rámec sjednaného pojistného a poplatků uvedených v příslušném Přehledu poplatků a parametrů pojištění (dále jen „Přehled poplatků“) nenesete riziko vzniku dalších finančních závazků nebo povinností. Prosím, berte na vědomí, že riziko produktu může být významně vyšší než to, které je uvedeno v souhrnném ukazateli rizik v případě, že produkt s investiční složkou není držen doporučenou dobou držení. Jiná rizika nezohledněná v SRI vyjádřeném výše jsou uvedena v jednotlivých Sděleních klíčových informací ke všem investičním možnostem v rámci Vaší pojistné smlouvy a ty jsou k dispozici na webových stránkách pojišťovny www.cpp.cz v sekci Životní a úrazové pojištění.

Scénáře výkonnosti

Investice je umístěna dle investiční strategie Vámi zvolené, popřípadě do konkrétních portfolií z nabídky ČPP či jejich kombinace podle toho jak jste si zvolil. Z tohoto důvodu zobrazení scénářů výkonnosti není možné. Výkonnost Vaší pojistné smlouvy závisí na vývoji ceny vybraného fondu nebo portfolia. Pro případ smrti se pojistné plnění stanoví jako vyšší z obou částek, tj. buď pojistné částky stanovené v pojistné smlouvě nebo aktuální hodnotu podílového účtu.

Co se stane, když ČPP není schopna uskutečnit výplatu?

ČPP vytváří k vyrovnání závazků z veškeré jí provozované pojišťovací činnosti tzv. technické rezervy, které slouží na úhradu jejich závazků vzniklých z pojišťovací činnosti, a tedy i k výplatě pojistného plnění svým klientům, pokud u nich došlo k událostem krytým pojistnou smlouvou. Za tímto účelem tvůrce produktu zavádí procesy a postupy, jejichž cílem je zajistit adekvátní pokrytí pojistných závazků. Takovým procesem je i řízení likvidity, které má zajistit dostatek prostředků pro provoz tvůrce produktu, aby tak mohl dostát v každém okamžiku svým závazkům. Část pojistných rizik tvůrce produktu přebírá ve zvláštních případech příslušná zajišťovna. Bezpečnost vložených finančních prostředků a dostatek finančních prostředků pojišťovny na výplatu pojistných plnění v případě pojistné události je regulována **zákonem č. 277/2009 Sb., o pojištnictví a podléhá dohledu České národní banky (ČNB)**. Zpráva o solventnosti a finanční situaci ČPP je umístěna na webových stránkách www.cpp.cz v sekci O Společnosti/Profil/Údaje o pojišťovně. Na této webové stránce naleznete i další informace o bezpečnosti životního pojištění.

S jakými náklady je investice spojena?

Náklady v čase

Snížení výnosu (RIY) ukazuje, jaký dopad budou mít celkové náklady, které platíte, na výnos investice, který byste mohli získat. Celkové náklady zohledňují jednorázové, průběžné a vedlejší náklady. Jsou zde započteny veškeré náklady uvedené v příslušném Přehledu poplatků. Nejsou zde uvedeny náklady na správu fondů. Informace o nákladech jednotlivých investičních možnostech naleznete v klíčových informačních dokumentech k této možnosti. Zde uvedené částky jsou kumulativní náklady produktu samotného pro tři různé doby držení (pro 1 rok, pro polovinu pojistné doby 7,5 let a pro celou pojistnou dobu 15 let). Zahrnují možné pokuty za předčasnou ukončení. Údaje předpokládají, že ročně investujete / zaplatíte pojistné 25.000 Kč (1.000 €). Tyto údaje jsou odhady a mohou se v budoucnosti změnit.

Investice 25.000 Kč (1.000 €) Scénáře	Pokud ukončíte pojištění po 1 roce	Pokud ukončíte pojištění po 7,5 letech	Pokud ukončíte pojištění po 15 letech
Zaplatené pojistné (hodnoty v Kč)	25.000 Kč	200.000 Kč	375.000 Kč
Náklady celkem (hodnoty v Kč)	6.558 Kč	34.687 Kč	43.374 Kč
Dopady na výnos (RIY) ročně	26,89 %	6,15 %	1,62 %

Skladba nákladů

Tabulka níže ukazuje:

- dopad každého roku do různých typů nákladů na výnos investice, který byste mohli získat na konci pojistné doby (určené pro modelový příklad na 15 let),
- význam různých kategorií nákladů.

Tato tabulka ukazuje dopad na výnos ročně			
Jednorázové náklady	Náklady na vstup	1,05 %	Dopad nákladů spojených se sjednáním pojistné smlouvy. Náklady na distribuci jsou rovněž zahrnuty.
	Náklady na výstup	0 %	Dopad nákladů při dožití pojistné smlouvy. Srážková daň z příjmů není zahrnuta.
Průběžné náklady	Transakční náklady portfolia	0 %	
	Jiné průběžné náklady	0,50 %	Dopad, nákladů, který každý rok vynakládáme na správu pojištění. Poplatek 2,5 % ze zaplaceného pojistného, poplatek za vedení účtu 35 Kč měsíčně, náklady na pojistnou ochranu a inkasní poplatek.
Vedlejší náklady	Výkonnostní poplatky	0 %	
	Odměny za zhodnocení kapitálu	0 %	

Prosíme, seznamte se pečlivě s Přehledem poplatků, zejména s pořizovacími náklady pojištění.

Zprostředkovatel pojištění, který poskytuje poradenství o tomto produktu s investiční složkou nebo takovýto produkt prodává, poskytne podrobné informace o veškerých nákladech spojených s distribucí, jež nebyly zahrnuty do výše uvedených nákladů, tak aby Vám umožnily pochopit kumulativní účinek souhrnných nákladů na návratnost investice.

Jak dlouho bych měl investici držet? Mohu si peníze vybrat předčasně?

Doporučená/minimální požadovaná doba držení: doporučenou dobou je sjednání pojištění na dobu do **20 let prvního pojištěného**. Investiční životní pojištění se uzavírá na dobu určitou, a to **minimálně na pět let**. Nejdéle lze pojištění dospělých osob do 65 let, dětí až do věku do 26 let, aniž by bylo nutné dokládat potvrzení o studiu. Modelový příklad pro kalkulaci nákladů počítá s pojistnou dobou 15 let.

Od pojistné smlouvy můžete odstoupit do 30 dnů od jejího uzavření.

Podmínky předčasného výběru z účtu v případě, že pojistná smlouva nadále pokračuje:

Předčasný výběr z pojištění, tzv. prodej části podílových jednotek, je možný jen v případě, že je hodnota účtu kladná, a tedy je z čeho vybírat. Maximální množství prodáváných podílových jednotek se řídí podmínkou, že tímto prodejem nedojde dle předpokládaného vývoje hodnoty účtu po prodeji při nulovém zhodnocení k zániku pojištění z důvodu nedostatečnosti hodnoty účtu k úhradě poplatků po uplynutí období, ve kterém může být evidován akumulovaný dluh. Minimální výše výplaty je 3.000 Kč.

Prodej podílových jednotek je 1x za pojistný rok zdarma, každý další prodej je zpoplatněn dle Přehledu poplatků částkou 50 Kč.

Důsledky předčasného výběru: Prodej částí podílových jednotek nemá vliv na sjednané parametry hlavního pojištění, ale může ovlivnit výši pojistného plnění při smrti prvního pojištěného.

Podmínky zrušení pojistné smlouvy:

Možnosti předčasného ukončení pojištění a výpovědi jsou uvedeny podrobně v Informacích pro zájemce o uzavření pojistné smlouvy a v pojistných podmínkách.

Důsledky zrušení investice: Investiční životní pojištění je produktem dlouhodobého charakteru a jeho předčasné ukončení je vždy nevýhodné, nejen vzhledem k již vloženým finančním prostředkům, ale znamená také trvalé ukončení kvalitního pojistného krytí. Za předčasné zrušení pojistné smlouvy z Vaší strany je účtován poplatek 500 Kč.

Jakým způsobem mohu podat stížnost?

Stížnost ohledně konkrétního produktu nebo na jednání pojištětele či zprostředkovatele lze podat písemně (poštou nebo e-mailem), telefonicky nebo osobně na kterémkoliv obchodním místě pojišťovny uvedeném na webových stránkách <https://www.cpp.cz/obchodni-mista/>.

Adresa pro zasilání korespondence: Česká podnikatelská pojišťovna, a. s., Vienna Insurance Group, P. O. BOX 28, 664 42 Modřice

web: www.cpp.cz **klíčková linka:** 957 444 555 **e-mail:** info@cpp.cz

Pokud pro Vás stanovisko pojištětele ke stížnosti není uspokojivé, můžete stížnost postoupit dohledovému orgánu České národní bance, Na Příkopě 28, 115 03 Praha 1, (www.cnb.cz). Spory s pojištětelem lze řešit soudně nebo mimosoudně. V případě soudního řešení sporu lze návrh na rozhodnutí sporu uplatnit u příslušného soudu. Mimosoudně lze návrh na rozhodnutí sporu v případě neživotního pojištění podat České obchodní inspekci (www.coi.cz), nebo v případě životního pojištění finančnímu arbitrovi (www.finarbitr.cz).

Jiné relevantní informace

Kromě tohoto dokumentu v předmluvní fázi obdržíte Sdělení klíčových informací ke všem investičním možnostem v rámci Vaší pojistné smlouvy, které jsou v nabídce ČPP (prostřednictvím internetových stránek), Informace pro zájemce o uzavření pojistné smlouvy spolu s modelací pojištění ze softwaru pojištětele s předpokládaným průběhem podílového účtu vedeného k pojistné smlouvě a vývojem odkupného, dále obdržíte přílohy k pojistné smlouvě, zejména příslušné Pojistné podmínky, Oceňovací tabulky a Přehled poplatků.

Klíčové informace o pojištění s investiční složkou a o jednotlivých investičních možnostech jsou k dispozici k nahlédnutí, případně ke stažení na webových stránkách pojišťovny www.cpp.cz v sekci Životní a úrazové pojištění. Pokud toto sdělení klíčových informací obdržíte na jiném trvalém nosiči dat než na papíře nebo prostřednictvím internetových stránek, máte právo vyžádat si bezplatnou papírovou kopii.

Aniž by byla dotčena možnost ad hoc kontroly, toto sdělení klíčových informací je aktualizováno nejméně jednou za 12 měsíců.

INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ V POJIŠTĚNÍ OSOB 0418

(dále jen „Informace o zpracování osobních údajů“)

Česká podnikatelská pojišťovna, a. s., Vienna Insurance Group, IČO: 63998530, se sídlem Pobřežní 665/23, 186 00 Praha 8, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, pod sp. zn. B 3433 (dále jen „**my**“) považuje ochranu osobních údajů za nedílnou součást svých závazků vůči klientům. Ochrana osobních údajů proto věnujeme náležitou pozornost a při zajištění ochrany osobních údajů jednáme v souladu s právními předpisy.

V tomto dokumentu naleznete informace o tom, jaké osobní údaje ve vztahu k fyzickým osobám zpracováváme v případě uzavřených pojistných smluv nebo v souvislosti s nimi. Naleznete zde informace, zda osobní údaje zpracováváme na základě Vašeho souhlasu nebo na základě jiného právního základu (důvodu), k jakým účelům údaje zpracováváme, komu je můžeme předávat a jaká máte v souvislosti se zpracováním Vašich osobních údajů práva. Považujte tedy prosím tento dokument za důležitý zdroj informací o tom, jak zpracováváme Vaše osobní údaje.

Tyto Informace o zpracování osobních údajů upravují zpracování osobních údajů **pojistníka, pojištěného a třetích osob** a použijí se také přiměřeně na zpracování osobních údajů **zájemce o pojištění, budoucího pojistníka nebo budoucího pojištěného**. Tyto Informace o zpracování osobních údajů se vztahují na:

- Životní pojištění
- Úrazové pojištění (včetně skupinového)
- Pojištění pro případ nemoci

A. Jaké osobní údaje zpracováváme?

Zpracováváme následující osobní údaje:

- Identifikační údaje**, kterými se rozumí zejména jméno, příjmení, titul, rodné číslo, bylo-li přiděleno, jinak datum narození, místo a stát narození, adresa trvalého pobytu, státní příslušnost, číslo a platnost průkazu totožnosti, pohlaví, status politicky exponované osoby, obchodní firma, místo podnikání a identifikační číslo podnikající fyzické osoby, status daňové rezidentury, daňové identifikační číslo, bankovní spojení
- Kontaktní údaje**, kterými se rozumí osobní údaje, které nám umožňují kontakt s Vámi, zejména korespondenční adresa, telefonní číslo, emailová adresa apod.
- Údaje o zdravotním stavu a genetické údaje**, kterými se rozumí údaje o Vašem tělesném a duševním zdraví, včetně údajů o poskytnutí zdravotních služeb vypovídajících o Vašem zdravotním stavu, a genetické údaje z poskytnuté zdravotní dokumentace, zahrnující zejména Vaše predispozice k různým chorobám a onemocněním
- Údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění**, kterými se rozumí informace o Vašich potřebách a požadavcích, informace o Vaší finanční situaci, zkušenostech z oblasti investic, rizikové toleranci a schopnosti nést ztrátu, údaje o členech rodiny a Vašich zkušenostech souvisejících s pojištěním, a to včetně originálů nebo kopií dokumentů poskytnutých za tímto účelem
- Údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění**, kterými se rozumí zejména povolání a sportovní činnosti
- Údaje o využívání služeb**, kterými se rozumí zejména údaje o sjednání a využití našich služeb, o nastavení smluv a parametrech pojištění, údaje získané během likvidace, údaje získané v rámci služby MojeČPP, záznamy emailové komunikace a záznamy telefonních hovorů apod.

V případě, že podepisujete pojistnou smlouvu nebo jiný dokument prostřednictvím podepisovacího zařízení, zpracováváme také biometrické údaje v tomto podpisu obsažené. Jde například o rychlost, tlak, zrychlení a sklon pera v jednotlivých částech podpisu.

B. Proč osobní údaje zpracováváme a co nás k tomu opravňuje?

V rámci pojišťovací činnosti zpracováváme osobní údaje pro různé účely a v různém rozsahu buď:

- a) na základě Vašeho souhlasu, nebo
- b) bez Vašeho souhlasu na základě plnění smlouvy, našeho oprávněného zájmu, z důvodu plnění právní povinnosti nebo na základě nezbytnosti pro určení, obhajobu a výkon právních nároků.

Zda Váš souhlas vyžadujeme, je závislé na tom, o jaké konkrétní zpracování jde a v jaké pozici ve vztahu k nám vystupujete. Můžete být zejména v postavení **pojistníka**, tedy osoby, která uzavírá pojistnou smlouvu, **pojištěného**, tedy osoby, na jejíž pojištění nebezpečí je pojistná smlouva uzavřena, nebo **třetí osoby**, jakou je například osoba obmyšlená, které bude v případě likvidace pojistné události vyplaceno pojistné plnění.

B.1 ZPRACOVÁNÍ CITLIVÝCH OSOBNÍCH ÚDAJŮ

Zpracování citlivých osobních údajů pojištěného

Pokud jste **pojištěný**, tak abychom pro Vás mohli sjednat pojištění a následně po-

jistnou smlouvu plnit, případně tuto smlouvu změnit, potřebujeme v nezbytném rozsahu znát údaje o Vašem zdravotním stavu a genetické údaje. Tyto údaje zpracováváme pro různé účely, a to buď na základě **Vašeho výslovného souhlasu**, nebo na základě **nezbytnosti pro určení, výkon nebo obhajobu právních nároků**.

Zpracování citlivých osobních údajů na základě Vašeho souhlasu

Údaje o Vašem zdravotním stavu a genetické údaje zpracováváme na základě Vašeho **výslovného souhlasu**, který nám udělujete pro účely:

- *modelace, návrhu a uzavření pojistné smlouvy* (jinak řečeno pro to, abychom pro Vás mohli připravit pojištění dle Vašich požadavků a potřeb),
- *posouzení přijatelnosti do pojištění* (jinak řečeno pro to, abychom zhodnotili Váš zdravotní stav ve vazbě na riziko pojistné události, a to jak při uzavření, tak při změně pojistné smlouvy),
- *zajištění a soupojištění* (jinak řečeno pro to, abychom mohli údaje o Vašem zdravotním stavu a genetické údaje předat zajistiteli, tedy společnosti, se kterou jsme si rozdělili pojistné riziko a která v případě pojistné události ponese část výdajů na pojistné plnění, nebo jiné pojišťovně, abychom si rovněž s ní rozdělili pojistné riziko).

Na základě Vašeho souhlasu zpracováváme tyto údaje po dobu trvání procesu uzavírání smlouvy a po dobu trvání smluvního vztahu.

Tento souhlas je dobrovolný, avšak je podmínkou pro uzavření pojistné smlouvy, resp. přistoupení k pojistné smlouvě. Tento souhlas můžete kdykoliv odvolat. Odvoláním souhlasu není dotčena zákonitost zpracování údajů o zdravotním stavu a genetických údajů do okamžiku odvolání.

Udělený souhlas můžete kdykoliv **odvolat** písemně na adrese Česká podnikatelská pojišťovna, a. s., Vienna Insurance Group, Pobřežní 665/23, 186 00 Praha 8, nebo zasláním kopie dokumentu s Vaším podpisem na email info@cpp.cz. K odvolání souhlasu můžete využít formulář „Odvolání souhlasu se zpracováním údajů o zdravotním stavu a genetických údajů“, který je dostupný na našich webových stránkách www.cpp.cz v sekci „O SPOLEČNOSTI“.

Informace o odvolání souhlasu můžete také získat prostřednictvím klientské linky na čísle +420 957 444 555 nebo na emailu info@cpp.cz.

Zpracování citlivých osobních údajů bez Vašeho souhlasu

Údaje o Vašem zdravotním stavu a genetické údaje zpracováváme v nezbytném rozsahu bez Vašeho souhlasu na základě **nezbytnosti pro určení, výkon nebo obhajobu právních nároků**, a to pro účely:

- *likvidace pojistné události* (jinak řečeno pro to, abychom mohli poskytnout pojistné plnění v případě pojistné události),
- *správy a ukončení pojistné smlouvy* (jinak řečeno pro to, abychom i po uzavření smlouvy mohli údaje o Vašem zdravotním stavu a genetické údaje použít pro vyřizování Vašich žádostí), s výjimkou změny pojistné smlouvy zahrnující posouzení přijatelnosti do pojištění, kterou provádíme na základě Vašeho souhlasu,
- *prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání* (jinak řečeno pro to, abychom zamezili škodám, které nám mohou vzniknout v důsledku páchaní pojistných podvodů),
- *ochrany našich právních nároků* (jinak řečeno pro to, abychom mohli hájit naše právní nároky v soudním, mimosoudním nebo vykonávacím řízení).

Pro tyto účely uchováváme údaje o Vašem zdravotním stavu a genetické údaje po dobu, po kterou je to nezbytné k realizaci práv a povinností plynoucích ze vzájemného smluvního vztahu (tedy po dobu trvání pojištění) a po dobu trvání promlčecí doby (v délce maximálně 15 let od skončení pojištění) nároků vyplývajících nebo souvisejících s pojištěním prodlouženou o další jeden rok s ohledem na ochranu našich právních nároků. V případě zahájení soudního, správního nebo jiného řízení zpracováváme Vaše osobní údaje v nezbytném rozsahu po celou dobu trvání takových řízení.

Zpracování citlivých osobních údajů pojistníka a pojištěného

Ať jste **pojistník** nebo **pojištěný** a podepisujete smlouvu nebo jiný dokument prostřednictvím podepisovacího zařízení, zpracováváme **biometrické údaje** obsažené ve Vašem podpisu také na základě **nezbytnosti pro určení, výkon nebo obhajobu právních nároků**, a to pro účel:

- *ochrany našich právních nároků* (jinak řečeno pro to, abychom mohli hájit naše právní nároky v soudním, mimosoudním nebo vykonávacím řízení).

Pro tento účel osobní údaje uchováváme po dobu, po kterou je to nezbytné k realizaci práv a povinností plynoucích ze vzájemného smluvního vztahu (tedy po dobu trvání pojištění) a po dobu trvání promlčecí doby (v délce maximálně 15 let od skončení pojištění) nároků vyplývajících nebo souvisejících s pojištěním prodlouženou o další jeden rok s ohledem na ochranu našich právních nároků. V případě zahájení soudního, správního nebo jiného řízení zpracováváme Vaše osobní údaje v nezbytném rozsahu po celou dobu trvání takových řízení.

B.2 ZPRACOVÁNÍ OSTATNÍCH OSOBNÍCH ÚDAJŮ (TJ. VYJMA CITLIVÝCH OSOBNÍCH ÚDAJŮ)

Zpracování osobních údajů pojistníka a pojištěného

Zpracování bez Vašeho souhlasu - na základě plnění smlouvy a našich oprávněných zájmů

Vaše osobní údaje zpracováváme na základě **plnění smlouvy, pokud jste pojistník**, nebo na základě **našich oprávněných zájmů, pokud jste pojištěný**, když v těchto případech oprávněné zájmy spočívají v zajištění řádného chodu naší pojišťovací činnosti a plnění našich závazků vůči pojistníkovi. Na těchto právních základech zpracováváme **Vaše identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění, údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění a údaje o využívání služeb**, a to pro účely:

- *modelace, návrhu a uzavření pojistné smlouvy* (jinak řečeno pro to, abychom pro Vás mohli připravit pojištění dle Vašich požadavků a potřeb),
- *posouzení přijatelnosti do pojištění* (jinak řečeno pro to, abychom zhodnotili všechny okolnosti ve vazbě na riziko pojistné události),
- *správy a ukončení pojistné smlouvy* (jinak řečeno pro to, abychom mohli vyřizovat Vaše požadavky související s pojištěním),
- *likvidace pojistné události* (jinak řečeno pro to, abychom mohli poskytnout pojistné plnění v případě pojistné události).

V případě, že jste **pojištěný** a Vaše osobní údaje jsou zpracovávány na základě našich oprávněných zájmů, máte proti tomuto zpracování **právo uplatnit námitku** podrobněji popsanou v kapitole „Právo vznést námitku proti zpracování“. Pokud využijete svého práva vznést námitku proti zpracování Vašich osobních údajů, jsme povinni Vaše osobní údaje pro daný účel dále nepracovávat, ledaže v rámci šetření Vaší námitky zjistíme, že máme k tomuto zpracování závažné oprávněné důvody.

Zpracování bez Vašeho souhlasu - na základě našich dalších oprávněných zájmů

Atž jste **pojistník** nebo **pojištěný**, zpracováváme Vaše **identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění, údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění a údaje o využívání služeb** na základě našeho oprávněného zájmu (tedy bez Vašeho souhlasu) též pro účely:

- *zajištění řádného nastavení a plnění smluvních vztahů s pojistníkem a souvisejících vztahů s pojištěným*, kde je naším oprávněným zájmem zajištění řádného chodu naší pojišťovací činnosti (např. pro vedení našich interních evidencí, provádění průzkumů spokojenosti),
- *zajištění a soupojištění* (jinak řečeno pro to, abychom mohli Vaše údaje předat zajistiteli, tedy společnosti, se kterou jsme si rozdělili Vaše pojistné riziko a která v případě pojistné události ponese část výdajů na pojistné plnění, nebo jiné pojišťovně, abychom si rovněž s ní rozdělili pojistné riziko), kde je naším oprávněným zájmem rozložení rizik a ochrana solventnosti,
- *statistiky a cenotvorby* (jinak řečeno pro to, abychom mohli na základě Vašich údajů přesněji odhadovat pojistné riziko), kde je naším oprávněným zájmem vyhodnocování a řízení rizik,
- *ochrana našich právních nároků* (jinak řečeno pro to, abychom mohli hájit naše právní nároky v soudním, mimosoudním nebo vykonávacím řízení), kde je naším oprávněným zájmem předcházení vzniku škod na straně pojistitele,
- *prevence a odhalování pojištných podvodů a jiných protiprávních jednání* (jinak řečeno pro to, abychom zamezili škodám, které nám mohou vzniknout v důsledku páchaní pojištných podvodů), kde je naším oprávněným zájmem předcházení vzniku pojištného podvodu a zabránění vzniku škod.

V případě **skupinového pojištění** zpracováváme na základě našich oprávněných zájmů ke shora uvedeným účelům **identifikační a kontaktní údaje pojištěných osob**, které nám poskytli pojistníci.

Pro tyto účely osobní údaje uchováváme po dobu, po kterou je to nezbytné k realizaci práv a povinností plynoucích ze vzájemného smluvního vztahu (tedy po dobu trvání pojištění) a po dobu trvání promlčecí doby (v délce maximálně 15 let od skončení pojištění) nároků vyplývajících nebo souvisejících s pojištěním prodlouženou o další jeden rok s ohledem na ochranu našich právních nároků. V případě zahájení soudního, správního nebo jiného řízení zpracováváme Vaše osobní údaje v nezbytném rozsahu po celou dobu trvání takových řízení.

Proti tomuto zpracování máte **právo uplatnit námitku** podrobněji popsanou v kapitole „Právo vznést námitku proti zpracování“. Pokud využijete svého práva vznést námitku proti zpracování Vašich osobních údajů, jsme povinni Vaše osobní údaje pro daný účel dále nepracovávat, ledaže v rámci šetření Vaší námitky zjistíme, že máme k tomuto zpracování závažné oprávněné důvody.

Zpracování bez Vašeho souhlasu - na základě plnění právních povinností

I my jako pojišťovna musíme plnit určité zákonem stanovené povinnosti. Pokud Vaše osobní údaje zpracováváme právě z tohoto důvodu, nemusíme získat pro takové zpracování Vaš souhlas.

Atž jste **pojistník** nebo **pojištěný**, zpracováváme na tomto právním základě Vaše **identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění a údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění**, a to z důvodu dodržování zejména následujících zákonů:

- zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví (tento zákon stanoví podmínky výkonu pojišťovací činnosti a ukládá povinnost pojišťovněm vzájemně se informovat o skutečnostech týkajících se pojištění a osobách na pojištění se podí-

lejících, a to za účelem prevence a odhalování pojištného podvodu a jiného protiprávního jednání),

- zákona upravujícího distribuci pojištění (tento zákon nám ukládá zejména kontrolovat dodržování povinností pojišťovacích zprostředkovatelů, a za tímto účelem Vás můžeme kontaktovat pro zjištění Vaší zpětné vazby týkající se průběhu sjednávání pojištění),
- zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti (tento zákon ukládá povinnost provádět identifikaci a kontrolu klientů),
- zákona č. 69/2006 Sb., o provádění mezinárodních sankcí (tento zákon ukládá povinnost prověřovat, že klient není subjektem mezinárodních sankcí),
- zákona č. 164/2013 Sb., o mezinárodní spolupráci při správě daní (tento zákon ukládá povinnost vyměňovat si s jinými finančními institucemi informace o osobách, na které se v jiném státě vztahují daňové povinnosti).

Pro tyto účely osobní údaje uchováváme po dobu, po kterou nám jejich zpracování ukládají právní předpisy, tj. maximálně po dobu 10 let ode dne ukončení smluvního vztahu. Protože nám toto zpracování ukládá zákon, nemůžete proti tomuto zpracování vznést námitku ani odvolat souhlas, neboť jsme povinni tyto údaje zpracovávat.

Zpracování osobních údajů třetích osob

Zpracování osobních údajů třetích osob na základě našich dalších oprávněných zájmů

Na základě oprávněného zájmu dále zpracováváme bez jejich souhlasu **identifikační a kontaktní údaje**

- **obmyšlených osob** pro účely *likvidace pojištných událostí, ochrany našich právních nároků a prevence a odhalování pojištných podvodů a jiných protiprávních jednání a zajištění řádného nastavení a plnění smluvních vztahů s pojistníkem a souvisejících vztahů s pojištěným, případně obmyšlenou osobou* (jinak řečeno pro to, abychom v případě pojistné události vyplatili pojistné plnění správně osobě), kde je naším oprávněným zájmem předcházení vzniku škod na straně pojistitele,
- **zástupců právníckých osob, zákonných zástupců a jiných osob oprávněných zastupovat pojistníka nebo pojištěného** pro účely *modelace, návrhu a uzavření pojistné smlouvy, správy a ukončení pojistné smlouvy, likvidace pojištných událostí, ochrany našich právních nároků, prevence a odhalování pojištných podvodů a jiných protiprávních jednání*, kde je naším oprávněným zájmem zajištění řádného chodu naší pojišťovací činnosti a předcházení vzniku škod na straně pojistitele,
- **lékařů a pověřených poskytovatelů zdravotních služeb**, kteří vedou či zajišťují zdravotní dokumentaci pojištěného, pro účely *modelace, návrhu a uzavření pojistné smlouvy, posouzení přijatelnosti do pojištění a likvidace pojištných událostí*, kde je naším oprávněným zájmem zajištění řádného chodu naší pojišťovací činnosti.

Pro tyto účely osobní údaje uchováváme po dobu, po kterou je to nezbytné k realizaci práv a povinností plynoucích ze vzájemného smluvního vztahu (tedy po dobu trvání pojištění) a po dobu trvání promlčecí doby (v délce maximálně 15 let od skončení pojištění) nároků vyplývajících nebo souvisejících s pojištěním prodlouženou o další jeden rok s ohledem na ochranu našich právních nároků. V případě zahájení soudního, správního nebo jiného řízení zpracováváme osobní údaje třetích osob v nezbytném rozsahu po celou dobu trvání takových řízení.

Jste-li některou z výše uvedených osob, máte **právo uplatnit námitku** proti tomuto zpracování podrobněji popsanou v kapitole „Právo vznést námitku proti zpracování“. Pokud využijete svého práva vznést námitku proti zpracování Vašich osobních údajů, jsme povinni Vaše osobní údaje pro daný účel dále nepracovávat, ledaže v rámci šetření Vaší námitky zjistíme, že máme k tomuto zpracování závažné oprávněné důvody.

Zpracování osobních údajů třetích osob na základě plnění právních povinností

Osobní údaje třetích osob zpracováváme také proto, abychom splnili **zákonné povinnosti**, které nám ukládají zejména následující zákony:

- zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví (tento zákon stanoví podmínky výkonu pojišťovací činnosti a ukládá povinnost pojišťovněm vzájemně se informovat o skutečnostech týkajících se pojištění a osobách na pojištění se podílejících, a to za účelem prevence a odhalování pojištného podvodu a jiného protiprávního jednání),
- zákon upravující distribuci pojištění (tento zákon nám ukládá zejména kontrolovat dodržování povinností pojišťovacích zprostředkovatelů, a za tímto účelem Vás můžeme kontaktovat pro zjištění Vaší zpětné vazby týkající se průběhu sjednávání pojištění),
- zákon č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti (tento zákon ukládá povinnost provádět identifikaci a kontrolu nejen klientů, ale i jejich zástupců a obmyšlených osob),
- zákon č. 69/2006 Sb., o provádění mezinárodních sankcí (tento zákon ukládá povinnost prověřovat, že klient není subjektem mezinárodních sankcí).

Pro tyto účely osobní údaje uchováváme po dobu, po kterou nám jejich zpracování ukládají právní předpisy, tj. maximálně po dobu 10 let ode dne ukončení smluvního vztahu. Protože nám toto zpracování ukládá zákon, nemůžete proti tomuto zpracování vznést námitku ani odvolat souhlas, neboť jsme povinni tyto údaje zpracovávat.

C. Proč zpracováváme osobní údaje pro účely marketingu?

V rámci pojišťovací činnosti se Vám snažíme nabízet naše produkty a služby, případně Vás odměňovat formou odměn a slev u některých našich partnerů. Tyto marketingové aktivity vykonáváme

- v určitých případech bez Vašeho souhlasu na základě našeho oprávněného zájmu;
- v určitých případech pouze na základě Vašeho souhlasu.

Marketingové aktivity prováděné na základě našeho oprávněného zájmu

Na základě našeho oprávněného zájmu budeme zpracovávat Vaše identifikační a kontaktní údaje a údaje o využívání služeb a informovat Vás o našich nových produktech a službách. Nabídku od nás můžete dostat elektronicky, zejména SMSkou, emailem, přes sociální sítě nebo telefonicky, nebo klasickým dopisem či osobně od našich zástupců.

Proti tomuto zpracování máte **právo uplatnit námitku** podrobněji popsanou v kapitole „Právo vznést námitku proti zpracování“. Pokud využijete svého práva vznést námitku proti zpracování Vašich osobních údajů pro marketingové účely, jsme povinni Vaše osobní údaje pro tento účel dále nezpracovávat.

Nepřejete-li si pouze, abychom Vás kontaktovali s elektronickými obchodními sděleními, máte právo jejich zaslání od počátku odmítnout postupem uvedeným v pojistné smlouvě, případně v každém elektronickém sdělení, které Vám zašleme.

Marketingové aktivity prováděné pouze s Vaším souhlasem

Jste-li **pojistník**, budeme na základě Vašeho souhlasu zpracovávat Vaše **identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění, údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění a údaje o využívání služeb**, a to pro účely:

- zasílání slev či jiných nabídek třetích stran, a to i elektronickými prostředky, a
- provádění našich vlastních marketingových aktivit, které přesahují náš oprávněný zájem, kdy se jedná o zpracování za účelem vyhodnocení Vašich potřeb a zasílání relevantnějších nabídek, v rámci kterého můžeme sledovat Vaše chování, spojovat osobní údaje shromážděné pro odlišné účely a používat pokročilé analytické techniky.

Tento souhlas je dobrovolný, platí po dobu neurčitou, můžete jej však kdykoliv odvolat. V případě, že souhlas odvoláte, nebude možné některé naše nabídky plně přizpůsobit Vaším potřebám a nebudeme Vám zasílat slevy či nabídky třetích stran.

Udělený souhlas můžete kdykoliv **odvolat** písemně na adrese Česká podnikatelská pojišťovna, a. s., Vienna Insurance Group, Pobřežní 665/23, 186 00 Praha 8, nebo zasláním kopie dokumentu s Vaším podpisem na email info@cpp.cz. K odvolání souhlasu můžete využít formulář „Odvolání souhlasu se zpracováním osobních údajů pro účely marketingu“, který je dostupný na našich webových stránkách www.cpp.cz v sekci „O SPOLEČNOSTI“.

Informace o odvolání souhlasu můžete také získat prostřednictvím klientské linky na čísle +420957 444 555 nebo na emailu info@cpp.cz.

D. Kdo Vaše osobní údaje zpracovává a komu je předáváme?

Všechny zmíněné osobní údaje zpracováváme my jako **správce**. To znamená, že my stanovujeme shora vymezené účely, pro které Vaše osobní údaje shromažďujeme, určujeme prostředky zpracování a odpovídáme za jeho řádné provedení.

Pro zpracování osobních údajů rovněž využíváme služeb dalších zpracovatelů, kteří osobní údaje zpracovávají na náš pokyn. Takovými **zpracovateli** jsou zejména:

- externí tiskárny v případě, kdy zpracovávají osobní údaje pro účely tisku a rozesílání korespondence týkající se pojištění, tedy pro účely naší vnitřní administrativní potřeby,
- marketingové agentury v případě, kdy zpracovávají osobní údaje, aby nám pomohly s přípravou a koordinací našich obchodních a reklamních aktivit, tedy pro účely nabízení našich vlastních produktů a služeb,
- advokáti a společnosti zajišťující vymáhání pohledávek v případě, kdy zpracovávají osobní údaje za účelem ochrany našich právních nároků,
- smluvní lékaři v případě, kdy zpracovávají osobní údaje o zdravotním stavu pro účely posouzení přijatelnosti do pojištění nebo likvidace pojistných událostí,
- pojišťovací zprostředkovatelé v případě, kdy zpracovávají osobní údaje pro účely modelace, návrhu a uzavření pojistné smlouvy, správy a ukončení pojistné smlouvy nebo pro účely zaslání našich reklamních sdělení,
- poskyvatelé informačních systémů a technické infrastruktury v případě, kdy spravují interní systémy pro správu osobních údajů pro účely vnitřní administrativní potřeby,
- další pojišťovny, které pro nás v rámci outsourcingu provádějí zpracování na základě příslušné smlouvy o sdílení nákladů.

Vaše osobní údaje můžeme předávat také dalším subjektům, které se nachází v roli **správce**. Jedná se zejména o společnosti VIG RE zajišťovna, a. s. (Česká republika), VIENNA INSURANCE GROUP AG Wiener Versicherung Gruppe (Rakousko), které jako zajišťovny zpracovávají osobní údaje, s Vaším souhlasem včetně údajů o zdravotním stavu a genetických údajů, a to za účelem zajištění a soupojištění.

Vzhledem k tomu, že zpracovatele a zajišťovny, které zapojujeme do zpracování, můžeme změnit, jejich aktuální seznam naleznete na webové stránce www.cpp.cz v sekci „O SPOLEČNOSTI“.

Současně můžeme předávat osobní údaje také České asociaci pojišťoven (IČO: 49624024) a ostatním pojišťovnám, a to v rámci plnění povinností při prevenci a odhalování pojistného podvodu dle zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, a dále v nezbytném rozsahu společně s provádějícím audit naší činnosti. Dále jsme povinni zpracovávané osobní údaje předávat orgánům státní správy, soudům, orgánům činným v trestním řízení, orgánům dohledu v případě, že nás o to požádají. Rovněž můžeme osobní údaje předávat těmto subjektům a exekutorům na základě našich oprávněných zájmů.

E. Z jakých zdrojů osobní údaje získáváme?

Ve většině případů zpracováváme osobní údaje, které nám byly poskytnuty přímo Vámi v rámci jednání o uzavření pojistné smlouvy nebo v rámci jakéhokoliv jiného kontaktu s Vámi (změna smlouvy, uplatnění práva na opravu apod.), a to případně i v souvislosti s jiným pojištěním.

Nejvíce osobních údajů získáváme přímo od Vás, tím že nám je vyplníte na příslušných formulářích a ve smluvní dokumentaci a v rámci telefonických hovorů, a to jak při modelaci, návrhu a uzavření pojistné smlouvy, tak při následné správě pojištění a řešení pojistných událostí.

Údaje o Vašem zdravotním stavu získáváme především prostřednictvím zdravotního dotazníku, hlášení pojistné události a zdravotní dokumentace (lékařské zprávy).

V případě, že jste pojištěný, ať již v rámci individuálního nebo skupinového pojištění, získáváme prostřednictvím těchto formulářů Vaše osobní údaje v některých případech přímo od **pojistníka** (např. pokud rodič poskytuje informace o svých dětech).

Vedle toho v omezeném rozsahu získáváme a dále zpracováváme osobní údaje z veřejně dostupných zdrojů, kterými jsou jak veřejné evidence (zejména veřejný rejstřík, insolvenční rejstřík), tak Vámi zveřejněné údaje na internetu, a to vždy v souladu se zákonnými požadavky.

Dalším zdrojem osobních údajů mohou být jiné subjekty, pokud tak stanoví zvláštní předpis (např. § 129 b zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví) nebo pokud jinému subjektu dáte souhlas s předáváním Vašich osobních údajů (např. udělením souhlasu k nabízení výrobků a služeb třetích stran).

F. Kdy dochází k automatizovanému rozhodování?

Při zpracování osobních údajů využíváme v některých případech prvky automatizovaného rozhodování. To se uplatní zejména v rámci modelace, návrhu pojistné smlouvy (včetně jejího obnovení) a dále v rámci její správy. Jedná se tak o zpracování, které je nezbytné k uzavření nebo plnění pojistné smlouvy. Na základě Vašeho souhlasu jsou v rámci procesu automatizovaného rozhodování zohledněny i údaje o Vašem zdravotním stavu a genetické údaje.

Automatizované rozhodování spočívá v tom, že náš modelační program na základě Vašich osobních údajů a dalších dostupných informací vypočítá pojistné, popř. pojistnou částku. Stejně tak tento program kontroluje a hlídá zejména včasné zaplacení pojistného nebo v případě prodloužení s úhradou Vás upozorní, případně informuje o zániku pojistné smlouvy. Tyto procesy probíhají automatizovaně bez zohlednění lidského prvku. Toto nám ve výsledku umožňuje soustředit se na to, abychom Vám poskytovali i jiné služby a zlepšovali naše produkty.

Můžete požadovat, aby takové rozhodnutí bylo **přezkoumáno**, zejména pokud se domníváte, že automatizované rozhodnutí je nesprávné, a to způsobem podrobněji popsaným v kapitole „Právo na přezkoumání automatizovaného rozhodnutí“.

G. Jaká máte práva při zpracování osobních údajů?

Stejně jako my máme svá práva a povinnosti při zpracování Vašich osobních údajů, máte také Vy při zpracování Vašich osobních údajů určitá práva. Mezi tato práva patří:

Právo na přístup

Zjednodušeně řečeno máte právo vědět, jaké údaje o Vás zpracováváme, za jakým účelem, po jakou dobu, kde Vaše osobní údaje získáváme, komu je předáváme, kdo je mimo nás zpracovává a jaká máte další práva související se zpracováním Vašich osobních údajů. To vše jste se dozvěděli v těchto Informacích o zpracování osobních údajů. Pokud si však nejste jistí, které osobní údaje o Vás zpracováváme, můžete nás požádat o potvrzení, zda osobní údaje, které se Vás týkají, jsou či nejsou z naší strany zpracovávány, a pokud tomu tak je, máte právo získat přístup k těmto osobním údajům. V rámci práva na přístup nás můžete požádat o kopii zpracovávaných osobních údajů, přičemž první kopii Vám poskytneme bezplatně a další kopie s poplatkem.

Právo na opravu

Chybovat je lidské. Pokud zjistíte, že osobní údaje, které o Vás zpracováváme, jsou nepřesné nebo neúplné, máte právo na to, abychom je bez zbytečného odkladu opravili, popřípadě doplnili.

Právo na výmaz

V některých případech máte právo, abychom Vaše osobní údaje vymazali. Vaše osobní údaje bez zbytečného odkladu vymažeme, pokud je splněn některý z následujících důvodů:

- Vaše osobní údaje již nepotřebujeme pro účely, pro které jsme je zpracovávali,
- odvoláte souhlas se zpracováním osobních údajů, přičemž se jedná o údaje, k jejichž zpracování je Váš souhlas nezbytný, a zároveň nemáme jiný důvod, proč tyto údaje potřebujeme nadále zpracovávat (například pro obhajobu našich právních nároků),
- využijete svého práva vznést námitku proti zpracování (viz níže kapitola „Právo vznést námitku proti zpracování“) u osobních údajů, které zpracováváme na základě našich oprávněných zájmů, a my shledáme, že již žádné takové oprávněné zájmy, které by toto zpracování opravňovaly, nemáme, nebo
- ukáže se, že námi prováděné zpracování osobních údajů přestalo být v souladu s obecně závaznými předpisy.

Ale mějte prosím na paměti, že i když půjde o jeden z těchto důvodů, neznamená to, že ihned smažeme všechny Vaše osobní údaje. Toto právo se totiž neuplatní v případě, že zpracování Vašich osobních údajů je i nadále nezbytné pro:

- splnění naší právní povinnosti (viz výše kapitola „Zpracování bez Vašeho souhlasu“),
- účely archivace, vědeckého či historického výzkumu či pro statistické účely, nebo
- určení, výkon nebo obhajobu našich právních nároků (viz výše kapitola „Zpracování bez Vašeho souhlasu“).

Právo na omezení zpracování

V některých případech můžete kromě práva na výmaz využít právo na omezení zpracování osobních údajů. Toto právo Vám umožňuje v určitých případech požadovat, aby došlo k označení Vašich osobních údajů a tyto údaje nebyly předmětem žádných dalších operací zpracování – v tomto případě však nikoliv navzdory (jako v případě práva na výmaz), ale po omezenou dobu. Zpracování osobních údajů musíme omezit když:

- popíráte přesnost osobních údajů, než se dohodneme, jaké údaje jsou správné,
- Vaše osobní údaje zpracováváme bez dostatečného právního základu (např. nad rámec toho, co zpracovávat musíme), ale Vy budete před výmazem takových údajů upřednostňovat pouze jejich omezení (např. pokud očekáváte, že byste nám v budoucnu takové údaje stejně poskytli),
- Vaše osobní údaje již nepotřebujeme pro shora uvedené účely zpracování, ale Vy je požadujete pro určení, výkon nebo obhajobu svých právních nároků, nebo
- vznesete námitku proti zpracování. Právo na námitku je podrobněji popsáno níže v kapitole „Právo vznést námitku proti zpracování“. Po dobu, po kterou šetříme, je-li Vaše námitka oprávněná, jsme povinni zpracování Vašich osobních údajů omezit.

Právo na přenositelnost

Máte právo získat od nás všechny Vaše osobní údaje, které jste nám Vy sám poskytli a které zpracováváme na základě Vašeho souhlasu (viz výše kapitola „Zpracování na základě souhlasu“) a na základě plnění smlouvy. Vaše osobní údaje Vám poskytneme ve strukturovaném, běžně používaném a strojově čitelném formátu. Abychom mohli na Vaši žádost údaje snadno převést, může se jednat pouze

o údaje, které zpracováváme automatizovaně v našich elektronických databázích. Touto formou Vám tedy nemůžeme přenést vždy a za všech okolností všechny údaje, které jste vyplnil v našich formulářích (například Váš vlastnoruční podpis).

Právo vznést námitku proti zpracování

Máte právo vznést námitku proti zpracování osobních údajů, k němuž dochází na základě našeho oprávněného zájmu (viz výše kapitoly „Zpracování bez Vašeho souhlasu“ a „Marketingové aktivity prováděné na základě našeho oprávněného zájmu“). Jde-li o marketingové aktivity, přestaneme Vaše osobní údaje zpracovávat bez dalšího; v ostatních případech tak učiníme, pokud nebudeme mít závažné oprávněné důvody pro to, abychom v takovém zpracování pokračovali.

Právo na přezkum automatizovaného rozhodnutí

Máte právo žádat přezkum automatizovaného rozhodnutí, a to zejména pokud se domníváte, že takové rozhodnutí je nesprávné. Toto právo můžete uplatnit způsobem uvedeným níže v kapitole „Jak lze uplatnit jednotlivá práva?“. V rámci tohoto práva můžete požadovat, aby rozhodnutí bylo přezkoumáno člověkem, a můžete vyjádřit svůj názor ve vztahu k takovému rozhodnutí.

Právo podat stížnost

Uplatněním práv výše uvedeným způsobem není nijak dotčeno Vaše právo podat stížnost u Úřadu pro ochranu osobních údajů, a to způsobem uvedeným níže v kapitole „Jak lze uplatnit jednotlivá práva?“. Toto právo můžete uplatnit zejména v případě, že se domníváte, že Vaše osobní údaje zpracováváme neoprávněně nebo v rozporu s obecně závaznými právními předpisy.

H. Jak lze uplatnit jednotlivá práva?

Ve všech záležitostech souvisejících se zpracováním Vašich osobních údajů, ať již jde o dotaz, uplatnění práva, podání stížnosti či cokoliv jiného, se můžete obracet na našeho **pověřence pro ochranu osobních údajů**. Aktuální kontaktní informace jsou dostupné na našich webových stránkách www.cpp.cz v sekci „O SPOLEČNOSTI“.

Pověřence lze kontaktovat kterýmkoliv z následujících prostředků:

Emailem na: dpo@cpp.cz

Písemně na adrese: Pobřežní 665/23, Karlín, Praha 8, 186 00

Informace o možnostech kontaktovat pověřence můžete také získat prostřednictvím klientské linky na čísle +420 957 444 555.

Vaši žádost vyřídíme bez zbytečného odkladu, maximálně však do jednoho měsíce. Ve výjimečných případech, zejména z důvodu složitosti Vašeho požadavku, jsme oprávněni tuto lhůtu prodloužit o další dva měsíce. O takovém případném prodloužení a jeho zdůvodnění Vás samozřejmě budeme informovat.

Formuláře k uplatnění práv

Abychom Vám ještě více usnadnili uplatnění Vašich práv, můžete využít formuláře, které jsou dostupné na našich webových stránkách www.cpp.cz v sekci „O SPOLEČNOSTI“ nebo na vyžádání na jakémkoliv naší pobočce.

Podání stížnosti u Úřadu pro ochranu osobních údajů

Stížnost proti námi prováděnému zpracování osobních údajů můžete podat u Úřadu pro ochranu osobních údajů, který sídlí na adrese pplk. Sochora 27, 170 00 Praha 7.

Další informace a novinky z oblasti ochrany osobních údajů naleznete na našich webových stránkách www.cpp.cz v sekci „O SPOLEČNOSTI“. Na tomto místě také naleznete vždy nejaktuálnější verzi tohoto dokumentu.

VŠEOBECNÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO POJIŠTĚNÍ OSOB PO0418

OBSAH

Článek 1	Úvodní ustanovení
Článek 2	Rozsah pojištění
Článek 3	Vznik pojištění a pojistná doba
Článek 4	Pojištění cizího pojistného nebezpečí a pojištění ve prospěch třetí osoby
Článek 5	Pojistné, jeho jednostranné změny a poplatky
Článek 6	Povinnosti pojistníka, pojištěného a oprávněné osoby
Článek 7	Povinnosti pojistitele
Článek 8	Právo pojistitele zjišťovat zdravotní stav
Článek 9	Důsledky porušení povinností
Článek 10	Změny pojištění
Článek 11	Zánik pojištění
Článek 12	Šetření škodné události a plnění z pojištění
Článek 13	Výluky z pojištění
Článek 14	Forma jednání
Článek 15	Doručování písemností
Článek 16	Vinkulace
Článek 17	Výklad pojmů
Článek 18	Závěrečná ustanovení

Článek 1 – Úvodní ustanovení

- Pojištění osob, které sjednává Česká podnikatelská pojišťovna, a. s., Vienna Insurance Group (dále jen „pojistitel“), se řídí zákonem č. 89/2012 Sb., občanským zákoníkem (dále jen „občanský zákoník“), pojistnou smlouvou, těmito Všeobecnými pojistnými podmínkami pro pojištění osob PO0418 (dále jen „VPPPO“), příslušnými všeobecnými pojistnými podmínkami (dále jen „VPP“) a případně i příslušnými doplňkovými pojistnými podmínkami (dále jen „DPP“).
- Pojistné podmínky a další dokumenty, na které se odkazuje pojistná smlouva, jsou součástí pojistné smlouvy. Součástí pojistné smlouvy je zdravotní dotazník vyplněný pojištěným a jakékoliv jiné prohlášení pojištěného o jeho zdravotním stavu či jiné skutečnosti související s pojištěním.
- Od VPPPO se lze odchýlit ujednáním v příslušných VPP či DPP. Odchylné ustanovení v pojistné smlouvě má přednost před ustanovením jakýchkoliv pojistných podmínek.

Článek 2 – Rozsah pojištění

- Pojištění osob podle těchto VPPPO lze sjednat pro případ smrti, dožití se určitého věku nebo dne stanoveného v pojistné smlouvě jako den konce pojištění, pro případ nemoci, úrazu nebo jiné skutečnosti související se zdravím nebo změnou osobního postavení pojištěné osoby (dále jen „pojištění“).
- Vedle pojištění prvního pojištěného (dále jen „hlavní pojištění“) mohou být v pojistné smlouvě sjednána i další riziková pojištění prvního pojištěného nebo dalších pojištěných (dále jen „přípojištění“).
- Pojištění se sjednávají jako pojištění obnosová (tj. pojistné plnění se poskytuje ve výši částky dohodnuté v pojistné smlouvě), s výjimkou pojištění zdravotní asistence, které se sjednává jako škodové (tj. pojistné plnění se poskytuje ve výši náhrady nákladů pojištěného specifikovaných v příslušných DPP).
- Pojištění se vztahují pouze na pojistné události, ke kterým došlo v době trvání příslušného pojištění či jeho dotčené části (tzv. pojištěné riziko). Pojištění může uzavřít jen pojistník, který má bydliště či sídlo v České republice, a jedná-li se o fyzickou osobu, který je zletilý.

Článek 3 - Vznik pojištění a pojistná doba

- Pojistná smlouva se zpravidla uzavírá na základě nabídky pojistitele (resp. jím zmocněného pojišťovacího zprostředkovatele) a je uzavřena dnem doručení přijetí této nabídky podepsané druhou stranou zpět navrhovateli (tj. v případě pojistitele i jím zmocněnému pojišťovacímu zprostředkovateli).
- Pojištění vznikají dnem počátku příslušného pojištění a zanikají nejpozději dnem konce příslušného pojištění (pojistná doba). Připojištění lze sjednat na kratší pojistnou dobu, než hlavní pojištění.
- Pojištění vznikají v 00:00 hodin a zanikají v 00:00 hodin příslušného dne.

Článek 4 – Pojištění cizího pojistného nebezpečí a pojištění ve prospěch třetí osoby

- Pojistník může uzavřít pojištění na pojistné nebezpečí třetí osoby, tj. pojištěného, který je osobou odlišnou od pojistníka (dále jen „pojištění cizího pojistného nebezpečí“), jen pokud má na takovém pojištění pojistný zájem daný zejména vztahem k pojištěnému, ať už vyplývá z příbuzenství nebo je podmíněn prospěchem či výhodou z pokračování života pojištěného.

- V případě pojištění cizího pojistného nebezpečí sjednaného ve prospěch pojistníka odlišného od pojištěného nebo oprávněné osoby odlišné od pojištěného (včetně obmyšleného), musí pojistník prokázat pojistiteli, že pojištěný s přijetím pojistného plnění pojistníkem nebo takovou třetí oprávněnou osobou (včetně obmyšleného) souhlasí; tento souhlas lze prokázat i dodatečně, nejpozději však při uplatnění práva na pojistné plnění. Nebude-li tento souhlas v této lhůtě pojistiteli prokázán, bude pojistné plnění poskytnuto pojištěnému a v případě smrti pojištěného obmyšleným stanoveným podle občanského zákoníku. Pro vyloučení pochybností se uvádí, že pojištění nezaniká uplynutím tří měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy nebo dohody o její změně z důvodu neprokázání takového souhlasu pojistiteli.
- Dnem pojistníkovy smrti nebo dnem jeho zániku bez právního nástupce vstoupuje do pojištění pojištěný, resp. první pojištěný, v případě více pojištěných osob. Oznámi-li však takový pojištěný pojistiteli v písemné formě do 30 dnů ode dne pojistníkovy smrti nebo ode dne jeho zániku bez právního nástupce, popřípadě do 15 dnů ode dne, kdy se pojištěný o smrti pojistníka dozvěděl, podle toho, co nastane později, že na trvání pojištění nemá zájem, zaniká pojištění dnem smrti, nebo dnem zániku pojistníka bez právního nástupce.

Článek 5 – Pojistné, jeho jednostranné změny a poplatky

- Pojistník je povinen pojistné platit řádně a včas v souladu s pojistnou smlouvou a s tímto článkem.
- Pojistné se sjednává jako běžné, není-li v pojistné smlouvě uvedeno, že se jedná o jednorázové pojistné; běžné pojistné se platí za pojistná období uvedená v pojistné smlouvě, případně za měsíční pojistná období, není-li pojistné období v pojistné smlouvě uvedeno.
- První pojistné období začíná v 00:00 hodin dne sjednaného v pojistné smlouvě jako den počátku pojištění a končí ve 24:00 hodin posledního dne příslušného pojistného období; každé následující pojistné období začíná v 00:00 hodin prvního dne následujícího po skončení předchozího pojistného období.
- Pojistitel má právo na pojistné za dobu trvání pojištění, není-li v občanském zákoníku stanoveno jinak, popřípadě není-li jinak dohodnuto v pojistné smlouvě či uvedeno níže. Za dobu přesahující trvání pojištění má pojistitel právo na pojistné zejména v případě zániku pojištění z důvodu zániku pojistného zájmu, a to až do doby, kdy se o zániku pojistného zájmu dozvěděl, nebo v případě zániku pojištění v důsledku pojistné události podle následujícího odstavce. Jednorázové pojistné náleží pojistiteli celé v případě, že vznikne právo na odkupné.
- Zanikne-li pojištění v důsledku pojistné události, náleží pojistiteli běžné pojistné do konce pojistného období, v němž pojistná událost nastala; jednorázové pojistné v takovém případě náleží pojistiteli celé.
- Jednorázové pojistné a první běžné pojistné je splatné v den počátku pojištění, není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak. Běžné pojistné za další pojistná období je splatné vždy první den příslušného pojistného období.
- Pojistné se platí v české měně a musí být uhrazeno z bankovního účtu vedeného v české měně, není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak.
- Pojistné je zapláceno okamžikem jeho připsání na účet pojistitele uvedený v pojistné smlouvě pro placení běžného či mimořádného pojistného, přičemž platba pojistného musí být opatřena identifikačními znaky uvedenými v pojistné smlouvě.
- Je-li pojistník v prodlení s úhradou běžného pojistného za více pojistných období, započte se jakékoliv jeho plnění nejprve na nejdříve splatné běžné pojistné, a to i v případě, že pojistník příslušnou platbu označí či určí jinak.
- V případě prodlení pojistníka se zaplacením pojistného je pojistník povinen zaplatit pojistiteli úrok z prodlení v zákonné výši, náklady spojené s vymáháním tohoto pojistného a poplatky podle platného sazebníku poplatků.
- Pojistník může zaplatit pojistné se splatností za více než dva měsíce ode dne jeho zaplacení, pouze pokud tuto skutečnost předem písemně oznámí pojistiteli; nesplní-li pojistník tuto povinnost, může pojistitel takto uhrazené pojistné pojistníkovi vrátit.
- Pojistitel může započíst jakoukoliv svou vzájemnou pohledávku proti kterékoliv osobě, která má právo na plnění z pojištění, a to i v případě že toto plnění nelze dosud uplatnit před soudem; o provedení takového započtení bude příslušnou osobou informovat.
- Pojistitel umožní své pohledávky z pojištění v pořadí, ve kterém vznikly, a to bez ohledu na to, jestli dlužník určil jinak nebo projevili jinou vůli. V případě existence více osob oprávněných na výplatu plnění z pojištění bude tato pohledávka za pojistníkem odečtena z částí jim připadajícího pojistného plnění, a to ve výši procentuálního poměru, jakým se tato oprávněná osoba na výplatu pojistného plnění podílí.
- Pojistitel může jednostranně upravit výši běžného pojistného na další pojistné období, pokud:
 - dojde ke změně jakéhokoliv právního předpisu či ustálené soudní praxe, pokud má vliv na stanovení výše pojistného nebo pojistného plnění,

- b) dojde ke změně pojistně-matematických předpokladů, na základě kterých se stanovuje pojistné tak, aby bylo dostatečné a umožňovalo pojišťovně trvalou splnitelnost jejich závazků,
 - c) bazický index inflace vyjadřující změnu cenové hladiny za konkrétní sledované období definovaný podle metody Českého statistického úřadu překročí 150 %; pokud pojistitel zvýšil běžné pojistné podle tohoto odstavce, nebude zvýšení bazického indexu inflace rozhodné pro takové zvýšení již znovu zohledněno.
15. Pojistník musí být o změně pojistného podle předchozího odstavce informován nejpozději dva měsíce před splatností pojistného za pojistné období, ve kterém se má výše pojistného změnit. Pokud pojistník sdělí pojistiteli svůj nesouhlas s touto změnou nejpozději do jednoho měsíce ode dne, kdy se o ní dozvěděl, zaniká pojištění uplynutím pojistného období, za které bylo pojistné zapláceno.
 16. Vedle pojistného je pojistník povinen dále platit poplatky podle aktuálního sazebníku poplatků uvedeného na webových stránkách pojistitele. Pojistitel tento sazebník mění vždy k 1. lednu každého kalendářního roku; tuto změnu oznámí vždy alespoň jeden měsíc předem na svých webových stránkách. Pojistitel může tento sazebník měnit jednostranně i k jiným datům, takovou změnu však oznámí pojistníkovi v písemné formě nejpozději jeden měsíc před její účinností. Pokud pojistník sdělí pojistiteli svůj nesouhlas se změnou sazebníku podle tohoto odstavce nejpozději do jednoho měsíce ode dne, kdy se o ní dozvěděl nebo mohl dozvědět, zaniká pojištění uplynutím nejbližší následujícího pojistného období. Pravidla stanovená v tomto odstavci však neplatí v případě, že nová verze sazebníku je pro pojistníka výhodnější.
 17. Pojištění se pro nezaplacení pojistného nepřerušuje; tím však nejsou dotčena jakákoliv ustanovení příslušných DPP týkající se stavu bez placení pojistného.

Článek 6 – Povinnosti pojistníka, pojištěného a oprávněné osoby

1. Pojistník a pojištěný jsou povinni zejména:
 - a) při sjednávání nebo změně pojištění odpovědět pojistiteli pravdivě a úplně na všechny dotazy v písemné formě týkající se pojištění, včetně dotazů, které se týkají zdravotního stavu pojištěného nebo činností, které pojištěný vykonává, a neprodleně pojistitele informovat o změnách takto sdělených skutečností,
 - b) bez zbytečného odkladu oznámit pojistiteli jakoukoliv změnu svého příjmení, adresy trvalého pobytu, sídla nebo korespondenční adresy a v případě změny adresy do zahraničí sdělit pojistiteli korespondenční adresu v České republice, není-li v pojištěné smlouvě uvedena,
 - c) bez zbytečného odkladu oznámit pojistiteli změnu pojistného rizika, zejména změnu výdělečné či sportovní nebo zájmové činnosti pojištěného,
 - d) bez zbytečného odkladu oznámit pojistiteli jakékoliv skutečnosti, které mohou podle těchto VPPPO nebo jiných příslušných pojistných podmínek vést ke vzniku pojistné události, popřípadě k zániku tohoto pojištění, včetně zániku pojistného zájmu či pojistného nebezpečí nebo smrti pojištěného (např. ukončení výdělečné činnosti, odchod do starobního důchodu, přiznání invalidního důchodu apod.),
 - e) dbát, aby nenastala pojistná událost, a učinit všechny nezbytné a přiměřené kroky k odvrácení pojistné události,
 - f) sdělit pojistiteli při sjednávání nebo změně pojištění existenci jakéhokoliv jiného pojištění na stejné pojistné nebezpečí či pojistnou událost, na které je sjednáno pojištění či jakékoliv připojištění, včetně veškerých informací týkajících se takového pojištění, které si pojistitel vyžádá, a neprodleně sdělit sjednání takového pojištění (včetně všech uvedených informací) v průběhu trvání pojištění podle VPPPO pojistiteli,
 - g) vrátit pojistiteli ve lhůtě uvedené v jeho výzvě jakékoliv pojistné plnění, které bylo vyplaceno, přestože na něj nevzniklo právo,
 - h) oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu, pokud se pojistník či pojištěný stane politicky exponovanou osobou ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti, ve znění pozdějších předpisů.
2. Nastane-li škodná událost, jsou pojistník, pojištěný i oprávněná osoba či osoba, která uplatňuje právo na pojistné plnění povinni zejména:
 - a) učinit všechny nezbytné a přiměřené kroky k zabránění zvětšování rozsahu následků škodné události,
 - b) bez zbytečného odkladu oznámit pojistiteli na příslušném formuláři pojistitele uvedeném na webových stránkách pojistitele vznik škodné události (tj. zejména úmrtí pojištěného, stanovení diagnózy pro závažné onemocnění a poranění, ukončení léčby u rizik typu denního odškodného, přiznání invalidity, závislosti na péči a příspěvku na zařízení zvláštní pomůcky nebo ustálení trvalých následků úrazu),
 - c) sdělit pojistiteli veškeré informace (včetně informace o příslušném ošetřujícím lékaři pojištěného a jeho adrese) a předat mu veškeré dokumenty potřebné pro šetření škodné události a poskytnout mu za tímto účelem veškerou potřebnou součinnost; jakékoliv dokumenty musí být předloženy v českém jazyce; je-li jakýkoliv takový doklad v jiném jazyce, musí být pojistiteli předložen jeho originál a jemu odpovídající úřední překlad do češtiny, a to na náklady jeho předkladatele,
 - d) při nemoci nebo úrazu bez zbytečného odkladu vyhledat lékařské ošetření, léčit se podle pokynů lékaře, dodržovat léčebný režim a vyloučit veškerá jednání, která brání či ztěžují ukončení hospitalizace nebo uzdravení.
3. Je-li pojistník osobou, která podle zák. č. 340/2015 Sb., o zvláštních podmínkách účinnosti některých smluv, uveřejňování těchto smluv a o registru smluv

(zákon o registru smluv)(dále jen „ZRS“) pro svou právní povahu a postavení podléhá povinnosti zaslat příslušný smluvní dokument (podle situace smlouvu nebo dodatek k ní, příp. i spolu s předchozími, souvisejícími či navazujícími povinně uveřejňovanými dokumenty) a metadata k uveřejnění prostřednictvím registru smluv, je v první řadě na něm, aby ji splnil řádně a včas. Pojistník v tomto smluvním dokumentu, který od pojistitele za účelem uveřejnění obdržel, jakož i v příp. dalších povinně uveřejňovaných dokumentech, znečitelní údaje vyjmuté z povinnosti uveřejnění v rozsahu, který nebude na překážku nabytí jeho účinnosti; při zaslání dokumentů k uveřejnění uvede identifikátor datové schránky pojistitele 3v8dkek. Jakmile dojde k řádnému a včasnému uveřejnění prostřednictvím registru smluv, vztahuje se tento smluvní dokument i na skutečnosti nastalé od data uvedeného v něm jako počátek pojištění (jde-li o smlouvu), resp. od data uvedeného v něm jako počátek změn a / nebo doplnění smlouvy (jde-li o dodatek) do dne uveřejnění.

Článek 7 – Povinnosti pojistitele

Pojistitel je zejména povinen:

- a) při sjednávání nebo změně pojištění zodpovědět pravdivě a úplně dotazy zájemce o pojištění či pojistníka v písemné formě týkající se pojištění,
- b) vydat pojistníkovi pojistku jako potvrzení o uzavření pojistné smlouvy a případně na žádost a náklady pojistníka i její druhopis,
- c) pokud dojde ke snížení pojistného rizika, snížit pojistné úměrně k takovému snížení pojistného rizika, a to s účinností ode dne, kdy se o tomto snížení dozvěděl,
- d) zahájit šetření nutné ke zjištění existence a rozsahu jeho povinnosti plnit bez zbytečného odkladu po oznámení škodné události, a případně sdělit osobě, která uplatnila právo na pojistné plnění, důvody, proč nelze toto šetření ukončit do tří měsíců ode dne takového oznámení,
- e) sdělit výsledky šetření osobě, která uplatnila právo na pojistné plnění; pojistné plnění je splatné do patnácti dnů od takového sdělení,
- f) poskytnout osobě, která uplatnila právo na pojistné plnění, na její žádost v písemné formě přiměřenou zálohu na pojistné plnění. Pojistitel poskytne zálohu podle podmínek stanovených v příslušných VPP nebo DPP nebo v pojistné smlouvě, a to pouze v případě, že z dosavadního průběhu šetření vyplývá, že pojištění vznikne povinnost poskytnout pojistné plnění. Pojistitel zálohu neposkytne, je-li rozumný důvod její poskytnutí odepřít, zejména není-li z výsledků dosavadního šetření jisté, zda bude pojistitel povinen plnit nebo kdo je oprávněnou osobou,
- g) sdělit pojistníkovi na jeho žádost, kolik by činila výše odkupného (včetně příslušného výpočtu), a to do jednoho měsíce ode dne obdržení takové žádosti.

Článek 8 – Právo pojistitele zjišťovat zdravotní stav

1. Pojištěný je povinen na své náklady poskytnout pojistiteli v závislosti na součtu pojistných částek daného pojištění u pojistných smluv sjednaných u pojistitele v souvislosti se sjednáváním pojištění, jeho změnou nebo se šetřením či přešetřením škodné události jakékoliv informace a doklady týkající se jeho zdravotního stavu a podrobit se na výzvu pojistitele lékařské prohlídce či vyšetření lékařem nebo zdravotnickým zařízením určeným pojistitelem.
2. Pojištěný zmocňuje pojistitele, aby si od jakéhokoliv lékaře, zdravotnického zařízení či zdravotní pojišťovny nebo správy sociálního zabezpečení vyžádal a převzal a případně si pořídil kopie či opisy jakýchkoliv zdravotních či lékařských zpráv či odborných posudků nebo jiných dokumentů týkajících se zdravotního stavu pojištěného nebo příčiny jeho smrti. Pojištěný současně zmocňuje dotazované lékaře, zdravotnická zařízení, zdravotní pojišťovny i správu sociálního zabezpečení k poskytnutí takových informací o dokumentu.
3. Pro vyloučení pochybností se uvádí, že informace, které pojistitel získal o zdravotním stavu pojištěného, jsou důvěrné, pojistitel je povinen ve vztahu k nim zachovávat mlčenlivost a může je využívat pouze pro své potřeby nebo potřeby svých smluvních partnerů, v rozsahu nezbytném pro sjednání či změnu pojištění nebo šetření škodné události.

Článek 9 – Důsledky porušení povinností

1. Pojistitel může snížit pojistné plnění, pokud:
 - a) bylo při sjednávání či změně pojištění v důsledku porušení povinnosti pojistníka či pojištěného sjednáno nižší pojistné, a to o část odpovídající poměru sjednaného pojistného k pojistnému, které mělo být sjednáno,
 - b) pojistník nebo pojištěný porušili svou povinnost oznámit pojistiteli zvýšení pojistného rizika, a to úměrně tomu, jaký je poměr pojistného, které pojistitel obdržel, k pojistnému, které měl obdržet, kdyby se o zvýšení pojistného rizika včas dozvěděl,
 - c) porušení povinností pojistníka, pojištěného, oprávněné osoby nebo jiné osoby, která uplatňuje právo na pojistné plnění (včetně povinnosti řádně oznámit škodnou událost, poskytnout pojistiteli potřebnou součinnost při jejím šetření a počínat si tak, aby pojistná událost nenastala a případně byly zmírněny její následky), mělo podstatný vliv na vznik pojistné události, její průběh, na zvětšení rozsahu jejích následků nebo na zjištění či určení výše pojistného plnění, a to úměrně k tomu, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění,
 - d) pojistná událost vznikne nebo se rozšíří její důsledky v souvislosti s požitím alkoholu, omamných či toxických látek nebo požitím léků pojištěným, a to až o jednu polovinu. Toto právo pojistitel nemá, obsahoval-li alkohol

nebo návykovou látku lék, který pojištěný užil způsobem, který pojištěnému předepsal lékař, a pokud pojištěný nebyl lékařem nebo výrobcem léku upozorněn, že v době působení léku nelze vykonávat činnost, v jejímž důsledku došlo k úrazu.

- Vznikne-li pojistiteli právo snížit pojistné plnění z více důvodů (v důsledku porušení více povinností), bude nejprve provedeno snížení příslušné pojistné částky z nejzávažnějšího porušení povinností a následně bude provedeno další snížení z již takto sníženého pojistného plnění.
- Pojistitel může pojistné plnění odmítnout, pokud:
 - příčinou pojistné události byla skutečnost, o které se dozvěděl až po jejím vzniku, kterou při sjednávání pojištění nebo jeho změně nemohl zjistit v důsledku zaviněného porušení povinností odpovědět pojistiteli pravdivě a úplně dotazy, na které se ho pojistitel dotáže v písemné formě, pokud by při znalosti této skutečnosti při sjednávání či změně pojištění pojistnou smlouvu nebo dohodu o její změně neuzavřel nebo pokud by je uzavřel za jiných podmínek,
 - k úrazu pojištěného došlo v souvislosti s jednáním pojištěného, pro které byl pravomocně odsouzen ze spáchání úmyslného trestného činu,
 - pojistník při sjednávání či změně pojištění věděl nebo mohl vědět, že pojistná událost již nastala nebo nastane.
- Pokud v důsledku porušení povinností pojistníka, pojištěného nebo jiné osoby, která uplatňuje právo na pojistné plnění, vznikne pojistiteli újma nebo pojistitel vynaloží zbytečné náklady (např. náklady na soudní spor), má pojistitel právo na jejich přiměřenou náhradu proti osobě, která způsobila vznik takové újmy či nákladů.
- Pojistitel může pojištění vypovědět bez výpovědní doby v případě, že pojistník či pojištěný poruší svou povinnost oznámit pojistiteli zvýšení pojistného rizika. Pojistitel může dále vypovědět pojištění s osmidenní výpovědní dobou, pokud pojistník neakceptuje návrh pojistitele na zvýšení pojistného v případě, že by pojistitel uzavřel pojistnou smlouvu za jiných podmínek, pokud by zvýšené pojistné riziko existovalo již při jejím uzavírání.
- Pojistník může od pojistné smlouvy či dohody o její změně odstoupit zejména v případě, že pojistitel zodpoví nepravdivě či neúplně dotazy pojistitele v písemné formě při sjednávání či změně pojištění nebo pokud ho pojistitel neupozorní na nesrovnalosti mezi nabízeným pojištěním a jeho požadavky.
- Pojistitel může od pojistné smlouvy či dohody o její změně odstoupit zejména v případě, že pojistník či pojištěný úmyslně či z nedbalosti zodpoví nepravdivě či neúplně dotazy pojistitele v písemné formě týkající se sjednávání pojištění, pokud prokáže, že by při jejich pravdivém a úplném zodpovězení pojistnou smlouvu za stejných podmínek neuzavřel.
- Pojistník může dále od pojistné smlouvy odstoupit, jde-li o pojistnou smlouvu na pojištění:
 - spadající do odvětví životních pojištění ve lhůtě 30 dnů ode dne jejího uzavření, a v případě, že je pojistná smlouva na takové pojištění sjednána formou obchodu na dálku i ve lhůtě 30 dnů ode dne, kdy pojistník obdrží oznámení pojistitele o uzavření pojistné smlouvy formou obchodu na dálku (za takové oznámení se považuje i pojistka) nebo ode dne pozdějšího sdělení pojistných podmínek na žádost pojistníka, pokud mu tyto pojistné podmínky nebyly sděleny před uzavřením pojistné smlouvy,
 - nespadající do odvětví životního pojištění a (i) sjednanou mimo prostor obvyklý pro podnikatelskou podnikání ve lhůtě do 14 dnů ode dne jejího uzavření nebo (ii) sjednanou formou obchodu na dálku do 14 dnů ode dne jejího uzavření nebo ode dne pozdějšího sdělení pojistných podmínek na žádost pojistníka, pokud mu tyto pojistné podmínky nebyly sděleny před uzavřením pojistné smlouvy.
- Odstoupením se pojistná smlouva ruší od počátku a strany si vrací vzájemná plnění podle pravidel stanovených v občanském zákoníku.

Článek 10 – Změny pojištění

- Pojištění lze měnit dohodou stran na základě žádosti pojistníka v písemné formě na příslušném formuláři pojistitele; v žádosti musí být vždy uvedeno číslo pojistné smlouvy. Pojištění lze měnit zejména, pokud jde o jeho rozsah a parametry stanovené v pojistné smlouvě.
- Pro vyloučení pochybností se uvádí, že pojistitel není povinen žádost pojistníka akceptovat. Pojistitel nebude akceptovat jakékoliv žádosti o změnu pojištění:
 - kteře mu budou doručeny v posledním pojistném období přede dnem konce pojištění,
 - pokud se jedná o pojištění s jednorázovým pojistným, není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak.
- Není-li ke dni dohodnuté účinnosti dohody o změně pojištění uhrazeno splatné běžné pojistné v plné výši, nabývá tato dohoda účinnosti až splněním odkládací podmínky, kterou je plná úhrada veškerého dlužného pojistného.
- Další podmínky provádění změn pojištění jsou uvedeny v příslušných DPP.
- Žádosti o změny jsou způsobilé podle platného sazebníku poplatků. V případě, že pojistník zruší jím požadovanou změnu a požaduje uvést pojištění do předchozího stavu, pojistitel poplatek za provedení změny nevrací.
- V případě změny pojištění poskytne pojistitel pojistné plnění za změněných podmínek až za pojistné události, které vzniknou po dni účinnosti příslušné dohody, a u pojištění s čekací dobou po uplynutí příslušné čekací doby, není-li v pojistné smlouvě ujednáno jinak.
- Dojde-li k jakémukoliv rozšíření rozsahu pojištění (včetně prodloužení pojistné doby), běží od prvního dne takového prodloužení nová čekací doba. Nová

čekací doba běží znovu ode dne účinnosti příslušné dohody také pro poskytnutí pojistného plnění za změněných podmínek; do jejího uplynutí bude pojistné plnění poskytnuto za původních podmínek.

- Pojistník může pojistnou smlouvu na jinou osobu, nového pojistníka, postoupit pouze (i) má-li takový nový pojistník pojistný zájem; a (ii) se souhlasem všech pojištěných odlišných od pojistníka. Toto postoupení musí být učiněno v písemné formě a nabývá účinnosti dnem jeho doručení pojistiteli.
- Návrh pojistitele na změnu výše pojistného z důvodu vyššího pojistného rizika přijme pojistník zaplacením pojistného ve výši stanovené v návrhu.
- Pojistitel může jednostranně změnit pojistné podmínky, pokud dojde ke změně jakéhokoliv právního předpisu či ustálení soudní praxe. Pokud pojistník sdělí pojistiteli svůj nesouhlas s touto změnou nejpozději do jednoho měsíce ode dne, kdy se o ní dozvěděl, navrhována změna pojistných podmínek nevstoupí v platnost.

Článek 11 – Zánik pojištění

- Pojistník a pojistitel se mohou dohodnout na ukončení pojištění.
- Pojištění zaniká zejména dnem:
 - konce pojištění,
 - zániku pojistného zájmu ve vztahu k první pojištěné osobě,
 - zániku pojistného nebezpečí,
 - smrti prvního pojištěného; smrti druhého pojištěného zaniká vždy pouze příslušné připojištění,
 - odmítnutí pojistného plnění.
- Pojištění zaniká pro nezaplacení pojistného marným uplynutím lhůty stanovené pojistitelem v upomínce o zaplacení dlužného pojistného nebo jeho části, s výjimkou stanovenou v DPP, kdy dochází k redukci pojištění.
- Pojistitel i pojistník mohou pojištění vypovědět zejména:
 - s osmidenní výpovědní dobou do dvou měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy,
 - s měsíční výpovědní dobou do tří měsíců ode dne oznámení pojistné události pojistiteli; taktó nemůže vypovědět pojistitel životní pojištění,
 - v případě pojištění s běžným pojistným, k poslednímu dni pojistného období nejbližší následujícího po uplynutí šesti týdnů po doručení výpovědi druhé straně; taktó nemůže pojistitel vypovědět životní pojištění.
- Pojistník může vypovědět pojištění s jednorázovým pojistným; pojištění v takovém případě zaniká k poslednímu dni kalendářního měsíce, ve kterém byla taková výpověď pojistiteli doručena.
- Pojistník může pojištění dále vypovědět s osmidenní výpovědní dobou do dvou měsíců ode dne, kdy se dozvěděl, že pojistitel použil při určení výše pojistného nebo pro výpočet pojistného plnění hledisko odporující zásadě rovného zacházení.
- Spolu s hlavním pojištěním zanikají vždy i všechna připojištění, která k němu byla sjednána. Pokud se však zánik pojištění týká pouze některého připojištění či jeho dotčené části (tzv. pojištěné riziko), popřípadě pouze některého z dalších pojištěných, zaniká pouze takové připojištění, příslušné pojištěné riziko, resp. připojištění pouze ve vztahu k takovému dalšímu pojištěnému.

Článek 12 – Šetření škodné události a plnění z pojištění

- Šetření škodné události nemůže být ukončeno, pokud pojistník, pojištěný, oprávněná osoba nebo jiná osoba, která uplatňuje právo na pojistné plnění, řádně nesplní své povinnosti související se šetřením takové události, včetně poskytnutí veškerých informací, dokladů a další součinnosti a povinnosti směřujících ke zjištění zdravotního stavu pojištěného. Toto šetření nemůže být dále ukončeno do pravomocného skončení jakéhokoliv trestního řízení, které souvisí se škodnou událostí včetně případů, kdy by na základě rozhodnutí v takovém řízení mohlo pojistiteli vzniknout právo na snížení či odmítnutí pojistného plnění z důvodu trestného činu jakékoliv osoby.
- Právo na pojistné plnění má oprávněná osoba a v případě smrti pojištěného obmyšlený, popřípadě více obmyšlených. V případě rozporu v označení obmyšleného v pojistné smlouvě, má přednost označení jménem a případnými dalšími identifikačními údaji, před označením vztahem k pojištěnému. Nebude-li obmyšlený v pojistné smlouvě určen, stanoví se podle příslušných ustanovení občanského zákoníku. Určí-li pojistník poměr, v jakém má být více obmyšleným poskytnuto pojistné plnění v celkové výši přesahující 100 %, nebude k takto určeným podílům přihlíženo a pojistné plnění bude takovým obmyšleným poskytnuto rovným dílem.
- Pojistník může až do vzniku pojistné události obmyšleného měnit. Změna je účinná dnem doručení příslušného oznámení pojistiteli.
- Pokud příslušná oprávněná osoba zemře před zaplacením pojistného plnění za pojistnou událost, ke které předložila všechny doklady nezbytné pro její šetření, a její šetření bylo ukončeno, se toto plnění stává součástí dědického řízení. To platí v případě, že pojistnou událostí není smrt pojištěného.
- Jakékoliv plnění z pojištění bude uhrazeno v české měně na bankovní účet vedený v české měně, pokud není v pojistné smlouvě uvedeno jinak. Pojistné plnění ve výši od 50 000 Kč bude vždy uhrazeno pouze bankovním převodem. Variabilní symbol platby pojistného plnění stanoví pojistitel a nelze jej na žádost oprávněné osoby měnit.

Článek 13 – Výluky z pojištění

- Pojištění se nevztahuje na škodné události, které nastaly:

- a) v souvislosti s válečnými událostmi nebo terorismem,
 - b) v souvislosti s účastí pojištěného na vzpouře, povstání, stávce, nepokojích a veřejných násilnostech (tj. násilným jednáním motivovaným politicky, sociálně, ideologicky nebo nábožensky), pokud k této účasti nedojde při plnění pracovních či služebních povinností na území České republiky,
 - c) následkem radioaktivního nebo obdobného záření, vzniklého v důsledku výbuchu nebo závady na jaderném zařízení, při dopravě, skladování nebo manipulaci s radioaktivními materiály,
 - d) při řízení motorového vozidla, pro něž neměl pojištěný řidičské oprávnění,
 - e) při řízení sportovních letadel nebo při seskoku padákem; za letadla se též považují balóny, rogala, kluzákové padáky apod.,
 - f) při provozování nebezpečných nebo rizikových druhů sportů a činností prováděných i při výkonu povolání (např. parašutismus, paragliding, bezmotorové a motorové létání, automobilové a motocyklové závody, horolezectví, skialpinismus, bungee jumping, rafting, potápění s dýchacími přístroji, speleologie apod.),
 - g) při profesionálním provozování sportu a činnosti kaskadérů, pokud není v pojistné smlouvě uvedeno jinak,
 - h) při aktivní účasti na pozemních, leteckých nebo vodních motoristických závodech a soutěžích a při přípravných jízdách k nim,
 - i) následkem sebevraždy, pokusu o sebevraždu nebo úmyslného sebepoškození,
 - j) v důsledku úmyslného jednání či opominutí oprávněné osoby; je-li více oprávněných osob, právo na pojistné plnění nevzniká pouze vůči příslušné oprávněné osobě (tj. v rozsahu připadajícím na takovou oprávněnou osobu) a ostatním oprávněným osobám bude poskytnuto v rozsahu, v jakém jim na toto pojistné plnění vznikne právo,
 - k) i) v důsledku příčiny vyplývající z onemocnění nebo úrazu, které byly pojištěnému diagnostikovány nebo pro které byl pojištěný sledován nebo jakkoliv léčen v uplynulých sedmi letech před sjednáním pojištění, a to včetně zhoršení zdravotního stavu a následných přidružených komplikací během trvání pojištění.
resp.
ii) v důsledku příčiny vyplývající z poškození hlezenního, kolenního, kyčelního, loketního nebo ramenního kloubu a zápěstí, včetně měkkých kloubních struktur, které byly pojištěnému diagnostikovány nebo pro které byl pojištěný sledován nebo jakkoliv léčen před počátkem pojištění, a to včetně zhoršení zdravotního stavu a následných přidružených komplikací během trvání pojištění.
resp.
iii) Uvedené omezení v bodě i) a ii) se nevztahuje na pojištění pro případ smrti pojištěného, kdy je zdravotní stav pojištěného posuzován na základě odpovědi ve zdravotním dotazníku, na základě výpisu ze zdravotní dokumentace nebo dle výsledku lékařské prohlídky.
2. Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění, pokud pojištěný řádně nedodržel léčebný režim, stanovený lékařem, a to po celou dobu léčby stanovené ošetřujícím lékařem.
 3. Nastane-li pojistná událost v době, kdy je pojistník v prodlení s placením pojistného za první pojistné období, resp. jednorázového pojistného, pojistitel neposkytne za tuto pojistnou událost pojistné plnění.

Článek 14 – Forma jednání

1. Pojistná smlouva musí být uzavřena v písemné formě, nestanoví-li občanský zákoník jinak.
2. Právní jednání, oznámení a žádosti musí být učiněny písemnou formou, pokud se týkají:
 - a) trvání či zániku pojištění,
 - b) změny pojistného,
 - c) změny rozsahu pojištění.
3. Právní jednání, pro které je nutná písemná forma, je platné, zejména je-li vlastnoručně podepsáno jednajícím osobou, je-li učiněno prostřednictvím datové schránky, je-li opatřeno zaručeným elektronickým podpisem podle zvláštního zákona či je-li učiněno prostřednictvím internetové aplikace pojistitele se zabezpečeným přístupem, pokud to právní předpis nevylučuje.
4. Právní jednání, oznámení a žádosti, pro které není požadována písemná forma podle tohoto článku (zejména hlášení škodné události, oznámení o změně jména či jiných identifikačních údajů pojistníka, pojištěného či jiných osob nebo jiných údajů uváděných v pojistné smlouvě) mohou být učiněny i telefonicky nebo e-mailem. Taková jednání, oznámení a žádosti učiněné jinak než v písemné formě musí být dodatečně doplněny písemnou formou, vyžádá-li si to pojistitel.
5. V záležitostech pojistného vztahu, zejména v souvislosti se správou pojištění a řešením škodných nebo pojistných událostí, je pojistitel oprávněn kontaktovat ostatní účastníky pojištění také elektronickými nebo jinými technickými prostředky (např. telefon, SMS, e-mail, fax, datová schránka), pokud není dohodnuto jinak. Pojistitel při volbě formy komunikace přihlíží k povinnostem stanoveným příslušnými právními předpisy a k charakteru sdělovaných informací.
6. Pojistník souhlasí se zasíláním informací od pojistitele prostředky elektronické komunikace, pokud v pojistné smlouvě nebo na formuláři pojistitele uvedl elektronickou adresu nebo telefonní číslo. Tento souhlas může kdykoliv během trvání pojištění odvolat.

Článek 15 – Doručování písemností

1. Veškeré žádosti a sdělení, které se týkají soukromého pojištění, musí být učiněny v českém jazyce.
2. Písemnosti doručované prostřednictvím držitele poštovní licence (dále jen „pošta“), budou zasílány:
 - a) pojistiteli na kontaktní adresu uvedenou v pojistné smlouvě (nikoliv na adresu sídla pojistitele),
 - b) pojistitelem na korespondenční adresu příslušné osoby (adresáta) uvedenou v pojistné smlouvě či jinak oznámenou pojistiteli. Není-li korespondenční adresa v pojistné smlouvě uvedena či pojistiteli dodatečně oznámena, budou písemnosti zasílány na adresu uvedenou ve smlouvě nebo oznámenou pojistiteli jako bydliště, trvalý pobyt nebo sídlo takové osoby v České republice.
3. Pokud žádost o změnu nebo jiná oznámení pojistníka neobsahují všechny potřebné údaje pro jednoznačnou identifikaci pojistné smlouvy nebo nejsou učiněny v písemné formě, pokud je tato forma vyžadována, a budou příslušným způsobem později doplněny, za datum doručení žádosti považuje pojistitel datum doručení upravené žádosti či oznámení.
4. Pokud pojistník zmaří doručení písemností tím, že pojistiteli řádně neoznámí změnu své korespondenční adresy, adresy svého trvalého pobytu, bydliště či sídla, platí, že zásilka řádně došla třetí pracovní den po odeslání.
5. Nejde-li o doručení podle odstavců 6) až 8), je písemnost odeslaná pojistitelem doporučenou zásilkou s dodejkou považována za doručenu dnem uvedeným jako den přijetí písemnosti na dodejce (doručence) a písemnost odeslaná pojistitelem doporučenou zásilkou bez dodejky, popř. odeslaná obyčejnou zásilkou, třetí pracovní den po odeslání.
6. Zmaří-li adresát dojití písemnosti tím, že ji odepře převzít, platí, že řádně došla dnem, kdy adresát písemnost odepřel převzít.
7. Zmaří-li adresát dojití písemnosti tím, že si nepřevzme písemnost (odeslanou pojistitelem doporučenou zásilkou nebo doporučenou zásilkou s dodejkou) uloženou na poště v úložní lhůtě, platí, že řádně došla dnem uplynutí úložní lhůty.
8. Zmaří-li adresát dojití písemnosti jinak, než je uvedeno v předchozích odstavcích (např. tím, že neoznačí poštovní schránku svým jménem a příjmením nebo názvem), platí, že řádně došla dnem jejího vrácení pojistiteli.
9. Písemnost odeslaná pojistitelem doporučenou zásilkou nebo doporučenou zásilkou s dodejkou se považuje za doručenu i v případě, že ji namísto adresáta převezme jiná osoba (například rodinný příslušník), jemuž pošta doručila zásilku v souladu s právními předpisy o poštovních službách.
10. Pokud není dohodnuto jinak, lze písemnosti doručovat i elektronicky (např. prostřednictvím datové schránky, internetové aplikace pojistitele, elektronickou zprávou, popřípadě elektronickou zprávou opatřenou zaručeným elektronickým podpisem), a to na kontaktní údaje poskytnuté za účelem elektronické komunikace. Písemnost odeslaná pojistitelem elektronicky na poslední adresátem poskytnutý kontaktní údaj se považuje za doručenu třetí den po jejím odeslání, nelze-li datum jejího doručení zjistit nebo není-li v příslušných právních předpisech stanoveno jinak, i když se adresát o jejím obsahu nedozvěděl, pokud to právní předpis nevylučuje.
11. Písemnosti může doručovat rovněž zaměstnanec pojistitele nebo jiná pojistitelem pověřená osoba, a to zejména na adresy podle odst. 2) písm. b), ale i na jakékoli jiné místo, kde bude adresát ochoten písemnost převzít. Takto doručovaná písemnost se považuje za doručenu dnem jejího převzetí.
12. Pokud pojistník označí v jedné pojistné smlouvě nesouhlas s elektronickou komunikací, pak tento nesouhlas bude použit i všech jeho platných pojistných smluv spravovaných pojistitelem.

Článek 16 - Vinkulace

1. Pojistné plnění lze vinkulovat ve prospěch třetí osoby, není-li v pojistné smlouvě ujednáno jinak. Podmínkou pro provedení vinkulace je zaplacení splatného pojistného. Vinkulované pojistné plnění bude vyplaceno třetí osobě, v jejíž prospěch bylo vinkulováno, nedá-li tato osoba souhlas k vyplacení oprávněné osobě. Pokud je pojistník odlišný od pojištěného, lze pojistné plnění vinkulovat pouze se souhlasem pojištěného v písemné formě.
2. Vinkulace je účinná potvrzením žádosti o vinkulaci pojistitelem. Zrušení vinkulace nastává dnem, kdy pojistitel potvrdí písemnou žádost třetí osoby, v jejíž prospěch bylo vinkulováno, o její zrušení.
3. Vinkulaci pojistného plnění provede pojistitel na základě žádosti pojistníka a její zrušení lze provést pouze se souhlasem osoby, v jejíž prospěch bylo pojistné plnění vinkulováno.
4. Vinkulovanou pojistnou smlouvu s platnou vinkulací nelze vypovědět bez předchozího zrušení vinkulace. Změnu rozsahu pojištění vinkulované pojistné smlouvy lze provést pouze s písemným souhlasem osoby, v jejíž prospěch bylo pojistné plnění vinkulováno.

Článek 17 - Výklad pojmů

Následující pojmy mají v těchto VPPPO a nevyplývá-li z kontextu jinak i ve VPP a DPP následující význam:

- čekací doba** znamená čekací dobu stanovenou v příslušných VPP, DPP nebo v pojistné smlouvě, která začíná běžet ode dne počátku pojištění, jeho změny nebo prodloužení pojistné doby,
- den konce pojištění** znamená den uvedený jako den konce pojištění v pojist-

né smlouvě, nejpozději však výroční den pojištění v roce, ve kterém se pojištěný dožije věku, do kterého může být pojištění podle příslušných VPP či DPP nejdéle sjednáno,

den počátku pojištění znamená den uvedený v pojistné smlouvě jako den počátku pojištění; není-li den počátku pojištění v pojistné smlouvě uveden, je dnem počátku pojištění první den kalendářního měsíce následujícího po měsíci, ve kterém byla uzavřena pojistná smlouva,

nemoc znamená stav organismu, který ohrožuje zdraví nebo život pojištěného a vyžaduje nebo vyžadoval lékařské ošetření,

odkupné znamená část nespotřebovaného pojistného ukládanou pojistitelem jako technickou rezervu vypočtenou pojistně matematickými metodami k datu zániku pojištění,

oprávněná osoba znamená osobu, které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění; oprávněnou osobou je i obmyšlený,

obmyšlený znamená oprávněnou osobu, které vznikne právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného a která je uvedena v pojistné smlouvě, případně stanovena podle příslušných ustanovení občanského zákoníku,

plnění z pojištění znamená finanční plnění poskytnuté pojistitelem z titulu pojistného plnění, odkupného nebo z titulu výplaty jiného příjmu z pojištění či připojištění, který není pojistným plněním a nezakládá zánik pojistné smlouvy, realizované na žádost pojistníka,

pojistná částka znamená částku dohodnutou v pojistné smlouvě, ze které se stanoví výše pojistného plnění v případě pojistné události,

pojistná smlouva znamená smlouvu uzavřenou mezi pojistitelem a pojistníkem, ve které se pojistitel zavazuje v případě vzniku pojistné události vyplatit pojistné plnění ve sjednaném rozsahu a pojistník se zavazuje platit pojistiteli pojistné,

pojistník znamená osobu uvedenou jako pojistník v pojistné smlouvě, která uzavřela pojistnou smlouvu s pojistitelem,

pojištěný znamená fyzickou osobu uvedenou jako pojištěný (případně první pojištěný či další pojištěný) v pojistné smlouvě, na jejíž život, zdraví nebo jinou hodnotu pojistného zájmu se pojištění vztahuje,

první pojištěný znamená pojištěného, který je jako první pojištěný uveden v pojistné smlouvě,

sazebník poplatků znamená aktuální sazebník nebo přehled poplatků a parametrů pojištění, který je k nahlédnutí na webových stránkách www.cpp.cz,

škodná událost znamená událost, která by mohla být důvodem vzniku práva na pojistné plnění,

úraz znamená neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného, ke kterému došlo během trvání pojištění a kterým bylo pojištěnému způsobeno tělesné poškození nebo smrt,

vinkulace znamená vázání výplaty pojistného plnění nebo jeho části na udělení souhlasu třetí osoby,

vstupní věk znamená rozdíl mezi kalendářním rokem, do kterého spadá den počátku pojištění a kalendářním rokem, v němž se pojištěný narodil,

výroční den znamená den, který se dnem a měsícem shoduje se dnem počátku pojištění.

Článek 18 – Závěrečná ustanovení

1. Pojištění i veškerá připojištění se řídí českým právním řádem.
2. Účastníci pojištění se zavazují řešit případné spory vyplývající z pojistného vztahu nejprve smírnou cestou. Stížnost na pojistitele či zprostředkovatele lze uplatnit písemně (poštou nebo e-mailem), telefonicky anebo osobně na kterémkoli obchodním místě pojišťovny. Není-li pojistník, pojištěný nebo obmyšlená osoba spokojena se stanoviskem pojistitele ke stížnosti, může stížnost postoupit dohledovému orgánu České národní bance, Na Příkopě 28, 115 03 Praha 1, (www.cnb.cz). Spory s pojistitelem lze řešit soudně nebo mimosoudně. V případě soudního řešení sporu lze návrh na rozhodnutí sporu uplatnit u příslušného soudu. Mimosoudně lze návrh na rozhodnutí sporu v případě neživotního pojištění podat České obchodní inspekci (www.coi.cz), nebo v případě životního pojištění finančnímu arbitrovi (www.finarbitr.cz).
3. Tyto všeobecné pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1. dubna 2018.

DOPLŇKOVÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO INVESTIČNÍ ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ ŠTÍTKO 0918

OBSAH

Úvodní ustanovení

- I. Všeobecná ustanovení
- II. Hlavní pojištění prvního pojištěného
- III. Připojištění závažných onemocnění a poranění prvního pojištěného
- IV. Úrazové připojištění prvního pojištěného
- V. Připojištění denního odškodného za pobyt v nemocnici z důvodu nemoci prvního pojištěného
- VI. Připojištění hospitalizace s doprovodem
- VII. Připojištění závislosti na péči II. - IV. stupně
- VIII. Připojištění příspěvku na pořízení zvláštní pomůcky
- IX. Připojištění pro případ ošetřování členem rodiny
- X. Připojištění zdravotní asistence prvního pojištěného
- XI. Připojištění pro případ smrti druhého nebo třetího pojištěného
- XII. Připojištění zproštění od placení pojistného druhého nebo třetího pojištěného

Závěrečná ustanovení

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Uvedené pojištění, které sjednává Česká podnikatelská pojišťovna, a. s., Vienna Insurance Group (dále jen „pojistitel“), se řídí příslušnými ustanoveními zákona č. 89/2012 Sb, občanského zákoníku (dále jen „občanský zákoník“), Všeobecnými pojistnými podmínkami pro pojištění osob PO0418 (dále jen „VPPPO“), těmito doplňkovými pojistnými podmínkami (dále jen „DPP“) a pojistnou smlouvou. Veškeré pojistné podmínky jsou součástí pojistné smlouvy. Ustanovení uvedených pojistných podmínek se týkají všech pojištěných osob, není-li dále uvedeno jinak.

I. VŠEOBECNÁ USTANOVENÍ

1. Výklad pojmů

V těchto pojistných podmínkách a v pojistné smlouvě se rozumí:

- a) **aktuálním věkem** věk pojištěného stanovený jako rozdíl mezi aktuálním kalendářním rokem a kalendářním rokem, ve kterém se pojištěný narodil,
- b) **akumulovaným dluhem** dluh pojistníka, který odpovídá výši neuhrazených poplatků, které nebylo možné uhradit z účtu z důvodu jeho nedostačité výše,
- c) **alokačním poměrem** procentní vyjádření rozdělení a umístění zaplaceného pojistného do jednotlivých portfolií,
- d) **bezeškolným obdobím** doba rozhodná pro připsání vytvořeného bonusu za bezeškolný průběh ve prospěch podílového účtu vedeného u pojistné smlouvy, po kterou nedojde k výplatě pojistného plnění z žádného z rizik, které jsou zahrnuty, do výpočtu bonusu,
- e) **cenou podílové jednotky** hodnota jednotky v Kč vyhlášená pojistitelem nejméně jedenkrát týdně,
- f) **druhým nebo třetím pojištěným** vedlejší pojištěná osoba, kterou lze připojistit na vybrané druhy připojištění, a to jen v případě, že je pojištěn první pojištěný,
- g) **garantovaným fondem** fond, u něhož je růst ceny podílové jednotky garantován ve výši uvedené v Přehledu,
- h) **hlavním pojištěním** pojištění prvního pojištěného pro případ smrti nebo dožití se stanoveného věku,
- i) **hodnotou podílového účtu** součet počtu podílových jednotek jednotlivých portfolií vedených na podílovém účtu vynásobený jejich prodejní cenou,
- j) **individuální alokací** možnost volby rozdělení pojistného do jednotlivých portfolií z nabídky pojistitele,
- k) **invaliditou** pokles schopnosti soustavně výdělečné činnosti z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, který odpovídá některému stupni invalidity s procentním ohodnocením definovaným v platném zákoně o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů,
- l) **investičním rizikem** skutečnost, že vývoj ceny podílových jednotek v průběhu pojištění kolísá a výsledná hodnota účtu v den konce pojistné smlouvy nemůže být pojistitelem nijak garantována. Pojistník, který určuje pojistiteli alokaci hrazeného pojistného, tedy nese jako jediný za toto investiční riziko plnou odpovědnost,
- m) **koncem / zánikem připojištění** 00:00 hodin dne, ke kterému zaniká pouze příslušné pojištěné riziko; ostatní dohodnutá pojištěná rizika zůstávají v platnosti,
- n) **mimořádným pojistným** běžné pojistné uhrazené pojistníkem najednou v libovolném pojistném období nad rámec pravidelně placeného běžného pojistného dohodnutého v pojistné smlouvě,
- o) **nákupní cenou podílové jednotky** cena, kterou pojistitel použije při přepočtu zaplaceného běžného pojistného nebo mimořádného pojistného na podílové jednotky (dále jen „nákup“),
- p) **oceňovacím dnem** den, ke kterému pojistitel zveřejňuje aktuální hodnotu nákupní a prodejní ceny podílových jednotek jednotlivých portfolií,
- q) **podílovou jednotkou** jednotka připisovaná na podílový účet a nakoupená za aktuální cenu za pojistné zaplacené pojistníkem, vyjadřuje podíl na hodnotě daného portfolia,

- r) **podílovým účtem** (dále jen „účet“) individuální účet vedený pojistitelem ke konkrétní pojistné smlouvě, který je tvořen podílovými jednotkami jednotlivých portfolií,
- s) **pojistným rokem** rok, který počíná běžet vždy ve výroční den pojištění a končí jeden den před následujícím výročním dnem pojištění,
- t) **pojistným rizikem / rizikovým pojištěním** jeden z možných druhů pojistného nebezpečí sjednaného v rámci pojištění či připojištění (dále jen „riziko“),
- u) **poplatkem** srážka z podílového účtu určená na krytí rizikového pojistného za pojištění či připojištění včetně případné rizikové přírážky, na úhradu pořizovacích nákladů pojištění, nákladů za vedení účtu, inkasních nákladů a na úhradu ostatních nákladů souvisejících s investičním pojištěním (např. za provedené jednorázové úkony apod.) dle platného Přehledu,
- v) **portfoliem** jakýkoli investiční instrument v nabídce pojistitele na alokaci pojistného,
- w) **pořizovacími náklady** pojištění náklady související se sjednáním smlouvy, se změnou výše pojistného,
- x) **prodejní cenou podílové jednotky** cena, za kterou pojistník podílové jednotky pojistiteli prodává,
- y) **portfoliem životního cyklu** soubor 11 různých rizikových investičních nástrojů. Počínaje 10. rokem před koncem pojistné smlouvy se hodnota podílového účtu automaticky k výročnímu dni pojištění rok co rok postupně převádí do portfolií, ve kterých se stále zvyšuje poměr konzervativních investic,
- z) **Přehledem poplatků a parametrů pojištění pro Investiční životní pojištění ŠTÍTKO** (dále jen „Přehled“) specifikace jednotlivých poplatků, účtovaných pojistitelem v souvislosti se sjednáním a správou pojistné smlouvy a dalších parametrů pojištění,
- aa) **teroristickým útokem** se rozumí násilné jednání motivované politicky, sociálně, ideologicky nebo nábožensky se záměrem ovlivnit jakoukoliv vládu nebo zastrašit veřejnost,
- bb) **zahrnutím** dodatečně sjednání připojištění v době trvání pojištění,
- cc) **pojistným měsícem** měsíc, který začíná číselným vyjádřením dne počátku pojištění a končí o měsíc později den před číselným vyjádřením dne počátku. Dvanáct pojistných měsíců tvoří pojistný rok. V případě, že je počátek pojištění prvního v měsíci, tak je pojistný měsíc roven měsíci kalendářnímu,
- dd) **karenční dobou** – minimální počet dnů uvedený v pojistné smlouvě od vzniku pojistné události, za které pojistitel neposkytuje pojistné plnění, popřípadě, který musí uplynout, aby vzniklo právo na pojistné plnění,
- ee) **oceňovacími tabulkami** – dokumenty pojistitele, které obsahují zásady plnění pojistitele za trvalé následky úrazu a za dobu nezbytného léčení úrazu. Dokumenty jsou k nahlédnutí na webových stránkách www.cpp.cz.

2. Druhy pojištění

V pojistné smlouvě lze sjednat:

a) pro první pojištěnou osobu - dítě

- pojištění pro případ smrti nebo dožití se stanoveného věku (dále jen „hlavní pojištění“) a dále doplňková připojištění:
 - závažných onemocnění a poranění
 - úrazové včetně zlomenin
 - denního odškodného za pobyt v nemocnici z důvodu nemoci
 - hospitalizace s doprovodem
 - závislosti na péči II. - IV. stupně
 - příspěvku na pořízení zvláštní pomůcky
 - pro případ ošetřování členem rodiny
 - zdravotní asistence

b) pro druhou a třetí pojištěnou osobu – dospělé osoby doplňková připojištění:

- pro případ smrti
 - zproštění od placení pojistného z důvodu přiznání invalidního důchodu pro nejvyšší stupeň invalidity nebo smrti.
- Samostatně lze sjednat pouze hlavní pojištění. Doplňková připojištění prvního pojištěného a dalších pojištěných osob lze sjednat jen při existenci minimálně hlavního pojištění první pojištěné osoby. Jednou smlouvou může být pojištěno jedno dítě a připojištěny mohou být současně nejvýše dvě dospělé osoby.

3. Vznik a doba trvání pojištění

- a) Počátek pojištění je v 00:00 hodin dne uvedeného v pojistné smlouvě jako počátek pojištění.
- b) Hlavní pojištění končí (tj. zaniká účinnost pojistné smlouvy a tím všechna platná pojištěná rizika) v 00:00 hodin výročního dne v kalendářním roce, ve kterém se první pojištěný dožije věku dohodnutého v pojistné smlouvě (dále jen „konec pojistné smlouvy“). Konec pojistné smlouvy může být sjednán maximálně ve výroční den pojištění v kalendářním roce, ve kterém se první pojištěný dožije 26 let věku.
- c) Minimální doba pojištění je 5 let.
- d) Minimální vstupní věk
 - prvního pojištěného je 0 let, maximální 14 let včetně,
 - druhého a třetího pojištěného je 18 let, maximální 69 let včetně.
- e) Pojistníkem může být pouze osoba starší 18 let.

4. Kratší pojistná doba

- V pojistné smlouvě u doplňkového připojištění hospitalizace s doprovodem a u připojištění pro případ ošetřování členem rodiny (v rámci tohoto článku dále jen „připojištění“) je možné dohodnout kratší pojistnou dobu, než je doba pojištění sjednaná v pojistné smlouvě. Při sjednání pojistné smlouvy lze pojistnou dobu vyjmenovaných rizik sjednat jen na celé roky. Kratší pojistnou dobu lze zvolit pouze tak, aby konec tohoto připojištění nastal nejpozději v den, který je sjednán v pojistné smlouvě jako konec pojistné smlouvy, nejdéle však do výročního dne pojištění v roce, ve kterém se příslušný pojištěný dožije věku, do kterého může mít dané riziko nejdéle pojištěno. Tento věk je uveden u jednotlivých připojištění v DPP dále.
- Pokud nebyla na pojistné smlouvě při jejím sjednání kratší pojistná doba pro dané riziko stanovena, pak je toto připojištění sjednáno do konce pojistné smlouvy, nejdéle však do výročního dne pojištění v roce, ve kterém se příslušný pojištěný dožije věku, do kterého může mít dané riziko nejdéle pojištěno.
- Pokud byla při sjednání nebo změně smlouvy zvolena pojistná doba delší, než je pro toto připojištění možná, připojištění zanikne ve výroční den pojištění v roce, ve kterém se příslušný pojištěný dožije věku, do kterého může mít dané riziko nejdéle pojištěno.
- Připojištění s kratší pojistnou dobou zaniká v 00:00 hodin dne následujícího po dohodnutém konci. Pojistné za toto riziko automaticky navýší pojistné na hlavní pojištění prvního pojištěného. Výše celkového lhůtního pojistného se tedy nemění. Od tohoto data pojistitel z účtu nestrhává měsíční poplatek za toto připojištění. Ostatní rizika pojištěná touto smlouvou zůstávají v platnosti.
- Pokud dojde k dodatečnému prodloužení kratší pojistné doby, uplatní pojistitel u pojistných událostí, které se staly po původně dohodnutém konci připojištění tohoto rizika, čekací dobu definovanou pro příslušné riziko. Tato čekací doba běží ode dne účinnosti změny dodatečného prodloužení kratší pojistné doby daného rizika.

5. Změny v pojistné smlouvě

- Pojistník může kdykoliv v průběhu pojištění požádat o změnu pojistníka. Se změnou pojistníka musí pojištěný vyjádřit písemný souhlas.
- Pojistník a pojistitel se mohou kdykoliv během trvání pojištění dále dohodnout na následujících změnách v pojistné smlouvě:
 - zvýšení nebo snížení pojistného na hlavní pojištění,
 - změně pojistných částek jednotlivých rizik,
 - zahrnutí, změně pojistné částky nebo dalších parametrů anebo vyloučení jednotlivých rizik,
 - změně četnosti placení pojistného, změna bude provedena k nejbližšímu pojistnému období tak, aby při nižší četnosti placení pojistného byl zachován pojistný rok pojištění,
 - zahrnutí, vyloučení nebo změnu osoby druhého nebo třetího pojištěného. Změny jsou účinné ode dne účinnosti dohody, přičemž tento den je vždy prvním dnem pojistného období stanoveného v pojistné smlouvě.
- Pojistitel změnu neprovede, pokud by výše pojistného po změně pojištění vedla dle předpokládaného vývoje hodnoty účtu po změně při nulovém zhodnocení podílových jednotek k zániku pojištění dle části I. článku 9. odst. a) těchto DPP.
- Pojistník může kdykoliv v průběhu pojištění požádat též o:
 - změnu alokačního poměru,
 - prodej podílových jednotek,
 - přesun podílových jednotek,
 - změnu procenta výnosu pro automatický přesun podílových jednotek,
 - převedení pojistné smlouvy do stavu bez placení pojistného,
 - predplacení pojistného.Změna bude provedena za podmínek stanovených v příslušných částích těchto DPP.

6. Povinnosti pojistitele, pojistníka a pojištěných osob

Pojistitel je povinen zveřejnit nejpozději 30 dnů před vyřazením kteréhokoliv portfolia z nabídky pojistníkovi potřebné informace a podmínky přesunu podílových jednotek, a to prostřednictvím internetových stránek www.cpp.cz.

7. Pojistné a pojistné období

- V pojistné smlouvě lze sjednat běžně placené pojistné, hrazené ročně, pololetně, čtvrtletně nebo měsíčně. Pojistné lze hradit bankovním převodem, a to na účet pojistitele uvedený v pojistné smlouvě.
- Uhrazené pojistné (včetně předplaceného) se použije na nákup podílových jednotek portfolií dle dohodnutého alokačního poměru, je-li hodnota podílového účtu kladná, nebo na úhradu akumulovaného dluhu (dále jen „platný alokační poměr“).
- Pojistník může předplatit běžné pojistné nejvýše na 2 roky, nejdéle však do konce pojistné smlouvy. Předplacení je povinen pojistník písemně oznámit pojistiteli před zaplacením. Pokud pojistník tuto povinnost nesplní a pojistné zaplatí, je pojistitel oprávněn takto zaplacené pojistné pojistníkovi vrátit jako přeplatek pojistného.
- Pojistitel má právo na pojistné a poplatky od počátku pojištění do konce pojistného období, v němž došlo k jeho zániku, a dále na jednorázové poplatky stanovené dle platného Přehledu související se skutečností iniciovanými pojistníkem, které nebyly k datu zániku uhrazeny (dále jen „neuhrazené poplatky“). Pojistné, které bylo použito k nákupu podílových jednotek, i pokud bylo předplaceno, však odchýlně od článku 5 VPPPO náleží pojistiteli vždy celá.

- Nastala-li pojistná událost z důvodu úmrtí pojištěného a tím došlo k zániku jeho pojištění či připojištění, náleží pojistiteli běžné pojistné i poplatky za pojištěná rizika, a to do konce pojistného období, v němž tato pojistná událost nastala. Pojistné, které bylo použito k nákupu podílových jednotek, i pokud bylo předplaceno, však odchýlně od článku 5 VPPPO náleží pojistiteli vždy celá.
- K automatickému navýšení pojistného za hlavní pojištění prvního pojištěného dojde:
 - při zániku připojištění smrti, ke kterému dojde ve výroční den pojištění v roce, ve kterém se druhý nebo třetí pojištěný dožije věku 70 let,
 - při zániku připojištění závažných onemocnění či poranění, připojištění závislosti na péči II. – IV. stupně po pojistné události,
 - při zániku připojištění hospitalizace s doprovodem, připojištění ošetřování členem rodiny dnem konce tohoto připojištění ve výroční den pojištění, ve kterém se první pojištěný dožije věku dohodnutého v pojistné smlouvě nebo ve výroční den pojištění v roce, ve kterém se první pojištěný dožije věku 18 let, pokud nastane dříve.Pojistné za hlavní pojištění bude v těchto případech navýšeno o pojistné za zaniklé připojištění. Výše celkového lhůtního pojistného se tedy nemění.
- Pojistník má kromě placení běžného pojistného možnost zaplatit mimořádné pojistné, a to na speciální účet uvedený v pojistné smlouvě.
- Pokud dojde ke změně pojistné částky, změně parametrů rizika, zahrnutí nového nebo vyloučení pojištěného rizika, s výjimkou případů uvedených v odst. f) tohoto článku, stanoví pojistitel od data účinnosti změny novou výši pojistného, není-li v žádosti pojistníka uvedeno jinak.
- Je-li v pojistné smlouvě sjednáno pojištění a není-li zároveň na pojistné smlouvě uvedena pojistná částka, varianta pojištění nebo karenční doba, pak pojistitel upraví výši pojistného za dané pojištění ustanovením těchto DPP týkajících se příslušného pojištění na sjednané druhy pojištění a základního pojištění tak, aby zůstalo zachováno lhůtní pojistné. Tuto změnu pojistitel oznámí pojistníkovi na pojistce.

8. Mimořádné pojistné

- Pojistník může v době trvání pojištění, nejdříve však v den, kdy mu byla vystavena pojistka, zaplatit mimořádné pojistné, a to na speciální účet uvedený v pojistné smlouvě. Minimální výše mimořádného pojistného činí 1 000 Kč. Pojistné se považuje za zaplacené, pokud je připsáno na bankovní účet pojistitele a je opatřeno potřebnými identifikačními znaky. Uhrazené pojistné se použije na nákup podílových jednotek portfolií dle platného nebo při platbě určeného alokačního poměru, pokud je hodnota účtu kladná.
- Pokud běžné pojistné není uhrazeno do data jeho splatnosti, je z mimořádného pojistného vyrovnáno nejprve nezaplacené již splatné běžné pojistné.
- Mimořádné pojistné, které bylo použito k nákupu podílových jednotek, není možné použít na úhradu dlužného pojistného.
- Pojistník určí alokační poměr pro umístění mimořádného pojistného dle části II. článku 8. těchto DPP.
- Pojistitel je oprávněn platbu mimořádného pojistného pojistníkovi vrátit, a to bez udání důvodu.
- Pojistitel má právo omezit nákup podílových jednotek mimořádného pojistného do Garantovaného fondu.

9. Zánik pojištění a důsledky neplacení pojistného, zánik připojištění dalších pojištěných osob

- Počínaje sedmým rokem trvání pojištění nebo je-li pojištění ve stavu bez placení pojistného, zanikne pojištění kromě způsobů zániku pojištění uvedených v článku 11 VPPPO také tehdy, nestací-li hodnota účtu k úhradě poplatků ve smyslu části II. článku 9. těchto DPP.
- Nebylo-li pojistné na další pojistné období uhrazeno do lhůty stanovené pojistitelem v pomínce o zaplacení dlužného pojistného nebo jeho části (dále jen „upomínka“), pak:
 - v 00:00 hodin prvního dne v pojistném měsíci následujícím po uplynutí lhůty, jejímž uplynutím by pojištění zaniklo pro neplacení pojistného, přechází pojistná smlouva do stavu bez placení pojistného, jestliže hodnota účtu ke dni přechodu pojištění do stavu bez placení pojistného, snížená o dosud neuhrazené poplatky, postačuje na úhradu poplatků splatných v následujícím pojistném měsíci,
 - pokud hodnota účtu snížená o dosud neuhrazené poplatky nepostačuje na úhradu poplatků splatných v následujícím pojistném měsíci, pojištění zanikne uplynutím lhůty stanovené v pomínce.
- Všechna připojištění druhého či třetího pojištěného dále zanikají
 - v 00:00 hodin dne počátku nejbližšího následujícího pojistného období po oznámení úmrtí druhého nebo třetího pojištěného,
 - dnem vyloučení či změny osoby druhého či třetího pojištěného.

10. Plnění pojistitele

- V případě, že se první pojištěný dožije sjednaného dne konce pojistné smlouvy, je osobou oprávněnou k přijetí pojistného plnění při dožití pojistník.
- Nedožije-li se první pojištěný sjednaného konce pojistné smlouvy, vyplácí pojistitel pojistné plnění oprávněným osobám dle § 2831 občanského zákoníku. Zemře-li první pojištěný v období po vzniku nároku na pojistné plnění z připojištění druhého resp. třetího pojištěného, které ještě nebylo vyplaceno, stává se toto plnění součástí dědického řízení po prvním pojištěném.

- c) Nedožije-li se druhý nebo třetí pojištěný sjednaného konce jeho připojištění pro případ smrti, vyplácí pojistitel pojistné plnění prvnímu pojištěnému, resp. jeho zákonnému zástupci nebo jiné oprávněné osobě.
 - d) Pro pojistné plnění denního odškodného za dobu léčení úrazu, za pobyt v nemocnici, za trvalé následky úrazu, za připojištění zlomenin, ze závažných onemocnění a poranění, z hospitalizace s doprovodem, z ošetřování členem rodiny, ze závislosti na péči II. – IV. stupně a z příspěvku na pořízení zvláštní pomůcky je osobou oprávněnou k přijetí pojistného plnění první pojištěný, resp. jeho zákonný zástupce nebo jiná oprávněná osoba.
 - e) Pojistitel je oprávněn pojistné plnění snížit o neuhrazené poplatky a případný akumulovaný dluh.
 - f) Při výplatě pojistného plnění z titulu dožití nebo z důvodu smrti kteréhokoliv pojištěného, při výplatě odkupného či při prodeji podílových jednotek v částce nad 10 000 Kč musí být žádost o výplatu opatřena identifikací osoby oprávněné k přijetí pojistného plnění či výplaty nebo podpisem této osoby ověřeným na obchodním místě pojistitele. Pojistitel může vyžadovat, aby žádost o výplatu byla opatřena ověřeným podpisem i u nižších částek.
 - g) Dojde-li k pojistné události v důsledku autonehody, musí tuto skutečnost první pojištěný, resp. jeho zákonný zástupce nebo jiná oprávněná osoba, doložit šetřením policie.
 - h) Pojistitel je oprávněn z pojistného plnění za smrt prvního pojištěného odečíst pojistná plnění z pojistných událostí, ke kterým došlo po dni úmrtí prvního pojištěného, a byly tak vyplaceny neoprávněně. Pojistitel má nárok na vrácení neoprávněně vyplaceného pojistného plnění nebo jeho části, které není možné odečíst z pojistného plnění za smrt prvního pojištěného.
 - i) Odmítne-li pojistitel pojistné plnění z některého připojištění z důvodů uvedených v článku 9 VPPPO, odmítnutím plnění pak toto připojištění zaniká bez finanční náhrady, ostatní pojištěná rizika zůstávají v platnosti.
 - j) Pojistné plnění z pojistné události, o které se pojistitel dozvěděl až po vyplacení pojistného plnění při dožití prvního pojištěného, jehož součástí byl do podílového účtu nepřipsaný bonus za bezeškodní průběh, bude o tento bonus sníženo.
 - k) Je-li v pojistné smlouvě sjednáno jakékoliv připojištění a není-li zároveň na pojistné smlouvě uvedena pojistná částka pro toto riziko, pak platí minimální pojistná částka pro toto riziko uvedená v příslušné části těchto DPP.
 - l) Odchylně od VPPPO článku 13, odst. 1, písm. a), se pojištění vztahuje na úraz nastalý v souvislosti s teroristickým útokem, a to v případě připojištění zprostředkovaného placení pojistného, závažných onemocnění a poranění, smrti úrazem, trvalých následků úrazu, zlomenin a zdravotní asistence. Teroristickým útokem se rozumí násilné jednání motivované politicky, sociálně, ideologicky nebo nábožensky se záměrem ovlivnit jakoukoliv vládu nebo zastrážit veřejnost. Pojistitel neposkytuje pojistné plnění, dojde-li k úrazu pojištěného v důsledku teroristického útoku v následujících zemích: Afghánistán, Alžírsko, Čadská republika, Egyptská arabská republika – Sinajský poloostrov, Irácká republika, Jemenská republika, Jižosúdánská republika, Kamerun, Demokratická republika Kongo, Libye, Malí (Maliská republika), Niger, Nigerijská federativní republika (Nigérie), Islámská republika Pákistán, Somálská federativní republika, Středoafriická republika, Súdánská republika, Sýrská arabská republika, a dále na území, které bylo vyhlášeno ministerstvem zahraničních věcí České republiky jako oblast se zvýšeným bezpečnostním rizikem v období, které předcházelo vycestování pojištěného do této oblasti. Pojistitel neposkytne pojistné plnění v případě, že se pojištěný aktivně podílel na teroristickém útoku či jeho přípravě.
 - m) Ustanovení článku 13, odst. 1, písm. k) bodu ii) VPPPO se neuplatňuje u poškození hlezenního, kolenního, kyčelního, loketního nebo ramenního kloubu nebo zápěstí, včetně měkkých kloubních struktur, které bylo pojištěnému diagnostikováno před počátkem pojištění a pro které byl pojištěný jakkoliv léčen před více jak sedmi lety před datem škodné události.
 - n) Odchylně od článku 13, odst. 1, písm. f) VPPPO pojistitel poskytne pojistné plnění z pojistných událostí vzniklých při provozování nebezpečných nebo rizikových sportů za podmínky, pokud pojištěný tuto činnost nevykonává v rámci organizací, jejichž převažující náplní je organizování tělovýchovné, branné, soutěžní nebo závodní činnosti, neúčastní se soutěží či závodů v této činnosti a nevykonává činnost za úplatu ve prospěch pojištěného, pravidelně či opakovaně.
- od počátku pojištění nebo
 - od posledního připsání bonusu do podílového účtu nebo
 - od výplaty pojistné události z některého z pojištěných rizik, která jsou zahrnuta do výpočtu bonusu.
- e) Při dožití se konce pojistné smlouvy vyplatí pojistitel pojistníkovi spolu s plněním při dožití i do podílového účtu doposud nepřipsaný bonus.

II. HLAVNÍ POJIŠTĚNÍ PRVNÍHO POJIŠTĚNÉHO

1. Hlavní pojištění pro případ smrti nebo dožití

- a) Hlavním pojištěním se v těchto DPP rozumí investiční životní pojištění prvního pojištěného pro případ smrti nebo dožití se dohodnutého věku (dále jen „hlavní pojištění“).
- b) Pojistná částka pro případ smrti je vždy 5 000 Kč. Tato pojistná částka je platná až do konce pojistné smlouvy.
- c) Pojistnou částku v případě dožití u hlavního pojištění pojistitel nestanovuje ani negarantuje. Pojistná částka je určena jako hodnota účtu v den konce pojistné smlouvy. Investiční riziko spočívá tedy plně na pojistníkovi, který rozhoduje o alokaci placeného pojistného.

2. Pojistné plnění pro případ smrti

- a) Zemře-li první pojištěný v době platnosti pojištění, nejpozději v 00:00 hodin dne, který byl stanoven jako konec pojistné smlouvy, vyplatí pojistitel:
 - pojistnou částku pro případ smrti nebo
 - hodnotu účtu ke dni úmrtí prvního pojištěného, je-li hodnota účtu ke dni úmrtí prvního pojištěného, navýšená o částky všech prodejů podílových jednotek realizovaných do dvou let před touto pojistnou událostí, vyšší než pojistná částka pro případ smrti, a to oprávněným osobám dle § 2831 občanského zákoníku.
- b) Zemře-li první pojištěný v důsledku události uvedených v článku 13 VPPPO s výjimkou uvedenou v části I. článku 10. těchto DPP a odstavci d) toho článku, vyplatí pojistitel oprávněné osobě hodnotu účtu ke dni úmrtí prvního pojištěného.
- c) Odchylně od článku 13 odst. 1 písm. i) VPPPO se pojištění vztahuje i na smrt, vyjma plnění z rizika smrti úrazem, následkem sebevraždy prvního pojištěného. Pojistitel v tomto případě vyplatí pojistné plnění ve výši odkupného.
- d) Kromě výluk stanovených ve VPPPO se pojištění pro případ smrti dále nevztahuje na smrt pojištěného, pokud nastala do tří měsíců ode dne počátku pojištění v důsledku zdravotních potíží, kterými pojištěný trpěl před uzavřením pojištění, a to ani tehdy, pokud o nich byl pojistitel informován při sjednávání či změně pojištění.
- e) Dohodnou-li se strany na jakémkoliv rozšíření rozsahu pojištění pro případ smrti pojištěného (včetně navýšení pojistné částky), běží ode dne účinnosti změny nová tříměsíční čekací doba; pro vyloučení pochybností se uvádí, že do uplynutí této čekací doby bude pojistné plnění poskytnuto za původních podmínek (tj. v užším rozsahu).

3. Pojistné plnění pro případ dožití

- a) Dožije-li se první pojištěný 00:00 hodin dne, který je stanoven jako sjednaný konec pojistné smlouvy, vyplatí pojistitel pojistné plnění při dožití ve výši hodnoty účtu ke dni konce pojistné smlouvy navýšené o doposud do podílového účtu nepřipsaný bonus za bezeškodní průběh, je-li vytvořen, a to pojistníkovi.
- b) Pojistník může nejdříve tři měsíce a nejpozději 30 dnů před koncem pojistné smlouvy písemně požádat pojistitele o odložení výplaty pojistného plnění v případě dožití.

4. Odklad výplaty pojistného plnění při dožití se konce pojistné smlouvy

- a) Pojistník může nejdříve tři měsíce a nejpozději 30 dnů před koncem pojistné smlouvy písemně požádat pojistitele o odložení výplaty pojistného plnění v případě dožití (dále jen „odklad“). Maximální doba odkladu je 3 roky. Odložení výplaty pojistného plnění lze provést tehdy, je-li hodnota účtu alespoň 10 000 Kč a pojistník nedluží pojistné.
- b) V době odkladu může pojistník požádat pojistitele pouze o přesun podílových jednotek mezi jednotlivými portfolii z nabídky pojistitele a změnit procento výnosu pro automatický přesun podílových jednotek.
- c) Po dobu odkladu je z podílového účtu hrazen pouze měsíční poplatek za vedení účtu a případné jednorázové poplatky dle platného Přehledu.
- d) Pojistník může kdykoli v době odkladu požádat pojistitele o výplatu pojistného plnění. Pojistitel vyplatí hodnotu účtu ke dni doručení žádosti pojistiteli, nejpozději však k poslednímu dni odkladu, navýšenou o doposud do podílového účtu nepřipsaný bonus za bezeškodní průběh, je-li vytvořen, a to pojistníkovi.

5. Investiční riziko a investiční portfolia

- a) Pojistník při sjednání pojistné smlouvy volí alokaci až do pěti fondů z nabídky pojistitele či alokaci do portfolia životního cyklu.
- b) Podle svého zaměření představují jednotlivá portfolia různé druhy investic, které se od sebe liší předpokládanými i dosaženými výnosy a mírou investičního rizika. Předchozí výkonnost portfolia nezaručuje stejnou výkonnost v období budoucím.
- c) Cena podílových jednotek jednotlivých portfolií z nabídky pojistitele není garantována a určuje ji odpovídající segment finančního trhu. Výjimkou je garantovaný fond, kde růst ceny podílové jednotky je garantován ve výši minimálně 0,1 % p. a. Aktuální výše zhodnocení je pojistitelem vyhlášena

11. Bonus za bezeškodní průběh pojištění

- a) Za každý kalendářní rok, ve kterém nedošlo k vyplacení pojistné události, může pojistitel tvořit bonus za bezeškodní průběh (dále jen „bonus“), který odpovídá části poplatků za vybraná připojištění. Výše bonusu se stanoví jako procentní podíl z poplatků za rizika, která jsou zahrnuta do výpočtu bonusu. Výše procenta a rizika pro výpočet bonusu jsou stanoveny v platném Přehledu.
- b) Trvá-li bezeškodné období alespoň dobu uvedenou v Přehledu a pojistná smlouva je v platnosti, pak pojistitel počátkem následujícího kalendářního roku připsá vytvořený bonus na podílový účet vedený u pojistné smlouvy, a to formou zvýšení počtu podílových jednotek podle aktuálně platného alokačního poměru a bonus tímto vynuluje. Podílové jednotky budou připsány za prodejní cenu.
- c) Dojde-li k výplatě pojistného plnění z některého z pojištěných rizik, která jsou zahrnuta do výpočtu bonusu, pak nárok na vyplacení vytvořeného, ale doposud do podílového účtu nepřipsaného bonusu zaniká (nuluje se). Totéž platí v případě předčasného zániku pojistné smlouvy před dohodnutým koncem pojistné smlouvy.
- d) Bezeškodné období běží:

v platném Přehledu.

- d) Investiční riziko nese po dobu trvání pojištění plně pojištěník.
- e) Počet podílových jednotek na účtu určuje podíl pojištěníka na hodnotě daného portfolia. Vlastnictvím podílových jednotek nevzniká pojištěníkovi žádné další právo na ostatní aktiva tohoto portfolia.
- f) Pojišťitel si vyhrazuje právo na vyřazení, zrušení, sloučení či náhradu portfolií (dále jen „změna portfolia“) během trvání pojištění. Tuto změnu je pojišťitel povinen zveřejnit alespoň jeden měsíc před změnou portfolia a sdělit pojištěníkovi podmínky přesunu podílových jednotek z vyřazeného do pojištěním stanoveného portfolia, a to prostřednictvím internetových stránek www.cpp.cz. Pojišťitel ke dni změny portfolia přesune aktuálně držené podílové jednotky portfolia a zároveň upraví alokační poměr pro nově zaplacené pojištění, a to do fondů či portfolií s obdobnou strategií investování. Pokud pojištěník sdělí pojišťiteli svůj nesouhlas s touto změnou nejpozději do jednoho měsíce ode dne, kdy se o ní dozvěděl nebo mohl dozvědět, zaniká pojištění ke dni změny portfolia. Tímto není dotčeno právo pojištěníka na přesun podílových jednotek dle části II. článku 13a. těchto DPP či změnu alokačního poměru dle části II. článku 8. těchto DPP.
- g) Náklady na přesun podílových jednotek v případě vyřazení, zrušení, sloučení či náhrady portfolia z nabídky hradí pojišťitel.
- h) Hodnota účtu je při tomto přesunu zachována.

6. Oceňování portfolií a cena podílové jednotky

- a) Ceny podílových jednotek portfolií z nabídky pojištěitele budou zveřejňovány nejméně jednou týdně.
- b) Podíly na výnosech se k hodnotě účtu nepřipisují. Výnosy z investic dosažené v daném portfoliu zvyšují cenu podílové jednotky.
- c) Správce resp. obhospodařovatel portfolia je oprávněn odečítat z hodnoty portfolia náklady související s řízením portfolia, nákupem a prodejem prostředků.
- d) Pojišťitel má právo stanovit rozdíl mezi nákupní a prodejní cenou podílových jednotek.
- e) Nákupní a prodejní cena zveřejněná v oceňovací den je zpětně platná do data předchozího dne oceňování.

7. Portfolio životního cyklu

- a) Portfolio životního cyklu není možné kombinovat s investováním běžného nebo mimořádného pojištění do dalších fondů či portfolií.
- b) Portfolio životního cyklu obsahuje 11 portfolií s různými druhy investic, které se od sebe liší předpokládánými i dosaženými výnosy a mírou investičního rizika. Pokud je doba pojištění delší než 10 let, je pojištění investováno do rizikovějšího portfolia životního cyklu č. 11 s možností vyššího zhodnocení. Počínaje 10. rokem před koncem pojištění smlouvy se pak hodnota účtu automaticky postupně převádí do portfolií, ve kterých se stále zvyšuje poměr konzervativních investic, dle následující tabulky:

Název	Počet celých let do konce pojištění smlouvy
portfolio životního cyklu č. 11	více než 10 let
portfolio životního cyklu č. 10	10
portfolio životního cyklu č. 9	9
portfolio životního cyklu č. 8	8
portfolio životního cyklu č. 7	7
portfolio životního cyklu č. 6	6
portfolio životního cyklu č. 5	5
portfolio životního cyklu č. 4	4
portfolio životního cyklu č. 3	3
portfolio životního cyklu č. 2	2
portfolio životního cyklu č. 1	1 (poslední rok)

Pokud je doba pojištění při sjednání pojištění smlouvy kratší než 10 let, je pojištění investováno do portfolia životního cyklu odpovídajícímu počtu let do konce pojištění smlouvy. Ve výroční den pojištění se pak hodnota účtu automaticky postupně převádí do portfolií, ve kterých se stále zvyšuje poměr konzervativních investic, dle uvedené tabulky.

- c) Automatická změna je účinná vždy k výročnímu dni pojištění. Touto změnou dojde k přesunu všech podílových jednotek portfolia životního cyklu (za prodejní cenu podílových jednotek platnou v tento den) do příslušné nižší úrovně a ke změně alokačního poměru.
- d) Pojištěník má během pojištění doby možnost:
 - 1) zrušit automatický přesun podílových jednotek a automatickou změnu alokačního poměru (tzv. „vypnout“ portfolio životního cyklu). Pojištěník může požádat o přesun všech podílových jednotek do portfolií dle nabídky pojištěitele, a to současně se změnou alokačního poměru. Změna bude účinná následující den po datu provedení změny a bude realizována nejpozději do 14 dnů po doručení žádosti pojištěníkem, nejdříve však tři pracovní dny následující po doručení žádosti.
 - 2) obnovit automatický přesun podílových jednotek a automatickou změnu alokačního poměru (tzv. „zapnout“ portfolio životního cyklu). Touto změnou dojde k přesunu všech podílových jednotek do příslušného portfolia životního cyklu dle algoritmu a ke změně alokačního poměru (tj. alokace do portfolia životního cyklu musí být 100 %). Změna bude účinná k datu provedení změny a bude realizována nejpozději do 14 dnů po doručení žádosti pojištěníkem, nejdříve však tři pracovní dny následující po doručení žádosti.

8. Alokační poměry

- a) Pojištěník při sjednání pojištění smlouvy volí:
 - alokaci do Portfolia životního cyklu nebo
 - v rámci individuální alokace stanoví pojištěník alokační poměr pro rozdělení běžného pojištění do jednotlivých portfolií z nabídky pojištěitele. Pojištěník stanoví alokační poměr s volbou po 5 procentech. Pojištění je možné investovat maximálně do 5 portfolií z aktuální nabídky pojištěitele. Pokud není na pojištění smlouvě při jejím sjednání určen alokační poměr nebo vybrané Portfolium životního cyklu, pak se má za to, že byl sjednán alokační poměr 100 % pojištění do garantovaného fondu. Pokud však součet uvedených alokačních poměrů přesáhne 100 %, postupuje pojišťitel tak, jako kdyby alokační poměr určen nebyl, a pojištění bude investováno do zvolených fondů nebo portfolií rovným dílem. Pokud součet uvedených alokačních poměrů je menší než 100 %, postupuje pojišťitel tak, jako kdyby alokační poměr určen nebyl, a pojištění bude investováno do zvolených fondů nebo portfolií rovným dílem.
- b) Nákup podílových jednotek za běžné a mimořádné pojištění se realizuje nejpozději jeden den po oceňovacím dni následujícím po zaplacení tohoto pojištění za předpokladu, že byla vystavena pojistka a nastal počátek pojištění, a to za cenu platnou k tomuto dni.
- c) Pojištěník může kdykoli během pojištění doby požádat o změnu alokačního poměru pro budoucí platby pojištění. Změna bude účinná následující den po datu provedení změny a bude realizována nejpozději do 14 dnů po doručení žádosti pojištěníkem.
- d) Investované běžné pojištění je umístěno vždy podle aktuálně platného alokačního poměru, pokud je hodnota účtu kladná. Mimořádné pojištění se použije na nákup podílových jednotek portfolií dle platného nebo při platbě určeného alokačního poměru.
- e) Mimořádné pojištění lze investovat odlišně od platného alokačního poměru vyplněním specifického symbolu příslušného portfolia, který je uveden na pojištění smlouvě. Jestliže není u platby mimořádného pojištění specifický symbol uveden nebo je chybně, pak je investováno podle platného alokačního poměru, pokud je hodnota účtu kladná pro běžné pojištění.
- f) Mimořádné pojištění nelze investovat odlišně od platného alokačního poměru v případě, že je běžné pojištění investováno do portfolia životního cyklu.
- g) Jestliže účet nestačí na úhradu poplatků, je na pojištění smlouvě evidován akumulovaný dluh. Zaplacené běžné i mimořádné pojištění je nejprve použito na úhradu tohoto dluhu.
- h) U běžného nebo mimořádného pojištění, které již bylo investováno, nelze zpětně měnit alokační poměr.

9. Podílový účet

- a) Rezerva pojištění je vedena formou podílového účtu. Podílový účet (dále jen „účet“) je tvořen nakoupenými podílovými jednotkami jednotlivých portfolií z nabídky pojištěitele.
- b) Navýšení účtu o podílové jednotky jednotlivých portfolií se uskutečňuje po zaplacení běžného nebo mimořádného pojištění. Počet podílových jednotek bude určen na základě nákupní ceny.
- c) Z účtu se odečítají poplatky podle platného Přehledu definované v části II. článku 10. těchto DPP.
- d) V prvních šesti letech trvání pojištění nemusí účet postačovat na úhradu všech poplatků. Pokud účet nestačí na úhradu poplatků, eviduje pojišťitel akumulovaný dluh, který je dluhem pojištěníka, a pojišťitel je oprávněn tento akumulovaný dluh započítat vůči vyplácenému pojištěnímu plnění.

10. Poplatky

- a) Pojišťitel jedenkrát v každém pojištěním měsíci sníží hodnotu účtu
 - o poplatky za pojištěná rizika všech pojištěných osob včetně poplatku za připojištění pro případ smrti a připojištění zproštění od placení pojištění druhého i třetího pojištěného navýšeného o případnou rizikovou přírůžku, a to dle aktuálního věku příslušného pojištěného,
 - dále pak o poplatky na úhradu pořizovacích nákladů pojištění, poplatků za vedení účtu, poplatků za správu portfolií, inkasní poplatků a jednorázové poplatky za vyjmenované úkony provedené na pojištění smlouvě v průběhu pojištění dle platného Přehledu.
- b) Poplatky se uhrazují z účtu formou snížení počtu podílových jednotek. V případě, že jsou podílové jednotky umístěny ve více portfoliích, bude snížení počtu podílových jednotek realizováno úměrně k hodnotě podílových jednotek v jednotlivých portfoliích.
- c) Výše poplatků je uvedena v Přehledu, který je platný k datu zaúčtování poplatku nebo provedení úkonu na pojištění smlouvě. Pojišťitel je oprávněn během trvání pojištění Přehled aktualizovat. Pojištěník má právo do Přehledu nahlížet.
- d) Poplatek na úhradu průběžných nákladů (po změně) bude strháván po dobu stanovenou v Přehledu. Do výše tohoto poplatku se rozpočítají i dosud z podílového účtu nestržené poplatky na úhradu počátečních a průběžných nákladů.
- e) Pojištěník podpisem pojištění smlouvy bere na vědomí, že kromě poplatků, které strhává pojišťitel podle platného Přehledu, náleží správci resp. obhospodařovateli investičních instrumentů poplatek související s jejich správou. Tento poplatek je strháván z hodnoty investičního instrumentu, je tedy započítán do ceny podílové jednotky vyhlášené pojištěním. Poplatky stanovené v prospektu investičního instrumentu, kromě poplatku souvisejícího se správou či s obhospodařováním investičního instrumentu (dále jen „správou“), se na pojištění smlouvu nevztahují.

11. Podíl na zisku

Pojistitel může u investic do garantovaného fondu přiznat podíl na zisku. Zisk se připisuje formou zvýšení počtu podílových jednotek příslušného fondu.

12. Prodej podílových jednotek

- Pojistník má právo požádat pojistitele o prodej části podílových jednotek z účtu až do výše kladné hodnoty účtu ponižené o poplatek za prodej podílových jednotek dle platného Přehledu za podmínky, že tímto prodejem části podílových jednotek nedojde dle předpokládaného vývoje hodnoty účtu po prodeji při nulovém zhodnocení (po uplynutí období, ve kterém může být pojistitelem evidován akumulovaný dluh) k zániku pojištění dle části I. článku 9. odst. a) těchto DPP. Je-li pojištění ve stavu bez placení pojistného, pak má pojistník právo požádat pojistitele o prodej části podílových jednotek z účtu až do výše kladné hodnoty účtu ponižené o poplatek za prodej podílových jednotek dle platného Přehledu za podmínky, že v následujícím měsíci nedojde dle předpokládaného vývoje hodnoty účtu po prodeji při nulovém zhodnocení k zániku pojištění dle části I. článku 9. odst. a) těchto DPP.
- Výplata bude provedena nejpozději do 30 dnů po prokazatelném doručení žádosti pojistiteli, nejdříve však tři pracovní dny následující po doručení žádosti.
- Prodej podílových jednotek pojistitel realizuje snížením počtu podílových jednotek z účtu, které odpovídají požadované hodnotě prodeje v Kč, a to za prodejní cenu platnou k datu provedení žádosti pojistníka v informačním systému pojistitele.
- Pojistník může pojistitele písemně požádat o prodej podílových jednotek z jednoho konkrétního portfolia. Prodej podílových jednotek lze realizovat až do výše kladné hodnoty účtu ponižené o poplatek za prodej podílových jednotek dle platného Přehledu za podmínky, že tímto prodejem části podílových jednotek nedojde dle předpokládaného vývoje hodnoty účtu po prodeji při nulovém zhodnocení (po uplynutí období, ve kterém může být pojistitelem evidován akumulovaný dluh) k zániku pojištění dle části I. článku 9. odst. a) těchto DPP, maximálně však do výše kladné hodnoty konkrétního portfolia. Je-li pojištění ve stavu bez placení pojistného, pak má pojistník právo požádat pojistitele o prodej části podílových jednotek z jednoho konkrétního portfolia až do výše kladné hodnoty účtu ponižené o poplatek za prodej podílových jednotek dle platného Přehledu za podmínky, že v následujícím měsíci nedojde dle předpokládaného vývoje hodnoty účtu po prodeji při nulovém zhodnocení k zániku pojištění dle části I. článku 9. odst. a) těchto DPP, maximálně však do výše kladné hodnoty konkrétního portfolia.
- V případě, že jsou podílové jednotky umístěny ve více portfoliích a pojistník neupřesnil, z jakého portfolia požaduje jednotky prodat, bude snížení počtu podílových jednotek realizováno úměrně k hodnotě podílových jednotek v jednotlivých portfoliích.
- Minimální výše výplaty je **3 000 Kč**.
- Pokud pojistník požaduje prodej podílových jednotek vyšší, než je částka definovaná v odst. a) nebo v odst. d) tohoto článku, pak pojistitel vyplatí nejvyšší možnou částku stanovenou podle těchto ustanovení.
- Prodej části podílových jednotek nemá vliv na sjednané parametry hlavního pojištění, ale může ovlivnit výši pojistného plnění při smrti prvního pojištěného.
- Příjem pojistníka z prodeje části podílových jednotek je jiným příjmem z pojištění osob, který není pojistným plněním a nezakládá zánik pojistné smlouvy.

13. Přesun podílových jednotek

13a. Přesun podílových jednotek na žádost

- Pojistník může během trvání pojištění požádat o přesun části nebo všech podílových jednotek mezi jednotlivými portfolii uvedenými v aktuální nabídce pojistitele.
- Pojistník může požádat o přesun podílových jednotek vyjádřený z počtu podílových jednotek k datu provedení v celých procentech (dále jen „celé procento“), v kusech nebo v měně České republiky (dále jen „ČR“). Počet jednotek vyjádřený pojistníkem v kusech nebo v měně ČR pojistitel při jejich přesunu zaokrouhlí na celé procento.
- Přesun podílových jednotek provede pojistitel za cenu platnou k datu provedení žádosti pojistníka v informačním systému pojistitele a bude realizován nejpozději do 14 dnů po doručení žádosti pojistiteli, nejdříve však tři pracovní dny následující po doručení žádosti.
- Pojistitel je oprávněn stanovit minimální hodnotu přesouvaných podílových jednotek a minimální hodnotu podílových jednotek, které musí být ponechány v jednotlivých portfoliích po přesunu.

13b. Automatický přesun podílových jednotek v rámci portfolia životního cyklu

Automatický přesun podílových jednotek v rámci portfolia životního cyklu se uskutečňuje vždy ve výroční den počátku pojištění do portfolií dle části II. článku 7. odst. b) a c) těchto DPP, za cenu podílových jednotek platnou v tento den.

13c. Automatický přesun podílových jednotek do garantovaného fondu

- Pojistník může v pojistné smlouvě dohodnout automatický přesun části podílových jednotek z portfolií do garantovaného fondu, je-li výnos jednotek konkrétního fondu za jeden rok bezprostředně předcházející rozhodnému dni vyšší než procento dohodnuté v pojistné smlouvě.

- Procento výnosu pro automatický přesun podílových jednotek (dále v tomto článku jen „procento výnosu“) dohodnuté v pojistné smlouvě je platné pro všechny fondy a portfolia využívané v rámci pojistné smlouvy včetně portfolia životního cyklu.
- Automatický přesun jednotek se realizuje jednou ročně ke dni stanovenému pojistitelem (dále jen „rozhodný den“), a to v prodejních cenách platných k tomuto dni. Rozhodný den je uveden v platném Přehledu. K automatickému přesunu dojde v rozhodný den pokud:
 - portfolio je v nabídce pojistitele alespoň jeden rok,
 - pojištění trvá k rozhodnému dni alespoň jeden rok, budou-li výnosy příslušného portfolia od minulého rozhodného dne do aktuálního rozhodného dne vyšší, než dohodnuté procento výnosu,
 - a zároveň hodnota podílových jednotek přesouvaná z konkrétního fondu bude splňovat minimální limity stanovené v Přehledu. Budou-li splněny všechny uvedené podmínky, dojde k přesunu podílových jednotek v hodnotě odpovídající výnosu z průměrného stavu v portfoliu za posledních 12 měsíců přesahující dohodnuté procento výnosu, a to do garantovaného fondu. Nejvýše však lze přesunout hodnotu příslušného portfolia.
- Automatický přesun jednotek je realizován i u pojistných smluv s odkladem výplaty pojistného plnění při dožití.
- Pojistník může požádat kdykoliv během trvání pojištění o změnu procenta výnosu, automatický přesun zrušit nebo nastavit automatický přesun jednotek. Změna je účinná ode dne provedení žádosti pojistníka v informačním systému pojistitele.
- Je-li v pojistné smlouvě sjednán automatický přesun podílových jednotek do garantovaného fondu a není-li zároveň na pojistné smlouvě uvedeno procento výnosu, pak platí procento výnosu 10 %.

14. Odkupné

- Dojde-li k zániku pojistné smlouvy dle článku 11 VPPPO, pro nesouhlas pojistníka s jednostrannou změnou pojistného podle VPPPO, vzniká pojistníkovi právo na výplatu odkupného v případě, že hodnota účtu k datu zániku pojištění po odečtení poplatku za zrušení pojistné smlouvy je kladná.
- Nárok na výplatu odkupného bez ohledu na dobu trvání pojištění vzniká i pro smlouvy ve stavu bez placení pojistného.
- Pojistitel vyplatí pojistníkovi hodnotu účtu ke dni zániku pojištění vypočtenou dle odst. a) tohoto článku.
- Odkupné je splatné do tří měsíců ode dne zániku pojištění.
- Pojistitel může proti odkupnému před jeho výplatou započíst i jakékoliv jiné dlužné pojistné či poplatky z jiných pojistných smluv uzavřených s pojistníkem a umořit své pohledávky z pojištění v pořadí, ve kterém vznikly, a to bez ohledu na to, jestli dlužník určil jinak nebo projevil jinou vůli.
- V případě pojištění cizího pojistného nebezpečí může pojistník požádat o výplatu odkupného pouze se souhlasem prvního pojištěného resp. jeho zákonného zástupce či jiné oprávněné osoby; neprokáže-li pojistník pojistiteli tento souhlas, pojistitel odkupné nevyplatí.

15. Pojištění ve stavu bez placení pojistného

- Pojištění přejde do stavu bez placení pojistného, pokud pojistník o tuto změnu požádal nebo nebylo-li běžné pojistné za další pojistné období uhrazeno do lhůty stanovené pojistitelem v upomínce k zaplacení dlužného pojistného, jestliže hodnota účtu ke dni přechodu pojištění do stavu bez placení pojistného, snížená o dosud neuhrazené poplatky, postačuje na úhradu poplatků splatných v následujícím pojistném měsíci.
- Pojištění přejde do stavu bez placení pojistného první den pojistného období, které následuje po doručení žádosti pojistiteli nebo prvního dne pojistného měsíce, který následuje po uplynutí lhůty, jejímž uplynutím by pojištění zaniklo pro neplacení pojistného.
- Pojistitel po přechodu pojištění do stavu bez placení pojistného nadále nestrhává poplatek na úhradu pořizovacích nákladů pojištění.
- Dnem účinnosti převodu pojistné smlouvy do stavu bez placení pojistného z důvodu nezaplacení pojistného ve lhůtě stanovené v upomínce zůstává v platnosti hlavní pojištění prvního pojištěného. Všechna ostatní platná přípojištění zanikají a poplatky za ně se dále nestrhávají. Pojistitel má však právo na pojistné za dobu do dne provedení stavu bez placení.
- V žádosti o převod pojistné smlouvy do stavu bez placení pojistného pojistník sdělí, jaká rizika zůstanou v platnosti, s výjimkou přípojištění zproštění od placení pojistného. Dnem účinnosti převodu pojistné smlouvy do stavu bez placení pojistného na žádost pojistníka zůstávají v platnosti pojištěná rizika uvedená v souladu s DPP v jeho žádosti, ostatní přípojištění zanikají. Přípojištění zproštění od placení pojistného druhého a třetího pojištěného dnem účinnosti převodu smlouvy do stavu bez placení pojistného zanikají. Poplatky za přípojištění, která tímto zanikla, se dále nestrhávají. Pokud v žádosti o převod pojistné smlouvy do stavu bez placení pojistného pojistník nedsdělí, jaká rizika zůstanou nadále v platnosti, postupuje pojistitel tak, jako by pojistná smlouva přešla do stavu bez placení pojistného z důvodu nezaplacení pojistného ve lhůtě stanovené v upomínce, tj. zůstává v platnosti hlavní pojištění.
- Po dobu, kdy je smlouva ve stavu bez placení pojistného, může pojistník požádat pouze o změnu pojistníka, prodej či přesun podílových jednotek, změnu procenta výnosu pro automatický přesun podílových jednotek či v souladu s DPP o vyloučení jednotlivých rizik z pojištění. Pojistník může kdykoli zaplatit mimořádné pojistné.
- Jestliže hodnota účtu nestačí na úhradu všech poplatků, zanikne pojistná

- smlouva dle části I. článku 9. odst. a) těchto DPP bez finanční náhrady.
- h) Pojistitel nebude vymáhat dlužné pojistné za období do dne, v němž pojištění přejde do stavu bez placení pojistného.
- i) Pojistník může kdykoliv placení běžného pojistného obnovit, a to zaplacením pojistného ve výši dohodnuté před přechodem smlouvy do stavu bez placení pojistného. Pojištění bude obnoveno po oboustranné dohodě. Pojistitel může obnovit pojištění v rozsahu před přechodem do stavu bez placení pojistného, a to první den pojistného období, které následuje po zaplacení pojistného. Obnovení placení pojistného se považuje za změnu pojištění, tj. pojistitel je v této souvislosti mimo jiné oprávněn znovu zkoumat zdravotní stav pojištěného a požadovat související součinnost ze strany pojištěného.
- j) Při obnovení pojištění se na připojištění hledí, jako kdyby bylo nově zahrnuto.

III. PŘIPOJIŠTĚNÍ ZÁVAŽNÝCH ONEMOCNĚNÍ A PORANĚNÍ PRVNÍHO POJIŠTĚNÉHO

1. Pojištění a pojistné částky

- a) Pojistným nebezpečím je možnost vzniku nemoci, úrazu (poranění) nebo změny zdravotního stavu pojištěného uvedené v pojistné smlouvě. **Závažným onemocněním** se rozumí diagnóza či operace splňující definici uvedenou v článku 6. nebo 8. této části DPP, jejíž příčinou nebyl úraz pojištěného. **Závažným poraněním** se rozumí operace provedená nebo diagnóza stanovená v důsledku úrazu, splňující definici uvedenou v článku 6. této části DPP.
- Závažným následkem očkování** se rozumí nevratné poškození centrální nervové soustavy blíže specifikované v článku 7. této části DPP.
- b) Toto připojištění je možné sjednat pro prvního pojištěného se vstupním věkem do 14 let včetně. Připojištění je možné dodatečně zahrnout pro prvního pojištěného s aktuálním věkem k datu zahrnutí nižším než 25 let včetně, a to alespoň na jedno pojistné období.
- c) Minimální pojistná částka při sjednání pojistné smlouvy či dodatečném zahrnutí do pojištění je 100 000 Kč. Pojistná částka se volí na celé desetitisíce a je konstantní po celou dobu platnosti připojištění. Pojištěný může zvolit opakované plnění, Závažné následky očkování, Cukrovku u dětí.
- d) Příslušné riziko zaniká v 00:00 hodin dne, který je v pojistné smlouvě sjednán jako konec pojistné smlouvy.
- e) Vedle možnosti zániku pojištění stanovených ve VPPPO zaniká dále toto pojištění během pojistné doby úmrtím prvního pojištěného, po výplatě pojistného plnění z tohoto připojištění (neplatí při výplatě pojistného plnění při sjednaném opakovaném plnění, pokud se dle těchto DPP nejedná o poslední výplatu, a dále pro Závažné následky očkování, Cukrovku u dětí), a to k následnému pojistnému období po datu vzniku pojistné události, dnem vyloučení tohoto připojištění, dnem přechodu pojištění do stavu bez placení pojistného z důvodu nezaplacení pojistného ve lhůtě stanovené v upomínce nebo při žádosti o převedení do stavu bez placení s žádostí o vyloučení tohoto připojištění. Připojištění Závažných následků očkování zaniká po výplatě pojistného plnění z tohoto připojištění, a to k následnému pojistnému období po datu vzniku pojistné události. Připojištění Cukrovky u dětí zaniká po výplatě pojistného plnění z tohoto připojištění, a to k následnému pojistnému období po datu vzniku pojistné události.
- f) Osoby vykonávající sportovní činnost zařazenou podle části IV. článku 3. těchto DPP do 3. nebo vyšší rizikové skupiny jsou pojistitelné pouze za zvýšené pojistné (neplatí pro Závažné následky očkování, Cukrovku u dětí) a zároveň poplatek strhávaný z účtu za toto připojištění je navýšen o procento uvedené v platném Přehledu.

2. Čekací doba

- a) Pojistné plnění bude vyplaceno pouze za předpokladu, že se první příznaky onemocnění pojištěného poprvé objevily nejdříve 3 měsíce od počátku pojištění nebo rozšíření rozsahu pojištění (čekací doba).
- b) V případě rozšíření rozsahu pojištění (například navýšení pojistných částek, změna varianty pojištění, u pojištění s kratší pojistnou dobou dodatečné prodloužení doby pojištění) vyplatí pojistitel z pojistné události nastalé v čekací době pojistné plnění za původních podmínek (tj. v užším rozsahu).
- c) Splnění podmínky třech měsíců podle předchozích odstavců tohoto článku se nevyžaduje, pokud pojištěnému byla stanovena diagnóza závažného poranění vylučně v důsledku úrazu, k němuž došlo v době platnosti pojištění.

3. Pojistná událost

- a) Pojistnou událostí je závažné onemocnění, poranění, transplantace nebo operace prvního pojištěného vyjmenované v článku 6., 8. této části DPP, pokud bylo u prvního pojištěného poprvé zjištěno a diagnosticky potvrzeno specialistou odborného pracoviště poskytovatele zdravotních služeb nebo psychologie jako nezvratné nebo neléčitelné a doloženo jednoznačnými výsledky vyplývajícími z příslušných vyšetření, a to během platnosti tohoto připojištění. Pro Závažné následky očkování je pojistnou událostí nevratné poškození centrální nervové soustavy pojištěného blíže specifikované v článku 7. této části DPP.
- b) Za vznik pojistné události, není-li upřesněno jinak, se pak považuje den, kdy příslušné odborné pracoviště poskytovatele zdravotních služeb stanovilo pojištěnému diagnózu, zařadilo jej do dialyzačního programu, proved-

lo transplantaci nebo příslušnou operaci.

4. Pojistné plnění

- a) Doloží-li první pojištěný v souladu s článkem 3. této části DPP, že mu bylo v době platnosti tohoto připojištění diagnostikováno závažné onemocnění nebo poranění vyjmenované v článku 6., 7. nebo 8. této části DPP, vyplatí pojistitel pojistné plnění ve výši aktuálně platné pojistné částky pro připojištění závažného onemocnění a poranění resp. připojištění Závažných následků očkování, Cukrovky u dětí v době pojistné události, a to prvnímu pojištěnému, resp. jeho zákonnému zástupci nebo jiné oprávněné osobě.
- b) Pojistitel při šetření pojistné události vychází ze zprávy vyplněné specialistou odborného pracoviště poskytovatele zdravotních služeb na formuláři pojistitele s udáním přesné diagnózy, jednoznačných výsledků vyplývajících z příslušných vyšetření a z dalších dokladů, které považuje za nezbytné pro šetření pojistné události.
- c) Na pojistné smlouvě může být sjednáno **opakované plnění**. Tato varianta zaručuje, že pojistitel poskytne pojistné plnění za maximálně tři pojistné události, které nastanou v průběhu trvání pojištění, ve výši aktuálně platné pojistné částky ke dni vzniku pojistné události. Po první resp. druhé pojistné události končí daná skupina závažných onemocnění a poranění, ve které se nachází dané onemocnění či poranění. Pojištění pokračuje dál beze změny pojistné částky a výše pojistného. Bylo-li vyplaceno pojistné plnění z jedné ze skupin závažných onemocnění a poranění, pak odchylně od článku 1. bodu e) této části DPP, bude pojistné plnění z další ze skupin závažných onemocnění a poranění vyplaceno za předpokladu, že mezi výplatou pojistného plnění a prvními příznaky dalšího ze závažných onemocnění uplynulo alespoň 12 měsíců (čekací doba).
- d) Toto připojištění zahrnuje následující onemocnění a poranění, pro účely opakovaného plnění jsou onemocnění a poranění rozdělena do skupin:

Skupina Nervová a pohybová soustava

1. Bakteriální meningitida
2. Roztroušená skleróza
3. Ochrmnutí
4. Ztráta končetin
5. Klíšťová encefalitida
6. Kóma
7. Dětská mozková obrna
8. Myopatie
9. Epilepsie

Skupina Rakovina

10. Nezhoubný mozkový nádor
11. Zhoubný nádor
12. Transplantace kostní dřeně

Skupina HIV

13. Onemocnění HIV získané při transfuzi krve
14. HIV infekce získaná následkem fyzického napadení či během běžné činnosti v zaměstnání

Skupina Kardiovaskulární soustava

15. Operace aorty
16. Operace věnčitých tepen
17. Náhrada srdeční chlopně

Skupina Vnitřní orgány

18. Chronická obstrukční plicní nemoc
19. Selhání ledvin
20. Transplantace životně důležitých orgánů
21. Systémová sklerodermie
22. Astma

Skupina Smysly

23. Oslepnutí
24. Hluchota
25. Ztráta řeči

5. Snížení pojistného plnění

- a) Dojde-li k souběhu více pojistných událostí z důvodu, že pojištěnému bylo diagnostikováno více závažných onemocnění nebo poranění najednou, vyplatí pojistitel pojistné plnění jen jednou.
- b) Pojistitel neposkytne pojistné plnění, zemře-li pojištěný v důsledku závažného onemocnění v době do 30 kalendářních dnů od potvrzení diagnózy nebo provedení operačního nebo lékařského výkonu jednoho ze závažných onemocnění definovaných v příslušných DPP.
- c) V případě, že k pojistné události došlo v důsledku povolání či činnosti pojištěného zařazené dle platných DPP do 3. rizikové skupiny, s výjimkou sportovní činnosti, stanoví pojistitel pojistné plnění z 50 % aktuálně platné pojistné částky v době pojistné události.
- d) Bylo-li pojištěnému diagnostikováno závažné poranění, včetně operace z důvodu úrazu, a to při činnosti, která je zařazena do skupiny se zvýšeným rizikem, a pojistné tohoto pojištění tomu neodpovídá, sníží pojistitel pojistné plnění v poměru výše pojistného, které bylo placeno, ke správné výši pojistného.

6. Definice závažných onemocnění a poranění

Dětská mozková obrna

- i) Pojem „dětská mozková obrna“ pojistitel rozumí chorobu, která je způsobena poškozením mozku při hypoxii, která způsobila středně těžké až těžké ochrnutí nejméně dvou končetin nebo středně těžkou až těžkou mentální retardací (s IQ nižším než 50).
- ii) Pojistitel za „dětskou mozkovou obrnu“ nepovažuje poruchy hybnosti, které byly způsobeny různými onemocněními svalů nebo periferních nervů ani psychické postižení způsobené infekcemi, toxiny, nádory, metabolickým postižením nebo vrozenými vadami centrálního nervového systému.

Myopathie

Pojmem „myopathie“ pojistitel rozumí závažná vleklá degenerativní onemocnění kosterních svalů vedoucí k těžkým poruchám hybnosti nejméně dvou končetin nebo trupového a dýchacího svalstva, která mohou mít svůj původ i ve vrozených odchylkách (pojistitel pro toto onemocnění nepoužije článek 8. bod c) této části DPP) nebo v poruchách imunity. Pod tento pojem pojistitel zahrnuje onemocnění pokročilými formami myasthenia gravis či Duchennovy svalové dystrofie a těžké formy myositid.

Epilepsie se záchvaty typu Grand mall

Pojmem „epilepsie se záchvaty typu Grand mall“ pojistitel rozumí skupinu poruch mozku projevujícími se opakovanými generalizovanými záchvaty patologické elektrické aktivity v mozku při léčbě v trvání minimálně půl roku (prokázané EEG vyšetřením) s bezvědomím a křečemi končetin (nejméně 1x měsíčně i přes intenzivní protiepileptickou léčbu).

Asthma bronchiale

Pojmem „asthma bronchiale“ pojistitel rozumí středně těžké persistující a těžké persistující asthma bronchiale. Jde o chronické zánětlivé onemocnění dýchacího ústrojí, které je charakterizováno záchvaty výdechové dušnosti, které jsou způsobeny generalizovanou obstrukcí dýchacích cest.

Bakteriální meningitida

Pojmem „Bakteriální meningitida“ pojistitel rozumí zánět mozkových plen nebo míchy, jehož následkem došlo ke ztrátě schopnosti pojištěného samostatně vykonávat tři nebo více z uvedených činností:

- mytí (sprchování, koupel),
- oblékání či svlékání oděvu,
- ovládat vyměšování moči a stolice,
- schopnost samostatného příjmu potravy,
- schopnost pohybovat se samostatně v prostoru (schopnost orientace),
- nebo musí být trvale upoután na lůžko bez schopnosti vstát bez cizí pomoci.

Roztroušená skleróza

Pojmem „roztroušená skleróza“ pojistitel rozumí chronické onemocnění centrálního nervového systému vyvolané úbytkem myelinu provázené poškozením pohybových a smyslových funkcí, které je prokázané typickými nálezy z vyšetření centrální nervové soustavy nebo MRI (magnetická rezonance). Musí se jednat o takové stádium onemocnění, kdy přetrvávají nepochybné neurologické projevy – např. postižení zrakových nervů, mozkového kmene, páteřní míchy, změny pohybové koordinace, nebo změny funkcí nervů trvající nepřetržitě minimálně šest měsíců.

Nezhoubný mozkový nádor

- i) Pojem „nezhoubný mozkový nádor“ pojistitel rozumí operabilní či neoperabilní nezhoubné (benigní) nádory mozku, mozkových blan a prodloužené míchy, které poškozují pojištěného útlakem okolních tkání a tím mu způsobují trvalé neurologické poškození. Diagnóza musí být potvrzena specialistou a doložena nálezy z CT nebo MRI mozku.
- ii) Pojistitel za „nezhoubný mozkový nádor“ nepovažuje:
 - cysty všeho druhu, granulomy,
 - deformace cév nebo žil v mozku, krevní výrony (hematomy),
 - a nádory podvěsku mozkového (hypofýzy) nebo páteře.

Zhoubný nádor

- i) Pojem „zhoubný nádor“ pojistitel rozumí onemocnění charakterizované přítomností zhoubných nádorů, pro které je příznačný výskyt nekontrolované rostoucí maligních buněk, šíření maligních buněk s následným napadnutím tkání a orgánů. Do tohoto onemocnění spadá také leukémie a zhoubné onemocnění lymfatického systému (jako např. Hodgkinova choroba), maligní onemocnění kostní dřeně a metastatické formy rakoviny kůže. Za zhoubný nádor se považuje jakýkoliv druh zhoubného nádoru se šířením do tkání a jiných orgánů (metastáz). Onkologická léčba není vyžadována u zhoubného nádoru ledvin.
- ii) Pojem „zhoubný nádor“ nezahrnuje následující vyjmenovaná onemocnění:
 - jakékoli stádium cervikální intraepitální neoplasie (neoplázie děložního čípku)
 - jakékoli prekancerózy
 - jakékoli formy rakoviny bez šíření (rakovina in situ)
 - zhoubný nádor prostaty I. stupně (T 1a, 1 b, 1c)
 - bazaliom a rakovina dlaždicových buněk kůže
 - zhoubný melanom, stupeň IA (T1a N0 M0)
 - jakýkoliv zhoubný nádor při výskytu HIV pozitivitu nebo onemocnění AIDS (Kaposi sarkom).

Ochrnutí

- i) Pojem „ochrnutí“ pojistitel rozumí úplnou, trvalou a nenávratnou ztrátou funkce dvou a více končetin následkem úrazu nebo onemocnění páteře.
- ii) Pojem „ochrnutí“ nezahrnuje ochrnutí při syndromu Guillain-Barré.

Oslепnutí

Pojmem „oslepnutí“ pojistitel rozumí oboustrannou úplnou nevidomost (ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí) nebo praktickou nevidomost (zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60, 1/50 až světlocit nebo omezení zorného pole do 5° centrální fixace, i když centrální ostrost není postížena), ke které došlo následkem nemoci nebo úrazu.

Hluchota

Pojmem „hluchota“ pojistitel rozumí oboustrannou úplnou hluchotu (ztráta slyšení 100 % - postižený s jakýmkoliv zesílením zvuku vnímá pouze vibrace, nikoliv zvuk) nebo praktickou hluchotu (ztráta sluchu 85 až 90 % - postižený vybavený nejvýkonnějším sluchadlem vnímá zvuk mluvené řeči, ale nerozumí jí).

Náhrada srdeční chlopně

- i) Pojem „náhrada srdeční chlopně“ pojistitel rozumí náhradu jedné nebo více srdečních chlopní umělou chlopní z důvodu stenózy nebo nedomykavosti operační cestou. Výkon zahrnuje náhradu aortální, mitrální, plicní nebo trikuspidální chlopně chlopní umělou.
- ii) Pojistitel za „náhradu srdeční chlopně“ nepovažuje valvulotomii, plasty či jiné operativní úpravy srdeční chlopně.

Operace aorty

- i) Pojem „operace aorty“ pojistitel rozumí operaci aorty hrudní nebo břišní nebytnou z důvodu chronického onemocnění vedoucí k jejímu roztržení či vzniku výdutě nebo na základě jejího vrozeného zúžení (pojistitel pro toto onemocnění nepoužije článek 8 bod c) této části DPP), kdy je nutno nahradit postiženou aortu umělou cévní náhradou.
- ii) Pojistitel za „operaci aorty“ nepovažuje operace na větvích aorty nebo bypassy cév vystupující z aorty a vedoucí krev do periferního krevního řečiště.

Operace věnčitých tepen

- i) Pojem „operace věnčitých tepen“ pojistitel rozumí uskutečnou operaci dvou nebo více věnčitých tepen, které jsou zúžené nebo ucpané, pomocí přemostění štepem (bypass CABG).
- ii) Pojistitel za „operaci věnčitých tepen“ nepovažuje anginoplastiky, jiné intraarteriální výkony či miniinvazivní nitrohruční výkon na jedné věnčité tepně bez použití mimotělního oběhu.

Chronická obstrukční plicní nemoc

Pojmem „chronická obstrukční plicní nemoc“ pojistitel rozumí těžké a trvalé poškození dýchacích funkcí, které splňuje všechny následující podmínky současně:

- trvalé snížení spirometrie s těžkými změnami dýchacích funkcí trvalého charakteru,
- trvalé snížení parciálního arteriálního tlaku kyslíku pod 55 mmHg,
- nutnost trvalé inhalace kyslíku,
- je prokázána klidová dušnost pojištěného.

Selhání ledvin

Pojmem „selháním ledvin“ pojistitel rozumí nezvratné selhání funkce obou ledvin, které vyžaduje léčbu umělou ledvinou při zařazení do trvalého dialyzačního programu.

Transplantace životně důležitých orgánů

Pojmem „transplantace životně důležitých orgánů“ pojistitel rozumí pro udržení života nezbytnou transplantaci srdce, plic, jater, slinivky břišní, tenkého střeva, jedné nebo obou ledvin, kdy je pojištěný příjemcem orgánu od dárce.

Transplantace kostní dřeně

Pojmem „transplantace kostní dřeně“ se rozumí životně nezbytná transplantace kostní dřeně, kdy příjemcem kostní dřeně je pojištěný. Povinnost pojistitele plnit (pojistná událost) vzniká dnem provedení transplantace.

Ztráta končetin

Pojmem „ztráta končetin“ pojistitel rozumí úplné oddělení od těla dvou a více končetin, a to horní končetiny nad zápěstím nebo dolní končetiny nad hlezenním kloubem.

Onemocnění HIV získané při transfuzi krve

- Infekce virem lidské imunodeficiency (HIV) za předpokladu, že jsou splněna všechna následující kritéria:
- infekce prokazatelně vznikla v důsledku medicínsky nezbytné krevní transfuze, kterou pojištěný obdržel v době trvání pojištění,
 - poskytovatel zdravotních služeb, který provedl transfuzi, musí písemně uznat svoji odpovědnost za podání infikované krve.

HIV infekce získaná následkem fyzického napadení či během běžné činnosti v zaměstnání

K nákaze musí dojít po uzavření připojištění a musí být splněny následující podmínky:

Údlost musí být nahlášena příslušným orgánům činným v dané věci a řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami. V případě nákazy HIV způsobené fyzickým napadením nebo získané během vykonávání běžné činnosti v zaměstnání včetně odborné praxe musí být proveden během 5 dní následujících po daném incidentu test na přítomnost protilátek HIV s negativním výsledkem. Během následujících 12 měsíců musí být proveden další test potvrzující přítomnost viru HIV nebo jeho protilátek. Pojistné krytí se nevztahuje na ostatní zdroje nákazy HIV, jako například užívání drog či přenos pohlavním stykem.

Ztráta řeči

Pojmem „ztráta řeči“ se rozumí úplná, trvalá a nezvratná ztráta schopnosti mluvit v důsledku poškození hlasivek přetrvávající souvisle po dobu alespoň 12 měsíců. Diagnóza musí potvrzovat poranění nebo chorobu hlasivek způsobující ztrátu řeči. Pojistné krytí se nevztahuje na vznik poškození v důsledku psychického stavu (tj. veškeré příčiny související s psychiatrickými diagnózami).

Klíšová encefalitida

- i) Pojem „klíšová encefalitida“ se rozumí zánět mozkové tkáně způsobený virovou infekcí přenesenou klíšetem diagnostikovaným specializovaným neurologickým pracovištěm. Onemocnění musí trvat alespoň tři měsíce od stanovení diagnózy. Musí se jednat o takové stádium onemocnění, kdy pojištěný trvale ztratil schopnost samostatně vykonávat nejméně tři běžné denní činnosti, jako je např.:
 - mytí (sprchování, koupel),
 - oblékání či svlékání oděvu,
 - ovládat vyměšování moči a stolice,
 - schopnost samostatného příjmu potravy,
 - schopnost pohybovat se samostatně v prostoru (schopnost orientace),
 - nebo musí být trvale upoután na lůžko bez schopnosti vstát bez cizí pomoci.
- ii) Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria:
 - je řádně léčeno během hospitalizace nebo ambulantně s doloženým průběhem léčby,
 - závažné trvalé neurologické a/nebo psychiatrické následky jsou potvrzeny příslušným odborným lékařem.

Kóma

Pojmem „kóma“ pojistitel rozumí stav hlubokého bezvědomí bez reakce na vnější či vnitřní podněty, který trvá nepřetržitě nejméně 96 hodin a vede k trvalému neurologickému deficitu. Povinnost pojistitele plnit začíná dnem potvrzení diagnózy a trvalého neurologického poškození příslušným klinickým pracovištěm. Vyloučeno je kóma vzniklé následkem užívání alkoholu nebo aplikace návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky. Dále pojistitel neplní za kóma vzniklé na podkladě úrazu v souvislosti s požitím alkoholu nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky; za kóma navozené medikamenty, a to z preventivních i léčebných důvodů.

Systémová sklerodermie

Pojmem „systémová sklerodermie“ pojistitel rozumí chronické zánětlivé autoimunitní onemocnění pojivových tkání charakterizované nadměrným ukládáním složek mezibuněčné hmoty, zejména vláken kolagenu, ve stěně cév, kůži a vnitřních orgánech, zejména gastrointestinálního traktu, ledvin, srdce a plic. Musí se jednat o takové stadium onemocnění, kdy dochází k ulceraci prstů, fibróze, fibrotické sklerotizaci, sklerodermické renální krizi a plicní arteriální hypertenzi.

7. Závažné následky očkování

- a) Pojem „Závažné následky očkování“ pojistitel rozumí nevratné poškození centrální nervové soustavy projevující se ochrnutím nebo kómatem vzniklým v **příčinné souvislosti s podáním očkovací látky** lékařem či zdravotnickým zařízením vykonávajícím činnost na území Evropského hospodářského prostoru, a to i v případě, že se jedná o následky anafylaktického šoku, k jehož rozvoji dojde do 30 minut po podání očkovací látky. Očkovací látka musí být registrována a schválena pro použití Státním ústavem pro kontrolu léčiv České republiky. Souvislost prokázání závažného následku očkování musí být potvrzena specialistou odborného oddělení a doložena zobrazovací metodou, je-li součástí prokázání diagnózy.
- b) Ochrnutím pojistitel v tomto případě rozumí plnou ztrátu funkce jakéhokoliv svalu nebo svalové skupiny spojenou se ztrátou citu v postižené oblasti, která je podmíněna dlouhodobou intenzivní rehabilitační léčbou nebo nutností dlouhodobého využití zvláštní pomůcky kompenzující funkci postižené části těla.
- c) Kómatem pojistitel v tomto případě rozumí stav hlubokého bezvědomí bez reakce na vnější či vnitřní podněty, který trvá nepřetržitě nejméně 96 hodin a vede k trvalému neurologickému deficitu.
- d) Anafylaktickým šokem pojistitel rozumí prudkou alergickou reakcí s rych-

lým nástupem postihující řadu orgánových soustav lidského těla.

- e) Pojistitel za „Závažné následky očkování“ nepovažuje dočasné reakce (například alergické reakce, otoky, zvětšení mízních uzlin, hnisavá ložiska, bolestivost kloubů, teploty, dočasné poruchy hybnosti apod.) a dále vznik či rozvoj jiných zdravotních problémů neuvedených v bodě a) tohoto článku (například vznik či rozvoj atopického ekzému, autismu či jiné poruchy psychomotorického vývoje, rozvoj autoimunitního onemocnění apod.).
- f) Pojistitel neposkytne pojistné plnění pojištěnému, který v minulosti utrpěl anafylaktický šok způsobený nepříznivým účinkem jakékoliv léčivé látky.
- g) Maximální pojistná částka pro Závažné následky očkování je 300 000 Kč.
- h) Odchylně od článku 3. bodu b) této části DPP se za vznik pojistné události považuje den, kdy byla očkovací látka pojištěnému aplikována.
- i) Pojištění se vztahuje na povinné i nepovinné očkování. Povinným očkování se rozumí pravidelné očkování povinné podle zákona o ochraně veřejného zdraví. V rámci povinného očkování lze použít jinou očkovací látku, než zajistí Ministerstvo zdravotnictví, v souladu se zákonem o ochraně veřejného zdraví. Pro povinné očkování se odchylně od článku 2. této části DPP neuplatňuje čekací doba.

8. Připojištění Cukrovky u dětí

- a) Toto připojištění se sjednává pro samostatně pojištěné dítě.
- b) Pojem „cukrovka (diabetes mellitus)“ pojistitel rozumí metabolické onemocnění diabetes mellitus, které je způsobeno nedostatkem inzulínu nebo jeho malou účinností, vyžadující léčbu inzulínem. Diagnóza musí být potvrzena specialistou.
- c) Maximální pojistná částka pro toto připojištění je 300 000 Kč.
- d) Po výplatě pojistného plnění připojištění zaniká.
- e) Pojistitel neposkytuje pojistné plnění
 - za gestační diabetes mellitus (těhotenská cukrovka),
 - z důvodu cukrovky související s HIV pozitivitou,
 - při poruše glukózové tolerance, při prediabetu.

9. Výluky z pojištění

Kromě výluk stanovených ve VPPPO, neposkytne pojistitel pojistné plnění:

- a) za operaci plánovanou před počátkem pojištění,
- b) pokud diagnóza závažného onemocnění nebo poranění nesplňuje definici uvedenou v příslušných DPP,
- c) v případě, že se jedná o vrozené vady pojištěného či poranění způsobené porodem.

IV. ÚRAZOVÉ PŘIPOJIŠTĚNÍ PRVNÍHO POJIŠTĚNÉHO

1. Pojištění a pojistné částky

- a) Toto připojištění je možné sjednat pro prvního pojištěného se vstupním věkem do 14 let včetně. Připojištění je možné dodatečně zahrnout pro prvního pojištěného s aktuálním věkem k datu zahrnutí nižším než 25 let včetně, a to alespoň na jedno pojistné období.
 - b) V pojistné smlouvě lze sjednat následující rizika:
 - **smrt úrazem** lze sjednat pouze pevnou pojistnou částku 30 000 Kč,
 - **trvalé následky úrazu** s progresivním plněním anebo bez progresie (pro příslušného pojištěného lze zvolit jen jednu variantu) s volbou pojistné částky min. 100 000 Kč, max. 1 500 000 Kč pro pojištění s progresivním plněním, max. 3 000 000 Kč pro pojištění bez progresie, lze volit na celé desetitisíce. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno riziko trvalých následků úrazu a není-li zároveň na pojistné smlouvě uvedena varianta plnění s progresí či bez progresie, pak platí varianta plnění bez progresie. Není-li na pojistné smlouvě uvedeno procento minimálního tělesného poškození, pak platí poškození od 25 %,
 - **denní odškodné za dobu léčení úrazu** s volbou plnění zpětně, zpětně s progresí či nikoliv, s volbou pojistné částky min. 50 Kč, max. 500 Kč; lze volit na celé desetikoruny. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno riziko denního odškodného za dobu léčení úrazu a není-li zároveň na pojistné smlouvě uveden minimální počet dnů léčení, pak platí minimální doba léčení 60 dnů,
 - **denní odškodné za pobyt v nemocnici z důvodu úrazu** s volbou pojistné částky min. 50 Kč, max. 500 Kč; lze volit na celé desetikoruny,
 - **připojištění zlomenin**.
- Je-li v pojistné smlouvě sjednána varianta **Úraz PLUS**, tak úraz PLUS znamená neočekávané a náhle působení vlastní tělesné síly, které může být závislé na vůli pojištěného, a ke kterému došlo během trvání pojištění a kterým bylo pojištěnému způsobeno tělesné poškození nebo smrt, za předpokladu, že nejde o úmyslné jednání s cílem způsobit sobě nebo jinému tělesnou nebo jinou újmu. Varianta Úraz PLUS se netýká připojištění zlomenin.
- c) U pojištění trvalých následků úrazu lze dohodnout **2násobné plnění při autonehodě**.
 - d) Příslušné riziko zaniká v 00:00 hodin dne, který je v pojistné smlouvě sjednán jako konec pojistné smlouvy.
 - e) Toto připojištění dále zaniká během pojistné doby úmrtím prvního pojištěného, dnem vyloučení tohoto připojištění, dnem přechodu pojištění do stavu bez placení pojistného z důvodu nezaplacení pojistného ve lhůtě stanovené v upomínce nebo při žádosti o převedení do stavu bez placení s žádostí o vyloučení tohoto připojištění.
 - f) Výše pojistného závisí na rizikové skupině pojištěného. Riziková skupina se

určuje podle článku 7. této části DPP.

2. Čekací doba

Čekací doba se u úrazového pojištění neuplatňuje.

3. Pojistná událost

- Pojistnou událostí v úrazovém pojištění je úraz pojištěného resp. pro denní odškodné za pobyt v nemocnici z důvodu úrazu je pojistnou událostí pobyt pojištěného v lůžkové části nemocnice z důvodu úrazu, ke kterému dojde v době trvání pojištění a který je z lékařského hlediska nezbytný, pokud tento pobyt trvá minimálně počet dnů uvedených v pojistné smlouvě (karenční doba). **Nemocnicí** se rozumí poskytovatel zdravotních služeb státní nebo nestátní, který je pod stálým lékařským dozorem, pracuje v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a poskytuje ambulantní nebo lůžkovou péči, a jehož provozování je v souladu s příslušnými platnými právními předpisy.
- Z pojistné události v úrazovém pojištění poskytuje pojistitel pojistné plnění za smrt způsobenou úrazem, za trvalé následky úrazu, denní odškodné nebo jiné pojištěné riziko týkající se pojištění úrazu uvedené v pojistné smlouvě. Jsou rozhodující skutečnosti uvedené v pojistné smlouvě.
- Osobou oprávněnou k přijetí pojistného plnění za trvalé následky úrazu, denní odškodné je pojištěný, v případě smrti pojištěného obmyslený, popřípadě více obmyslených.
- Pro denní odškodné za pobyt v nemocnici z důvodu úrazu navíc platí:
 - Pojistná událost vzniká dnem přijetí pojištěného k nezbytné hospitalizaci z důvodu úrazu. Pojistitel vyplatí pojistné plnění nejdříve do doby, kdy už hospitalizace není z lékařského hlediska nezbytná. **Hospitalizací** se rozumí poskytnutí lůžkové péče pojištěnému u poskytovatele zdravotních služeb k tomuto účelu určenému, která je s ohledem na závažnost či charakter onemocnění nebo úrazu z lékařského hlediska nezbytná.
 - Jednou pojistnou událostí je nepřetržitý pobyt pojištěného v nemocnici z důvodu úrazu, a to bez ohledu na případnou změnu diagnózy během hospitalizace. Pokud je pojištěný po propuštění z nemocnice následující den opět hospitalizován z důvodu téhož úrazu, považuje se tento pobyt za pokračování pobytu předchozího.
 - Pojištění se vztahuje na hospitalizaci pojištěného na území států Evropského hospodářského prostoru a Švýcarska.

4. Pojistné plnění, oceňovací tabulky

- Pojistitel neposkytuje pojistné plnění za úraz, ke kterému došlo před datem, které bylo sjednáno jako počátek pojištění, nebo ke kterému došlo v přímé souvislosti s tělesným poškozením vzniklým před počátkem pojištění.
- Pojistitel poskytuje pojistné plnění ve formě denního odškodného za úraz vzniklý v době trvání pojištění i po dni ukončení platnosti pojištění uplynutím sjednané pojistné doby.
- Pokud nebyl v době platnosti pojištění dosažen minimální počet dnů sjednaný v pojistné smlouvě jako karenční doba, nárok na pojistné plnění nevzniká.
- Výši pojistného plnění za trvalé následky úrazu a denní odškodné pojistitel určuje podle zásad uvedených v článku 4b., 4c. této části DPP a podle Oceňovací tabulky I nebo Oceňovací tabulky II platné k datu hlášení pojistné události (dále jen „oceňovací tabulky“).
- Pojistitel oceňovací tabulky může upravovat vždy k 1. lednu každého kalendářního roku. Tuto změnu oznámí vždy alespoň jeden měsíc předem na svých webových stránkách. Pojistitel může oceňovací tabulky měnit jednostranně i k jiným datům, takovou změnu však oznámí pojistníkovi v písemné formě nejpozději jeden měsíc před její účinností. Pokud pojistník sdělí pojistiteli svůj nesouhlas se změnou oceňovacích tabulek podle tohoto odstavce nejpozději do jednoho měsíce ode dne, kdy se o ní mohl dozvědět, zaniká pojištění uplynutím nejbližší následujícího pojistného období. Pravidla stanovená v tomto odstavci však neplatí v případě, že nová verze oceňovacích tabulek je pro pojistníka výhodnější.
- Dojde-li k pojistné události v důsledku autonehody, musí tuto skutečnost první pojištěný doložit šetřením policie.
- Autonehodou pojistitel ve smyslu těchto pojistných podmínek rozumí nepředvídatelnou kolizi jednoho nebo více motorových vozidel, z nichž alespoň jedno bylo při vzniku této události v pohybu a obsazené řidičem, při které dojde k úrazu prvního pojištěného.
- Za autonehodou pojistitel nepovažuje** úraz prvního pojištěného, ke kterému dojde:
 - vlivem jízdy vozidla, pokud nedošlo k autonehodě,
 - v prostoru motorového vozidla, který není určen k dopravě osob (nákladový prostor, kapota, v přípojném vozíku, vlečené vozidlo s výjimkou řidiče apod.),
 - ve vozidle, které neslouží k dopravě osob (s výjimkou řidiče),
 - při obsluze motorového vozidla, které bylo v době vzniku události využíváno jako pracovní stroj,
 - při jízdě na čtyřkolce,
 - při jízdě vozidlem z důvodu provádění typových zkoušek rychlosti, brzd, zvratu a stability vozidla, dojezdu s nejvyšší rychlostí, zajíždění apod.,
 - při jízdě vozidlem, které svojí konstrukcí a technickým stavem neodpovídá požadavkům bezpečnosti silničního provozu, obsluhujících osob,

přepřavovaných osob a věcí,

- při jízdě vozidlem, jehož technická způsobilost k provozu vozidla nebyla schválena,
 - při jízdě s vyšším počtem osob než je uvedeno v osvědčení o registraci vozidla, část II. („velký“ technický průkaz),
 - při řízení motorového vozidla, které je užíváno neoprávněně nebo k trestné činnosti,
 - při řízení vozidla osobou, které byl uložen zákaz činnosti řídit vozidlo, v době tohoto zákazu,
 - při řízení vozidla osobou, která není držitelem příslušného řidičského oprávnění,
 - při řízení vozidla, pokud první pojištěný hrubě porušil pravidla silničního provozu (jízda na červenou, nerespektování výstražného zařízení na přejezdu, nedání přednosti, porušení zákazu vjezdu, překročení max. rychlosti v obci o 40 km/h a více a mimo obec o 50 km/h a více, jízda v protisměru, při nedovoleném otáčení nebo couvání, apod.). Pro účel tohoto odstavce se pojem „při jízdě“ týká všech osob přepravovaných ve vozidle; „při řízení“ pouze řidiče.
- Motorovým vozidlem pojistitel ve smyslu těchto pojistných podmínek rozumí silniční vozidlo v souladu s definicí zákona o podmínkách provozu na pozemních komunikacích, které ke svému pohonu využívá síly některého druhu motoru a které je využíváno k přepravě lidí nebo materiálu po komunikacích nebo v terénu. Za motorové vozidlo se pro účely tohoto pojištění považuje i tramvaj. Motorovými vozidly jsou i speciální vozidla a jízdné pracovní stroje, které nejsou prvořadě určeny k přepravě, s výjimkou přípojných vozidel.
 - Za motorové vozidlo se nepovažují vozíky pro invalidy, kolejová vozidla s výjimkou tramvaje, a dále vozidla lanových drah.
 - Za motorové vozidlo v pohybu se nepovažuje vozidlo stojící (s i bez nastartovaného motoru) a bez řidiče.
 - Za motocykl pojistitel ve smyslu těchto pojistných podmínek rozumí dvoukolový nebo tříkolový dopravní prostředek, který využívá síly některého druhu motoru.
 - Za únavové, patologické či stresové zlomeniny pojistitel neposkytuje pojistné plnění.
 - Je-li sjednána varianta plnění Úraz PLUS, posoudí pojistitel pojistnou událost dle definice úrazu ve článku 17 VPPPO i dle definice Úrazu PLUS dle bodu 1. bodu b) této části DPP.

4a. Pojistné plnění při smrti úrazem

- Byla-li úrazem způsobena pojištěnému smrt, která nastala nejpozději do tří let ode dne pojistné události, je pojistitel povinen vyplatit obmyslené osobě pojistnou částku pro případ smrti způsobené úrazem sjednanou v pojistné smlouvě.
- Zemře-li však pojištěný v tomto období na následky úrazu a pojistitel již plnil za trvalé následky tohoto úrazu, je pojistitel povinen vyplatit obmyslené osobě jen případný rozdíl mezi pojistnou částkou pro případ smrti způsobené úrazem a částkou již vyplacenou za trvalé následky úrazu.
- Odchylně od článku 13 odst. 1. písm. f) VPPPO pojistitel vyplatí pojistné plnění z pojistných událostí, které vznikly při provozování bungee jumpingu a speleologie.

4b. Pojistné plnění za trvalé následky úrazu

- Zanechá-li úraz pojištěnému trvalé následky, je pojistitel povinen stanovit procento tělesného poškození a vyplatit z pojistné částky tolik procent, kolika procentům odpovídá podle Oceňovací tabulky II rozsah trvalých následků po jejich ustálení a v případě, že se neustálily do tří let ode dne úrazu, kolika procentům odpovídá jejich stav ke konci této lhůty. Podmínkou vzniku nároku na plnění je však skutečnost, že rozsah trvalých následků způsobených pojištěnému jedním úrazovým dějem dosáhl takové výše procentního ohodnocení podle Oceňovací tabulky II, která je v pojistné smlouvě ujednána jako minimální pro vznik povinnosti pojistitele plnit. Trvalé následky lze uplatnit po jejich ustálení nejdříve však jeden rok po vzniku pojistné události.
- Nemůže-li pojistitel plnit podle odstavce a) tohoto článku proto, že trvalé následky úrazu nejsou po uplynutí jednoho roku ode dne úrazu ještě ustáleny, je povinen poskytnout pojištěnému na jeho požádání přiměřenou zálohu pouze tehdy, prokáže-li pojistiteli lékařskou zprávu, že alespoň část trvalých následků odpovídající minimálnímu rozsahu stanovenému v pojistné smlouvě pro vznik povinnosti pojistitele plnit, má již trvalý charakter.
- Týkají-li se trvalé následky úrazu části těla nebo orgánu, jejichž funkce byly sníženy již před úrazem, stanoví se jejich procentní ohodnocení podle Oceňovací tabulky II tak, že celkové procento se sníží o počet procent odpovídající předchozímu poškození, určenému rovněž podle Oceňovací tabulky II.
- Týkají-li se jednotlivé následky po jednom nebo více úrazech téhož údu, orgánu nebo jejich částí, hodnotí je pojistitel jako celek, a to nejvýše procentem stanoveným v oceňovací tabulce pro hodnocení trvalých následků pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného údu, orgánu nebo jejich částí.
- Jestliže před výplatou plnění za trvalé následky úrazu pojištěný zemře, nikoliv však na následky tohoto úrazu, vyplatí pojistitel jeho dědicům částku, která odpovídá rozsahu trvalých následků úrazu stanovených před smrtí pojištěného, pokud jejich ohodnocení podle Oceňovací tabulky II dosáhne takové výše, která je v pojistné smlouvě ujednána jako minimální pro vznik

povinnosti pojistitele plnit.

- f) Pojistitel je povinen vyplatit za trvalé následky úrazu způsobené jedním úrazovým dějem nejvýše 100 % pojistné částky, a to i v případě, kdy součet procent pro jednotlivé následky hranici 100 % překročí.
- g) Je-li v pojistné smlouvě sjednána varianta:
- „**bez progresu**“, pak se výše pojistného plnění vypočítá z dohodnuté pojistné částky,
 - „**s TOP progresí**“, pak pojistitel stanoví výši pojistného plnění dle procenta tělesného poškození a vyplatí z násobku pojistné částky tolik procent, kolika procentům odpovídá podle Oceňovací tabulky II rozsah trvalých následků po jejich ustálení a v případě, že se neustálily do tří let ode dne úrazu, kolika procentům odpovídá jejich stav ke konci této lhůty. Násobek pojistné částky v závislosti na rozsahu trvalých následků je uveden v následující tabulce:
- | Rozsah trvalých následků od | Násobek pojistné částky |
|-----------------------------|-------------------------|
| do 20 % včetně | 1 |
| nad 20 % do 40 % včetně | 2 |
| nad 40 % do 60 % včetně | 3 |
| nad 60 % do 80 % včetně | 4 |
| nad 80 % do 100 % včetně | 5 |
- h) Je-li v pojistné smlouvě sjednáno „**znásobné plnění při autonehodě**“ a úraz zanechá prvnímu pojištěnému trvalé následky:
- z důvodu autonehody definované v článku 4. této části DPP, vypočítá pojistitel pojištěnému pojistné plnění v souladu s tímto článkem a vyplatí pojistné plnění ve výši dvojnásobku vypočítané částky,
 - z důvodu úrazu vyjma autonehody definované v článku 4. této části DPP, vyplatí pojistitel prvnímu pojištěnému pojistné plnění v souladu s tímto článkem,
 - při pojistné události z důvodů autonehody s účastí motocyklu o objemu motoru nad 125 ccm, a to prvnímu pojištěnému jedoucímu na motocyklu, vypočítá pojistitel pojištěnému pojistné plnění v souladu s tímto článkem, a poníží jej o 50 %.
- d) Odchylně od článku 13 odst. 1. písm. f) VPPPO pojistitel vyplatí pojistné plnění z pojistných událostí, které vznikly při provozování bungee jumpingu a speleologie.
- e) Pojistitel garantuje, že při změně Oceňovací tabulky II nedojde ke snížení rozsahu plnění pro úrazy s uvedeným rozsahem plněním nad 20 % v Oceňovací tabulce II platné k datu počátku pojistné smlouvy resp. k datu zahrnutí rizika do pojištění.

4c. Plnění denního odškodného za dobu léčeni úrazu

- a) Právo na plnění denního odškodného vzniká tehdy, jestliže doba léčeni úrazu i doba léčeni úrazu stanovená v Oceňovací tabulce I dosáhne minimálně počtu dnů stanoveného v pojistné smlouvě. U diagnóz, u kterých je v Oceňovací tabulce I uvedeno „neplní se“, není pojistitel povinen poskytnout plnění denního odškodného, i když je tato podmínka splněna.
- b) Počet dnů, za které je pojistitel povinen vyplatit denní odškodné, se stanoví ode dne určeného v pojistné smlouvě jako počátek plnění denního odškodného (karenční doba) až do konce léčeni následků úrazu, maximálně však za dobu léčeni, která nepřesáhne počet dní stanovený pro jednotlivé tělesné poškození v Oceňovací tabulce I, nejvýše však za 365 dnů léčeni úrazu do dvou let od jeho vzniku. Za dny, o které celková doba léčeni úrazu přesáhne tento pojistitelem stanovený limit, pojistitel není povinen plnit.
- c) Není-li tělesné poškození, které bylo pojištěnému úrazem způsobeno, uvedeno v Oceňovací tabulce I, určí pojistitel výši pojistného plnění podle obdobného tělesného poškození, které je svou povahou a rozsahem přiměřené tělesnému poškození způsobenému úrazem.
- d) Utrpí-li pojištěný v době léčeni úrazu, za který je pojistitel povinen vyplatit denní odškodné, další úraz, stanoví se počet dnů, za které pojistitel nejvýše plní, jako součet počtu dní uvedených v Oceňovací tabulce I pro obě tělesná poškození. Doba, po kterou se doby léčeni obou úrazů překrývají, se započítává pouze jednou, a to podle podmínek dohodnutých v pojistné smlouvě k datu vzniku prvního úrazu.
- e) Dojde-li k souběhu léčeni následků úrazu a nemoci, která není následkem úrazu, vyplatí pojistitel denní odškodné nejvýše za počet dní, který je uveden pro jednotlivé tělesné poškození v Oceňovací tabulce I.
- f) Utrpí-li pojištěný jedním úrazovým dějem několik tělesných poškození, stanoví se počet dnů, za které je pojistitel povinen vyplatit denní odškodné, podle toho tělesného poškození, u kterého je v Oceňovací tabulce I uveden nejvyšší počet dní.
- g) Pro stanovení plnění se vychází z doby léčeni úrazu doložené lékařským potvrzením s udáním přesné diagnózy a doby léčeni úrazu. Analogicky přitom platí ustanovení ostatních odstavců tohoto článku s tím rozdílem, že nejdelší doba léčeni, která bude použita pro stanovení počtu dnů, za které bude denní odškodné vyplaceno, je určena pro jednotlivá tělesná poškození způsobená úrazem v Oceňovací tabulce I. Do doby léčeni se přitom nezapočítává doba, ve které se pojištěný podroboval občasným následným lékařským kontrolám nebo rehabilitaci, která byla zaměřena pouze ke zmírnění subjektivních potíží.
- h) Za infarkty, fisury, odlomení hran kostí a malých úlomků s úponem vazů nebo svalů, za subperiostální zlomeniny a odloučení epifys (epifyseolýzy) plní pojistitel v rozsahu uvedeném v Oceňovací tabulce I pro neúplné zlomeniny. Není-li neúplná zlomenina v této tabulce uvedena, hodnotí se jednou polovinou plnění za zlomeninu. Fisury kostí lebních se však považují

za úplné zlomeniny.

- i) Za podvrtnutí (distorze), které nejsou potvrzeny RTG vyšetřením, plní pojistitel v rozsahu uvedeném v Oceňovací tabulce I pro pohmoždění.
- j) Trvá-li však léčeni úrazu déle než tři měsíce, lze pojištěnému na základě jeho písemné žádosti poskytnout přiměřenou zálohu na pojistné plnění, ovšem pouze jedenkrát během trvání léčeni úrazu. Bylo-li již pojistné plnění vyplaceno, je pojistitel oprávněn podle okolností případu nárokovat vrácení jeho části, jestliže zjistí (i dodatečně), že pojištěný v průběhu léčeni úrazu porušil léčebný režim.
- k) Je-li v pojistné smlouvě dohodnuta varianta plnění zpětně, pak trvá-li doba nezbytného léčeni úrazu minimálně počet dnů dohodnutých v pojistné smlouvě, vyplatí pojistitel prvnímu pojištěnému zpětně od prvního dne za každý den léčeni úrazu denní odškodné ve sjednané výši, a to v souladu s tímto článkem DPP.
- l) Je-li v pojistné smlouvě dohodnuta varianta plnění zpětně s progresí, pak trvá-li doba nezbytného léčeni úrazu minimálně počet dnů dohodnutých v pojistné smlouvě, vyplatí pojistitel zpětně od prvního dne za každý den léčeni úrazu denní odškodné ve výši pojistného plnění dle následující tabulky:

Počet dní nezbytného léčeni úrazu	Procento plnění
1 – 80	100 %
81 – 120	200 %
121 – 160	300 %
161 – 240	400 %
241 a více	500 %

Pojistitel poskytuje pojistné plnění dle tabulky za průměrnou dobu léčeni následovně:

- do 80 dnů za každý den 100 % sjednaného denního odškodného (dále jen DO)
 - do 120 dnů za každý den do 80 dnů DO ve výši 100 %, za každý další den DO ve výši 200 %
 - do 160 dnů za každý den do 80 dnů DO ve výši 100 %, za každý další den od 81. do 120. dne DO ve výši 200 %, za každý další den DO ve výši 300 %
 - do 240 dnů za každý den do 80 dnů DO ve výši 100 %, za každý den od 81. do 120. dne DO ve výši 200 %, za každý den od 121. do 160. dne DO ve výši 300 %, za každý další den DO ve výši 400 %
 - do 365 dnů za každý den do 80 dnů DO ve výši 100 %, za každý den od 81. do 120. dne DO ve výši 200 %, za každý den od 121. do 160. dne DO ve výši 300 %, za každý den od 161. do 240. dne DO ve výši 400 %, za každý další den DO ve výši 500 %.
- m) Není-li v pojistné smlouvě dohodnuta varianta plnění zpětně, pak trvá-li doba nezbytného léčeni úrazu minimálně počet dnů dohodnutých v pojistné smlouvě, vyplatí pojistitel prvnímu pojištěnému plnění za každý další den léčeni úrazu denní odškodné ve sjednané výši, a to v souladu s tímto článkem DPP. Dojde-li úrazem ke ztrátě končetiny nebo orgánu, pak pojistitel vyplatí pojistné plnění i za dobu léčeni, která přesáhne počet dnů stanovených v Oceňovací tabulce I, a to nejvýše o polovinu počtu dní stanovených Oceňovací tabulkou I.
- n) Pojistitel garantuje, že při změně Oceňovací tabulky I nedojde ke snížení počtu dní pro úrazy s uvedeným počtem dnů nad 60 (včetně) v Oceňovací tabulce I platné k datu počátku pojistné smlouvy resp. k datu zahrnutí rizika do pojištění.

4d. Plnění denního odškodného za pobyt v nemocnici z důvodu úrazu

- a) Trvá-li hospitalizace z důvodu úrazu minimálně počet dnů uvedených v pojistné smlouvě, vyplatí pojistitel pojistné plnění za každý den pobytu v nemocnici ve výši dohodnutého denního odškodného. Počet dnů hospitalizace je dán počtem půlnocí v nemocnici strávených.
- b) V případě úrazu, který si vyžadá bezprostřední hospitalizaci pojištěného na jednotce intenzivní péče (JIP, ARO), minimálně v délce třech strávených půlnocí, poskytuje pojistitel po dobu pobytu na této jednotce pojistné plnění ve výši dvojnásobku sjednaného denního odškodného. **Bezprostřední hospitalizací** se rozumí přijetí do nemocnice do 24 hodin od vzniku úrazu.
- c) Pojistné plnění vyplácí pojistitel po ukončení hospitalizace delší než 24 hodin zpětně od prvního dne hospitalizace.
- d) Z jedné pojistné události vyplatí pojistitel pojistné plnění nejvýše za 365 dnů hospitalizace.
- e) Za pojistnou událost se nepovažuje hospitalizace, která započala před počátkem pojištění.
- f) Nárok na pojistné plnění nevzniká za dny, kdy se pojištěný v nemocnici nezdržoval (např. při víkendové propustce do domácího ošetření).
- g) Pojistitel pro stanovení výše pojistného plnění vychází z propouštěcí zprávy a ze zprávy vyplněné ošetřujícím lékařem na formuláři oznámení hospitalizace s udáním přesné diagnózy a doby hospitalizace a z dalších dokladů, které považuje za nezbytné pro šetření pojistné události.
- h) Pojistné plnění vyplácí pojistitel až po ukončení hospitalizace. V případě dlouhodobé hospitalizace pojištěného trávající více než 30 dnů vyplatí pojistitel pojištěnému na základě jeho písemné žádosti zálohu na pojistné plnění. Součástí žádosti musí být zpráva vyplněná ošetřujícím lékařem na formuláři oznámení hospitalizace s udáním přesné diagnózy a doby doposud neukončené hospitalizace. Při jedné pojistné události vyplatí pojistitel zálohu na pojistné plnění nejvýše dvakrát.

- i) Je-li v pojistné smlouvě dohodnuta varianta plnění s progresí, pak pojistitel vyplatí denní odškodné ve výši pojistného plnění dle následující tabulky:

Počet dní pobytu v nemocnici	Procento plnění
1 – 80	100 %
81 – 120	200 %
121 – 160	300 %
161 – 240	400 %
241 a více	500 %

Pojistitel poskytuje pojistné plnění dle tabulky za pobyt v nemocnici následovně:

- do 80 dnů za každý den 100 % sjednaného denního odškodného (dále jen DO)
- do 120 dnů za každý den do 80 dnů DO ve výši 100 %, za každý další den DO ve výši 200 %
- do 160 dnů za každý den do 80 dnů DO ve výši 100 %, za každý další den od 81. do 120. dne DO ve výši 200 %, za každý další den DO ve výši 300 %
- do 240 dnů za každý den do 80 dnů DO ve výši 100 %, za každý den od 81. do 120. dne DO ve výši 200 %, za každý den od 121. do 160. dne DO ve výši 300 %, za každý další den DO ve výši 400 %
- do 365 dnů za každý den do 80 dnů DO ve výši 100 %, za každý den od 81. do 120. dne DO ve výši 200 %, za každý den od 121. do 160. dne DO ve výši 300 %, za každý den od 161. do 240. dne DO ve výši 400 %, za každý další den DO ve výši 500 %.

4e. Plnění z připojištění zlomenin

- a) Toto připojištění lze sjednat pouze s jednou pojistnou částkou ve výši 2 000 Kč za všechny zlomeniny způsobené jedním úrazovým dějem.
- b) Pokud je sjednáno souběžně i denní odškodné, vyplatí pojistitel v případě zlomeniny pojistné plnění z obou pojištěných rizik.

5. Snížení pojistného plnění

Utrpí-li pojištěný úraz při výkonu činnosti nebo povolání, které jsou zařazeny do vyšší rizikové skupiny než je uvedena na pojistné smlouvě, je pojistitel oprávněn krátiť pojistné plnění dle podmínek dohodnutých v DPP.

6. Výluky z pojištění

Kromě výluk stanovených ve VPPPO neposkytne pojistitel pojistné plnění:

- a) za úrazy vzniklé následkem léčebných, kosmetických a preventivních zákroků,
- b) za kosmetické operace nebo zákroky provedené v důsledku úrazu, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné,
- c) za vznik a zhoršení nemoci v důsledku úrazu; pojistitel tuto výlukou neuplatní při výplatě pojistného plnění za trvalé následky úrazu, ke kterému došlo v době trvání pojištění,
- d) za vznik a zhoršení kýly (hernií), nádorů všeho druhu a původu, bérčových vředů, diabetických gangrén, aseptických zánětů pochev slachových, úponů svalových tíhových váčků, epikondylitid, výhřez meziobratlové ploténky, ploténkové páteřní syndromy, VAS syndrom a jiné dorzopatie (diagnózy M40 až M54 podle mezinárodní klasifikace nemocí), náhlé příhody cévní a amoce sítnice,
- e) za infekční nemoci, a to i přenesené zranění,
- f) za pracovní úrazy a nemoci z povolání, pokud nemají povahu úrazu podle článku 17 VPPPO,
- g) za smrt nebo poškození zdraví vzniklé působením mikrobiálních jedů a imunotoxických látek,
- h) za úraz hlezenního, kolenního, kyčelního, loketního nebo ramenního kloubu a zápěstí, pokud byl před počátkem pojištění úrazem jakkoliv poškozen. Pojistitel v takovém případě neposkytuje pojistné plnění ani za postižení měkkých kloubních struktur (vazů, chrupavek apod.).

Pojistitel neposkytne pojistné plnění ve formě denního odškodného i za:

- i) léčebné pobyty v lázeňských léčebnách, sanatoriích a rehabilitačních centrech, kromě těch případů, kdy je pobyt v nich nezbytnou součástí léčby úrazu,
- j) umístění pojištěného v léčebnách pro dlouhodobě nemocné a v dalších odborných léčebných ústavech, zvláštních dětských zařízeních a rovněž pro případ pobytu pojištěného v ústavech sociální péče.

Pojistitel neposkytne pojistné plnění v případě hospitalizace z důvodu úrazu, ke které došlo v souvislosti:

- k) s požitím alkoholu, omamných látek nebo zneužitím léků,
- l) v případě dobrovolného i přikázaného léčení závislosti na alkoholu, návykových látkách nebo hráčské závislosti,
- m) v případě léčby s částečným pobytem v nemocnici (ambulantní léčení – denní nebo noční),
- n) s operacemi nebo jinými lékařskými zákroky včetně stomatologických, plánovanými před uzavřením pojistné smlouvy,
- o) s kosmetickými zákroky a zásahy, které nenastaly v důsledku úrazu a které nejsou z lékařského hlediska nezbytné, kromě těch případů, kdy pojistitel s nimi vyjádří předem písemný souhlas,
- p) s umístěním pojištěného v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, v léčebnách tuberkulózy a respiračních nemocí a v dalších odborných léčebných ústavech, zvláštních dětských zařízeních a rovněž pro případ pobytu pojištěného v ústavech sociální péče,

- q) s hospitalizací související pouze s potřebou pečovatelské a opatrovnícké péče,
- r) s hospitalizací ve vězeňských nemocnicích u osob ve výkonu trestu,
- s) z důvodu hospitalizace související s HIV pozitivitou,
- t) s psychickou poruchou (diagnóza F00 až F99 podle mezinárodní klasifikace).

7. Rizikové skupiny pro úrazové připojištění

- a) Povolání, vedlejší činnosti a sportovní nebo zájmové činnosti jsou rozděleny dle své povahy do třech rizikových skupin. Pro určení rizikové skupiny je rozhodující nejrizikovější činnost, kterou pojištěný vykonává v zaměstnání, při vedlejší pracovní činnosti nebo sportovní a zájmové činnosti.

1. riziková skupina:

Zahrnuje všechny děti s výjimkou dětí provozujících činnosti vyjmenované v rizikové skupině 2. a 3. Do 1. RS patří všechny sporty provozované rekreačně s výjimkou sportů, jako jsou bojové kontaktní sporty, horolezectví (nad 2 000 m n. m. do 4 000 m n. m.), vysokohorská turistika a pohyb v běžném nenáročném terénu nad 3 000 m n. m. do 4 000 m n. m., tyto výjimky patří na rekreační úrovni do 2. RS.

Dále tato riziková skupina zahrnuje i činnosti prvního pojištěného vykonávané v zaměstnání nebo při jiné výdělečné činnosti nemanuální, tj. administrativní, řídicí, duševní činnost, lidé pracující v kultuře, zdravotnictví, státní správě, bankovníctví a v jiném podobném odvětví, kde se nevyvíjí fyzická činnost. Dále jsou zde zahrnuta odvětví, kde riziko úrazu je srovnatelné s výrobní činností.

Například: školníci, pracovníci úklidu, prodáváči, technici, domovníci, pokojské, švadleny, krejčí, kadeřnice, kosmetičky, maséři, celníci, dispečerči, recepční, jemní mechanici, pracovníci ve školních jídelnách.

2. riziková skupina:

Do této skupiny patří děti, které provozují organizovanou aktivní sportovní činnost ve sportech jako je baseball, softball, tenis, squash, šerm, badminton, atletika, nohejbal, akrobatický rokenrol, triatlon, cyklistika, florbal, pozemní hokej, volejbal, běh na lyžích, veslování, plavání, aerobik, stolní tenis, gymnastika (moderní, sportovní), kulturistika, vysokohorská turistika, hokej (inline, hokejbal), basketbal, házená, ragby, box, karate, judo, asijská bojová umění a ostatní „plně kontaktní“ bojové sporty, fotbal, lední hokej, sjezdové lyžování, snowboarding, skateboarding, akrobatické lyžování, vodní turistika, potápění (do 10 m), horolezectví, lezení po umělých stěnách, vodní pólo apod. Dále do 2. RS patří bojové kontaktní sporty, horolezectví (nad 2 000 m n. m. do 4 000 m n. m.), vysokohorská turistika a pohyb v běžném nenáročném terénu (nad 3 000 m n. m. do 4 000 m n. m.) provozované rekreačně. Dále tato riziková skupina zahrnuje i činnosti prvního pojištěného vykonávané v zaměstnání nebo při jiné výdělečné činnosti s převažujícím podílem manuální činnosti pracující ve výrobním odvětví nebo manuálně. Například: pracovníci v průmyslových oborech, v zemědělství, v lesnictví, v dopravě, v dolech, v lomech, a také dělníci, pracovníci povrchových dolů, vrátní, policisté, vojáci z povolání, poštovní doručovatelé, pomocné síly, kuchaři, servírky, čišníci, pracovníci hlubinných dolů, záchranáři, pyrotechnici a pracovníci s výbušninami, pracovníci horské záchranné služby, krotitelé zvěře, zkušební a tovární jezdci, piloti, artisté, práce ve výškách nad 10 m (pokud mají předepsáno upevnění závěsem), hasiči.

3. riziková skupina:

Do této skupiny jsou zařazeni sportovci provozující sporty uvedené v 2. rizikové skupině na úrovni nejvyšších organizovaných celostátních soutěží. V rámci této rizikové skupiny je možné být pojištěn pouze v omezeném rozsahu a na omezené pojistné částky.

4. riziková skupina (Profesionál):

Profesionální sportovci a kaskadéři jsou zařazeni do 4. rizikové skupiny. V rámci této rizikové skupiny je možné být pojištěn pouze v omezeném rozsahu a na omezené pojistné částky.

5. riziková skupina (Adrenalin):

Činnosti uvedené v odst. e), f) a h) článku 13 VPPPO lze pojištit v rámci 5. rizikové skupiny. V rámci této rizikové skupiny je možné být pojištěn pouze v omezeném rozsahu a na omezené pojistné částky.

- b) Je-li v pojistné smlouvě sjednáno úrazové připojištění a není-li zároveň na pojistné smlouvě uvedena riziková skupina nebo je uvedena riziková skupina nižší, než riziková skupina odpovídající povolání, vedlejší činnosti a sportovní nebo zájmové činnosti, pak pojistitel stanoví rizikovou skupinu podle povolání, vedlejší činnosti a sportovní nebo zájmové činnosti, která je uvedena v pojistné smlouvě.
- c) Pojistník je povinen pojistiteli neprodleně oznámit všechny změny, které souvisí se zaměstnáním či výdělečnou činností, mimopracovní, sportovní nebo zájmovou činností pojištěného mající vliv na zařazení do příslušné rizikové skupiny a tím i na stanovení správné výše pojistného. Změna výše pojistného je účinná od nejbližšího pojistného období, následujícího po doručení sdělení pojistiteli. V případě, že pojistník uvedenou změnu nenahlásí nebo pokud pojistník nesouhlasí s navýšením pojistného, sníží pojistitel v případě vzniku pojistné události pojistné plnění za úraz v poměru výše pojistného, které bylo placeno, ke správné výši pojistného. V případě, že k úrazu dojde při činnosti zařazené do 3. rizikové skupiny, vyplatí pojistitel pojistné plnění odpovídající nejvýše maximální možné pojistné částce, kterou lze pro tuto rizikovou skupinu sjednat.
- d) Utrpí-li první pojištěný v době, kdy je pojistná smlouva zproštěna od placení pojistného, úraz související se zaměstnáním, mimopracovní, sportovní nebo zájmovou činností prvního pojištěného, která je zařazena do

vyšší rizikové skupiny než je v pojistné smlouvě dohodnuta, sníží pojistitel v případě vzniku pojistné události pojistné plnění za úraz v poměru výše pojistného, které bylo pojistitelem placeno (tedy zproštěno od placení), vzhledem ke správné výši pojistného. V případě, že k úrazu dojde při činnosti zařazené do 3. rizikové skupiny, vyplátí pojistitel pojistné plnění odpovídající nejvýše maximální možné pojistné částce, kterou lze pro tuto rizikovou skupinu sjednat.

V. PŘIPOJIŠTĚNÍ DENNÍHO ODŠKODNĚHO ZA POBYT V NEMOCNICI Z DŮVODU NEMOCI PRVNÍHO POJIŠTĚNÉHO

1. Pojištění a pojistné částky

- Toto připojištění je možné sjednat pro prvního pojištěného se vstupním věkem do 14 let včetně. Připojištění je možné dodatečně zahrnout pro prvního pojištěného s aktuálním věkem k datu zahrnutí nižším než 25 let včetně, a to alespoň na jedno pojistné období.
- Připojištění není možné sjednat ani zahrnout, pokud má první pojištěný přiznán kterýkoliv stupeň invalidity. Připojištění není možné zahrnout ani v případě, že pojištěný již není invalidní, ale v průběhu pojištění invalidní byl.
- Minimální pojistná částka je 50 Kč, maximální je 500 Kč, s volbou po 10 Kč.
- Připojištění zaniká v 00:00 hodin dne, který je v pojistné smlouvě sjednán jako konec pojistné smlouvy.
- Vedle možnosti zániku pojištění stanovených ve VPPPO dále pojištění denního odškodného pro případ pobytu v nemocnici z důvodu nemoci, těhotenství nebo porodu zaniká v případě přiznání nejvyššího stupně invalidity pojištěnému, a to k počátku následného pojistného období po oznámení této skutečnosti pojistiteli. Toto připojištění dále zaniká během pojistné doby úmrtím prvního pojištěného, dnem vyloučení tohoto připojištění, dnem přechodu pojištění do stavu bez placení pojistného z důvodu nezaplacení pojistného ve lhůtě stanovené v upomínce nebo při žádosti o převedení do stavu bez placení s žádostí o vyloučení tohoto připojištění.

2. Čekací doba

- Čekací doba, která začíná běžet od počátku pojištění či rozšíření rozsahu pojištění, je tříměsíční.
- V případě hospitalizace v souvislosti se stomatologickým ošetřením, úpravami umělého chrupu a čelistní ortopedií nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem je stanovena čekací doba na 8 měsíců.
- V případě rozšíření rozsahu pojištění (například navýšení pojistných částek, snížení karenční doby, změna varianty pojištění, u pojištění s kratší pojistnou dobou dodatečné prodloužení doby pojištění) vyplátí pojistitel z pojistné události nastalé v čekací době pojistné plnění za původních podmínek (tj. v užším rozsahu).

3. Rozsah připojištění

- Pojistnou událostí je pobyt pojištěného v lůžkové části nemocnice, ke kterému dojde v době trvání pojištění a který je z lékařského hlediska nezbytný, pokud tento pobyt trvá minimálně počet dnů uvedených v pojistné smlouvě (karenční doba). **Nemocnicí** se rozumí poskytovatel zdravotních služeb státní nebo nestátní, který je pod stálým lékařským dozorem, pracuje v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a poskytuje ambulantní nebo lůžkovou péči, a jehož provozování je v souladu s příslušnými platnými právními předpisy.
- Pojistnou událostí je rovněž poskytnutí péče, definované v bodě a) tohoto článku, pojištěnému v souvislosti s těhotenstvím a porodem, a také v souvislosti se stomatologickým ošetřením, úpravou umělého chrupu a čelistní ortopedií, za podmínek níže uvedených.
- Pojistná událost vzniká dnem přijetí pojištěného k nezbytné hospitalizaci. Pojistitel vyplátí pojistné plnění nejdéle do doby, kdy už hospitalizace není z lékařského hlediska nezbytná.
- Jednou pojistnou událostí je nepřetržitý pobyt pojištěného v nemocnici, a to bez ohledu na případnou změnu diagnózy během hospitalizace. Pokud je pojištěný po propuštění v nemocnici následující den opět hospitalizován z důvodu téže nemoci nebo úrazu, považuje se tento pobyt za pokračování pobytu předchozího.
- Pojištění se vztahuje na hospitalizaci pojištěného na území států Evropského hospodářského prostoru a Švýcarska.

4. Pojistné plnění

- Trvá-li hospitalizace minimálně počet dnů uvedených v pojistné smlouvě, vyplátí pojistitel pojistné plnění za každý den pobytu v nemocnici ve výši dohodnutého denního odškodného. Počet dnů hospitalizace je dán počtem půlnocí v nemocnici strávených. **Hospitalizací** se rozumí poskytnutí lůžkové péče pojištěnému u poskytovatele zdravotních služeb k tomuto účelu určenému, která je s ohledem na závažnost či charakter onemocnění nebo úrazu z lékařského hlediska nezbytná.
- Pojistné plnění vyplácí pojistitel po ukončení hospitalizace delší než 24 hodin zpětně od prvního dne hospitalizace.
- Z jedné pojistné události vyplátí pojistitel pojistné plnění nejvýše za 365 dnů hospitalizace.
- Za hospitalizaci v souvislosti se stomatologickým ošetřením, úpravou umělého chrupu a čelistní ortopedií poskytne pojistitel plnění nejvýše za 10 dnů, pokud k této hospitalizaci nedošlo výlučně v důsledku úrazu.

- Osobou oprávněnou k přijetí pojistného plnění ve formě denního odškodného je pojištěný.
- Za pojistnou událost se nepovažuje hospitalizace, která započala před počátkem pojištění.
- Nárok na pojistné plnění nevzniká za dny, kdy se pojištěný v nemocnici nezdržoval (např. při víkendové propustce do domácího ošetření).
- Pojistitel pro stanovení výše pojistného plnění vychází z propouštěcí zprávy a ze zprávy vyplněné ošetřujícím lékařem na formuláři oznámení hospitalizace s udáním přesné diagnózy a doby hospitalizace a z dalších dokladů, které považuje za nezbytné pro šetření pojistné události.
- Pojistné plnění vyplácí pojistitel až po ukončení hospitalizace. V případě dlouhodobé hospitalizace pojištěného trávající více než 30 dnů vyplátí pojistitel pojištěnému na základě jeho písemné žádosti zálohu na pojistné plnění. Součástí žádosti musí být zpráva vyplněná ošetřujícím lékařem na formuláři oznámení hospitalizace s udáním přesné diagnózy a doby doposud neukončené hospitalizace. Při jedné pojistné události vyplátí pojistitel zálohu na pojistné plnění nejvýše dvakrát.
- Pojistitel poskytuje pojistné plnění ve formě denního odškodného za nemoc vzniklou v době trvání pojištění i po dni ukončení platnosti pojištění uplynutím sjednané pojistné doby. Pokud nebyl v době platnosti pojištění dosažen minimální počet dnů, sjednaný v pojistné smlouvě jako karenční doba, nárok na pojistné plnění nevzniká.
- Je-li v pojistné smlouvě dohodnuta varianta plnění s progresí, pak pojistitel vyplátí denní odškodné ve výši pojistného plnění dle následující tabulky:

Počet dní pobytu v nemocnici	Procento plnění
1 – 80	100 %
81 – 120	200 %
121 – 160	300 %
161 – 240	400 %
241 a více	500 %

Pojistitel poskytuje pojistné plnění dle tabulky za pobyt v nemocnici následovně:

- do 80 dnů: za každý den 100 % sjednaného denního odškodného (dále jen „DOHN“)
- do 120 dnů: za každý den do 80 dnů DOHN ve výši 100 %, za každý další den DOHN ve výši 200 %
- do 160 dnů: za každý den do 80 dnů DOHN ve výši 100 %, za každý další den od 81. do 120. dne DOHN ve výši 200 %, za každý další den DOHN ve výši 300 %
- do 240 dnů: za každý den do 80 dnů DOHN ve výši 100 %, za každý den od 81. do 120. dne DOHN ve výši 200 %, za každý den od 121. do 160. dne DOHN ve výši 300 %, za každý další den DOHN ve výši 400 %
- do 365 dnů: za každý den do 80 dnů DOHN ve výši 100 %, za každý den od 81. do 120. dne DOHN ve výši 200 %, za každý den od 121. do 160. dne DOHN ve výši 300 %, za každý den od 161. do 240. dne DOHN ve výši 400 %, za každý další den DOHN ve výši 500 %.

5. Výluky z pojištění

Kromě výluk stanovených ve VPPPO, neposkytne pojistitel pojistné plnění v případě hospitalizace, ke které došlo v souvislosti:

- s požitím alkoholu, omamných látek nebo zneužitím léků,
- v případě dobrovolného i přikázaného léčení závislosti na alkoholu, návykových látkách nebo hracské závislosti,
- v případě léčby s částečným pobytem v nemocnici (ambulantní léčení – denní nebo noční),
- s léčebnými pobyty v lázeňských léčebnách, sanatoriích a rehabilitačních centrech, kromě těch případů, kdy je pobyt v nich nezbytnou součástí léčby úrazu,
- s operacemi nebo jinými lékařskými zákroky včetně stomatologických, plánovanými před uzavřením pojistné smlouvy,
- s kosmetickými zákroky a zásahy, které nenastaly v důsledku úrazu a které nejsou z lékařského hlediska nezbytné, kromě těch případů, kdy pojistitel s nimi vyjádří předem písemný souhlas,
- s umístěním pojištěného v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, v léčebnách tuberkulózy a respiračních nemocí a v dalších odborných léčebných ústavech, zvláštních dětských zařízeních a rovněž pro pobyt pojištěného v ústavech sociální péče,
- s hospitalizací související pouze s potřebou pečovatelské a opatrovnícké péče,
- s hospitalizací ve vězeňských nemocnicích u osob ve výkonu trestu,
- z důvodu hospitalizace související s HIV pozitivitou,
- u pojištění denního odškodného pro případ pobytu v nemocnici z důvodu nemoci, těhotenství nebo porodu v případě vzniku pojistné události v době, kdy byl pojištěnému přiznán nejvyšší stupeň invalidity,
- s psychickou poruchou (diagnóza F00 až F99 podle mezinárodní klasifikace),
- s úrazem hlezenního, kolenního, kyčelního, loketního nebo ramenního kloubu, pokud byl před počátkem pojištění úrazem poškozen. Výluka se vztahuje i na postižení měkkých kloubních struktur (vazů, chrupavek apod.).

VI. PŘIPOJIŠTĚNÍ HOSPITALIZACE S DOPROVODEM

1. Pojištění a pojistné částky

- Toto připojištění je možné sjednat pro prvního pojištěného se vstupním věkem do 14 let včetně. Připojištění je možné dodatečně zahrnout pro prvního pojištěného s aktuálním věkem k datu zahrnutí nižším než 17 let včetně, a to alespoň na jedno pojistné období. U připojištění je možné dohodnout kratší pojistnou dobu. Pokud nebyla na pojistné smlouvě při jejím sjednání kratší pojistná doba stanovena, pak je toto připojištění sjednáno do konce pojistné smlouvy, nejdéle však do výročního dne pojištění v roce, ve kterém se první pojištěný dožije 18 let.
- Minimální pojistná částka je 50 Kč, maximální je 500 Kč, s volbou po 10 Kč.
- Připojištění zaniká v 00:00 hodin dne, který je v pojistné smlouvě sjednán jako konec tohoto připojištění nebo ve výroční den pojištění v kalendářním roce, ve kterém se pojištěný dožije věku 18 let, pokud tento den nastane dříve.
- Vedle možnosti zániku pojištění stanovených ve VPPPO dále pojištění denního odškodného pro případ pobytu v nemocnici z důvodu nemoci zaniká v případě přiznání nejvyššího stupně invalidity pojištěnému, a to k počátku následného pojistného období po oznámení této skutečnosti pojistiteli. Toto připojištění dále zaniká během pojistné doby úmrtím prvního pojištěného, dnem vyloučení tohoto připojištění, dnem přechodu pojištěného do stavu bez placení pojistného z důvodu nezaplacení pojistného ve lhůtě stanovené v upomínce nebo při žádosti o převedení do stavu bez placení s žádostí o vyloučení tohoto připojištění.

2. Čekací doba

- Čekací doba, která začíná běžet od počátku pojištění či rozšíření rozsahu pojištění, je tříměsíční.
- V případě hospitalizace v souvislosti se stomatologickým ošetřením, úpravami umělého chrupu a čelistní ortopedií je stanovena čekací doba na 8 měsíců.
- V případě rozšíření rozsahu pojištění (například navýšení pojistných částek, snížení karenční doby, změna varianty pojištění, u pojištění s kratší pojistnou dobou dodatečné prodloužení doby pojištění) vyplatí pojistitel z pojistné události nastalé v čekací době pojistné plnění za původních podmínek (tj. v užším rozsahu).
- V případě úrazu, který si vyžádá bezprostřední hospitalizaci delší než 24 hodin, a dále při akutním infekčním onemocnění s hospitalizací na specializovaném infekčním oddělení, se čekací doba neuplatňuje. **Bezprostřední hospitalizaci** se rozumí přijetí do nemocnice do 24 hodin od vzniku úrazu.

3. Rozsah pojištění

- Pojistnou událostí je pobyt prvního pojištěného v nemocnici z důvodu nemoci nebo úrazu, u kterého je z lékařského hlediska nezbytně nutný nepřetržitý doprovod dospělé osoby (dále jen „doprovod“). Počet dnů pobytu doprovodu v nemocnici je dán počtem půlnocí v nemocnici strávených. **Nemocnicí** se rozumí poskytovatel zdravotních služeb státní nebo nestátní, který je pod stálým lékařským dozorem, pracuje v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a poskytuje ambulantní nebo lůžkovou péči, a jehož provozování je v souladu s příslušnými platnými právními předpisy.
- Za nezbytně nutný pojistitel považuje doprovod prvního pojištěného mladšího 7 let.
- Je-li prvnímu pojištěnému v době pojistné události 7 a více let, je doprovod považován za nezbytný tehdy, je-li schválen revizním lékařem zdravotní pojišťovny prvního pojištěného.
- Pojistnou událostí je rovněž poskytnutí péče, definované v bodě a) tohoto článku, pojištěnému v souvislosti se stomatologickým ošetřením, úpravou umělého chrupu a čelistní ortopedií, za podmínek níže uvedených.
- Pojistná událost vzniká dnem přijetí pojištěného k nezbytné hospitalizaci. Pojistitel vyplatí pojistné plnění nejdéle do doby, kdy už hospitalizace není z lékařského hlediska nezbytná. **Hospitalizací** se rozumí poskytnutí lůžkové péče pojištěnému u poskytovatele zdravotních služeb k tomuto účelu určenému, která je s ohledem na závažnost či charakter onemocnění nebo úrazu z lékařského hlediska nezbytná.
- Jednou pojistnou událostí je nepřetržitý pobyt pojištěného v nemocnici, a to bez ohledu na případnou změnu diagnózy během hospitalizace. Pokud je pojištěný po propuštění z nemocnice následující den opět hospitalizován z důvodu téže nemoci nebo úrazu, považuje se tento pobyt za pokračování pobytu předchozího.
- Pojištění se vztahuje na hospitalizaci pojištěného na území států Evropského hospodářského prostoru a Švýcarska.

4. Pojistné plnění

- Trvá-li doprovod déle než 24 hodin, vyplatí pojistitel prvnímu pojištěnému od 1. dne zpětně za každý den pobytu doprovodu v nemocnici denní odškodné ve sjednané výši, a to v souladu s tímto článkem.
- Podmínkou vzniku nároku na pojistné plnění je, že doprovázející osoba po uvedené dobu nevykonává žádné ze svých dosavadních zaměstnání nebo jinou závislou činnost.
- Pobyt doprovodu v nemocnici je nutné doložit v souladu s článkem 3. této části DPP. Osoba doprovázející prvního pojištěného, kterému bylo v době pojistné události 7 a více let, dokládá splnění podmínky stanovené v odst. b)

- tohoto článku i dokladem o pracovní neschopnosti vystaveným dle příslušného předpisu o nemocenském pojištění (u pojištěných účastných nemocenského pojištění) nebo je ošetřujícím lékařem potvrzen na jiném dokladu (u pojištěných, kteří nejsou účastní nemocenského pojištění).
- Pojistitel poskytuje pojistné plnění ve formě denního odškodného za hospitalizaci vzniklou v době trvání pojištění i po dni ukončení platnosti pojištění uplynutím sjednané pojistné doby. Pokud nebyl v době platnosti pojištění dosažen minimální počet dnů, sjednaný v pojistné smlouvě jako karenční doba, nárok na pojistné plnění nevzniká.
 - V případě úrazu, který si vyžádá bezprostřední hospitalizaci pojištěného na jednotce intenzivní péče (JIP, ARO), minimálně v délce třech strávených půlnocí, poskytuje pojistitel po dobu pobytu na této jednotce pojistné plnění ve výši dvojnásobku sjednaného denního odškodného.
 - Z jedné pojistné události vyplatí pojistitel pojistné plnění nejvýše za 365 dnů hospitalizace.
 - Za hospitalizaci v souvislosti se stomatologickým ošetřením, úpravou umělého chrupu a čelistní ortopedií poskytne pojistitel plnění nejvýše za 10 dnů, pokud k této hospitalizaci nedošlo výlučně v důsledku úrazu.
 - Osobou oprávněnou k přijetí pojistného plnění ve formě denního odškodného je pojištěný.
 - Za pojistnou událost se nepovažuje hospitalizace, která započala před počátkem pojištění.
 - Nárok na pojistné plnění nevzniká za dny, kdy se pojištěný v nemocnici nezdržoval (např. při víkendové propustce do domácího ošetření).
 - Pojistitel pro stanovení výše pojistného plnění vychází z propouštěcí zprávy a ze zprávy vyplněné ošetřujícím lékařem na formuláři oznámení hospitalizace s udáním přesné diagnózy a doby hospitalizace a z dalších dokladů, které považuje za nezbytné pro šetření pojistné události.
 - Pojistné plnění vyplatí pojistitel až po ukončení hospitalizace. V případě dlouhodobé hospitalizace pojištěného trvající více než 30 dnů vyplatí pojistitel pojištěnému na základě jeho písemné žádosti zálohu na pojistné plnění. Součástí žádosti musí být zpráva vyplněná ošetřujícím lékařem na formuláři oznámení hospitalizace s udáním přesné diagnózy a doby doposud neukončené hospitalizace. Při jedné pojistné události vyplatí pojistitel zálohu na pojistné plnění nejvýše dvakrát.

5. Výluky z pojištění

Kromě výluk stanovených ve VPPPO, neposkytne pojistitel pojistné plnění v případě hospitalizace, ke které došlo v souvislosti:

- s požitím alkoholu, omamných látek nebo zneužitím léků,
- v případě dobrovolného i přikázaného léčení závislosti na alkoholu, návykových látkách nebo hráček závislosti,
- v případě léčby s částečným pobytům v nemocnici (ambulantní léčení – denní nebo noční),
- s léčebnými pobyty v lázeňských léčebnách, sanatoriích a rehabilitačních centrech, kromě těch případů, kdy je pobyt v nich nezbytnou součástí léčení úrazu a pojistitel s tímto pobytem vyjádří předem písemný souhlas,
- s operacemi nebo jinými lékařskými zákroky včetně stomatologických, plánovanými před uzavřením pojistné smlouvy,
- s kosmetickými zákroky a zásahy, které nastaly v důsledku úrazu a které nejsou z lékařského hlediska nezbytné, kromě těch případů, kdy pojistitel s nimi vyjádří předem písemný souhlas,
- s umístěním pojištěného v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, v léčebnách tuberkulózy a respiračních nemocí a v dalších odborných léčebných ústavech, zvláštních dětských zařízeních a rovněž pro případ pobytu pojištěného v ústavech sociální péče,
- s hospitalizací související pouze s potřebou pečovatelské a opatrovnické péče,
- s hospitalizací ve vězeňských nemocnicích u osob ve výkonu trestu,
- z důvodu hospitalizace související s HIV pozitivitou,
- u pojištění denního odškodného pro případ pobytu v nemocnici z důvodu nemoci, těhotenství nebo porodu v případě vzniku pojistné události v době, kdy byl pojištěnému přiznán nejvyšší stupeň invalidity,
- s psychickou poruchou (diagnóza F00 až F99 podle mezinárodní klasifikace),
- s úrazem hlezenního, kolenního, kyčelního, loketního nebo ramenního kloubu, pokud byl před počátkem pojištění úrazem poškozen. Výluka se vztahuje i na postižení měkkých kloubních struktur (vazů, chrupavek apod.).
- V případě, že dojde k hospitalizaci v důsledku úrazu, neposkytne pojistitel pojistné plnění v i případech definovaných v článku 6. části IV. těchto DPP.

VII. PŘIPOJIŠTĚNÍ ZÁVISLOSTI NA PĚČI II. - IV. STUPNĚ

Toto připojištění se sjednává pro případ závislosti na pomoci jiné osoby z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem se rozumí zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok, a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládnutí základních životních potřeb.

1. Pojistitelné osoby, pojistné částky

- Připojištění je možné sjednat pro prvního pojištěného se vstupním věkem do 14 let včetně. Připojištění je možné dodatečně zahrnout pro prvního pojištěného s aktuálním věkem k datu zahrnutí nižším než 25 let včetně, a to alespoň na jedno pojistné období. Konec připojištění lze sjednat nej-

děle ve výroční den, ve kterém se první pojištěný dožije 26 let.

- b) Minimální pojistná částka při sjednání pojistné smlouvy či při dodatečném zahrnutí do pojištění je 100 000 Kč. Maximální pojistná částka je 3 000 000 Kč. Pojistná částka se volí na celé desetitisíce.
- c) Připojištění není možné sjednat, zahrnout ani měnit, pokud první pojištěný měl či aktuálně má přiznan jakýkoliv stupeň invalidity či jakýkoliv stupeň závislosti na péči dle zákona o sociálních službách.

2. Zánik připojištění

- a) Vedle možnosti zániku pojištění stanovených ve VPPPO zaniká dále připojištění pro případ závislosti na péči po výplatě pojistného plnění z tohoto připojištění, a to k následnému pojistnému období po datu vzniku pojistné události.
- b) Připojištění zaniká během pojistné doby 00:00 hodin dne následujícího po úmrtí prvního pojištěného; dnem vyloučení tohoto připojištění; v 00:00 hodin dne, který je v pojistné smlouvě sjednán jako konec pojistné smlouvy; ve výroční den pojištění v kalendářním roce, ve kterém se první pojištěný dožije 26 let, pokud tento den nastane dříve.
- c) Toto připojištění dále zaniká během pojistné doby dnem přechodu pojištění do stavu bez placení pojistného z důvodu nezaplacení pojistného ve lhůtě stanovené v upomínce nebo při žádosti o převedení do stavu bez placení s žádostí o vyloučení tohoto připojištění.

3. Čekací doba

- a) Jestliže byl pojištěnému přiznán II., III. i IV. stupeň závislosti na péči dle definice stanovené v těchto DPP do osmnácti měsíců od počátku pojištění nebo rozšíření rozsahu pojištění, neposkytne pojistitel za tuto událost pojistné plnění.
- b) V případě rozšíření rozsahu pojištění (například navýšení pojistných částek) vyplatí pojistitel z pojistné události nastalé v čekací době pojistné plnění za původních podmínek (tj. v užším rozsahu). Splnění podmínky osmnácti měsíců podle předchozích odstavců tohoto článku se nevyžaduje, pokud byl prvnímu pojištěnému přiznán stupeň závislosti na péči výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo v době platnosti pojištění.

4. Pojistná událost

- a) Pojistnou událostí je uznání příslušného stupně závislosti na péči pojistitelem.
- b) Pojistitel uzná závislost na péči, pokud byl pojištěnému přiznán, podle zákona o sociálních službách, příspěvek na péči pro II. až IV. stupeň závislosti na péči.
- c) Tuto skutečnost pojištěný dokládá pojistiteli rozhodnutím příslušných orgánů státní správy (krajské pobočky Úřadu práce, správy sociálního zabezpečení) o přiznání příspěvku na péči spolu s uvedením stupně závislosti na péči, do kterého byl pojištěný zařazen. Za další nezbytné podklady se považují ty, jenž uvádějí důvody pro pobírání příspěvku na péči.
- d) Jestliže pojistitel uznal závislost na péči, pak se dnem vzniku pojistné události rozumí datum prokazatelného oznámení a doložení nároku pojistiteli.

5. Pojistné plnění

- a) Uznal-li pojistitel závislost na péči dle článku 4. této části DPP, vyplatí pojistné plnění bez zbytečného odkladu, a to jednou dávkou.
- b) Pojistitel neposkytne pojistné plnění v případech vzniklých následkem úrazu, tělesného poškození nebo nemoci, které nastaly, byly diagnostikovány nebo léčeny před počátkem pojištění.
- c) Bod 3 článku 13 VPPPO se neuplatňuje.

6. Výklad pojmů

6a. definování stupňů závislosti pro osoby starší 18 let

- II. stupeň (středně těžká závislost) – pojištěný není schopen z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu vykonávat 5 nebo 6 základních životních potřeb,
- III. stupeň (těžká závislost) – pojištěný není schopen z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu vykonávat 7 nebo 8 základních životních potřeb,
- IV. stupeň (úplná závislost) – pojištěný není schopen z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu vykonávat 9 nebo 10 základních životních potřeb, a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby.

6b. definování stupňů závislosti pro osoby mladší 18 let

- II. stupeň (středně těžká závislost) – pojištěný není schopen z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu vykonávat 4 nebo 5 základních životních potřeb,
- III. stupeň (těžká závislost) – pojištěný není schopen z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu vykonávat 6 nebo 7 základních životních potřeb,
- IV. stupeň (úplná závislost) – pojištěný není schopen z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu vykonávat 8 nebo 9 základních životních potřeb, a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby.

U osoby do 18 let věku se při hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby porovnává rozsah, intenzita a náročnost péče, kterou je třeba věnovat posuzované osobě se zdravotním postižením, s péčí, kterou je

třeba věnovat zdravé fyzické osobě téhož věku. Při stanovení stupně závislosti u osoby do 18 let věku se nepřihlíží k potřebě péče, která vyplývá z věku osoby a tomu odpovídajícímu stupni biopsychosociálního vývoje.

6c. definování základních životních potřeb

Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto základní životní potřeby: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvaní, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví (hodnotí se ve vztahu ke konkrétnímu zdravotnímu postižení a režimu stanovenému ošetřujícím lékařem), osobní aktivity, péče o domácnost (nehodnotí se u osob do 18 let věku). Bližší vymezení schopnosti zvládat základní životní potřeby a způsob jejich hodnocení stanoví vyhláška/prováděcí právní předpis zákona o sociálních službách. Při hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby se hodnotí funkční dopad dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na schopnost zvládat základní životní potřeby; přitom se nepřihlíží k pomoci, dohledu nebo péči, která nevyplývá z funkčního dopadu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Pro uznání závislosti v příslušné základní životní potřebě musí existovat příčinná souvislost mezi poruchou funkčních schopností z důvodu nepříznivého zdravotního stavu a pozbytím schopnosti zvládat základní životní potřebu v přijatelném standardu.

VIII. PŘIPOJIŠTĚNÍ PŘÍSPĚVKU NA POŘÍZENÍ ZVLÁŠTNÍ POMŮCKY

Připojištění se sjednává pro případ přiznání nároku na příspěvek pro pořízení zvláštní pomůcky dle zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením.

1. Pojistitelné osoby

- a) Připojištění je možné sjednat pro prvního pojištěného se vstupním věkem do 14 let včetně. Připojištění je možné dodatečně zahrnout pro prvního pojištěného s aktuálním věkem k datu zahrnutí nižším než 25 let včetně, a to alespoň na jedno pojistné období. Konec připojištění lze sjednat nejdéle ve výroční den pojištění v kalendářním roce, ve kterém se první pojištěný dožije věku 26 let.
- b) Připojištění není možné sjednat, zahrnout ani měnit, pokud pojištěný měl či aktuálně má přiznan jakýkoliv stupeň invalidity či jakýkoliv stupeň závislosti na péči dle zákona o sociálních službách. Připojištění dále není možné sjednat, pokud pojištěnému příspěvek na zvláštní pomůcku již přiznán byl.

2. Zánik připojištění

- a) Vedle možnosti zániku pojištění stanovených ve VPPPO zaniká dále připojištění příspěvku na pořízení zvláštní pomůcky po vyčerpání celé sjednané pojistné částky z tohoto připojištění, a to k následnému pojistnému období po datu vzniku pojistné události.
- b) Připojištění zaniká během pojistné doby úmrtím pojištěného; dnem vyloučení tohoto připojištění; v 00:00 hodin dne, který je v pojistné smlouvě sjednán jako konec pojistné smlouvy; ve výroční den pojištění v kalendářním roce, ve kterém první pojištěný dožije věku 26 let, pokud tento den nastane dříve.
- c) Toto připojištění dále zaniká během pojistné doby dnem přechodu pojištění do stavu bez placení pojistného z důvodu nezaplacení pojistného ve lhůtě stanovené v upomínce nebo při žádosti o převedení do stavu bez placení s žádostí o vyloučení tohoto připojištění.

3. Čekací doba

- a) Jestliže byl pojištěnému přiznán příspěvek na pořízení zvláštní pomůcky do osmnácti měsíců od počátku pojištění nebo rozšíření rozsahu pojištění, neposkytne pojistitel za tuto událost pojistné plnění.
- b) V případě rozšíření rozsahu pojištění vyplatí pojistitel z pojistné události nastalé v čekací době pojistné plnění za původních podmínek (tj. v užším rozsahu).
- c) Splnění podmínky osmnácti měsíců podle předchozích odstavců tohoto článku se nevyžaduje, pokud byl pojištěnému přiznán příspěvek na zvláštní pomůcku výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo v době platnosti pojištění.

4. Pojistná událost

- a) Pojistnou událostí je uznání příspěvku na pořízení zvláštní pomůcky pojistitelem.
- b) Pojistitel uzná přiznání příspěvku na pořízení zvláštní pomůcky, pokud byl pojištěnému přiznán podle zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením.
- c) Tuto skutečnost pojištěný dokládá pojistiteli rozhodnutím příslušných orgánů státní správy o přiznání příspěvku na pořízení zvláštní pomůcky. Za další nezbytné podklady se považují ty, jenž uvádějí důvody pro pobírání tohoto příspěvku.
- d) Jestliže pojistitel uznal přiznání příspěvku na pořízení zvláštní pomůcky, pak se dnem vzniku pojistné události rozumí datum prokazatelného oznámení a doložení nároku pojistiteli.

5. Pojistné plnění

- a) Stanovená pojistná částka ve výši 100 000 Kč, uvedená v pojistné smlouvě, je horní hranicí pojistného plnění pojistitele pro jednu a všechny pojistné události nastalé v průběhu pojistné doby.
- b) Pojistným plněním pro jednu pojistnou událost je 10 % z ceny každé po-

můcky, a to až do celkového limitu 100 000 Kč.

- c) Pojistné plnění je poskytnuto v případě, že cena pomůcky je vyšší než 1 000 Kč.
- d) Bod 3 článku 13 VPPPO se neuplatňuje.

IX. PŘIPOJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD OŠETŘOVÁNÍ ČLEMEM RODINY

1. Pojištění a pojistné částky

- a) Toto připojištění je možné sjednat pro prvního pojištěného se vstupním věkem do 14 let včetně. Připojištění je možné dodatečně zahrnout pro prvního pojištěného s aktuálním věkem k datu zahrnutí nižším než 17 let včetně, a to alespoň na jedno pojistné období. U připojištění je možné dohodnout kratší pojistnou dobu. Pokud nebyla na pojistné smlouvě při jejím sjednání kratší pojistná doba stanovena, pak je toto připojištění sjednáno do konce pojistné smlouvy, nejdéle však do výročního dne pojištění v roce, ve kterém se první pojištěný dožije 18 let.
- b) Minimální pojistná částka je 50 Kč, maximální je 500 Kč, s volbou po 10 Kč.
- c) Čekací doba, která začíná běžet od počátku nebo zahrnutí tohoto připojištění, je tříměsíční. V případě navýšení pojistných částek vyplatí pojistitel z pojistné události nastalé v čekací době pojistné plnění za původních podmínek (tj. v užším rozsahu).
- d) V případě úrazu prvního pojištěného se čekací doba neuplatňuje.
- e) Připojištění zaniká v 00:00 hodin dne, který je v pojistné smlouvě sjednán jako konec tohoto pojištění, nebo ve výroční den pojištění v kalendářním roce, ve kterém se první pojištěný dožije věku 18 let, pokud tento den nastane dříve.
- f) Toto připojištění dále zaniká během pojistné doby úmrtím prvního pojištěného, dnem vyloučení tohoto připojištění, dnem přechodu pojištění do stavu bez placení pojistného z důvodu nezaplacení pojistného ve lhůtě stanovené v upomínce nebo při žádosti o převedení do stavu bez placení s žádostí o vyloučení tohoto připojištění.

2. Rozsah pojištění

Pojistnou událostí je nepřetržitě ošetřování prvního pojištěného v případě jeho nemoci nebo úrazu, u kterého je z lékařského hlediska nezbytné ošetřování členem rodiny prvního pojištěného. Ošetřování prvního pojištěného je stav, kdy člen rodiny prvního pojištěného nemůže vykonávat své dosavadní zaměstnání nebo jinou závislou činnost z důvodu ošetřování:

- dítěte mladšího 10 let, v případě jeho onemocnění nebo úrazu,
- dítěte staršího 10 let, jehož zdravotní stav z důvodu nemoci nebo úrazu vyžaduje nezbytné nutné ošetřování jinou fyzickou osobou (členem rodiny) a ošetřující lékař tuto skutečnost potvrdil na předepsaném tiskopisu.

3. Pojistné plnění

- a) Při nemoci nebo úrazu prvního pojištěného, který je ošetřován členem rodiny, vyplatí pojistitel prvnímu pojištěnému od 5. dne (karenční doba 4 dny), tedy nikoliv zpětně, za každý den nemoci nebo úrazu pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky, a to i bez ohledu na případnou změnu diagnózy nebo souběh diagnóz.
- b) Podmínkou vzniku nároku na pojistné plnění je, že členovi rodiny prvního pojištěného během trvání pojištění vznikne právo na ošetřování, které přísluší lékaři prvního pojištěného potvrdí na formuláři vystaveném podle tohoto zákona. Člen rodiny, který žádá o pojistné plnění, musí mít příjem ze závislé činnosti či ze samostatné činnosti (OSVČ), nepobírá peněžitou pomoc v mateřství nebo rodičovský příspěvek, a je uveden na formuláři o ošetřování jako osoba ošetřující pojištěného.
- c) Podmínkou pro vznik nároku na plnění je, že člen rodiny, který ošetřuje prvního pojištěného po uvedení dobu, nevykonává žádné ze svých dosavadních zaměstnání nebo jinou závislou činnost.
- d) Pojistitel poskytne pojistné plnění z jedné pojistné události do dne ukončení ošetřování prvního pojištěného podle rozhodnutí o ukončení nároku na ošetřování prvního pojištěného lékařem. Osobě, která má nárok na ošetřování dle zákona o nemocenském pojištění, pojistitel vyplatí pojistné plnění nejdéle za dobu 92 dní ošetřování prvního pojištěného, popř. maximálně za 180 dnů ošetřování prvního pojištěného v případě více pojistných událostí v jednom pojistném roce. Pro osoby, které nemají nárok na ošetřování dle zákona o nemocenském pojištění (OSVČ), je výplata pojistného plnění omezena na maximálně 30 dnů v jednom pojistném roce. Pro onkologické onemocnění pojištěného dítěte (tj. diagnóza C00-D48 podle mezinárodní klasifikace nemocí) pojistitel vyplatí pojistné plnění nejdéle za 365 dní ošetřování.
- e) Pojistné plnění vyplatí pojistitel zpravidla až po ukončení nároku na ošetřování prvního pojištěného. V případě nemoci nebo úrazu prvního pojištěného trvající déle než 1 měsíc vyplatí pojistitel prvnímu pojištěnému na základě písemné žádosti zálohu na pojistné plnění. Součástí žádosti musí být zpráva vyplněná ošetřujícím lékařem prvního pojištěného na formuláři „Hlášení o ošetřování členem rodiny“. Při výplatě pojistitel poskytne zálohu na pojistné plnění za dny nepřetržitého ošetřování prvního pojištěného členem rodiny, nejdéle však do dne potvrzeného ošetřujícím lékařem prvního pojištěného.
- f) Pojistitel nevyplatí pojistné plnění za dobu, kdy první pojištěný byl z důvodu nemoci nebo úrazu hospitalizován v nemocnici, léčebnách, odborných léčebných ústavech, v sanatoriu nebo rehabilitačních centrech.
- g) Kromě výluk stanovených ve VPPPO, neposkytne pojistitel plnění v těchto

případech:

- nemoc diagnostikovaná nebo léčená před uzavřením pojistné smlouvy nebo příznaky nemoci se projeví ještě před uzavřením pojistné smlouvy,
- úraz, ke kterému došlo před uzavřením pojistné smlouvy,
- zákroky a zásahy, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné, kromě těch případů, kdy pojistitel s nimi vyjádří předem písemný souhlas,
- pojistná událost vznikla v souvislosti s požitím alkoholu, omamných látek nebo zneužitím léků,
- dobrovolné i přikázané léčení závislosti na alkoholu, návykových látkách nebo hráčské závislosti,
- HIV pozitivita,
- psychická porucha (diagnóza F00 až F99 podle mezinárodní klasifikace),
- pojištěný porušil léčebný režim, toto porušení mu bylo prokázáno příslušným orgánem ČSSZ případně revizním lékařem pojistitele.

X. PŘIPOJIŠTĚNÍ ZDRAVOTNÍ ASISTENCE PRVNÍHO POJIŠTĚNÉHO

1. Pojistné nebezpečí

- a) Pokud bylo v pojistné smlouvě sjednáno pojištění zdravotní asistence, pak pojistným nebezpečím je možnost vzniku změny zdravotního stavu pojištěného a v souvislosti s tím potřeba poskytnutí zdravotní asistence.
- b) Zdravotní asistenci se rozumí tyto služby:
 - i) podání informace o zdravotnických službách (dále jen „Rychlé informace“)
 - ii) poskytnutí zdravotních konzultací (dále jen „Lékař na telefonu“)
 - iii) zajištění potřebné zdravotní péče (dále jen „Asistenční služby“)
 - iv) případně další služby související se zdravotním stavem pojištěného uvedené v pojistné smlouvě.
- c) Pojištění zdravotní asistence je pojištěním škodovým.

2. Předmět pojištění

a) Služba „Rychlé informace“

Služba „Rychlé informace“ zahrnuje podání informací o zdravotnických službách poskytovaných v České republice, a to prostřednictvím telefonické linky. Jedná se o informace:

- a) o poskytovatelích zdravotních služeb včetně zařízení zajišťujících pohotovost (adresa, rozsah poskytované péče, provozní doba, kontakty na jednotlivá oddělení nebo lékaře),
- b) o lékárnách (adresa, provozní doba, kontakty),
- c) o veřejném zdravotním pojištění (právní úprava, rozsah pojištění, výše pojistného, spoluúčasti, systém výběru pojistného, adresy a kontakty na zdravotní pojišťovny),
- d) o cestovním pojištění poskytovaným pojistitelem (rozsah pojistného krytí, výše pojistného, kontaktní místa, kde lze pojištění sjednat).

b) Služba „Lékař na telefonu“

Služba „Lékař na telefonu“ zahrnuje poskytování těchto služeb:

- a) konzultace zdravotního stavu pojištěného – možný postup při udávaných zdravotních potížích, vysvětlení možných příznaků a příčin onemocnění, doporučení dalšího postupu na základě podaných informací (v žádném případě nenahrazuje kontaktní diagnostiku praktického, resp. odborného lékaře),
- b) vysvětlení běžně využívaných pojmů ve zdravotnictví, odborných medicínských výrazů, latinských pojmů, diagnóz a jejich zkratkou užívaných ve zdravotnické dokumentaci,
- c) vysvětlení nálezů z odborných vyšetření, účel jednotlivých vyšetření na základě citace pojištěného, vysvětlení výsledků laboratorních vyšetření (informace o rozmezí hodnot jednotlivých ukazatelů),
- d) konzultace lékařských postupů – vysvětlení obecných postupů léčby, základní informace o časové náročnosti léčby jednotlivých onemocnění,
- e) informace o lécích a jejich účincích – účinné látky v lécích obsažené, možné nežádoucí účinky, informace o doplácích za léky,
- f) doporučení pojištěnému, na jakého odborného lékaře se má s daným problémem obrátit,
- g) poradna pro těhotné ženy a matky po porodu – doporučení vhodného postupu v dané situaci, jaká vyšetření je vhodné provést a z jakých důvodů,
- h) informace před cestou do zahraničí – doporučení nutného očkování a poučení o zdravotních rizicích pro danou lokalitu.

c) „Asistenční služba“

1. Asistenční služba zahrnuje:

- a) zajištění prvotního ambulantního vyšetření příslušným odborným lékařem (v návaznosti na jiným lékařem stanovenou diagnózu nebo popis příznaků zdravotních potíží) v co nejkratším možném termínu. Předmětem není zajišťování dalších návštěv, kontrol a další péče k témuž zdravotnímu případu (diagnóze) s výjimkou případů, kdy tato následná zdravotní péče musí být poskytnuta v souvislosti se službou uvedenou pod písm. b),
- b) zajištění příjmu pojištěného k hospitalizaci u poskytovatele zdravotních služeb v České republice, přičemž pojištěný bude přijat k hospitalizaci pouze v případě předložení doporučení ošetřujícího lékaře,

ve výjimečných případech bez tohoto doporučení, na základě posouzení lékaře poskytovatele.

2. Pojištěný má nárok čerpat asistenční služby, má-li toto pojištění v platnosti, maximálně však šestkrát v období pojistného roku, není-li v pojistné smlouvě ujednáno jinak.

3. Pojistitelné osoby, vznik pojištění

- a) V pojistné smlouvě lze sjednat připojištění v následujících variantách:
 - Rychlé informace a Lékař na telefonu,
 - nebo Asistenční služby současně s Rychlymi informacemi a Lékařem na telefonu.

Jsou-li v pojistné smlouvě sjednány obě varianty připojištění zdravotní asistence zároveň, pak platí varianta Rychlé informace a Lékař na telefonu. Služby je možné čerpat ihned po vystavení pojistky.

- b) Toto připojištění lze sjednat pro prvního pojištěného se vstupním věkem do 14 let včetně. Připojištění je možné dodatečně zahrnout pro prvního pojištěného s aktuálním věkem k datu zahrnutí nižším než 25 let včetně, a to alespoň na jedno pojistné období. Podmínkou je trvalý pobyt pojištěné osoby na území České republiky. Připojištění je možné dodatečně zahrnout, a to alespoň na jedno pojistné období.
- c) Toto připojištění pro prvního pojištěného zaniká v 00:00 hodin dne, který je v pojistné smlouvě sjednán jako konec pojistné smlouvy.
- d) Služby Rychlé informace a Lékař na telefonu jsou poskytovány 24 hodin denně.

4. Zánik pojištění

- a) Vedle možnosti zániku pojištění, stanovených ve VPPPO, toto připojištění dále zaniká během pojistné doby úmrtím prvního pojištěného, dnem vyloučení tohoto připojištění, dnem přechodu pojištění do stavu bez placení pojistného z důvodu nezaplacení pojistného ve lhůtě stanovené v upomínce nebo při žádosti o převedení do stavu bez placení s žádostí o vyloučení tohoto připojištění.
- b) Připojištění zanikne také oznámením nesouhlasu pojistníka s nově stanovenou výší pojistného podle článku 8 této části DPP; pojištění zanikne k pojistnému období, k němuž mělo být pojistné upraveno. Toto se však netýká změny výše poplatku uvedeného v platném Přehledu, ke které dojde bez změny běžného pojistného.

5. Čekací doba

Čekací doba se u pojištění zdravotní asistence neuplatňuje.

6. Pojistná událost

Pojistnou událostí je potřeba pojištěného získat informace související s jeho zdravotním stavem nebo zajištění prvotního ošetření nebo hospitalizace.

7. Pojistné plnění

- a) Pojistným plněním je poskytnutí služeb blíže specifikovaných ve článku 2. této části DPP (podání informace o zdravotnických službách, poskytnutí zdravotních konzultací a zajištění zdravotní péče pojistitelem v případě vzniku potřeby pojištěného týkající se jeho zdravotního stavu) nebo dalších služeb souvisejících se zdravotním stavem pojištěného, které jsou uvedeny na pojistné smlouvě.
- b) Pojistné plnění zajišťuje na základě smluvního vztahu s pojistitelem subjekt, který v této oblasti spolupracuje s poskytovateli zdravotních služeb (dále jen „poskytovatel služeb“).
- c) Pojistné plnění se poskytuje na území České republiky.
- d) Služby je možné čerpat až po vystavení pojistky.
- e) Pojistitel poskytuje pojistné plnění prvnímu pojištěnému, má-li příslušné riziko v platnosti.

8. Úpravy pojistného

- a) Pojistitel je oprávněn dohodnout individuální podmínky pro osoby se zvýšeným rizikem.
- b) Kromě případů uvedených v článku 5 odst. 12 VPPPO je pojistitel oprávněn k pojistnému období upravovat výši pojistného za pojištění zdravotní asistence v souvislosti se změnami ceny služby ze strany poskytovatele služeb.

XI. PŘIPOJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD SMRTI DRUHÉHO NEBO TŘETÍHO POJIŠTĚNÉHO

1. Pojištění a pojistné částky

- a) V pojistné smlouvě je možné toto připojištění sjednat pro druhého nebo třetího pojištěného se vstupním věkem do 69 let včetně. Připojištění je možné dodatečně zahrnout, a to alespoň na jedno pojistné období.
- b) Konec připojištění pro příslušného pojištěného je v 00:00 hodin výročního dne, ve kterém se pojištěný dožije 70 let, nejdříve však v 00:00 hodin dne, který je v pojistné smlouvě sjednán jako konec pojistné smlouvy.
- c) Připojištění je možné sjednat či dodatečně do pojištění zahrnout s konstantní pojistnou částkou. Minimální pojistná částka pro případ smrti při sjednání pojistné smlouvy či dodatečném zahrnutí do pojištění je 30 000 Kč. Maximální pojistná částka pro případ smrti je 100 000 Kč. Pojistná částka se volí na celé desetitisíce.
- d) Připojištění pro příslušného pojištěného zaniká v 00:00 hodin dne, který je v pojistné smlouvě sjednán jako konec pojistné smlouvy, nebo ve výroční

den pojištění v kalendářním roce, ve kterém se pojištěný dožije věku 70 let.

- e) Toto připojištění dále zaniká během pojistné doby úmrtím příslušného pojištěného, dnem vyloučení tohoto připojištění, dnem přechodu pojištění do stavu bez placení pojistného z důvodu nezaplacení pojistného ve lhůtě stanovené v upomínce nebo při žádosti o převedení do stavu bez placení s žádostí o vyloučení tohoto připojištění.
- f) Dohodnou-li se strany na jakémkoliv rozšíření rozsahu pojištění pro případ smrti pojištěného (včetně navýšení pojistné částky), běží ode dne účinnosti změny nová tříměsíční čekací doba; pro vyloučení pochybností se uvádí, že do uplynutí této čekací doby bude pojistné plnění poskytnuto za původních podmínek (tj. v užším rozsahu).

2. Pojistné plnění

- a) Zemře-li příslušný pojištěný v době platnosti tohoto připojištění, nejpozději v 00:00 hodin dne, ve kterém toto připojištění končí, vyplátí pojistitel pojistnou částku pro případ smrti.
- b) Zemře-li příslušný pojištěný v důsledku události uvedených v článku 13 VPPPO s výjimkou uvedenou v části I. článku 9. těchto DPP, odstavce e) tohoto článku, nárok na výplatu pojistného plnění nevzniká.
- c) Odchylně od článku 13 odst. 1 písm. i) VPPPO se pojištění vztahuje i na smrt následkem sebevraždy pojištěného, ke které došlo po uplynutí 2 let nepřetržitého trvání příslušného pojištění; pojistné plnění bude vyplaceno ve výši poloviny pojistné částky pro případ smrti v uplynulých dvou letech přede dnem pojistné události.
- d) Oprávněnou osobou k přijetí pojistného plnění v případě smrti druhého nebo třetího pojištěného je první pojištěný, resp. jeho zákonný zástupce nebo jiná oprávněná osoba.
- e) Kromě výluk stanovených ve VPPPO se pojištění dále nevztahuje na smrt pojištěného, pokud nastala do tří měsíců ode dne počátku pojištění v důsledku zdravotních potíží, kterými pojištěný trpěl před uzavřením pojištění, a to ani tehdy, pokud o nich byl pojistitel informován při sjednávání či změně pojištění.

XII. PŘIPOJIŠTĚNÍ ZPROŠTĚNÍ OD PLACENÍ POJISTNÉHO DRUHÉHO NEBO TŘETÍHO POJIŠTĚNÉHO

1. Připojištění zproštění

- a) V pojistné smlouvě je možné toto připojištění sjednat pro druhého nebo třetího pojištěného se vstupním věkem do 69 let včetně. Připojištění je možné dodatečně zahrnout, a to alespoň na jedno pojistné období.
- b) Konec připojištění pro příslušného pojištěného je v 00:00 hodin výročního dne, ve kterém se pojištěný dožije 70 let, nejdříve však v 00:00 hodin dne, který je v pojistné smlouvě sjednán jako konec pojistné smlouvy.
- c) Připojištění není možné pro příslušného pojištěného sjednat ani zahrnout, pokud má jakýkoliv stupeň invalidity nebo je v předčasném či starobním důchodu. Připojištění není možné zahrnout ani v případě, že příslušný pojištěný již nemá nejvyšší stupeň invalidity, ale v průběhu pojištění takto invalidní byl.
- d) Toto připojištění se sjednává pro trvalé zproštění pojistníka od placení pojistného v důsledku přiznání invalidního důchodu pro nejvyšší stupeň invalidity nebo při smrti připojištěné dospělé osoby.
- e) Po dobu plnění z tohoto připojištění hradí pojistitel za pojistníka pojistné za hlavní pojištění, za připojištění prvního pojištěného a za připojištění pro případ smrti druhého nebo třetího pojištěného, bylo-li k vzniku nároku na zproštění od placení pojistného v platnosti.
- f) Připojištění zaniká v 00:00 hodin dne, který je v pojistné smlouvě sjednán jako konec pojistné smlouvy, nebo ve výroční den pojištění v kalendářním roce, ve kterém se příslušný pojištěný dožije věku 70 let, pokud tento den nastane dříve. Od data účinnosti zániku připojištění pojistitel nestrhává poplatek za toto připojištění.
- g) Toto připojištění dále zaniká během pojistné doby úmrtím příslušného pojištěného, dnem zproštění od placení, dnem vyloučení tohoto připojištění, dnem přechodu pojištění do stavu bez placení pojistného (z důvodu nezaplacení pojistného ve lhůtě stanovené v upomínce i na žádost pojistníka).
- h) Po dobu zproštění od placení pojistného může pojistník zaplatit mimořádné pojistné a požádat pouze o změnu pojistníka, změnu alokačního poměru, prodej či přesun podílových jednotek, nebo o změnu procenta výnosu pro automatický přesun podílových jednotek. Ostatní změny uvedené v části I. článku 5. těchto DPP nejsou povoleny.
- i) Dnem vzniku nároku na zproštění od placení pojistného se pojistné za hlavní pojištění a pojistné částky u jednotlivých připojištění prvního, druhého i třetího pojištěného snižují na minimální hodnoty dohodnuté v posledních osmnácti měsících přede dnem vzniku pojistné události. Dnem vzniku nároku se rozumí den, od kterého platí pojistitel pojistné.

2. Zproštění od placení pojistného z důvodu přiznání invalidního důchodu pro nejvyšší stupeň invalidity

- a) Jestliže během platnosti tohoto připojištění, nejdříve však po osmnácti měsících od počátku pojištění nebo zahrnutí tohoto připojištění, byl druhému nebo třetímu pojištěnému přiznán invalidní důchod pro nejvyšší stupeň invalidity, je pojistník zproštěn povinnosti platit běžné pojistné za hlavní pojištění, za připojištění prvního pojištěného a za připojištění pro případ smrti druhého nebo třetího pojištěného, bylo-li k datu vzniku nároku na zproštění od placení pojistného v platnosti. Přiznání invalidního

důchodu pro nejvyšší stupeň invalidity dokládá pojištěný pojistiteli záznamem o jednání okresní správy sociálního zabezpečení týkající se posouzení jeho zdravotního stavu podle zákona o důchodovém pojištění. Osoby, kterým na invalidní důchod nárok nevznikl, doloží pojistiteli uznání stupně invalidity či procenta poklesu pracovní schopnosti rozhodnutím příslušné správy sociálního zabezpečení a odbornou zprávou lékaře, kterou má pojistitel právo posoudit.

- b) Splnění podmínky osmnácti měsíců se nevyžaduje, pokud byl příslušnému pojištěnému přiznán invalidní důchod pro nejvyšší stupeň invalidity výlučně v důsledku úrazu, který splňuje podmínky pro úraz uvedené ve VPPPO a k němuž došlo v době platnosti pojištění.
- c) Splnil-li druhý nebo třetí pojištěný uvedené podmínky, poskytne pojistitel plnění z tohoto připojištění od nejbližšího pojistného období následujícího po dni prokazatelného oznámení a doložení splnění podmínek pojistiteli, a to do konce trvání pojistné smlouvy. Dnem vzniku pojistné události se rozumí den prokazatelného oznámení a doložení splnění podmínek pojistiteli.
- d) Bod 3 článku 13 VPPPO se neplatňuje.

3. Zproštění od placení pojistného z důvodu smrti

- a) Zemře-li druhý nebo třetí pojištěný v době platnosti jeho připojištění, nejpozději v 00:00 hodin dne, ve kterém toto připojištění končí, je pojistník zproštěn povinností platit běžné pojistné za hlavní pojištění, za připojištění prvního pojištěného a za připojištění pro případ smrti druhého nebo

třetího pojištěného, bylo-li k datu vzniku nároku na zproštění od placení pojistného v platnosti, s výjimkou připojištění pro případ smrti příslušné pojištěné osoby, které zaniká.

- b) Pojistitel poskytne plnění z tohoto připojištění od nejbližšího pojistného období následujícího po dni úmrtí příslušného pojištěného, a to do konce trvání pojistné smlouvy. Dnem vzniku pojistné události se rozumí den úmrtí pojištěného.
- c) Zemře-li příslušný pojištěný v důsledku událostí uvedených v článku 13 VPPPO s výjimkou uvedenou v části I. článku 10. těchto DPP a v odstavci e tohoto článku nárok na zproštění pojistného nevzniká.
- d) Odchylně od článku 13 odst. 1 písm. i) VPPPO se pojištění vztahuje i na smrt následkem sebevraždy příslušného pojištěného, ke které došlo po uplynutí alespoň dvou let nepřetržitého trvání příslušného pojištění ode dne jeho počátku.
- e) Kromě výluk stanovených ve VPPPO se pojištění dále nevztahuje na smrt pojištěného, pokud nastala do tří měsíců ode dne počátku pojištění v důsledku zdravotních potíží, kterými pojištěný trpěl před uzavřením pojištění, a to ani tehdy, pokud o nich byl pojistitel informován při sjednávání či změně pojištění.

ZÁVĚREČNÉ USTANOVENÍ

Tyto pojistné podmínky jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy a nabývají účinnosti dnem 27. září 2018.

O SPOLEČNOSTI

Česká podnikatelská pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group (ČPP) je univerzální pojišťovnou, která nabízí svým klientům moderní produkty a komplexní pojistná řešení v oblasti životního i neživotního pojištění. Na českém pojistném trhu působí od roku 1995. ČPP patří do desítky největších a nejúspěšnějších pojišťoven v ČR a je třetím největším poskytovatelem povinného ručení v České republice. Aktuálně firma spravuje více než 1,8 mil. smluv a její služby využívá přes 1 mil. klientů. Společnost působí prostřednictvím 6 regionálních ředitelství. Kromě stovky poboček zajišťuje prodej pojištění i dalších více než 220 kanceláří na celém území ČR. ČPP je součástí jedné z nejsilnějších evropských pojišťovacích skupin Vienna Insurance Group.