

Speciální pojistné podmínky investičního životního pojištění s připojištěním IŽP

Tyto speciální pojistné podmínky (dále jen „SPP“) se řídí občanským zákoníkem (dále jen „OZ“) a Všeobecnými pojistnými podmínkami pojištění osob OSO 3 ze dne 1. ledna 2004 (dále jen „VPP“) a jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy (dále jen „smlouvy“).

ČLÁNEK 1 Základní pojmy

- Pro účely sjednaného pojištění platí tento výklad pojmů:
- a) Alokační pojistné (dále jen „alokace“): výkup podílových jednotek ve výši pojistného upraveného dle platných pojistně-technických pravidel – Alokace počáteční: snížená alokace pojistného v prvních letech trvání určená na pokrytí počátečních nákladů (provize, počáteční administrativní náklady, underwriting) – viz platný sazebník poplatků – Alokace běžná: standardní alokace se srážkou 1 % nebo 5 % úročně na běžné správní náklady – viz platný sazebník poplatků
 - b) Běžné pojistné: pojistné placené s předem ve smlouvě sjednanou frekvencí placení (měsíčně, čtvrtletně, pololetně, ročně), které slouží k pokrytí nákladů, poplatků a ceny pojištění za dobu trvání pojistné smlouvy
 - c) Garantovaný fond: fond, u kterého pojistitel zaručuje minimální hrubé zhodnocení stanovené v popisu fondu
 - d) Hodnota fondu u smlouvy: počet podílových jednotek k dané smlouvě a k danému fondu vynásobených jejich prodejní cenou
 - e) Hotovost: určena k vyrovnání zaokrouhlovacích chyb při převodu na podílové jednotky, případně k držení záporné kapitálové hodnoty
 - f) Investiční životní pojištění (dále jen „IŽP“): komplexní spojení životního pojištění, doplňkových a úrazových pojištění a investic do investičních podílových fondů. Pojistné částky jednotlivých pojištění rizik jsou pevně dány pojistnou smlouvou a částka určená k výplatě při dožití se konce pojištění, resp. v případě ukončení smlouvy, je dána aktuální výší kapitálové hodnoty smlouvy.
 - g) Kapitálová hodnota smlouvy: součet hodnot fondů u smlouvy a hotovosti, je vyjádřena v Kč, může nabývat i záporné hodnoty
 - h) Management fee – poplatek za správu kapitálové hodnoty smlouvy – viz platný sazebník poplatků
 - i) Mimořádné pojistné: jednorázově zaplacené pojistné vložené nad rámec sjednaného běžného pojistného nebo počátečního jednorázového pojistného, slouží k posílení kapitálové hodnoty smlouvy
 - j) Nákupní cena jednotky: cena, za kterou pojišťovna prodává jednotky ke smlouvě. Pojišťovna může stanovit několik nákupních cen jednotek v závislosti na typu alokovaného pojistného.
 - k) Netechnické změny: změny na smlouvě nemající vliv na alokace, odkupy, pojistné (např. změna adresy)
 - l) Oceňovací den: den, ke kterému pojistitel stanoví nákupní a prodejní cenu podílových jednotek jednotlivých podílových fondů
 - m) Odkupní hodnota: kapitálová hodnota smlouvy upravená o možné poplatky a srážky
 - n) Odkupní poměr: je využíván pro odkupní transakce s využitím aktuálního poměru rozložení kapitálových hodnot jednotlivých fondů
 - o) Počáteční jednorázové pojistné: jednorázově zaplacené pojistné uhrazené na počátku platnosti pojistné smlouvy, použité primárně na provoz pojistné smlouvy
 - p) Podílová jednotka (dále jen „jednotka“): identická část investičního podílového fondu představující podíl z jeho hodnoty
 - q) Podílový investiční fond (dále jen „fond“): soubor finančních instrumentů a investic spravovaný pojistitelem nebo pojistitelem pověřenou osobou, sloužící k uložení kapitálových hodnot pojistných smluv. Charakter fondů se navzájem liší umístěním finančních prostředků, dosaženým výnosem a mírou rizika.
 - r) Pojistná částka: částka uvedená ve smlouvě, která bude minimálně vyplacena v případě smrti pojištěného, popř. jiných událostí uvedených ve smlouvě
 - s) Pojistné období: dohodnuté časové období, za které se platí pojistné
 - t) Pojistně-technické období: časové období, ve kterém platí parametry smlouvy; v investičním životním pojištění je pojistně-technickým obdobím kalendářní měsíc
 - u) Pojistné riziko: riziko, které je určeno typem pojištění a pojstnou částkou
 - v) Poměr rozdělení pojistného do investičních fondů (dále jen „rozdělení pojistného“): poměrným zvoleným celosměrným v procentech (v celkovém součtu 100%), v jakém pojišťovna rozdělí inkasované pojistné do příslušných fondů
 - w) Prodejní cena jednotky: cena, za kterou pojišťovna odkoupí jednotky ze smlouvy
 - x) Realokace: převedení kapitálové hodnoty mezi fondy; za realokaci si pojistitel může účtovat poplatek dle platného sazebníka poplatků
 - y) Technické změny: změny na smlouvě s vlivem na alokace a odkupy, výši pojistného, pojištěná rizika apod.
 - z) Investiční životní pojištění se uzavírá pro klienty se vstupním věkem do 70 let (včetně) ve volitelném rozsahu na dobu minimálně 5 let, maximálně do 75 let pojištěného. Pro klienty se vstupním věkem nad 70 let (max. do 95 let) se pojištění uzavírá pouze v omezeném rozsahu stanoveném pojistitelem vždy na dobu 5 let – na základě žádosti klienta je možné sjednanou pojistnou dobu prodloužit, maximální doba trvání pojištění může být do roku, ve kterém se pojištění dožije 100 let.

ČLÁNEK 2 Pojistné plnění

- a) Při smrti pojištěného vyplátí pojistitel pojistnou částku platnou ke dni úmrtí nebo kapitálovou hodnotu smlouvy platnou ke dni nahlášení pojistné události, je-li vyšší.
- b) Je-li v případě smrti pojistná částka vyšší než kapitálová hodnota smlouvy, bude vyplacena pojistná částka snížená o částecne výplaty provedené po datu úmrtí (resp. nahlášení úmrtí). Pokud bude kapitálová hodnota smlouvy vyšší než pojistná částka, bude vyplacena kapitálová hodnota snížená o částecne výplaty provedené po dni úmrtí (resp. nahlášení úmrtí). Jestliže nebude pojistná událost uznána pojistitelem za likvidní, bude ve prospěch pojistníka, resp. oprávněných osob vyplacena kapitálová hodnota smlouvy.
- c) IŽP smrti pojištěného zaniká.
- d) Při dožití se sjednaného konce IŽP bude pojištěnému vyplacena kapitálová hodnota smlouvy.

ČLÁNEK 3 Výjimky z neplacení pojistného

Na rozdíl od ustanovení VPP, Zvláštních ustanovení I. – životní pojištění, čl. 7, odst. 1 se na IŽP, vzhledem k podstatě pojištění, nevztahuje právo pojistníka být v případě plné invalidity zproštěn od povinnosti platit běžné pojistné. Toto právo vznikne pojistníkovy pouze za předpokladu sjednání zvláštního připojištění zproštění od placení běžného pojistného.

ČLÁNEK 4 Pojistné

- a) Pojistník je povinen platit běžné pojistné, sjednané ve smlouvě, za pojistné období. Pojistné období může být měsíční, čtvrtletní, pololetní nebo roční.
- b) Pojistník si může kdykoliv v době trvání smlouvy předplatit běžné pojistné, tj. zaplatit najednou jednu nebo více splátek běžného pojistného

před datem jejich splatnosti. Jestliže dojde k předplacení běžného pojistného, stává se den úhrady dnem splatnosti předplaceného běžného pojistného. K předplacení plateb běžného pojistného slouží účet a variabilní symbol, který je určen k platbám běžného pojistného.

- c) Pojistník může kdykoliv v době trvání smlouvy zaplatit mimořádné pojistné v minimální výši stanovené pojistitelem. Zaplacení mimořádného pojistného nemá vliv na povinnost pojistníka platit sjednané běžné pojistné. Pojistitel je oprávněn použít část mimořádného pojistného na pokrytí dlužného běžného pojistného k datu písemná mimořádného pojistného na účet pojistitele. Mimořádné pojistné je možno uhradit na základě pokynů uvedených v pojistce. K úhradě mimořádného pojistného jsou určeny zvláštní variabilní symboly. Pojistitel je oprávněn odmítnout mimořádné pojistné zaplacené pod stanovenou minimální hranici.
- d) Běžné i mimořádné pojistné se používá podle platných pojistně-technických pravidel k navyšování kapitálové hodnoty smlouvy.
- e) Za škodu vzniklou uvedením chybného čísla účtu, resp. variabilního symbolu, pojistitel neodpovídá. Rozhodným dnem pro zučtování zaplaceného pojistného je den, kdy pojistitel vystavil předpis pojistného.

Pojistitel naloží s inkasovaným pojistným postupně dle následujících pravidel

- I. Alokační pojistného (technický postup):
 - a) pojistné je upraveno o příslušný poplatek počáteční alokace
 - b) pojistné je sečteno s aktuálním zůstatkem hotovosti, výsledný součet je dále považován za pojistné
 - c) pojistné je rozděleno na díly dle sjednaného rozdělení pojistného do fondů
 - d) každý díl pojistného je celosměrně přepočten na podílové jednotky příslušného fondu s využitím nákupní ceny jednotky
 - e) nové nakoupené jednotky jsou přičteny ke stávajícím stavům jednotek f) je vypočtena nová hotovost jako zaokrouhlovací rozdíl vzniklý předchozími kroky

II. Alokační pojistného (časový postup)

- a) pojistné může být alokováno nejříve v první den platnosti smlouvy (nejříve v den počátku pojištění)
- b) pojistné je alokováno v nákupní ceně jednotky platné v den provedení alokace
- c) při splnění všech předepsaných podmínek (výše platby a její správná identifikace) je pojistné alokováno bez zbytečného odkladu v závislosti na provozních a technických podmínkách pojistitele

ČLÁNEK 5

Důsledky neplacení pojistného

- a) Nebylo-li zaplacené běžné pojistné za první pojistné období do tří měsíců od jeho splatnosti nebo běžné pojistné za následující pojistné období do šesti měsíců od jeho splatnosti a nebyli-li vytvořena kladná kapitálová hodnota smlouvy, zaniká pojištění bez náhrady. Jestliže byla vytvořena kladná kapitálová hodnota smlouvy, pojištění zaniká a pojistitel vyplatí pojistníkovi odkupní hodnotu smlouvy.
- b) Pokud dojde k ukončení pojistné smlouvy a kapitálová hodnota smlouvy je záporná, má pojistitel v případě, že na smlouvě nebylo uhrazeno pojistné do konce trvání smlouvy, právo na zaplacení celkového dlužného pojistného nebo na zaplacení pojistného ve výši absolutní hodnoty výše kapitálové hodnoty smlouvy k datu konce pojištění, je-li tato kapitálová hodnota nižší než celková dlužná pojistné.

ČLÁNEK 6

Náklady, poplatky a cena pojištění

- a) cena pojištění: pojistitel bude za každé pojistně-technické období snižovat kapitálovou hodnotu smlouvy o částku potřebnou ke krytí sjednaného rozsahu pojištěného rizika a o dále uvedené technické poplatky, kalkulované podle platných pojistně-technických zásad pojistitele
 - b) počáteční alokace: pojistitel uplatní na běžné pojistné v prvních letech trvání smlouvy poplatky na pokrytí počátečních nákladů spojených se vznikem pojistné smlouvy
 - c) marže: rozdíl mezi nákupní a prodejní cenou jednotky
 - d) administrativní poplatek: pojistitel má právo zpravidla měsíčně inkasovat poplatek za správu a vedení pojistné smlouvy
 - e) management fee: poplatek za správu kapitálové hodnoty – pojistitel má právo použít část hodnoty fondu na pokrytí nákladů spojených s provozováním fondu
 - f) inkasní poplatky: pojistitel má právo v závislosti na způsobu a technické úhrady pojistného inkasovat poplatek za inkasovanou platbu
 - g) poplatek za zrušení pojistné smlouvy: pojistitel má právo při výplatě odkupní hodnoty v prvních dvou letech trvání snížit výplatu o poplatek za předčasné zrušení pojištění
 - h) poplatek za provedení změny do smlouvy: pojistitel má právo v případě vystavení dodatku inkasovat poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy
 - i) poplatek za realokaci: pojistitel má právo v případě požadavku na provedení realokace inkasovat poplatek za provedenou, resp. nerealizovanou transakcí stržením částky z kapitálové hodnoty
 - j) poplatek za výběr části kapitálové hodnoty: pojistitel má právo v případě požadavku (realizovaného i nerealizovaného) na výběr části kapitálové hodnoty inkasovat poplatek
 - k) poplatek za vystavení druhopisu: pojistitel má právo za vystavení druhopisu pojistníkem požadovaného dokumentu (např. pojistky, dodatku, rekaptulace) inkasovat poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy
- Výše poplatků se řídí platným sazebníkem poplatků. Platný sazebník poplatků je k dispozici na www stránkách pojistitele a na všech obchodních místech.

ČLÁNEK 7

Výpověď ze strany pojistníka

- a) Pojistník má právo v případě běžné placené pojistného kdykoliv po jednom roce trvání pojištění písemně zažádat o ukončení pojistné smlouvy s výplatou odkupní hodnoty. Podmínka jednoho roku trvání pojištění neplatí v případě zaplacení mimořádného pojistného nebo počátečního jednorázového pojistného. Výplata odkupní hodnoty je možná pouze za předpokladu kladné kapitálové hodnoty smlouvy. V prvním roce trvání, pokud není uhrazeno mimořádné pojistné nebo počáteční jednorázové pojistné, nevzniká nárok na výplatu odkupní hodnoty.
- b) Do doby dvou let od počátku pojištění je odkupní hodnota rovna 90 % kapitálové hodnoty smlouvy. Po uplynutí této doby je rovna kapitálové hodnotě smlouvy.
- c) Výpovědní lhůta je šestitýdenní a řídí se ustanovením čl. 10, odst. 2 VPP.

ČLÁNEK 8

Změny ve smlouvě

- a) Pojistník může kdykoliv požádat o zvýšení nebo snížení běžného pojistného.
- b) Pojistník má možnost kdykoliv požádat o zvýšení, popř. snížení pojistné částky. Při zvýšení pojistné částky má pojistitel právo provést dodatečné zdravotní posouzení pojištěného.

c) Pojistník může požádat pojistitele o dočasné přerušení placení pojistného. K dočasnému přerušení placení pojistného může dojít pouze v případě takového stavu kapitálové hodnoty smlouvy, která bude postačovat na pokrytí technických poplatků (viz článek 6 téhož SPP) a rizikového pojistného po dobu přerušení placení pojistného. Dočasné přerušení placení pojistného vstupuje v platnost prvním dnem pojistného období následujícího po pojistném období, za které bylo naposledy zaplacené běžné pojistné.

- d) Pojistník může požádat pojistitele o výplatu části kapitálové hodnoty smlouvy, pokud tato částka dosáhne minimální výše stanovené pojistitelem. Výplata části kapitálové hodnoty se provádí formou odkupování podílových jednotek ze zvolených fondů převedením na hotovost. Pojistník v žádosti o výplatu části kapitálové hodnoty může určit, z jakého ze zvolených fondů má být proveden odkup, případně v jakém poměru z jednotlivých fondů mají být podílové jednotky odkupány; jestliže toto v žádosti o výplatu není určeno, provede se odkup v aktuálním poměru kapitálových hodnot fondů na smlouvě. Podmínkou uskutečnění této výplaty je postačitenost výše běžné placené pojistného a zůstatku kapitálové hodnoty smlouvy pro pokrytí sjednaného rizikového pojistného a technických poplatků za správu smlouvy do konce trvání smlouvy. Při splnění výše uvedených podmínek bude provedena výplata kapitálové hodnoty nejpozději do čtyř týdnů od doručení žádosti pojistiteli. Jestliže z některého ze sjednaných fondů nebude možné požadované odkupování podílových jednotek, nebude žádost o výplatu části kapitálové hodnoty vyřizována. Pojistitel je oprávněn při vyřizování žádosti o výplatu části kapitálové hodnoty účtovat pojistníkovi pojistně-technický poplatek (viz platný sazebník poplatků). Žádost lze podat pouze na formuláři pojistitele Z0021, včetně ověření totožnosti pojistníka.
- e) Pojistník může požádat o realokaci, tj. převedení podílových jednotek mezi fondy. Pojistitel je oprávněn při vyřizování žádosti o realokaci účtovat pojistníkovi pojistně-technický poplatek (viz platný sazebník poplatků). Žádost lze podat pouze na formuláři pojistitele Z0021, včetně ověření totožnosti pojistníka.
- f) Pojistník může kdykoliv požádat o změnu alokačního poměru, tj. o změnu poměru zúčtování zaplaceného pojistného (běžného i mimořádného) do zvolených podílových fondů. Na základě žádosti bude vystaven dodatek s okamžitou platností a účinností od následující splátky běžného, resp. mimořádného pojistného.
- g) K IŽP si může pojistník dodatčně sjednat, popř. z něj vyloučit doplňková, úrazová a nemocenská připojištění nebo doplnit, popř. přidat nebo vyloučit dítě.
- h) Pojistník může kdykoliv požádat o změnu doby trvání pojištění.
- i) Všechny změny provedené na základě písemné žádosti pojistníka vstupují v platnost dnem uvedeným na dodatku (zpravidla prvním dnem následujícího pojistně-technického období po vystavení dodatku ke smlouvě).
- j) V souvislosti s výše uvedenými změnami má pojistitel právo zvýšit, popř. snížit výši pojistné částky nebo zvýšit, popř. snížit běžné pojistné na úroveň danou platnými pojistně-technickými pravidly. V případě nepříznivé vývoje kapitálové hodnoty nebo sklonidlo průběhu může pojistitel v době trvání pojištění provést snížení rozsahu krytí, případně přistoupit ke zvýšení pojistného.
- k) Pojistitel je oprávněn za provedení změny (vystavení dodatku) účtovat pojistníkovi technický poplatek (viz platný sazebník poplatků).
- l) Při jakémkoliv provedené technické změně, která může ovlivnit výši pojistného, pojistitel pojistné automaticky nesnižuje na minimální výši postačitenosti.

ČLÁNEK 9

Rozsah doplňkových pojištění

V rámci IŽP sjednává pojistitel tato doplňková pojištění:

A. Pojištění velmi vážných onemocnění

Pojistné krytí končí nejpozději dosažením 65 let věku pojištěného.

1. Předmět a rozsah pojištění

- V pojištění velmi vážných onemocnění se vymežují následující pojmy:
- a) **Infarkt myokardu** – nezvratně poškození části srdeční svaloviny (transmurální infarkt), které je způsobeno nedostatečným krevním zásobením dané oblasti; diagnóza se zakládá na následujících kritériích:
 - čerstvé změny na EKG,
 - charakteristická lokalizace bolesti a
 - zvýšení hladiny srdečních enzymů.Angina pectoris je z pojistného plnění vyloučena.
 - b) **rakovina** – přítomnost nekontrolovaného růstu a rozšiřování maligních buněk a jejich invaze do tkáně, termin „rakovina“ také zahrnuje leukémii, lymfomy a Hodgkinovu chorobu. Vyloučeny jsou:
 - neinvazivní karcinom in situ
 - lokalizované neinvazivní tumory vykazující jen rané maligní změny (dysplazie cervikálu, rakovina cervixu klasifikace CIN-1-3, rakovina prostaty klasifikace T1a nebo T1b)
 - všechny typy rakoviny kůže včetně maligního melanomu klasifikace IA
 - všechny typy rakoviny za přítomnosti HIV infekce.

- c) **náhlá cévní mozková příhoda** – jakákoliv cévní mozková příhoda, která má za následek patologický neurologický nález trvajících déle než 24 hodin, včetně:
 - infarktu mozkové tkáně,
 - krvácení z nitrolebních cév a
 - embolizace z extrakraniálního (mimolebního) zdroje.Musí být přítomen důkaz trvalého neurologicky prokazatelného poškození. Diagnóza musí být potvrzena čerstvými změnami na CT nebo MRI. Vyloučeny jsou náhlé cévní mozkové příhody vzniklé následkem úrazu a tranzitorní ischemické ataky.

- d) **totální ledvinové selhání** – konečné stadium ledvinového selhání následkem chronického a nezvratného selhání funkce obou ledvin; pojištění musí podstupovat pravidelnou dialýzu nebo být po transplantaci ledviny. Vyloučena je pouze jednostranná nefrektomie a přechodná dialýza z důvodu akutního ledvinového selhání.
- e) **transplantace životně důležitých orgánů** – nezbytná nutná a lékařským nálezem indikovaná transplantace srdce, srdce a plic, jater, ledvin, kůže je příjemcem pojištění. Operace musí být provedena na území České republiky lékařským pracovištěm, které je oprávněno tyto operace provádět. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem provedení operace, pokud k ní došlo po uplynutí tříměsíční doby odkladu od počátku pojištění a zahrnuje pouze transplantace výše uvedených orgánů. Transplantace musí být z lékařského hlediska nezbytná a musí být objektivně potvrzeno selhání funkce příslušného orgánu.

- f) **operace aorty** – operační výkon na aortě provedený v důsledku jejího roztržení, vzniku výdutě nebo jejího vrozeného zúžení; vyloučeny jsou operace na větvích aorty nebo by-passy vstávající z aorty a vedoucí krev do periferního řečiště a operační výkon na aortě provedený v důsledku úrazu. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem provedení operace, pokud k ní došlo na území České republiky a po uplynutí tříměsíční doby odkladu od počátku pojištění.

g) nitrolební (intrakraniální) nádor – nitrolební (intrakraniální) nádory s klinickou symptomatologií, které je nutno řešit chirurgicky otevřeným přístupem (z kraniotomie), eventuelně stereotaktickým zákrokem. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem rozhodnutí odborného lékaře (neurologa, neurochirurga) o nutnosti (indikaci) operativního zákroku, eventuelně rozhodnutí o neoperabiliti nitrolebního nádorového procesu.

h) slepota – úplná, trvalá a nenávratná ztráta zraku obou očí v důsledku onemocnění nebo úrazu; diagnóza musí být klinicky potvrzena odborným lékařem pojistitele

i) hluchota – úplná, trvalá a nenávratná ztráta sluchu obou uší v důsledku onemocnění nebo úrazu; diagnóza musí být klinicky potvrzena odborným lékařem pojistitele

j) paraplegie, tetraplegie – úplné a trvalé ochrnutí obou dolních, obou horních nebo všech končetin s úplným a trvalým přerušením vodivosti míchy pro vlákná zajišťující hybnost. Povinnost pojistitele plnit vzniká nejdříve 6 měsíců od počátku onemocnění po stanovení diagnózy paraplegie nebo tetraplegie příslušným klinickým pracovištěm.

k) koma – stav hlubokého bezvědomí bez reakce na vnější či vnitřní podněty, který trvá nepřetržitě nejméně 96 hodin. Během této doby musí být uměle udržována některá ze základních životních funkcí. Následkem musí být trvale prokazatelně poškození v klinickém neurologickém nálezu. Povinnost pojistitele plnit začíná dnem potvrzení diagnózy o trvalém neurologickém poškození příslušným klinickým pracovištěm. Vyloučen je koma vzniklé následkem zneužívání alkoholu nebo drog.

l) demence včetně Alzheimerovy choroby – výrazný úbytek nebo úplná ztráta mentálních a sociálních schopností důsledkem nenavratného selhání funkce mozku. Zdravotní stav nemocného musí vyžadovat trvalý dohled. Diagnóza musí být potvrzena standardními psychodiagnostickými testy a dotazníky pro diagnózu Alzheimerovy choroby nebo jiných druhů demenci a dále musí být potvrzena odborným klinickým neurologickým pracovištěm. Vyloučen je demence v důsledku zneužívání alkoholu a drog, demence v důsledku choroby AIDS a demence následkem úrazu.

Bylo-li ve smlouvě sjednáno pojištění pro případ velmi vážného onemocnění, je pojistitel povinen vyplatit, v případě splnění podmínek a vzniku pojistné události uvedených v čl. 9 těchto SPP, pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky pojištěným velmi vážným onemocněním, nezávisle na případném dalším plnění za základní životní pojištění nebo jakéhokoli jiného pojištění sjednaného ve smlouvě.

2. Pojistná událost v pojištění velmi vážných onemocnění
Pojistné plnění bude pojistěnému vyplaceno pouze za předpokladu jeho předtí alespoň 30 kalendářních dnů od potvrzení lékařské diagnózy jednoho z velmi vážných onemocnění (čl. 9, odst. 1, písmeno a – d, g – i), resp. od data operace choroby (čl. 9, odst. 1, písmeno e, f).
V pojištění velmi vážných onemocnění není pojistitel povinen plnit v případě potvrzení lékařské diagnózy, resp. data operace jednoho z velmi vážných onemocnění u pojištěného do doby tří měsíců ode dne počátku tohoto pojištění. Onemocnění je pojištěný, popř. oprávněná osoba povinna, bez zbytečného odkladu nahlásit, a to nejdříve do jednoho měsíce od data potvrzení lékařské diagnózy onemocnění. Při nahlášení onemocnění po tomto termínu bude vyplaceno pojistné plnění pouze v odůvodněných případech. Vyplacením pojistného plnění z doplňkového pojištění velmi vážných onemocnění toto pojištění končí.

Jestliže před výplatou pojistného plnění z pojištění velmi vážných onemocnění pojištěný zemřel a vznikl nárok na pojistné plnění, vyplatí pojistitel pojistné plnění oprávněným osobám.

3. Možnost změn v pojištění velmi vážných onemocnění
a) V době trvání pojištění je pojistitel oprávněn změnit definice velmi vážných onemocnění uvedených v těchto speciálních pojistných podmínkách, například z důvodu vývoje a poznání lékařské vědy, a to nejdříve po 5 letech od data schválení těchto speciálních pojistných podmínek. Další změny definicí je možné provést vždy nejdříve 5 let od poslední změny definic.
b) Změna speciálních pojistných podmínek podle odst. a) se týká všech smluv, které byly sjednány do data platnosti této změny.

B. Pojištění plně invalidity
Pojistné krytí končí nejpozději dosažením 60 let věku pojištěného.
a) Byli pojištěnému během trvání pojištění, nejdříve však po dvou letech trvání od počátku pojištění, přiznán ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení plně invalidní důchod, vyplatí pojistitel sjednanou pojistnou částku pro případ plně invalidity a toto pojištění končí.
b) Splnění podmínky dvou let podle písm. a) tohoto článku se nevztahuje, pokud byl invalidní důchod přiznán výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo nejdříve v den počátku pojištění.
c) Pojištění plně invalidity se nevztahuje na onemocnění, která byla diagnostikována před počátkem pojištění.
d) Jestliže před výplatou pojistného plnění z pojištění plně invalidity pojištěný zemřel a vznikl nárok na pojistné plnění, vyplatí pojistitel pojistné plnění oprávněným osobám.

C. Pojištění zpróštění od placení pojistného
a) V případě sjednání pojištění zpróštění od placení pojistného v IŽP je pojistník zpróštěn od povinnosti platit běžné pojistné, jestliže během trvání pojištění, nejdříve však po dvou letech od počátku pojištění, mu byl přiznán ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení plný invalidní důchod. Povinnost platit pojistné přechází na pojistitele v rozsahu původně sjednaném na pojistné smlouvě. Nárok na zpróštění od placení pojistného musí vzniknout nejpozději do dosažení 60 let věku pojištěného.
b) Splnění podmínky dvou let podle písm. a) tohoto článku se nevztahuje, pokud byl invalidní důchod přiznán výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo nejdříve v den počátku pojištění.
c) V případě ukončení zpróštění od placení pojistného (pojištěnému) bude odjmut plný invalidní důchod), může pojistník písemně požádat o opětovné sjednání pojištění zpróštění od placení.
d) Platnost a rozsah pojištění zpróštění od placení se dále řídí ustanoveními VPP. Zvláštní ustanovení I – Životní pojištění, čl. 7, odst. 4 – 8.
e) V době trvání zpróštění od placení pojistného nelze zažádat o technické změny.

D. Pojištění kapitálové hodnoty
Pojistné krytí končí nejpozději v roce, ve kterém se pojištěný dožije věku 75 let.
a) Pojistná částka pro pojištění kapitálové hodnoty je ve stejné výši jako základní pojistná částka, sjednaná pro pojištění pro případ smrti z jakýchkoli příčin.
b) V případě smrti pojištěného vyplatí pojistitel kapitálovou hodnotu smlouvy platnou ke dni nahlášení pojistné události, maximálně však do výše pojistné částky platné ke dni úmrtí.

E. Úrazové pojištění
Pojistné krytí končí nejpozději v roce, ve kterém se pojištěný dožije věku 75 let.
V úrazovém pojištění, které je součástí IŽP, sjednává pojistitel:

1. Pojištění smrti způsobené úrazem
Nastane-li smrt následkem úrazu, vyplatí pojistitel sjednanou částku pro případ smrti úrazem.

2. Pojištění trvalých následků úrazu
Utřpl-li pojištěný úraz, jehož trvalé následky dosáhnu minimálně dohodnutého procenta trvalého poškození zdraví (v IŽP u dospělých minimálně 0, 5 %, u dětí minimálně 0, 5 %) podle „Oceňovací tabulky plnění za trvalé následky úrazů“, vyplatí pojistitel po ustálení těchto následků příslušné procento ze sjednané pojistné částky trvalých následků úrazu.

Progressivní plnění v trvalých následcích úrazu
Součástí rozsahu pojistného krytí trvalých následků úrazu je výplata pojistného plnění v závislosti na rozsahu trvalého tělesného poškození takto: od min. limitu do 25 % včetně – příslušné % z jednorázové pojistné částky, nad 25 % do 50 % včetně – příslušné % z dvojnásobku pojistné částky, nad 50 % do 75 % včetně – příslušné % z trojnásobku pojistné částky nebo nad 75 % do 100 % včetně – příslušné % z čtyřnásobku pojistné částky.

3. Pojištění denního odškodného
při pobytu v nemocnici důsledkem úrazu, včetně následně doby léčeni v pracovní neschopnosti (v případě pojištění dětí celkové doby léčeni)
a) Denní odškodné je vyplaceno od prvního dne trvání léčeni úrazu, a to za podmínky prvotní hospitalizace pojištěného v nemocnici dosahující minimálně 24 hodin. Pokud nedojde v důsledku úrazu k hospitalizaci pojištěného, vyplácí se pojistné plnění trvá-li doba léčeni úrazu v době trvání pojištění alespoň 8 dnů. Za dobu hospitalizace pojištěného je pojistné plnění vyplaceno ve výši dvojnásobku sjednané částky denního odškodného.
b) Pojistnou událostí se v pojištění denního odškodného rozumí úraz pojištěného specifikovaný VPP a ohodnocený v tabulce „Maximální hodnoty plnění denního odškodného za dobu léčeni úrazu v pracovní neschopnosti“ (dále jen „oceňovací tabulce DO“), ke kterému došlo v době platnosti smlouvy. Každý pojištěný je povinen (s výjimkou pojištěných uvedených v čl. 7, odst. 3 j) VPP – Zvláštní ustanovení II. – Úrazové pojištění), předložit kopii dokladu o pracovní neschopnosti potvrzenou zaměstnavatelem, popř. potvrzení OSSZ o čerpání nemocenských dávek.
c) Výplata denního odškodného končí nejpozději se zánikem pojištění.

Zánik pojištění
Při zániku úrazového pojištění podle VPP a dalších ustanovení těchto SPP, zaniká toto pojištění bez náhrady.

Zvláštní ujednání
a) V úrazovém pojištění dětí platí do posledního dne roku, ve kterém dítě dovře 10 let věku, odlišné od VPP – Zvláštní ustanovení II. – Úrazové pojištění, čl. 3, odst. 1 písm. b) ustanovení, že za pojistné události jsou u dětí považovány i otravy v důsledku požití pevných nebo kapalných látek polknutím, s výjimkou otrav způsobených potraviny.

b) Pojistná plnění z úrazového pojištění dětí jsou vyplacena vždy ve prospech pojistníka.

Rizikové skupiny
Výkonává-li pojištěný zaměstnání, sportovní nebo jinou zájmovou činnost se zvýšeným rizikem úrazu, je pojistné za úrazové pojištění upraveno podle stupně nebezpečnosti vykonávané činnosti. Bez ohledu na to, při jaké činnosti k úrazu došlo, pojistitel nebude pojistné plnění zvyšovat, jestliže pojištěný již nevykonává zaměstnání, sportovní nebo jinou zájmovou činnost, kvůli které byl zařazen do vyšší rizikové skupiny a současně platí výše pojistné než měl platit. Přepáčené pojistné se nevrací. Pojistitel nebude snižovat pojistné plnění podle VPP – Zvláštní ustanovení II. – úrazové pojištění, čl. 6, odst. 2, pokud došlo následkem úrazu ke smrti pojištěného.

1. riziková skupina
veškerá povolání v nevýrobní oblasti, popř. ve výrobní oblasti s podobnými riziky úrazu a osoby s převážující duševní činností, popř. malým podílem manuální práce
2. riziková skupina
všechna povolání ve výrobní oblasti a oblasti s převážujícím podílem manuální práce, popř. se zvýšeným rizikem úrazu
3. riziková skupina
zaměstnání, sportovní nebo jiná zájmová činnost s velmi vysokým rizikem úrazu
Konečné rozhodnutí o zařazení do rizikové skupiny je v kompetenci pojistitele.

F. Nemocenské pojištění
V nemocenském pojištění, které je součástí IŽP, sjednává pojistitel:
Pojištění denní dávek při pracovní neschopnosti vč. pojištění pobytu v nemocnici

1. Předmět a rozsah pojištění
a) V pojištění denní dávkou vyplácí pojistitel v případě pracovní neschopnosti v důsledku nemoci denní dávku ve smluvně stanoveném denním rozsahu následně od 15. dne trvání. V případě pracovní neschopnosti v důsledku úrazu vyplácí pojistitel denní dávku ve smluvně stanoveném denním rozsahu od prvního dne trvání léčeni úrazu, a to za podmínky prvotní hospitalizace pojištěného v nemocnici dosahující minimálně 24 hodin. Pokud nedojde v důsledku úrazu k hospitalizaci pojištěného, vyplácí se pojistné plnění, trvá-li doba léčeni úrazu v době trvání pojištění alespoň 15 dnů. Limit 15 dnů není vyloučen v případě hospitalizace pojištěného v nemocnici v důsledku úrazu nebo nemoci. Za dobu hospitalizace pojištěného je pojistné plnění vyplaceno ve výši dvojnásobku sjednané částky denní dávkou.

b) Pojištění pobytu v nemocnici zahrnuje v případě pojistné události výplatu denní dávkou za každý započatý den z lékařského hlediska nutné hospitalizace. Podmínkou výplaty je hospitalizace dosahující minimálně 24 hodin.
V případě hospitalizace při porodu je pojistné plnění omezeno na 7 dní, v důsledku těhotenských komplikací na 14 dní.

c) Maximální doba trvání pracovní neschopnosti, resp. hospitalizace pojištěného pro každou pojistnou událost, za kterou se poskytuje je 365 dnů. Výše denní dávkou se sjednává ve smlouvě a je omezena maximálním limitem stanoveným pojistitelem.
d) Výplata denní dávkou končí nejpozději se zánikem pojištění.
e) Pokud je vystavena pracovní neschopnost ve srovnání s průměrnou délkou léčeni pro uvedené onemocnění nebo následek úrazu neúměrně dlouhá, stanoví konečný celkový rozsah pojistného plnění lékař pojistitele.

Jestliže před výplatou denní dávkou pojištěný zemřel, vyplatí pojistitel oprávněným osobám částku odpovídající celkovému počtu dní léčeni, resp. hospitalizace.

2. Pojistná událost
Pojistnou událostí je nemoc nebo úraz, jejichž důsledkem je z lékařského hlediska nutné léčení pojištěného, jehož průběh je lékařsky potvrzen vstavenou pracovní neschopností.
a) Pracovní neschopnost se ve smyslu těchto podmínek rozumí situace, kdy pojištěný nemůže dle lékařského rozhodnutí žádným způsobem, a to ani přechodně, vykonávat a ani nevykonávat své zaměstnání nebo jakoukoliv jinou samostatnou výdělečnou, popř. řídicí nebo kontrolní činnost. Na základě tohoto lékařského rozhodnutí mu byl v souladu s platnými předpisy vystaven doklad o pracovní neschopnosti.

b) Nárok na pojistné plnění vzniká dnem vystavení pracovní neschopnosti, resp. počátkem z lékařského hlediska nezbytné hospitalizace pojištěného na lůžkové části nemocnice důsledkem nemoci nebo úrazu, a končí dnem, kdy podle lékařského rozhodnutí pracovní neschopnost končí, resp. již není hospitalizace nezbytná.
c) V případě vzniku nové nemoci, popř. nového úrazu v době trvání pracovní neschopnosti pojištěného a vystavení nové pracovní neschopnosti, resp. prodloužení hospitalizace, je toto pojistnou událostí pouze v případě, kdy nová nemoc, popř. nový úraz není v žádné přičinné souvislosti s již diagnostikovanou nemocí, popř. úrazem. Pokud došlo současně k pracovní neschopnosti, resp. hospitalizaci pro více nemocí nebo úrazů, vyplatí pojistitel denní dávku maximálně do výše celkové doby léčeni, a to pouze jednou.
d) Maximální doba léčeni úrazu v pracovní neschopnosti je stanovena oceňovací tabulkou DO (viz VPP – Zvláštní ustanovení II. – Úrazové pojištění, čl. 7, bod 3a).
e) Pojištění, kteří nemají nárok na výplatu dávek nemocenského za dobu léčeni v pracovní neschopnosti (nejsou plátcí sociálního pojištění), prokazují nárok na pojistné plnění potvrzením lékaře o době léčeni, pro které by byla jinak pracovní neschopnost vystavena. Osoby samostatně výdělečně činné dále musí doložit potvrzení správy sociálního zabezpečení, že nemají nárok na výplatu dávek nemocenského.
f) Nemocní se ve smyslu těchto podmínek rozumí státní, popř. soukromé zařízení se platnou koncesí zabývající se péčí a ošetřováním nemocných a zraněných osob, disponující dostatečnými diagnostickými, chirurgickými a terapeutickými zařízeními, nepřetržitou ošetrovatelskou službou a pracující dle všeobecně uznávaných poznatků vědy.

3. Pojistná doba, pojištěné osoby, zánik pojištění
a) Pojištění denní dávky se sjednává na dobu jednoho roku. Pokud žádná ze smluvních stran pojištění denních dávek písemně nevypoví nejpozději 6 týdnů před uplynutím jednoho roku, prodlužuje se sjednaná doba trvání automaticky vždy o rok, maximálně však do posledního dne měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěný dožije 70 let.

b) Pojištění denní dávky sjednané v IŽP zaniká také při odchodu pojištěného do starobního důchodu nebo přiznáním plného invalidního důchodu.
c) Pojištění denní dávky může být sjednáno pouze pro osoby ve věku od 18 do 60 let, které jsou v trvalém pracovním poměru nebo mají pravidelné příjmy ze samostatné výdělečné činnosti. Pojištění zaniká dosažením věku 70 let nebo odchodem do starobního nebo invalidního důchodu. Odchod do starobního nebo invalidního důchodu musí pojistník neprodleně písemně oznámit pojistiteli.

4. Čekací lhůta
a) Pojistitel plní pouze za pojistné události, které nastaly po uplynutí čekací lhůty. Čekací lhůta začíná běžet dnem počátku pojištění.
b) Základní čekací lhůta trvá dva měsíce, není-li ve smlouvě uvedeno jinak.

c) V případě úrazu čekací lhůta odpadá; pojistitel však není povinen plnit za úrazy vzniklé po počátku pojištění, avšak před datem vystavení pojistky.
d) V pojištění denních dávek při pobytu nemocní je stanovena zvláštní čekací lhůta v délce 9 měsíců pro případ hospitalizace výlučně z důvodu:
– těhotenství nebo porodu
– zubního ošetření, zhotovení zubních náhrad a úkonů chirurgie a ortopedie čelisti
e) Pokud dojde ke zvýšení denní dávkou, platí ode dne změny ustanovení o nové čekací lhůtě (body b, c, d tohoto článku) pro dodatečnou část zvýšeného pojistného krytí.

5. Výluky z pojistného plnění denních dávek
Pojistitel neplní v případě:
a) onemocnění a následků úrazů, které nastaly, byly diagnostikovány nebo léčeny před počátkem pojištění
b) léčebných pobytů v lázních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, psychiatrických léčebnách nebo zařízeních, zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie nebo závislosti, a to včetně následně pracovní neschopnosti, s výjimkou případů, kdy pojistitel s tímto typem léčby vyjádří předem písemně souhlas
c) hospitalizace související pouze s pečovatelskou péčí, jakož i ve speciálních dětských zařízeních a ústavech sociální péče
d) pokusu o sebevraždu nebo úmyslného sebepoškození
e) poruchy duševní a poruchy chování – MKN 10 (mezinárodní klasifikace nemocí) – diagnózy F00 – F99
f) při těhotenství, porodu, předčasného porodu, přerušení těhotenství, hrozícím potratu nebo potratu s výjimkou pojistného plnění za dobu hospitalizace

g) doby, kdy pojištěný pobírá rodičovský příspěvek nebo peněžitou pomoc v mateřství (s výjimkou pojistných událostí vzniklých výhradně následkem úrazu a pojistných plnění za dobu hospitalizace)
h) pojistných událostí vzniklých v souvislosti s válečnými událostmi, občanskou válkou, občanskými nepokoji nebo v přímé souvislosti s nimi
i) zákroků a zásahů z lékařského hlediska ne nezbytných, které si pojištěný nechal provést na svém těle, jako například zubní ošetření, chirurgii či ortopedii čelisti, kosmetické zákroky, a to jak v případě pobytu v nemocnici, tak i při pracovní neschopnosti
Pojistitel je oprávněn snížit plnění o jednu polovinu, pokud skutečnosti uvedené v bodech a), b) tohoto odstavce přispějí ke vzniku pracovní neschopnosti, popř. mají podstatný vliv na její pokračování:
a) při zjištění, že pojištěný během pracovní neschopnosti, resp. hospitalizace nedodrží lékařem stanovený léčebný režim;
b) v případě pracovní neschopnosti nebo hospitalizace, k níž došlo následkem požití alkoholu nebo vědomou aplikací návykových látek, nebo pokud k ní došlo v souvislosti s požíváním alkoholu nebo návykových látek;

6. Povinnosti pojištěného
a) Hlášení o pracovní neschopnosti, včetně kopie dokladu o pracovní neschopnosti potvrzené zaměstnavatelem, popř. potvrzení správy sociálního zabezpečení o čerpání nemocenských dávek nebo o odhlášení z placení nemocenského pojištění a potvrzení hospitalizace, je pojištěný povinen předložit pojistiteli bez zbytečných průtahů nejpozději do 15. dne po počátku této neschopnosti, resp. hospitalizace, pokud to stav pojištěného objektivně umožňuje. Ukončení pracovní neschopnosti, resp. hospitalizace pojištěný oznamuje pojistiteli do tří dnů od skončení této neschopnosti.
b) Pojištěný je povinen zabezpečit a postarat se, aby všechny doklady vyžadované pojistitelem byly vyhotoveny a zaslány co možná nejdříve, je povinen dozorovat stanovený léčebný režim, rady lékaře a všemi způsoby napomáhat svému celkovému uzdravení.
c) Pojištěný je povinen se na požádání podrobit dodatečnému vyšetření u smluvního lékaře pojistitele.
d) Pojištěný je povinen nahlásit pojistiteli ukončení trvalého pracovního poměru, samostatně výdělečně činnosti, popř. odchod do starobního nebo plného invalidního důchodu, a to do 15. dnů od data, kdy některý z výše uvedených důvodů nastal.

