

VŠEOBECNÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO INVESTIČNÍ ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

Tyto všeobecné pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1. října 2004.

Článek I. Úvodní ustanovení

Pro investiční životní pojištění, které sjednává Kooperativa, pojišťovna, a. s. (dále jen „**pojistitel**“), platí příslušná ustanovení občanského zákoníku, tyto všeobecné pojistné podmínky, zvláštní a doplňkové pojistné podmínky pro příslušná doplňková pojištění a smluvní ujednání.

Článek II. Základní pojmy

Tyto všeobecné pojistné podmínky vymezují následující pojmy.

Aktuální hodnota podílové jednotky – podíl aktuální hodnoty fondu a počtu jeho podílových jednotek. Určuje prodejní cenu podílové jednotky.

Aktuální věk – věk pojištěného stanovený jako rozdíl mezi aktuálním kalendářním rokem a kalendářním rokem narození pojištěného.

Alokační poměr – pojistníkem stanovený poměr rozdělení pojistného do jednotlivých fondů.

Běžný účet – individuální účet vedený pojistitelem k pojistné smlouvě, tvořený podílovými jednotkami nakoupenými za běžné pojistné.

Čekací doba – doba počínající běžet od počátku pojištění, jejíž délka je stanovena v příslušných pojistných podmínkách; nastane-li pojistná událost nebo škodní událost v této době, nevzniká nárok na pojistné plnění buď vůbec nebo vznikne jen v omezené výši.

Doplňkové pojištění – volitelné pojistné krytí sjednávané v rámci investičního životního pojištění.

Fond – portfolio investičních instrumentů ve vlastnictví pojistitele složené z dopředu určených typů investic. Fond je založen výlučně pro účely investičního životního pojištění a je spravován pojistitelem nebo jeho zástupcem. Fond se skládá z podílových jednotek stejné hodnoty.

Hodnota účtu pojistníka – celkový součet podílových jednotek jednotlivých fondů pojistníka vynásobených aktuální hodnotou podílových jednotek.

Karenční doba – doba počínající běžet od vzniku pojistné události, jejíž délka je stanovena v pojistné smlouvě či v pojistných podmínkách a za kterou nenáleží pojistné plnění.

Mimořádné pojistné – pojistné zaplacené pojistníkem během trvání pojištění nad rámec běžného pojistného dohodnutého v pojistné smlouvě.

Mimořádný účet – individuální účet vedený pojistitelem k pojistné smlouvě, tvořený podílovými jednotkami nakoupenými za mimořádné pojistné.

Nákupní cena – cena, za kterou pojistitel jménem pojistníka nakupuje podílové jednotky.

Nemoc – porucha tělesného nebo duševního zdraví pojištěného zjištěná a klasifikovaná podle všeobecně uznaného stavu lékařské vědy.

Nemocnice – zdravotnické zařízení poskytující ambulanci a lůžkovou základní a specializovanou diagnostickou a léčebnou péči, jejíž součástí jsou i nezbytná preventivní opatření.

Odbyté – částka, která se vyplácí pojistníkovi za dále stanovených podmínek při předčasném ukončení pojištění dohodou, výpovědí ze strany pojistníka, v důsledku nezaplacení pojistného nebo odvolání souhlasu se zpracováním údaje o zdravotním stavu.

Podílová jednotka – základní jednotka, která vyjadřuje poměrný podíl hodnoty daného fondu.

Pojistka – písemné potvrzení pojistitele o uzavření pojistné smlouvy.

Pojistná částka – částka dohodnutá v pojistné smlouvě, ze které se stanoví výše plnění v případě pojistné události.

Pojistná doba – doba, na kterou je sjednáno pojištění.

Pojistná událost – nahodilá skutečnost blíže označená v pojistné smlouvě, se kterou je spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění.

Pojistné období – časové období dohodnuté v pojistné smlouvě, za které se platí pojistné.

Pojistné plnění – částka, která je poskytnuta pojistitelem v případě vzniku pojistné události.

Pojistník – fyzická osoba, která s pojistitelem uzavřela pojistnou smlouvu. Pojistník je v investičním životním pojištění současně i pojištěným, tj. osobou, na jejíž život se pojištění vztahuje (dále jen „**pojistník**“).

Poplatky – srážky z účtu pojistníka na krytí pojistných rizik, počátečních nákladů, nákladů na vedení účtu, nákladů na přesuny, správních nákladů a na úhradu jiných nákladů souvisejících s investičním životním pojištěním.

Prodejní cena – cena, za kterou pojistitel jménem pojistníka prodává podílové jednotky.

Přesun – přesun podílových jednotek na účtu pojistníka z jednoho do druhého fondu.

Riziková skupina – soubor činností (pracovních, zájmových a sportovních) se srovnatelným rizikem úrazu.

Škodní událost – skutečnost, která by mohla být důvodem vzniku povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění.

Účet pojistníka – individuální účet vedený pojistitelem k pojistné smlouvě, který je tvořen běžným a mimořádným účtem.

Úraz – neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly anebo neočekávané a nepřerušované působení vysokých nebo nízkých vnějších teplot, plynů, par, záření (s výjimkou jaderného), elektrického proudu a jedů (s výjimkou jedů mikrobiálních a látek imunotoxických), jimž bylo pojištěnému během trvání pojištění způsobeno tělesné poškození anebo smrt.

Vstupní věk – věk pojištěného stanovený jako rozdíl mezi kalendářním rokem počátku pojištění a kalendářním rokem narození pojištěného.

Vyhodnocovací den – den, ke kterému pojistitel stanovuje aktuální hodnotu nákupní nebo prodejní ceny podílových jednotek jednotlivých fondů.

Výroční den počátku pojištění – den v kalendářním roce, který se svým označením, tj. číslem dne v kalendářním měsíci i číslem kalendářního měsíce, shoduje se dnem počátku pojištění.

Článek III. Údaje o zdravotním stavu pojistníka

Při uzavírání pojistné smlouvy, jakož i při její změně je pojistník povinen odpovědět pravdivě a úplně na všechny písemné dotazy pojistitele vztahující se k investičnímu životnímu pojištění (resp. i k doplňkovému pojištění), tj. i dotazy týkající se jeho zdravotního stavu. Vědomě nepravdivé nebo vědomě neúplné odpovědi pojistníka mohou mít za následek odstoupení od smlouvy nebo odmítnutí plnění anebo přiměřené snížení plnění ze strany pojistitele v závislosti na charakteru poskytnutých nepravdivých nebo neúplných informací.

Článek IV. Pojistka

(1) Dojde-li ke ztrátě, poškození nebo zničení pojistky, vydá pojistitel na žádost a náklady pojistníka druhopis pojistky. Vydáním druhopisu pojistky pozbývají originál pojistky nebo její dříve vydané druhopisy platnosti.

(2) Dojde-li v době mezi uzavřením pojistné smlouvy a doručením pojistky ke změně rizika, které je předmětem pojištění, je povinností pojistníka tuto skutečnost pojistiteli ihned oznámit.

(3) Pokud pojištění končí pojistnou událostí, je osoba, které vznikne právo na plnění, povinna pojistiteli vrátit pojistku a kopii pojistné smlouvy.

Článek V. Počátek, konec a zánik pojištění

- (1) Investiční životní pojištění lze sjednat jen na dobu určitou.
- (2) Investiční životní pojištění počíná dnem sjednaným jako počátek pojištění.
- (3) Kromě způsobů zániku pojištění upravených v občanském zákoníku (např. uplynutím pojistné doby, pojistnou událostí, dohodou pojistitele a pojistníka, výpovědí pojistníka) zanikne investiční životní pojištění též v důsledku některé z následujících skutečností:
- a) výpovědi pojistitele nebo pojistníka dané do dvou měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy. Výpovědní lhůta je osmidenní, pojištění zanikne jejím uplynutím,
- b) hodnota účtu pojistníka nepostačuje k úhradě poplatků ve smyslu článku XIV. V tomto případě pojištění zanikne bez náhrady, a to prvním dnem kalendářního měsíce, ve kterém tato skutečnost nastala,
- c) odvolání souhlasu pojistníka, který dal ve smyslu zákona o ochraně osobních údajů pojistiteli ke zpracování údaje o zdravotním stavu. Pojištění zanikne dnem, ve kterém pojistitel obdrží písemné oznámení pojistníka o odvolání tohoto souhlasu.
- (4) Pokud pojistník v návrhu dohody o ukončení pojištění neuvede den, který navrhuje jako den zániku pojištění, nebo tento den předchází dni, ve kterém pojistitel návrh obdržel, zanikne pojištění posledním dnem kalendářního měsíce, v němž pojistitel tento návrh obdržel.
- (5) Odchylně od ustanovení § 801 občanského zákoníku se ujednává, že nebylo-li běžné pojistné za další pojistné období zapláceno do 6 měsíců ode dne splatnosti a v poslední den této lhůty byly splněny podmínky stanovené v článku XV. odst. 1 písm. a) až c), pojištění nezanikne, ale přejde do stavu bez placení pojistného (článek XV.).

Článek VI. Pojistná událost a pojistné plnění

- (1) Pojistnou událostí v investičním životním pojištění je smrt pojistníka, dojde-li k ní během trvání pojištění, nebo skutečnost, že se pojistník dožije dne, který je sjednán v pojistné smlouvě jako konec pojištění, případně jiná skutečnost uvedená v pojistné smlouvě.
- (2) Při smrti pojistníka vyplátí pojistitel oprávněné osobě plnění ve výši pojistné částky pro případ smrti a hodnotu účtu pojistníka ke dni, kdy se pojistitel o pojistné události dozvěděl.
- (3) Dožije-li se pojistník dne, který je sjednán v pojistné smlouvě jako konec pojištění, vyplátí mu pojistitel hodnotu jeho účtu ke dni zániku pojištění.
- (4) Pojistník může v případě dožití se konce pojištění, nebyla-li mu ještě vyplacena hodnota jeho účtu, požádat místo jednorázové výplaty o výplatu plnění ve formě doživotního důchodu. Výši důchodu stanoví pojistitel na základě aktuálních výpočetních podkladů podle pojistněmatematických metod. Pro výplatu plnění formou důchodu musí výše důchodu splňovat minimální limity dané pojistitelem.
- (5) Pojistné plnění vyplácené v případě smrti může pojistník vinkulovat. Vinkulaci může pojistník zrušit pouze se souhlasem fyzické nebo právnické osoby, v jejíž prospěch bylo pojistné plnění vinkulováno.
- (6) Pojistitel je oprávněn v rámci šetření pojistné události smrti pojistníka požadovat následující doklady:
- pojistku a kopii pojistné smlouvy,
 - ověřenou kopii úmrtního listu pojistníka,
 - lékařské nebo úřední potvrzení o příčině smrti pojistníka a doklady potřebné k posouzení vzniku a průběhu onemocnění pojistníka, popř. jeho úrazu, a
 - další doklady nutné ke stanovení pojistného plnění.
- (7) Při výplatě pojistného plnění pojistitel postupuje v souladu s právními předpisy upravujícími daň z příjmů.

Článek VII. Změny pojištění

- (1) Pojistník je oprávněn kdykoliv písemně požádat o snížení běžného pojistného, pokud jsou splněny následující podmínky:

- a) od počátku pojištění uplynula doba alespoň tři roky a
b) hodnota účtu pojistníka je kladná a
c) nová výše běžné placeného pojistného není nižší než pojistitelem předepsaná minimální hodnota.

(2) Je-li hodnota účtu pojistníka kladná, je pojistník oprávněn kdykoliv písemně požádat o zvýšení běžného pojistného.

(3) Je-li hodnota účtu pojistníka kladná, je pojistník oprávněn kdykoliv písemně požádat o změnu pojistné částky pro případ smrti, pokud tato nová pojistná částka splňuje maximální a minimální limity předepsané pojistitelem. Při zvyšování pojistné částky je pojistitel oprávněn provést posouzení zdravotního rizika.

(4) Je-li hodnota účtu pojistníka kladná a jsou splněny limity předepsané pojistitelem, je pojistník oprávněn kdykoliv písemně požádat o sjednání, ukončení nebo změnu pojistných částek doplňkových pojištění k platné pojistné smlouvě podle aktuální nabídky pojistitele.

Při sjednávání doplňkového pojištění nebo při zvyšování pojistné částky je pojistitel oprávněn provést posouzení zdravotního rizika.

(5) Změna výše běžného pojistného je platná od následujícího pojistného období po obdržení žádosti pojistitelem.

(6) Změna pojistné částky pro případ smrti, změna pojistné částky doplňkového pojištění, sjednání a ukončení doplňkového pojištění je platné po odsouhlasení žádosti pojistitelem.

(7) O každé platné změně vydá pojistitel pojistníkovi písemné potvrzení – dodatek k pojistné smlouvě.

(8) Pojistitel poskytuje pojistná plnění ze změněného pojištění až z pojistných událostí, které nastaly ode dne změny pojištění.

(9) Pojistitel má za změnu výše pojistného, změnu výše pojistné částky, sjednání nebo za ukončení doplňkového pojištění právo na poplatek (článek XIV.).

(10) Při zvýšení pojistné částky doplňkového pojištění se na rozdíl pojistných částek uplatní nová čekací doba.

Článek VIII. Pojistné částky

Pojistitel má právo stanovit nejnižší a nejvyšší pojistné částky, na které lze pojištění pro případ smrti nebo doplňková pojištění sjednat.

Článek IX. Pojistné

- (1) Výše a splatnost pojistného jsou uvedeny v pojistné smlouvě.
- (2) Běžné pojistné za první pojistné období je pojistník povinen zaplatit nejpozději v den, který je uveden v pojistné smlouvě jako počátek pojištění. Běžné pojistné za další pojistná období (následné pojistné) je splatné vždy prvního dne příslušného pojistného období.

(3) Kdykoliv v průběhu pojištění může pojistník zaplatit mimořádné pojistné. Aktuální minimální výši takového pojistného a jeho splatnost určuje pojistitel.

(4) Případné nedoplatky pojistného je pojistitel oprávněn odečíst od vypláceného pojistného plnění. Případné přeplatky pojistného použije pojistitel na úhradu pojistného za další období nebo je vrátí pojistníkovi.

Článek X. Umístění pojistného

(1) Při uzavírání pojistné smlouvy stanoví pojistník alokační poměr pro rozdělení pojistného do jednotlivých fondů. Pojistník může kdykoliv písemně požádat o změnu alokačního poměru za podmínky, že je hodnota účtu pojistníka kladná. Změna alokačního poměru je účinná od nejbližší splatnosti běžného pojistného bezprostředně následující po akceptaci návrhu pojistníka na změnu tohoto poměru pojistitelem. Pojistitel má za tuto změnu právo na poplatek (článek XIV.).

(2) Běžné pojistné zaplácené ve sjednané výši pojistitel použije na nákup podílových jednotek jednotlivých fondů v souladu se stanoveným alokačním poměrem a přepíše je k dobru na běžný účet pojistníka.

(3) Zaplacené mimořádné pojistné se použije na nákup podílových jednotek mimořádného účtu pojistníka a rozdělí se do jednotlivých fondů podle stanoveného alokačního poměru, pokud pojistník neurčí jinak.

(4) Nákup podílových jednotek se realizuje za nákupní cenu platnou ke dni připsání platby pojistného ve sjednané výši na účet pojistitele, nejdříve však v den počátku pojištění.

(5) Pojistník může v průběhu pojištění požádat o přesun podílových jednotek na běžném i mimořádném účtu mezi jednotlivými fondy. Na základě této žádosti pojistitel provede prodej příslušných podílových jednotek a získané finanční prostředky použije na nákup podílových jednotek jiného pojistníkem určeného fondu, případně několika fondů. Pojistitel má za tento přesun právo na poplatek (článek XIV.).

(6) Přesun podílových jednotek se provádí podle prodejních cen platných v jednotlivých fondech v den akceptace žádosti o přesun pojistitelem. Pojistitel je oprávněn stanovit minimální hodnotu přesouvaných jednotek a jednotek, které musí být ponechány v jednotlivých fondech po přesunu.

(7) Pojistník může o přesun podílových jednotek požádat nejvýše jedenkrát za kalendářní týden.

Článek XI. Fondy

(1) Cílem fondů je dlouhodobé zhodnocování jejich majetku a tím zároveň zvyšování hodnoty podílových jednotek. Prostřednictvím podílových jednotek se určuje podíl pojistníka na hodnotě daného fondu, nezaručují se jimi však pojistníkovi žádná dodatečná práva z aktiv tohoto fondu.

(2) Jednotlivé fondy představují různé druhy investic, které se od sebe liší předpokládanými výnosy a riziky. Výsledek investic může pozitivně nebo negativně ovlivňovat hodnotu podílových jednotek pojistníka. Z charakteru fondu vyplývá, že hodnota podílových jednotek není pojistitelem garantována.

(3) Pojistitel si vyhrazuje právo na vytvoření nových a zrušení stávajících fondů. Pojistník má právo zvolit si z nabídky fondů pojistitele podle jejich investiční strategie, výnosů a rizik.

(4) V případě vytvoření nového fondu bude pojistitel písemně informovat pojistníka o možnostech a podmínkách investování do tohoto fondu.

(5) V případě zrušení fondu pojistitel nejpozději 30 dní před zrušením příslušného fondu oznámí pojistníkovi podmínky přesunu podílových jednotek z rušeného fondu do jiného fondu. Jestliže pojistník do 30 dnů od doručení oznámení pojistitele podle předchozí věty neoznámí pojistiteli, že nepoužije jinou možnost přesunu, pojistitel je vložil do předem stanoveného fondu. Náklady na přesun podílových jednotek v případě zrušení fondu hradí pojistitel. Hodnota účtu pojistníka nemůže být přesunem ke dni přesunu dotčena.

Článek XII. Oceňování fondů a cena podílové jednotky

(1) Pojistitel je povinen nejméně jedenkrát za týden ocenit jednotlivé fondy pro účely stanovení aktuálních hodnot jejich podílových jednotek.

(2) Hodnota daného fondu k datu oceňování je určena hodnotou všech investic tohoto fondu při zohlednění případných závazků k datu oceňování. Výnosy z investic dosažené v daném fondu se zpětně investují do tohoto fondu. Pojistitel je oprávněn odečítat z hodnoty každého fondu správní poplatky přímo související s administrativními správními náklady na řízení fondu. Tento poplatek bude odečítán úměrně při každém oceňování.

(3) Aktuální hodnota podílové jednotky daného fondu se stanoví jako podíl aktuální hodnoty fondu a počtu podílových jednotek a představuje prodejní cenu podílové jednotky.

(4) Rozdíl mezi nákupní a prodejní cenou podílové jednotky fondu stanoví pojistitel. Rozdíl mezi nákupní a prodejní cenou podílové jednotky může dosáhnout maximálně 2 % nákupní ceny.

Článek XIII. Účet pojistníka

(1) Na účtu pojistníka se vede evidence podílových jednotek jednotlivých fondů pojistníka pro stanovení hodnoty účtu.

(2) Hodnota účtu pojistníka se určí jako suma počtu podílových jednotek jednotlivých fondů pojistníka vynásobených jejich prodejní cenou.

(3) Hodnota účtu pojistníka se mění podle hodnoty podílových jednotek fondů, které jsou evidovány na účtu.

(4) Pojistitel oznamuje pojistníkovi stav jeho účtu a jeho změny písemně jednou ročně.

Článek XIV. Poplatky z účtu pojistníka

(1) Pojistitel je oprávněn jedenkrát v každém kalendářním měsíci snížit hodnotu účtu pojistníka o poplatky na krytí pojistných rizik z pojištění pro případ smrti a z případných doplňkových pojištění, na úhradu počátečních nákladů, nákladů na vedení účtu, přesuny, správních nákladů a na krytí jiných nákladů souvisejících s investičním životním pojištěním.

(2) Poplatky se uhrazují formou snížení počtu podílových jednotek z účtu pojistníka. V případě, že jsou podílové jednotky umístěny ve více fondech, bude snížení počtu podílových jednotek realizováno úměrně k hodnotě podílových jednotek v jednotlivých fondech.

(3) Výši poplatku na krytí pojistného rizika stanoví pojistitel podle pojistněmatematických metod, především se zřetelem na aktuální věk, pohlaví, pojistnou částku, zdravotní stav, zaměstnání a mimopracovní činnosti pojištěného, charakter plnění a jiné podstatné skutečnosti související s přijetím rizika.

(4) Výše poplatků na krytí pojistných rizik a počátečních nákladů, nákladů na vedení účtu, přesuny, správních nákladů a na úhradu jiných nákladů souvisejících s investičním životním pojištěním je dána aktuálním Přehledem poplatků pojistitele.

Článek XV. Přechod pojištění do stavu bez placení pojistného

(1) Pojištění přejde do stavu bez placení pojistného, pokud pojistník o přechod požádal nebo nebylo-li běžné pojistné za další pojistné období zaplacené do šesti měsíců ode dne splatnosti, pokud jsou splněny následující podmínky:

- od počátku pojištění uplynula doba alespoň tři roky a
- pojistník uhradil za tuto dobu pojistné a
- hodnota jeho účtu, snížená o dosud neuhrazené počáteční náklady, postačuje na úhradu poplatků splatných v následujících šesti měsících.

(2) Pojištění přechází do stavu bez placení:
a) po obdržení a odsouhlasení žádosti pojistitelem, nebo
b) dnem následujícím po marném uplynutí šestiměsíční lhůty ode dne splatnosti běžného pojistného.

(3) Pojistitel po přechodu pojištění do stavu bez placení pojistného poskytuje z investičního životního pojištění pojistnou ochranu pro případ smrti ve výši sjednané pojistné částky. Není-li pojistníkem v žádosti o přechod do stavu bez placení pojistného uvedeno jinak, všechna doplňková pojištění zůstávají v platnosti.

(4) Při přechodu pojištění do stavu bez placení se z účtu pojistníka odečtou dosud neuhrazené počáteční náklady.

(5) Pojistitel má za provedení přechodu do stavu bez placení právo na poplatek (článek XIV.).

(6) U pojištění ve stavu bez placení pojistného se nadále srážejí poplatky z účtu pojistníka ve smyslu článku XIV., avšak poplatek na krytí počátečních nákladů se dále již nestrhává. Jestliže hodnota účtu pojistníka poplatky nepokrývá, pojištění zanikne bez náhrady (článek V. odst. 3 písm. b).

(7) U pojištění ve stavu bez placení pojistného lze přijmout mimořádné pojistné.

(8) Na základě žádosti pojistníka lze obnovit placení pojistného, a to nejdříve ode dne nejbližší následující splatnosti běžného pojistného.

Článek XVI. Odbyté

(1) Odbyté náleží pojistníkovi, jehož pojištění skončilo na základě dohody, výpovědi ze strany pojistníka, z důvodu nezaplacení pojistného nebo odvolání souhlasu se zpracováním údaje o zdravotním stavu, jestliže:

- jeho pojištění trvalo alespoň dva roky a pojistné za tuto dobu bylo uhrazeno, nebo
- zůstatek na mimořádném účtu splňuje limity stanovené pojistitelem.

(2) Při zániku pojištění v prvních dvou letech trvání pojištění, nebylo-li uhrazeno mimořádné pojistné, nemá pojistník právo na odbytí.

(3) Odbytné stanoví pojistitel jako aktuální hodnotu účtu pojistníka sniženou o dosud neuhrazené počáteční náklady a poplatek za zrušení pojistné smlouvy.

(4) Při výplatě odbytného pojistitel postupuje v souladu s právními předpisy upravujícími daň z příjmů.

Článek XVII. Prodej podílových jednotek

(1) Pojistník může požádat o prodej části podílových jednotek z běžného účtu, jsou-li splněny následující podmínky:

- a) od počátku pojištění uplynula doba alespoň tři let a
- b) pojistník uhradil za tuto dobu pojistné a
- c) aktuální hodnota prodávaných podílových jednotek není nižší než pojistitelem předepsaná minimální hodnota a
- d) hodnota běžného účtu po prodeji podílových jednotek, snižená o dosud neuhrazené počáteční náklady, postačuje na úhradu poplatků splatných v následujících dvanácti měsících.

(2) Prodej podílových jednotek z mimořádného účtu lze – na základě žádosti pojistníka – realizovat kdykoli.

(3) Prodej podílových jednotek se realizuje snížením počtu podílových jednotek z účtu pojistníka za aktuální prodejní cenu. V případě, že jsou podílové jednotky umístěny ve více fondech, bude snížení počtu podílových jednotek realizováno úměrně k hodnotě podílových jednotek v jednotlivých fondech. Pojistitel je oprávněn určit minimální výši prodeje a zůstatkové hodnoty účtu pojistníka.

(4) Pojištění po prodeji části podílových jednotek zůstává nadále v platnosti.

(5) Pojistitel má za prodej podílových jednotek právo na poplatek (článek XIV.).

Článek XVIII. Omezení pojistného plnění pro případ smrti

(1) Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění ve výši pojistné částky pro případ smrti až o jednu polovinu, jestliže pojistník zemřel:

- a) v souvislosti s jednáním, jímž jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrti anebo jímž jinak hrubě porušil důležitý zájem společnosti, nebo
- b) v důsledku požití alkoholu, léků nebo omamných či toxických látek pojistníkem.

(2) Pojistitel není povinen vyplatit pojistné plnění, avšak vyplatí částku plnění ve výši aktuálního stavu účtu sníženého o nesplacené náklady, jestliže pojistník zemřel:

- a) v přičinné souvislosti s úmyslným trestným činem, který spáchal, nebo
- b) následkem sebevraždy v době tří let od počátku pojištění, nebo
- c) v důsledku nebo v souvislosti s válečnou událostí, občanskou válkou nebo občanskými nepokoji, na nichž se aktivně podílel.

Ne vznikne-li nárok na odbytné dle článku XVI., pojištění zanikne bez náhrady.

(3) Osoba, které má smrti pojistníka vzniknout právo na plnění, tohoto práva nenabude, způsobila-li pojistníkovi smrt úmyslným trestným činem nebo se na spáchání takového trestného činu podílela a byla pro něj soudem pravomocně odsouzena. Až do nabytí právní moci rozsudku není pojistitel povinen plnit.

(4) Pojistitel není povinen plnit, pokud dojde ke smrti pojistníka jinak než úrazem v období dvou měsíců od počátku pojištění.

Článek XIX. Odmítnutí plnění

Odmítne-li pojistitel pojistné plnění podle § 802 odst. 2 občanského zákoníku, vyplatí pojistníkovi aktuální stav účtu.

Článek XX. Doplňkové pojištění

(1) Pro doplňkové pojištění pro případ úrazu platí Zvláštní pojistné podmínky pro úrazové pojištění kromě čl. I. Úvodní ustanovení.

(2) Pro doplňkové pojištění pro případ vážných onemocnění platí Doplňkové pojistné podmínky pro pojištění pro případ vážných onemocnění kromě čl. I. Úvodní ustanovení a odchýlně od čl. V. odst. 5 a) se ujednává, že pojistitel není povinen plnit, nastane-li pojistná událost do šesti měsíců od počátku pojištění.

(3) Pro doplňkové pojištění pro případ pracovní neschopnosti a pro případ pobytu v nemocnici platí příslušná ustanovení Zvláštních pojistných podmínek pro komerční zdravotní pojištění s těmito ujednáními:

a) Neplatí čl. I.

b) Text. čl. III. Čekací doba se nahrazuje:

1. Čekací doba činí tři měsíce s následujícími výjimkami v pojištění pro případ pobytu v nemocnici:

i) šest měsíců pro pobyt v nemocnici z důvodu ošetření zubů, zhotovení zubních náhrad a provedení úkonů čelistní ortopedie a čelistní chirurgie a ortopedických náhrad,

ii) osm měsíců pro pobyt v nemocnici v souvislosti s těhotenstvím.

2. Pojistitel neuplatní čekací dobu pro pojistné události vzniklé v důsledku úrazu, k němuž došlo během čekací doby.

i) V článku VII. Pojistné plnění se doplňuje odstavec: (6) Přesáhne-li počet dnů pracovní neschopnosti z důvodu úrazu sjednanou karenční dobu, plní pojistitel již od počátku pracovní neschopnosti z důvodu úrazu.

ii) Neplatí čl. VIII., IX. a X. odst. 1.

Článek XXI. Doručování písemností

(1) Písemnosti pojistitele určené pojistníkovi, pojištěnému nebo oprávněné osobě (dále jen „adresát“) se doručují prostřednictvím držitele poštovní licence (dále jen „pošta“) obyčejnou nebo doporučenou zásilkou na korespondenční adresu uvedenou v pojistné smlouvě nebo na korespondenční adresu písemně oznámenou pojistiteli adresátem, pokud došlo ke změně korespondenční adresy. Písemnosti mohou být doručovány rovněž zaměstnancem pojistitele nebo jinou, pojistitelem pověřenou osobou; v takovém případě se písemnost považuje za doručenu dnem jejího převzetí.

(2) Písemnost odeslaná doporučenou zásilkou adresátovi se považuje za doručenu, nejde-li o doručení podle dalších odstavců, desátý den po odeslání zásilky. Písemnost pojistitele odeslaná adresátovi doporučenou zásilkou s dodejkou se považuje za doručenu, nejde-li o doručení podle dalších odstavců, dnem převzetí uvedeným na dodejce. Za doručenu adresátovi se považuje i zásilka doručená příjemci rozdílnému od adresáta (např. rodinnému příslušníkovi), jemuž pošta doručila zásilku v souladu s právními předpisy o poštovních službách.

(3) Odepře-li adresát přijetí doručované písemnosti, považuje se písemnost za doručenu dnem, kdy ji adresát převzít odepřel.

(4) Nebyl-li adresát zastížen a písemnost odeslaná doporučenou zásilkou nebo doporučenou zásilkou s dodejkou byla uložena na poště a adresát si písemnost v úložní lhůtě (určené právním předpisem o poštovních službách) nevyzvedl, považuje se písemnost za doručenu posledním dnem úložní lhůty, i když se adresát o uložení nedozvěděl nebo se v místě doručení nezdržoval.

(5) Pokud se písemnost vrátí jako nedoručená z jiných důvodů než je uvedeno v předchozím odstavci, považuje se tato písemnost za doručenu dnem jejího vrácení pojistiteli.

DOPLŇKOVÉ POJISTNÉ PODMÍNKY 951 PRO POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD VÁŽNÝCH ONEMOCNĚNÍ

Článek I. Úvodní ustanovení

Pro pojištění pro případ vážných onemocnění, které sjednává Kooperativa, pojišťovna, a. s., Templová 747, Praha 1, zapsaná u rejstříkového soudu v Praze, spis. zn. B 1897, IČ 47116617 (dále jen „pojistitel“), platí příslušná ustanovení občanského zákoníku, všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob, zvláštních pojistných podmínek pro životní pojištění, tyto doplňkové pojistné podmínky a smluvní ujednání.

Článek II. Vymezení vážného onemocnění

Pro účely tohoto pojištění se vážným onemocněním rozumí

- a) Infarkt myokardu, tj. prokázané a nezvratné poškození srdeční svaloviny, které je způsobeno nedostatečným krevním zásobením postižené oblasti. Diagnóza musí být založena na všech třech následujících kritériích
 - anamnéze typické bolesti v krajině srdeční,
 - čerstvých změnách na EKG charakteristických pro infarkt myokardu,
 - zvýšené hladině srdečních enzymů (pokud byla úspěšně provedena trombolýza nebo dilatace koronární tepny, nemusí být hladina enzymů zvýšena).
- b) Náhlá cévní mozková příhoda, jejímž následkem je trvalý patologický neurologický nález trvající déle než 24 hodin, zahrnující
 - infarkt mozkové tkáně,
 - krvácení z nitrolebních cév a
 - trombózu a embolizaci z nitrolebního zdroje.Musí být prokázano trvalé neurologické poškození, a to nejdříve jeden měsíc po vzniku onemocnění.
- c) Rakovina (zhoubný novotvar), tj. přítomnost histologicky potvrzeného maligního nádoru, který se vyznačuje nekontrolovatelným růstem a rozšiřováním maligních buněk a jejich invazí do zdravé tkáně. Rakovina zahrnuje i leukémii, lymfomy a Hodgkinovu chorobu (s výjimkou jejího prvního stadia).
- d) Totální selhání ledvin zahrnující pokročilé stadium selhávání ledvin vyznačující se nezvratným selháním funkce obou ledvin a nutností buď pravidelné dlouhodobé dialýzy nebo integrovaného dialyzačně-transplantačního programu (transplantace ledviny).
- e) Příčná míšní léze, tj. paréza nebo plegie charakterizovaná úplnou a trvalou ztrátou funkce dvou nebo více končetin po ochrnutí následkem nemoci nebo úrazu, která je potvrzena nejdříve za tři měsíce po jejím vzniku.
- f) Klinicky potvrzená slepota, tj. úplná a trvalá ztráta zraku (vidění) obou očí, k níž došlo během trvání pojištění, nejdříve však po uplynutí dvou let od počátku pojištění a zraková ostrost podle tabulky Světové zdravotnické organizace je 3/60 nebo méně na každé oko. Uplynutí doby dvou let od počátku pojištění se nepožaduje, nastala-li slepota následkem úrazu, k němuž došlo během trvání pojištění.
- g) Životně nezbytná transplantace důležitých tělesných orgánů, tj. transplantace srdce, plic, jater, slinivky břišní, ledviny nebo kostní dřeně, při které je pojištěný příjemcem.

Článek III. Trvání pojištění a jeho zánik

(1) Pojištění pro případ vážných onemocnění lze sjednat buď jako nedílnou součást životního pojištění nebo jako doplňkové pojištění k životnímu pojištění.

(2) Je-li pojištění pro případ vážných onemocnění sjednáno jako doplňkové pojištění k životnímu pojištění, je jeho pojistná doba shodná s dobou placení pojistného (jde-li o doplňkové pojištění k důchodovému pojištění) a v ostatních případech je shodná s pojistnou dobou základního (životního) pojištění. Pojistnou dobu pojištění pro případ vážných onemocnění však lze sjednat nejdéle do výročního dne počátku pojištění v roce, v němž pojištěný dosáhne věku 65 let.

(3) Pojištění pro případ vážných onemocnění, které je sjednáno jako doplňkové pojištění k životnímu pojištění, zanikne, nastane-li pojistná událost ve smyslu článku V. Pojištění zanikne koncem pojistného období, v němž pojistná událost nastala (u pojištění za běžné pojistné), nebo dnem, ve kterém pojistná událost nastala (u pojištění za jednorázové pojistné). Životní pojištění zůstává nadále v platnosti podle podmínek dohodnutých v pojistné smlouvě.

Článek IV. Čekací doba

Čekací doba činí 9 měsíců.

Článek V. Pojistná událost a pojistné plnění

(1) Pojistnou událostí je

- a) zjištění alespoň jednoho z vážných onemocnění uvedených v článku II. písm. a) až f), pokud bylo u pojištěného poprvé zjištěno během trvání pojištění a diagnosticky potvrzeno příslušným odborným lékařem ve zdravotnickém zařízení, v němž byl pojištěný vyšetřen, nebo
- b) transplantace některého z tělesných orgánů uvedených v článku II. písm. g) provedená pojištěnému.

(2) Za vznik pojistné události se považuje den, ve kterém byla příslušným odborným lékařem stanovena diagnóza vážného onemocnění nebo provedena transplantace pojištěného orgánu. Nastane-li v jeden den více pojistných událostí, pojistitel vyplatí pojistné plnění jen jednou.

(3) Vznik vážného onemocnění nebo provedení transplantace orgánu musí být pojistiteli oznámen bez zbytečného odkladu na jeho příslušném tiskopisu, potvrzen příslušným odborným lékařem a doložen klinickým, laboratorním nebo histologickým nálezem.

(4) Je-li vážné onemocnění zjištěno nebo transplantace orgánu provedena v zahraničí, je pojistitel povinen plnit jen v případě, že toto vážné onemocnění nebo transplantace bude dodatečně potvrzena příslušným odborným lékařem v České republice.

(5) Nastane-li pojistná událost v čekací době (viz článek IV.), pojistitel vyplatí pojištěnému pojistné plnění

- a) ve výši 90% pojistného zaplaceného za pojištění pro případ vážných onemocnění, nastane-li pojistná událost před uplynutím 6 měsíců od počátku pojištění,
- b) ve výši 50% pojistné částky pojištění pro případ vážných onemocnění, nastane-li pojistná událost po uplynutí 6 měsíců od počátku pojištění, ale před uplynutím čekací doby.

(6) Nastane-li v čekací době pojistná událost v důsledku úrazu, k němuž došlo během trvání pojištění, pojistitel neomezuje pojistné plnění podle předchozího odstavce.

Článek VI. Výluky z pojistného plnění

- (1) Pojistitel neplní za
- tichý srdeční infarkt,
 - embolizaci z jiných orgánů nebo částí těla s výjimkou embolizace z nitrolebního zdroje,
 - reverzibilní mozkovou ischemii a tranzitorní ischemické záchvaty,
 - kožní karcinomy s výjimkou invazivních melanomů,
 - metastázy nádorů kůže,
 - tumory, které jsou histologicky popsány jako premaligní (prekancerosa) nebo které vykazují časně maligní změny,
 - první stadium Hodgkinovy choroby,
 - neinvazivní stadia nádorů (tzv. karcinom in situ a mikroinvazivní nálezy),
 - nádory v důsledku choroby AIDS,
 - chronickou lymfatickou leukémií,
 - prchavou slepotu,
 - transplantaci buněk Langerhansových ostrůvků slinivky břišní (pankreatu).

(2) Pojistitel dále neposkytne pojistné plnění, jestliže vážné onemocnění nebo smrt pojištěného následkem vážného onemocnění byly přímo nebo nepřímo způsobeny v důsledku

- záměrného vystavování se nadměrnému riziku vedoucímu ke vzniku onemocnění nebo úrazu,
- úmyslného sebepoškození pojištěného, jeho sebevraždy nebo jeho pokusu o sebevraždu,
- nemoci AIDS a infekce HIV,
- válečné události, občanské války nebo teroristických aktů (tj. násilných jednání motivovaných politicky, sociálně, ideologicky nebo nábožensky),
- občanských nepokojů (např. vzpoury, povstání), na nichž se pojištěný aktivně podílel,
- duševní poruchy nebo poruchy chování (diagnózy F00 až F99 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí),
- jaderného záření způsobeného výbuchem, závadou jaderného zařízení či přístrojů nebo nedbalostí odpovědných právnických či fyzických osob při dopravě, skladování nebo manipulaci s radioaktivními materiály,
- opakovaného a déletrvajícího působení jaderného záření při práci v uranových dolech, jaderných elektrárnách a při práci s azbestem.

Článek VII. Výklad pojmů

Anamnéza (předchorobí) typické bolesti v krajině srdeční – píchavá, svíravá bolest za hrudní kostí vystřelující do krku a levé horní končetiny.

Čerstvé změny na EKG – odchylky elektrokardiografické křivky od normálu až po projevy nemoci charakteristické pro infarkt myokardu (srdečního svalu). Pro zdravou činnost srdce je křivka EKG pevně stanovena.

Dilatace koronární tepny – rozšíření např. zúženého úseku tepny.

Embolizace – kousek krevní sraženiny, který ucpe tepnu jinde ve směru krevního proudu, než vznikl (např. z hlubokých žil dolní končetiny se uvolní a dostane se až do mozkové cévy, kde zapříčiní její ucpání a následnou mozkovou příhodu).

Histologie – vyšetření vzorku tkáně.

Chronická lymfatická leukémie – onemocnění krve, kdy pacient má po dlouhou dobu (i několik roků) stejné laboratorní výsledky, aniž by se jeho stav zhoršoval.

Infarkt mozkové tkáně - odumření části mozkové tkáně.

Infarkt myokardu – odumření tkáně srdečního svalu po zamezení přívodu krve z uzavřené tepny.

Invazivní melanom – kožní nádor, který se rychle rozšiřuje do jiných tkání i do okolí.

Karcinom in situ a mikroinvazivní nálezy – ohraničený zhubný útvar v bezpečné zóně, který je tak malý, že se dá z těla zcela odstranit.

Kožní karcinom – zhubný rakovinotvorný kožní útvar.

Krvácení z nitrolebních cév – krvácení z cévy mozku.

Langerhansovy ostrůvky – částice tkáně uvnitř slinivky břišní, které produkují několik hormonů, z nichž nejvýznamnější jsou inzulín a glukagon.

Leukémie, lymfomy, Hodgkinova choroba – zhubné druhy rakoviny krve.

Maligní nádor – zhubný novotvar, jehož růst je nekontrolovatelný.

Patologický neurologický nález trvající déle než 24 hodin – změna mozkové tkáně, která je příčinou např. ochrnutí jedné končetiny, a tento nález přetrvává i po uplynutí 24 hodin od proběhlé změny (jde o tzv. CMP – centrální mozkovou příhodu).

Premaligní nádory (prekancerosa) – nález, který by mohl být rizikový pro vznik rakoviny (mohl by rakovinu předcházet). Mohou to být kromě nádorů vyléčitelných např. operativně i různé druhy nemocí.

Prchavá slepota – dočasná porucha vidění způsobená např. úrazem nebo po provedení operace, která je po určité době zcela vyléčitelná.

První stadium Hodgkinovy choroby – vyléčitelné stadium rakoviny krve.

Příčná míšní léze, tj. paréza nebo plegie – různými vyšetřeními potvrzené trvalé poškození míchy, které má za následek doživotní ochrnutí končetin.

Reverzibilní mozková ischemie – poškození mozku spočívající ve změně mozkové tkáně se časem upraví (např. funkce ochrnuté končetiny se časem vrátí do zcela normálního stavu).

Tichý srdeční infarkt – srdeční infarkt, při kterém pacient nemá žádné subjektivní potíže, které by ho nutily vyhledat odbornou lékařskou pomoc.

Tranzitorní ischemický záchvat (TIA) – jde o přechodnou mozkovou příhodu, kdy začátek onemocnění je zcela shodný s CMP, ale po několika hodinách se stav pacienta upraví do normálu.

Trombolýza koronární tepny – rozpuštění sraženiny krve, která ucpala tepnu, zavedením léku do žíly.

Trombóza – srážení krve v cévách, které může být příčinou vzniku krevní sraženiny (trombu) a ucpání cévy. V tepnách má za následek nedokrevnost (ischemii) dané oblasti, v žilách zhoršuje odtok krve a může být zdrojem vmetku (embolu).

Zvýšená hladina srdečních enzymů – laboratorní krevní výsledek (vyplavování enzymů do krve), který svědčí pro poškození srdečního svalu.

Článek VIII. Závěrečná ustanovení

(1) Od všech ustanovení těchto doplňkových pojistných podmínek se lze odchýlit v pojistné smlouvě.

(2) Tyto doplňkové pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1. dubna 2002 a jsou součástí těch pojistných smluv, které se na ně výslovně odvolávají a ke kterým jsou připojeny.

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ

921

Článek I. Úvodní ustanovení

Pro úrazové pojištění, které sjednává Kooperativa, pojišťovna, a. s., Templová 747, Praha 1, zapsaná u rejstříkového soudu v Praze, spis. zn. B 1897, IČ 47116617 (dále jen „pojistitel“), platí příslušná ustanovení občanského zákoníku, všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob, tyto zvláštní pojistné podmínky a smluvní ujednání.

Článek II. Pojistná událost

(1) Pojistnou událostí je úraz pojištěného. Úrazem se rozumí neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly anebo neočekávané a nepřerušované působení vysokých nebo nízkých vnějších teplot, plynů, par, záření (s výjimkou jaderného), elektrického proudu a jeďů (s výjimkou jeďů mikrobiálních a látek imunotoxických), jímž bylo pojištěnému během trvání pojištění způsobeno tělesné poškození anebo smrt. Jestliže se tělesné poškození projevilo nebo smrt nastala až po skončení pojištění, plní pojistitel tehdy, došlo-li k úrazu během trvání pojištění.

(2) Pokud není v pojistné smlouvě dohodnuto jinak, plní pojistitel za pojistné události, které nastanou během trvání pojištění na území kteréhokoliv státu a při jakékoliv činnosti, s výjimkou výluk uvedených v článku IV.

Článek III. Pojistné plnění

(1) Pojistitel poskytne – v závislosti na ujednání v pojistné smlouvě – následující pojistné plnění

a) pojištěnému

- za tělesné poškození způsobené úrazem,
- za pracovní neschopnost následkem úrazu,
- za trvalé následky úrazu,
- za plnou invaliditu následkem úrazu,
- za pobyt v nemocnici následkem úrazu

b) oprávněné osobě

- za smrt pojištěného následkem úrazu.

(2) Pojistitel může z úrazového pojištění poskytovat i jiné druhy pojistného plnění, než je uvedeno v odstavci 1, a to za podmínek dohodnutých v pojistné smlouvě.

(3) Podle ujednání v pojistné smlouvě poskytne pojistitel pojistné plnění ve formě jednorázové částky nebo důchodu. Nárok na výplatu důchodu vznikne od prvního dne kalendářního měsíce následujícího po měsíci, ve kterém bylo skončeno šetření pojistné události, není-li v dalších ustanoveních těchto zvláštních pojistných podmínek stanoveno jinak. Pojistitel důchod vyplácí vždy k prvnímu dni dohodnutého období a po dobu dohodnutou v pojistné smlouvě.

Článek IV. Výluky z pojistného plnění

(1) Pojistitel neplní za

a) vznik a zhoršení kýly (hernií), nádorů všeho druhu a původu, bércových vředů, diabetických gangrén, aseptických zánětů pochev šlachových, úponů

- svalových, tíhových váčků, epikondylitid, výhřez meziobratlové ploténky, ploténkové páteřní syndromy, náhlé příhody cévní a amoce sítnice,
- b) újmy na zdraví vzniklé vlivem duševní poruchy nebo poruchy chování pojištěného (diagnózy F00 až F99 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí),
- c) kolapsy, epileptické nebo jiné záchvaty a křeče, které zachvátí celé tělo, pokud nevznikly výlučně následkem úrazu,
- d) újmy na zdraví pojištěného vzniklé v souvislosti s těhotenstvím, umělým přerušením těhotenství, potratem nebo porodem,
- e) infekční nemoci, a to, i když byly přeneseny v důsledku úrazu,
- f) pracovní úrazy a nemoci z povolání, pokud nemají povahu úrazu podle článku II. odst. 1,
- g) následky diagnostických, léčebných a preventivních zákroků, i když byly provedeny v důsledku úrazu,
- h) zhoršení nebo projevení se nemoci v důsledku úrazu,
- i) smrt pojištěného nebo újmy na jeho zdraví vzniklé v důsledku jaderného záření způsobeného výbuchem, závadou jaderného zařízení či přístrojů nebo nedbalostí odpovědných právnických či fyzických osob při dopravě, skladování nebo manipulaci s radioaktivními materiály,
- j) smrt pojištěného nebo újmy na jeho zdraví vzniklé v důsledku opakovaného a déletrvajícího působení jaderného záření při práci v uranových dolech, jaderných elektrárnách a při práci s azbestem,
- k) smrt pojištěného nebo újmy na jeho zdraví vzniklé v důsledku úmyslného sebepoškození, sebevraždy nebo pokusu o sebevraždu,
- l) smrt pojištěného nebo újmy na jeho zdraví vzniklé v důsledku války, události podobné válce a občanské války,
- m) smrt pojištěného nebo újmy na jeho zdraví vzniklé v důsledku občanských nepokojů (např. revoluce, vzpoura, povstání) a teroristických aktů (tj. násilné jednání motivované zejména politicky, sociálně, ideologicky nebo nábožensky), na nichž se pojištěný aktivně podílel.

(2) Pojistitel neposkytne pojistné plnění za pracovní neschopnost - kromě výluk uvedených v odstavci 1 - též

a) zemře-li pojištěný do jednoho měsíce ode dne úrazu nebo

b) je-li pojištěný uznán dočasně práce neschopným a přitom pobývá

- v zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie a hráčské nebo jiné závislosti,
- v lázeňských léčebnách, ozdravovnách a sanatoriích,
- v rehabilitačních zařízeních a ústavech, kromě těch případů, kdy je pobyt v nich z lékařského hlediska nezbytnou součástí léčení úrazu a pojistitel s tímto léčebným pobytem vyjádřil předem písemný souhlas.

Článek V. Omezení pojistného plnění

(1) Nesplní-li pojistník povinnost oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu veškeré změny pracovní, zájmové nebo sportovní činnosti pojištěného, které mají vliv na jeho zařazení do příslušné rizikové skupiny, a tím i na výši pojistného (viz článek III. odst. 5 všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob), pojistitel v případě vzniku pojistné události sníží pojistné plnění z titulu úrazu v poměru výše pojistného, které bylo placeno, k výši pojistného, které mělo být placeno. Pojistitel však pojistné plnění nesníží, zemře-li pojištěný následkem úrazu.

(2) Jestliže pojištěný v době vzniku pojistné události již nevykonává činnost, pro kterou byl zařazen do příslušné rizikové skupiny a pro kterou bylo placeno

vyšší pojistné, než mělo být s ohledem na vykonávanou činnost placeno, stanoví pojistitel pojistné plnění ze sjednané pojistné částky platné v době vzniku pojistné události.

Článek VI. Určení výše plnění

(1) Výši pojistného plnění určuje pojistitel podle zásad uvedených v článcích VII. až XII. a podle „Oceňovacích tabulek pro likvidaci pojistných událostí z úrazového pojištění“ (dále jen „oceňovací tabulky“) platných v době vzniku pojistné události.

(2) Pojistitel je oprávněn doplňovat a měnit oceňovací tabulky v závislosti na vývoji lékařské vědy a praxe. Pojistník i pojištěný mají právo do oceňovacích tabulek u pojistitele nahlížet.

Článek VII. Pojistné plnění za tělesné poškození způsobené úrazem

(1) Dojde-li k úrazu pojištěného, vyplatí pojistitel pojistné plnění ve výši procentního podílu z pojistné částky stanoveného pro příslušné tělesné poškození podle oceňovací tabulky pro tělesná poškození způsobená úrazem.

(2) Není-li tělesné poškození, které bylo pojištěnému úrazem způsobeno, uvedeno v oceňovací tabulce pro tělesná poškození způsobená úrazem, určí pojistitel výši pojistného plnění podle obdobného tělesného poškození, které je svou povahou a rozsahem přiměřeně tělesnému poškození způsobenému úrazem.

(3) Je-li pojištěnému způsobeno jediným úrazem několik tělesných poškození různého charakteru nebo na různých částech těla, stanoví pojistitel výši pojistného plnění součtem procent za jednotlivá tělesná poškození, nejvýše však 100 %.

(4) Je-li několik tělesných poškození způsobených jedním úrazem na jedné části těla léčeno stejným způsobem, plní pojistitel pouze za nejvýše hodnocené tělesné poškození.

(5) Dojde-li v době léčení tělesného poškození k dalšímu úrazu pojištěného, plní pojistitel za tělesné poškození způsobené novým úrazem nezávisle na pojistném plnění za tělesné poškození způsobené předchozím úrazem.

(6) Za infrakce, fisury, odlomení hran kostí a malých úlomků s úponem vazů nebo svalů, za subperiostální zlomeniny a odloučení epifys (epifyseolysy) plní pojistitel v rozsahu uvedeném v oceňovací tabulce pro neúplné zlomeniny. Není-li neúplná zlomenina v oceňovací tabulce uvedena, plní pojistitel ve výši jedné poloviny hodnocení za příslušnou zlomeninu.

(7) Je-li v oceňovací tabulce u příslušného tělesného poškození uveden určitý požadavek (pracovní neschopnost, způsob léčení aj.), je jeho splnění ze strany pojištěného podmínkou pro poskytnutí pojistného plnění v uvedené výši. Není-li požadavek splněn, pojistitel pojistné plnění neposkytne, popř. jej poskytne v nižší výši. Podrobnosti stanoví oceňovací tabulka.

Článek VIII. Pojistné plnění za pracovní neschopnost následkem úrazu

(1) Za pracovní neschopnost se považuje takový stav pojištěného, který odpovídá dočasné pracovní neschopnosti definované v příslušném obecně závazném právním předpisu a který je ošetřujícím lékařem pojištěného potvrzen na předepsaném tiskopisu vystaveném podle tohoto právního předpisu (u pojištěných účastných nemocenského pojištění) nebo je ošetřujícím lékařem potvrzen na jiném dokladu (u pojištěných, kteří nejsou účastníky nemocenského pojištění), za podmínky, že vznikl následkem úrazu a že pojištěný v důsledku tohoto stavu po uvedení do doby nevykonává své dosavadní zaměstnání, jinou závislou činnost, nepodniká ani nevykonává jinou samostatnou výdělečnou činnost.

(2) Za pracovní neschopnost pojistitel plní, jen nastane-li její počátek nejpозději do tří let ode dne úrazu.

(3) Pojistitel plní za pracovní neschopnost ode dne, který je lékařem stanoven jako její počátek, nejdříve však po uplynutí karenční doby stanovené v pojistné smlouvě. Pojistné plnění se vyplácí až do dne, kterým je pracovní

neschopnost podle rozhodnutí lékaře ukončena, nejdéle však do dne, který odpovídá maximální době pracovní neschopnosti stanovené pro příslušné tělesné poškození v oceňovací tabulce pro pojistné plnění za pracovní neschopnost následkem úrazu, ne však déle než do 365. dne (včetně) od počátku pracovní neschopnosti.

(4) Při jedné souvislé pracovní neschopnosti i při více pracovních neschopnostech následkem jednoho úrazu plní pojistitel nejdéle za dobu 365 dnů po odečtení karenční doby.

(5) Je-li pojištěný po ukončení pracovní neschopnosti v následujícím kalendářním dni uznán znovu práce neschopným z důvodu téhož úrazu (úrazového děje), považuje se tato pracovní neschopnost za pokračování předcházející pracovní neschopnosti.

(6) Pojistné plnění za pracovní neschopnost stanoví pojistitel jako součin sjednané pojistné částky a počtu dnů pracovní neschopnosti, za které má pojištěný nárok na pojistné plnění, a to i v případě, že pracovní neschopnost byla uznána pro více následků způsobených jedním nebo několika úrazy.

(7) Je-li v oceňovací tabulce u příslušného tělesného poškození uveden určitý požadavek (např. způsob léčení), je jeho splnění ze strany pojištěného podmínkou pro poskytnutí pojistného plnění za maximální dobu pracovní neschopnosti následkem úrazu stanovenou pro toto tělesné poškození. Není-li požadavek splněn, poskytne pojistitel pojistné plnění nejvýše za dobu, která odpovídá polovině uvedené maximální doby pracovní neschopnosti.

Článek IX. Pojistné plnění za trvalé následky úrazu

(1) Zanechá-li úraz pojištěnému trvalé následky, vyplatí pojistitel pojistné plnění ve výši procentního podílu z pojistné částky, který pro jednotlivá tělesná poškození podle oceňovací tabulky pro trvalé následky úrazu odpovídá rozsahu trvalých následků po jejich ustálení a v případě, že se neustálily do tří let ode dne úrazu, podle procentního podílu, který odpovídá jejich stavu ke konci této lhůty. Stanoví-li oceňovací tabulka pro trvalé následky úrazu procentní rozpětí, určí pojistitel výši pojistného plnění tak, aby v rámci daného rozpětí odpovídala povaze a rozsahu tělesného poškození způsobeného úrazem.

(2) Rozsah trvalých následků úrazu určuje pojistitel na základě prohlídky pojištěného příslušným odborným lékařem a po případné konzultaci se svým posudkovým lékařem.

(3) Způsobil-li jediný úraz pojištěnému několik trvalých následků, hodnotí se celkové trvalé následky součtem procent pro jednotlivé následky, nejvýše však 100 %, není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak.

(4) 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, uvedeným v oceňovací tabulce pro trvalé následky úrazu pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného údu, orgánu nebo jejich částí.

(5) Týkají-li se trvalé následky úrazu části těla nebo orgánu, které byly poškozeny již před úrazem, sníží pojistitel pojistné plnění o tolik procent, kolika procentům odpovídá rozsah předcházejícího poškození stanovený též podle oceňovací tabulky pro trvalé následky úrazu.

(6) Nemůže-li pojistitel plnit proto, že trvalé následky úrazu nejsou po uplynutí 6 měsíců ode dne úrazu ještě ustáleny, avšak je již známo, jaký bude jejich minimální rozsah, poskytne pojištěnému na jeho písemnou žádost přiměřenou zálohu na pojistné plnění.

(7) Jestliže před výplatou pojistného plnění za trvalé následky úrazu pojištěný zemře, nikoliv však na následky tohoto úrazu, vyplatí pojistitel jeho dědicům částku, která odpovídá rozsahu trvalých následků úrazu pojištěného v době jeho smrti, nejvýše však pojistnou částku pro případ smrti následkem úrazu.

Článek X. Pojistné plnění za plnou invaliditu následkem úrazu

(1) Pojistitel poskytne toto pojistné plnění, stane-li se pojištěný plně invalidním výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo během trvání pojištění, pokud plná invalidita vznikla nejpозději do tří let ode dne úrazu.

(2) Pojištěný prokazuje plnou invaliditu rozhodnutím o přiznání plného invalidního důchodu podle zákona o důchodovém pojištění nebo odborným lékařským posudkem o své plné invaliditě, který je pojistitelem uznán (nemá-li pojištěný nárok na plný invalidní důchod podle zákona o důchodovém pojištění).

(3) Je-li pojistné plnění za plnou invaliditu poskytováno ve formě důchodu, vznikne nárok na výplatu invalidního důchodu od prvního dne kalendářního měsíce následujícího po dni, od kterého byl plný invalidní důchod podle zákona o důchodovém pojištění přiznán, ne však dříve, než od prvního dne kalendářního měsíce následujícího po dni, ve kterém příslušný orgán rozhodl o přiznání plného invalidního důchodu. Prokazuje-li pojištěný plnou invaliditu odborným lékařským posudkem, který je pojistitelem uznán, vznikne nárok na výplatu důchodu od prvního dne kalendářního měsíce následujícího po měsíci, ve kterém pojistitel tento posudek obdržel. Pojištěný má nárok na výplatu invalidního důchodu po dobu trvání plné invalidity, nejdéle však do konce kalendářního měsíce, který předchází výročnímu dni počátku výplaty invalidního důchodu v roce, v němž pojištěný dosáhne věku 65 let, pokud nebylo v pojistné smlouvě dohodnuto jinak.

(4) Na žádost pojistitele je pojištěný způsobem uvedeným v odstavci 2 povinen prokázat, že jeho plná invalidita nadále trvá. Pojištěný je rovněž povinen bez zbytečného odkladu uvědomit pojistitele o odnětí plného invalidního důchodu nebo o pomínutí důvodů, pro které byl uznán plně invalidním podle zákona o důchodovém pojištění.

Článek XI.

Pojistné plnění za pobyt v nemocnici následkem úrazu

(1) Pojistitel poskytne pojistné plnění za nepřetržitý pobyt pojištěného na lůžkovém oddělení nemocnice na území České republiky, jde-li o z lékařského hlediska nezbytný pobyt v důsledku úrazu.

(2) Pobyt pojištěného v nemocnici je z lékařského hlediska nezbytný, jestliže jeho ošetření nebo léčení musí být provedeno na lůžkovém oddělení nemocnice vzhledem k závažnosti úrazu nebo charakteru ošetření a léčení. Nezbytným není pobyt v nemocnici v případě, kdy pojištěnému mohla být poskytnuta ambulantní péče.

(3) Pobyt v nemocnici se dále nepovažuje z lékařského hlediska za nezbytný a pojistitel za něj neplní, jde-li o pobyt

- a) v léčebnách pro dlouhodobě nemocné a v ústavech a odděleních pro chronicky nemocné,
- b) v ústavech sociální péče a ve zvláštních dětských odborných léčebných zařízeních,
- c) v psychiatrických léčebnách a v jiných zdravotnických zařízeních v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu,
- d) v zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie, hráčské nebo jiné závislosti,
- e) ve vězeňských nemocnicích a na ošetrovnách vojenských útvarů,
- f) v lázeňských léčebnách, ozdravovnách a sanatoriích,
- g) v rehabilitačních zařízeních a ústavech, kromě těch případů, kdy je pobyt v nich z lékařského hlediska nezbytnou součástí léčení úrazu a pojistitel s tímto léčebným pobytem vyjádřil předem písemný souhlas.

(4) Za pobyt v nemocnici vyplatí pojistitel pojistné plnění ve výši součinu sjednané pojistné částky a počtu dnů pobytu v nemocnici, za které má být plněno. Toto pojistné plnění poskytne pojistitel nejvýše za dobu pobytu v nemocnici v délce 365 dnů po odečtení karenční doby, byla-li sjednána.

(5) Počet dnů pobytu v nemocnici stanoví pojistitel podle počtu půlnocí, které pojištěný v nemocnici stráví.

(6) Překročí-li délka pobytu v nemocnici dobu z lékařského hlediska nezbytně nutnou, může pojistitel plnit za kratší dobu, než je skutečná doba pobytu pojištěného v nemocnici.

(7) Při pobytu v nemocnici pojištěné nezletilé osoby s doprovodem stanoví pojistitel pojistné plnění – za dobu pobytu doprovázející osoby v nemocnici - z dvojnásobku sjednané pojistné částky, byla-li tato osoba uznána dočasně práce neschopnou ve smyslu článku VIII. odst. 1.

Článek XII.

Plnění za smrt následkem úrazu

(1) Zemře-li pojištěný následkem úrazu, který vznikl v době trvání pojištění, nejpозději však do tří let ode dne úrazu, vyplatí pojistitel pojistnou částku pro případ smrti následkem úrazu oprávněné osobě.

(2) Zemře-li pojištěný následkem úrazu a pojistitel již plnil za trvalé následky tohoto úrazu, vyplatí jen případný rozdíl mezi pojistnou částkou pro případ smrti následkem úrazu a částkou již vyplacenou.

Článek XIII.

Odbytné

(1) U úrazového pojištění za jednorázové pojistné sjednaného na dobu delší než jeden rok, u kterého bylo zapláceno pojistné, má pojistník při zániku pojištění nárok na odbytné s výjimkou zániku pojištění v důsledku pojistné události nebo podle § 802 občanského zákoníku.

(2) Výši odbytného, která neodpovídá celkovému zaplacenému pojistnému, stanoví pojistitel. Před výplatou odbytného je pojistník povinen vrátit pojistiteli pojistku a kopii pojistné smlouvy. Pojistitel vyplatí odbytné do jednoho měsíce po obdržení těchto dokladů.

(3) Při výplatě odbytného pojistitel postupuje v souladu s právními předpisy upravujícími daň z příjmů.

Článek XIV.

Úpravy pojistného

V úrazovém pojištění je pojistitel oprávněn, k výročnímu dni počátku pojištění, upravovat pojistníkovi pojistné na základě porovnání kalkulovaného a skutečného škodního průběhu jeho pojištění. Nesouhlasí-li pojistník s úpravou pojistného a nevypoví-li z tohoto důvodu pojištění podle ustanovení článku V. odst. 4 písm. c) všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob, pokračuje v pojištění s původní výší pojistného, avšak s upravenou pojistnou částkou stanovenou pojistitelem.

Článek XV.

Závěrečná ustanovení

(1) Od všech ustanovení těchto zvláštních pojistných podmínek se lze odchýlit v pojistné smlouvě.

(2) Tyto zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1. září 2002 a jsou součástí těch pojistných smluv, které se na ně výslovně odvolávají a ke kterým jsou připojeny.

RIZIKOVÉ SKUPINY PRO ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ OSOB

Riziková skupina	Charakteristika pracovní nebo sportovní činnosti
I.	Zahrnuje pracovníky, kteří se zabývají duševní, řídicí či administrativní nebo nevýrobní činností nebo provádějí lehkou manuální činnost, u které je riziko úrazu srovnatelné s nevýrobní činností. Patří sem např. architekt, cukrář, číšník, ekonom, herec, masér, zlatník.
II.	Zahrnuje pracovníky, kteří vykonávají těžší výrobní či manuální činnost nebo pracovníky vystavené při nevýrobní činnosti zvýšenému riziku. Patří sem např. automechanik, elektrikář, instalatér, řidič, zámečnick.
III.	Zahrnuje pracovníky, kteří vykonávají pracovní činnost s vysokým rizikem úrazu, jako např. práce v povrchových a hlubinných dolech, záchranné a havarijní práce báňské záchranné služby, příslušníků hasičských sborů, členů horské a vodní záchranné služby, činnost příslušníků policejních útvarů, bezpečnostních a ochranných služeb, činnost příslušníků vězeňské služby, práce s výbušninami a pyrotechnické práce, práce prováděné v kolejisti železniční dopravy, práce ve výškách nad deset metrů, práce s vysokým rizikem akutních otrav při údržbě plynových zařízení nebo nádrží a cisteren pro chemické lučebniny a nebezpečné jedy, práce v chemických laboratořích a chemickém průmyslu, práce s vysokým rizikem popálenin v důsledku vysoké teploty pracovního prostředí (např. práce při havarijních opravách pecí, v hutích apod.), práce pod vodou, činnost speleologů, činnost artistů, kaskadérů a krotitelů zvířete, výzkumná a badatelská činnost v odlehlých krajinách, činnost při provádění typových zkoušek nebo testování motorových vozidel, plavidel, letadel a sportovních létajících zařízení. Dále zahrnuje profesionální sportovce

Zvýšené riziko	Zahrnuje všechny druhy sportů, které pojištěný provozuje jako aktivní účastník organizovaných soutěží s výjimkou curlingu, golfu, kuželek, lukostřelby, orientačního běhu, plavání, stolního tenisu, střelby, šachů, šipek, turistiky a sportů provozovaných v rámci České asociace sport pro všechny (ČASPV). Dále zahrnuje činnost při létání se sportovním létajícím zařízením, bezmotorovými letadly, létání v balónech, seskocích a letech s padákem.
----------------	---

Pro zařazení pojišťované osoby do příslušné rizikové skupiny je rozhodující, zda tato osoba **převážně** vykonává pracovní činnost uvedenou v příslušné rizikové skupině. Převážně vykonávanou pracovní činností (povoláním) se rozumí činnost, která je **podstatnou** náplní uvedeného povolání.

Pokud pojištěný neprovozuje druh sportu se zvýšeným rizikem, stanoví se pojistné ve výši odpovídající standardnímu riziku v rámci příslušné rizikové skupiny. Provozuje-li tento druh sportu, stanoví se pojistné ve výši uvedené v příslušné rizikové skupině pro zvýšené riziko úrazu.

Pojištník je povinen oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu veškeré změny vykonávané pracovní nebo sportovní činnosti, které mají vliv na zařazení pojištěného do příslušné rizikové skupiny. Povinná základní nebo civilní vojenská služba ani krátkodobá vojenská cvičení nejsou z tohoto hlediska považovány za změnu pracovní činnosti (povolání).

RIZIKOVÉ SKUPINY PRO ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ DETI

Riziková skupina	Charakteristika zájmové činnosti
I.	Zahrnuje všechny, kdo nejsou zařazení do II. rizikové skupiny.
II.	Zahrnuje všechny druhy sportů , které pojištěné dítě provozuje jako aktivní účastník organizovaných soutěží s výjimkou šachů, turistiky a sportů provozovaných v rámci České asociace sport pro všechny (ČASPV). Dále sem patří artisté a členové baletních a tanečních souborů.

Pro zařazení pojišťovaného dítěte do příslušné rizikové skupiny je rozhodující nejrizikovější zájmová činnost, kterou dítě provozuje.

ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO KOMERČNÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

931

Článek I. Úvodní ustanovení

Pro komerční zdravotní pojištění, které sjednává Kooperativa, pojišťovna, a. s., Templová 747, Praha 1, zapsaná u rejstříkového soudu v Praze, spis. zn. B 1897, IČ 47116617 (dále jen „pojistitel“), platí příslušná ustanovení občanského zákoníku, všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob, tyto zvláštní pojistné podmínky a smluvní ujednání.

Článek II. Druhy a podmínky pojištění

(1) V rámci komerčního zdravotního pojištění lze sjednat následující druhy pojištění

- pojištění pro případ pracovní neschopnosti,
- pojištění pro případ pobytu v nemocnici,
- pojištění pro případ úhrady stomatologické péče,
- pojištění pro případ úhrady prostředků zdravotnické techniky předepsaných v důsledku úrazu.

(2) Pojištění pro případ pracovní neschopnosti lze sjednat jen za podmínek, že pojištěný má

- a) pravidelný příjem z pracovní činnosti, tj. buď ze zaměstnání či jiné závislé činnosti (dále jen „zaměstnanec“) nebo z podnikání či jiné samostatné výdělečné činnosti (dále jen „osoba samostatně výdělečně činná“),
- b) trvalý pobyt na území České republiky.

(3) Ostatní druhy pojištění uvedené v odstavci 1 lze sjednat jen, má-li pojištěný trvalý pobyt na území České republiky.

Článek III. Čekací doba

(1) Čekací doba činí

- a) 6 měsíců pro případ úhrady stomatologické péče a pro případ pobytu v nemocnici z důvodu ošetření zubů, zhotovení zubních náhrad a provedení úkonů čelistní ortopedie a čelistní chirurgie,
- b) 9 měsíců pro případ pobytu v nemocnici v souvislosti s těhotenstvím, potratem nebo porodem,
- c) dva roky pro případ pracovní neschopnosti z důvodu nemoci nebo úrazu, které vznikly před počátkem pojištění a pro které byl pojištěný v období 5 let před počátkem pojištění léčen, lékařsky sledován nebo se v tomto období projevil jejich příznaky,
- d) tři měsíce v ostatních případech.

(2) Pojistitel neplní za pojistné události, které nastanou v čekací době. To neplatí pro pojistné události vzniklé v důsledku úrazu, k němuž došlo během trvání pojištění.

(3) Čekací doba neplatí pro osoby, které na základě pojistné smlouvy, uzavřené s pojistitelem na komerční zdravotní pojištění, byly pojištěny jako nezletilé a které jsou pojištěny podle nové pojistné smlouvy uzavřené na toto pojištění po dosažení zletilosti takové osoby, a to nejpozději do tří měsíců po ukončení původního pojištění.

(4) Navazuje-li počátek pojištění téhož druhu (viz článek II. odst. 1) bezprostředně na zánik předchozího pojištění, započte se do čekací doby v novém pojištění doba trvání původního pojištění.

Článek IV. Zánik pojištění

(1) Kromě způsobů zániku pojištění upravených v občanském zákoníku a v článku V. odst. 4 všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob zanikne komerční zdravotní pojištění rovněž

- a) dnem, kdy pojištěný přestane mít trvalý pobyt na území České republiky,
- b) v důsledku výpovědi pojistitele nebo pojistníka dané alespoň 6 týdnů před uplynutím pojistného období; pojištění zanikne posledním dnem pojistného období. Pojistitel není oprávněn pojištění vypovědět po uplynutí tří let od jeho počátku.

- (2) Pojištění pro případ pracovní neschopnosti dále též zanikne a) posledním dnem kalendářního měsíce, ve kterém pojištěný naposledy vykonával pracovní činnost, na základě které byl pojištěn (viz článek II. odst. 2 písm. a)), nebo ve kterém měl z takové činnosti naposledy pravidelný příjem, třebaže ji neukončil; pojištění rovněž takto zanikne, stane-li se zaměstnanec osobou samostatně výdělečně činnou (dále jen „OSVČ“) a naopak,
- b) dnem, v němž je pojištěnému přiznán starobní důchod (včetně předčasného),
- c) dnem, ve kterém pojištěný dosáhne věku 65 let,
- d) dnem, v němž je pojištěný uznán plně nebo částečně invalidním podle zákona o důchodovém pojištění.

Článek V. Výluky z pojistného plnění

- Pojistitel neplní ze škodních událostí, které pojištěnému vznikly v důsledku
- a) války, události podobné válce a občanské války,
 - b) občanských nepokojů (např. revoluce, vzpoura, povstání) a teroristických aktů (tj. násilné jednání motivované politicky, sociálně, ideologicky nebo nábožensky), na nichž se pojištěný aktivně podílel,
 - c) jeho úmyslného sebepoškození, jeho sebevraždy nebo jeho pokusu o sebevraždu,
 - d) jeho účasti jako řidiče nebo spolujezdce motorového vozidla na závodech či soutěžích nebo při přípravě na ně,
 - e) výkonu funkce pilota nebo jiného člena posádky vzdušného dopravního prostředku (s výjimkou výkonu této činnosti jako povolání na palubě dopravního letadla letecké společnosti přepravujícího osoby nebo náklad),
 - f) jeho létání se sportovním létajícím zařízením, bezmotorovými letadly a létání v balónech, seskoků a letů s padákem,
 - g) výkonu profesionální sportovní činnosti, horolezeckého sportu, sportovní činnosti v rámci nejvyšších celostátních soutěží v příslušném sportu s výjimkou šachů,
 - h) jeho činnosti jako speleologa, jeho výkonu povolání kaskadéra, krotitele šelem, pyrotechnika a profesionálního potápěče.

POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI

Článek VI. Pojistná událost

(1) Pojistnou událostí je pracovní neschopnost pojištěného, za kterou se považuje takový stav pojištěného, který odpovídá dočasné pracovní neschopnosti definované v příslušném obecně závazném právním předpisu a který je ošetřujícím lékařem pojištěného potvrzen na předepsaném tiskopisu vystaveném podle tohoto právního předpisu (u pojištěných účastných nemocenského pojištění) nebo je ošetřujícím lékařem potvrzen na jiném dokladu (u pojištěných, kteří nejsou účastníky nemocenského pojištění), za podmínky, že vznikl následkem nemoci nebo úrazu a že pojištěný v důsledku tohoto stavu po uvedenou dobu nevykonává své dosavadní zaměstnání, jinou závislou činnost, nepodniká ani nevykonává jinou samostatnou výdělečnou činnost.

(2) Jednou pojistnou událostí je nepřetržitá pracovní neschopnost, která vznikne v době trvání pojištění, a to bez ohledu na případnou změnu diagnózy během trvání pracovní neschopnosti. Je-li pojištěný po ukončení pracovní neschopnosti v následujícím kalendářním dni oznámen znovu práce neschopným z důvodu téže nemoci nebo téhož úrazu (úrazového děje), považuje se tato pracovní neschopnost za pokračování předcházející pracovní neschopnosti.

(3) Vznik pojistné události je pojištěný povinen oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu, nejpozději však před uplynutím sjednané karenční doby. Nesplní-li pojištěný tuto povinnost v této lhůtě, pojistitel poskytne pojistné plnění až ode dne, ve kterém obdržel oznámení pojištěného o vzniku pojistné události.

Článek VII. Pojistné plnění

(1) Pojistitel plní za pracovní neschopnost ode dne, který je lékařem stanoven jako její počátek, nejdříve však po uplynutí karenční doby stanovené v pojistné smlouvě. Pojistné plnění se vyplácí až do dne, kterým je pracovní neschopnost podle rozhodnutí lékaře ukončena, nejdéle však do dne, který odpovídá maximální době pracovní neschopnosti stanovené v „Oceňovací tabulce pro pojistné plnění za pracovní neschopnost následkem úrazu nebo nemoci“ (dále jen „oceňovací tabulka“), ne však déle než do 365. dne (včetně) od počátku pracovní neschopnosti.

(2) Z jedné pojistné události plní pojistitel nejdéle za dobu 365 dnů po odečtení karenční doby.

(3) Pojistitel je oprávněn doplňovat a měnit oceňovací tabulku v závislosti na vývoji lékařské vědy a praxe. Pojistník i pojištěný mají právo do oceňovací tabulky u pojistitele nahlížet.

(4) Je-li v oceňovací tabulce u příslušného tělesného poškození nebo nemoci uveden určitý požadavek (např. způsob léčeni), je jeho splnění ze strany pojištěného podmínkou pro poskytnutí pojistného plnění za maximální dobu pracovní neschopnosti stanovenou pro toto tělesné poškození nebo nemoc. Není-li požadavek splněn, poskytne pojistitel pojistné plnění nejvýše za dobu, která odpovídá polovině uvedené maximální doby pracovní neschopnosti.

(5) Pojistné plnění za pracovní neschopnost stanoví pojistitel jako součinné sjednané pojistné částky a počtu dnů pracovní neschopnosti, za které má pojištěný nárok na pojistné plnění, a to i v případě, že pracovní neschopnost byla uznána pro více nemocí nebo následků úrazů.

Článek VIII. Pojistná částka

(1) Je-li sjednána pojistná částka nepřesahující

- 100 Kč u zaměstnance a OSVČ, která je účastna nemocenského pojištění,
- 200 Kč u OSVČ, která není účastna nemocenského pojištění,

pojistitel nezjišťuje při uzavření pojistné smlouvy příjem pojištěného.

(2) Pokud je požadováno sjednání pojištění na pojistnou částku vyšší, než je uvedeno v odstavci 1, je pojištěný povinen prokázat výši svého příjmu dle článku IX. odst. 1. Pojistná částka se stanoví tak, aby nepřekročila nejvyšší pojistnou částku uvedenou v tabulce (viz příloha těchto zvláštních pojistných podmínek) pro průměrný měsíční příjem, který odpovídá příjmu pojištěného.

(3) Vykonává-li pojištěný několik pracovních činností, stanoví se pojistná částka s ohledem na výši jeho příjmu jen z jednoho zaměstnání či jiné závislé činnosti nebo jen z podnikání či jiné samostatné výdělečné činnosti, a to podle volby pojištěného.

(4) Zjistí-li pojistitel, že se během trvání pojištění snížil průměrný příjem pojištěného pod výši, na jejímž základě byla stanovena pojistná částka, je oprávněn snížit pojistnou částku a pojistné, a to tak, aby tyto odpovídaly sníženému příjmu pojištěného. Toto snížení provede pojistitel ode dne, který se svým číslem shoduje se dnem počátku pojištění a který nejbliže následuje po dni, ve kterém tuto skutečnost zjistil.

Článek IX. Příjem pojištěného a způsob jeho dokládání

(1) Průměrným měsíčním příjmem pojištěného se rozumí

- u zaměstnance hrubý příjem podle § 6 odst. 1 a 10 zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, v platném znění, který připadá na jeden měsíc příslušného kalendářního čtvrtletí; příjem se dokládá potvrzením plátce mzdy o výši hrubého příjmu za kalendářní čtvrtletí předcházející dni vzniku pojistné události,
- u OSVČ 25% z příjmu pojištěného dle § 7 odst. 1 a 2 zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, v platném znění, který připadá na jeden měsíc příslušného zdaňovacího období; příjem se dokládá úředně ověřenou kopií přiznání k dani z příjmů fyzických osob za zdaňovací období předcházející dni vzniku pojistné události.

(2) Na žádost pojistitele je pojištěný povinen kdykoliv prokázat výši svého průměrného příjmu způsobem uvedeným v odstavci 1. Tato povinnost platí i pro pojištěného, který má pojistnou částku sjednanou ve výši uvedené v článku VIII. odst. 1. Dokud není tato povinnost splněna, pojistitel neposkytne pojistné plnění.

Článek X. Povinnosti pojištěného

(1) Dlouhotrvající snížení průměrného příjmu (u zaměstnance snížení trvající déle než tři celé kalendářní měsíce, u OSVČ snížení trvající po dobu jednoho zdaňovacího období) alespoň o 20 % oproti příjmu, na základě kterého bylo pojištění sjednáno nebo změněno (s výjimkou snížení příjmu z důvodu pracovní neschopnosti), je pojištěný povinen bez zbytečného odkladu oznámit pojistiteli. Takovou povinnost nemá pojištěný, který má pojistnou částku sjednanou ve výši uvedené v článku VIII. odst. 1.

(2) Pojištěný je dále povinen bez zbytečného odkladu oznámit pojistiteli skutečnosti uvedené v článku IV. odst. 2 písm. a), b) a d), které jsou důvodem zániku pojištění.

Článek XI. Výluky z pojištění

(1) Kromě výluk uvedených v článku V. pojistitel dále neplní, je-li pojištěný uznán dočasně práce neschopným

- z důvodu rizikového těhotenství, umělého přerušeni těhotenství, potratu nebo porodu,
- v době, kdy pečuje o dítě mladší 4 let a z tohoto důvodu nevykonává pracovní činnost, na základě které byl pojištěn,
- z důvodu duševní poruchy nebo poruchy chování (diagnózy F00 až F99 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí); tato výluka neplatí, nastala-li duševní porucha nebo porucha chování následkem úrazu, k němuž došlo během trvání pojištění,
- pro nemoc z povolání nebo pracovní úraz s výjimkou, kdy pojištěnému nevznikne nárok na odškodnění podle příslušného obecně závazného právního předpisu,
- v souvislosti s doprovodem nezletilé osoby přijaté k pobytu v nemocnici.

(2) Pojistitel rovněž neplní, je-li pojištěný uznán dočasně práce neschopným a přitom pobývá

- v zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie, hráčské nebo jiné závislosti,
- v lázeňských léčebnách, ozdravných a sanatoriích,
- v rehabilitačních zařízeních a ústavech, kromě těch případů, kdy je pobyt v nich z lékařského hlediska nezbytnou součástí léčeni nemoci nebo úrazu a pojistitel s tímto léčebným pobytem vyjádřil předem písemný souhlas.

POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD POKYBY V NEMOCNICI

Článek XII. Pojistná událost

(1) Pojistnou událostí je pobyt pojištěného na lůžkovém oddělení nemocnice na území České republiky, jde-li o z lékařského hlediska nezbytný pobyt v důsledku nemoci, úrazu, těhotenství, potratu nebo porodu.

(2) Pobyt pojištěného v nemocnici je z lékařského hlediska nezbytný, jestliže jeho ošetření nebo léčeni musí být provedeno na lůžkovém oddělení nemocnice s vzhledem k závažnosti onemocnění či úrazu nebo charakteru ošetření a léčeni. Nezbytným není pobyt v nemocnici v případě, kdy pojištěnému mohla být poskytnuta ambulantní péče.

(3) Pobyt v nemocnici se dále nepovažuje z lékařského hlediska za nezbytný a pojistitel za něj neplní, jde-li o pobyt

- v léčebnách pro dlouhodobě nemocné a v ústavech a odděleních pro chronicky nemocné,
- v léčebnách tuberkulózy a respiračních nemocí,
- v ústavech sociální péče a ve zvláštních dětských odborných léčebných zařízeních,
- v psychiatrických léčebnách a v jiných zdravotnických zařízeních v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu,
- v zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie, hráčské nebo jiné závislosti,
- ve vězeňských nemocnicích a na ošetřovnách vojenských útvarů,
- v lázeňských léčebnách, ozdravných a sanatoriích,
- v rehabilitačních zařízeních a ústavech, kromě těch případů, kdy je pobyt v nich z lékařského hlediska nezbytnou součástí léčeni úrazu a pojistitel s tímto léčebným pobytem vyjádřil předem písemný souhlas.

(4) Jednou pojistnou událostí je nepřetržitý pobyt pojištěného v nemocnici. Za nepřetržitý pobyt v nemocnici se považuje pobyt pojištěného od jeho přijetí do nemocnice až do jeho propuštění.

(5) Vznik pojistné události je pojištěný povinen oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu, nejpozději však do tří dnů ode dne, ve kterém jeho pobyt v nemocnici začal. Nesplní-li pojištěný tuto povinnost v této lhůtě, je pojistitel oprávněn pojistné plnění přiměřeně snížit, a to podle toho, jaký vliv mělo opožděné oznámení pojistné události na možnost pojistitele přezkoumat důvod a průběh pobytu v nemocnici.

Článek XIII. Pojistné plnění

(1) Za pobyt v nemocnici vyplatí pojistitel pojistné plnění ve výši součinu sjednané pojistné částky a počtu dnů pobytu v nemocnici, za které má být plněno. Toto pojistné plnění poskytne pojistitel nejvýše za dobu pobytu v nemocnici v délce 365 dnů po odečtení karenční doby, byla-li sjednána.

(2) Počet dnů pobytu v nemocnici stanoví pojistitel podle počtu půlnocí, které pojištěný v nemocnici stráví.

(3) Překročí-li délka pobytu v nemocnici dobu z lékařského hlediska nezbytně nutnou, může pojistitel plnit za kratší dobu, než je skutečná doba pobytu v nemocnici.

(4) Pojistné plnění za pobyt v nemocnici v souvislosti s těhotenstvím, potratem nebo porodem poskytne pojistitel nejvýše celkem za 20 dnů u téhož těhotenství, včetně porodu, resp. případného potratu.

(5) Při pobytu v nemocnici pojištěné nezletilé osoby s doprovodem stanoví pojistitel pojistné plnění – za dobu pobytu doprovázející osoby v nemocnici - z dvojnásobku sjednané pojistné částky, byla-li tato osoba uznána dočasně práce neschopnou ve smyslu článku VI. odst. 1.

Článek XIV. Výluky z pojistného plnění

Kromě výluk uvedených v článku V. pojistitel dále neplní za pobyt pojištěného v nemocnici

- a) z důvodu umělého přerušení těhotenství,
- b) z důvodu provedení kosmetických úkonů, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné,
- c) jako doprovodu hospitalizované nezletilé osoby,
- d) související pouze s potřebou pečovatelské péče,
- e) z důvodu operace, jejíž provedení bylo stanoveno příslušným odborným lékařem před počátkem pojištění a pojištěný o této skutečnosti věděl nebo mohl vědět při uzavření pojistné smlouvy.

POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD ÚHRADY STOMATOLOGICKÉ PÉČE

Článek XV. Pojistná událost

Pojistnou událostí je vynaložení nákladů za z lékařského hlediska nezbytně nutnou stomatologickou péči, která je pojištěnému poskytnuta zdravotnickým zařízením na území České republiky a není hrazena z veřejného zdravotního pojištění nebo je z něj hrazena jen částečně.

Článek XVI. Pojistné plnění

(1) Výše a rozsah pojistného plnění z tohoto pojištění jsou stanoveny v pojistné smlouvě.

(2) U stomatologické péče, která je částečně hrazena z veřejného zdravotního pojištění, je pojistitel povinen hradit pouze tu část nákladů, kterou veřejné zdravotní pojištění nehradí.

(3) V případě poskytnutí pojistného plnění více pojistiteli z téže pojistné události, plní pojistitel pouze v poměru částky, kterou by byl povinen plnit, k částkám, které jsou jinak úhrnem povinni plnit všichni pojistitelé.

(4) Bylo-li poskytnuto pojistné plnění v případě škody, za kterou má pojištěný nárok na náhradu vůči třetí osobě, přechází tento nárok na pojistitele, a to až do výše jím poskytnutého pojistného plnění. Na pojistitele nepřecházejí nároky pojištěného vůči osobám, které s ním žijí ve společné domácnosti, s výjimkou případů, kdy tyto osoby způsobily škodu úmyslně, pod vlivem alkoholu nebo v souvislosti s úmyslným požitím léků, omamných či toxických látek.

Článek XVII. Omezení pojistného plnění

(1) Při ošetření chrupu příbuzným pojištěného v řadě přímé, manželem nebo sourozencem, je pojistné plnění omezeno na úhradu prokázaných věcných nákladů.

(2) Přesahuje-li ošetření chrupu rozsah z lékařského hlediska nezbytně nutný, je pojistitel oprávněn pojistné plnění přiměřeně snížit.

(3) Vzdá-li se pojištěný bez souhlasu pojistitele nároku uvedeného v článku XVI. odst. 4 či práva, které tento nárok zajišťuje, pojistitel není povinen plnit až do výše, v jaké by pojištěný mohl získat náhradu.

Článek XVIII. Výluka z pojistného plnění

Pojistitel nehradí náklady za ošetření chrupu, které je zcela hrazeno z veřejného zdravotního pojištění.

POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD ÚHRADY PROSTŘEDKŮ ZDRAVOTNICKÉ TECHNIKY PŘEDEPSANÝCH V DŮSLEDKU ÚRAZU

Článek XIX. Pojistná událost

Pojistnou událostí je vynaložení nákladů na nákup nebo pronájem lékařem předepsaných prostředků zdravotnické techniky, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění nebo jsou z něj hrazeny jen částečně a které pojištěný potřebuje v důsledku úrazu, k němuž dojde během trvání pojištění.

Článek XX. Pojistné plnění

(1) Výše a rozsah pojistného plnění z tohoto pojištění jsou stanoveny v pojistné smlouvě.

(2) U prostředků zdravotnické techniky, které jsou částečně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, je pojistitel povinen hradit pouze tu část nákladů, kterou veřejné zdravotní pojištění nehradí.

(3) V případě pronájmu prostředku zdravotnické techniky hradí pojistitel náklady tohoto pronájmu, maximálně však do výše kupní ceny příslušného prostředku.

(4) V případě poskytnutí pojistného plnění více pojistiteli z téže pojistné události, plní pojistitel pouze v poměru částky, kterou by byl povinen plnit, k částkám, které jsou jinak úhrnem povinni plnit všichni pojistitelé.

(5) Bylo-li poskytnuto pojistné plnění v případě škody, za kterou má pojištěný nárok na náhradu vůči třetí osobě, přechází tento nárok na pojistitele, a to až do výše jím poskytnutého pojistného plnění. Na pojistitele nepřecházejí nároky pojištěného vůči osobám, které s ním žijí ve společné domácnosti, s výjimkou případů, kdy tyto osoby způsobily škodu úmyslně, pod vlivem alkoholu nebo v souvislosti s úmyslným požitím léků, omamných či toxických látek.

Článek XXI. Omezení pojistného plnění

Vzdá-li se pojištěný bez souhlasu pojistitele nároku uvedeného v článku XX. odst. 5 či práva, které tento nárok zajišťuje, pojistitel není povinen plnit až do výše, v jaké by pojištěný mohl získat náhradu.

Článek XXII. Výluka z pojistného plnění

Pojistitel nehradí náklady na nákup nebo pronájem prostředků zdravotnické techniky, které jsou zcela hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.

OBEČNÁ A ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

Článek XXIII. Úpravy pojistného

V komerčním zdravotním pojištění je pojistitel oprávněn, k výročnímu dni počátku pojištění, upravovat pojistníkovi pojistné na základě porovnání kalkulovaného a skutečného škodního průběhu jeho pojištění. Nesouhlasí-li pojistník s úpravou pojistného a nevypoví-li z tohoto důvodu pojištění podle ustanovení článku V. odst. 4 písm. c) všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob, pokračuje v pojištění s původní výší pojistného, avšak s upravenou pojistnou částkou stanovenou pojistitelem.

Článek XXIV. Závěrečná ustanovení

(1) Od všech ustanovení těchto zvláštních pojistných podmínek se lze odchýlit v pojistné smlouvě.

(2) Tyto zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1. září 2002 a jsou součástí těch pojistných smluv, které se na ně výslovně odvolávají a ke kterým jsou připojeny.

TABULKA PRO STANOVENÍ POJISTNÉ ČÁSTKY U POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI

Průměrný měsíční příjem v Kč	Nejvyšší pojistná částka (v Kč)	
	Zaměstnanec + OSVČ, která je účastna nemocenského pojištění	OSVČ, která není účastna nemocenského pojištění
do 18 000	100	200
18 001 - 20 000	150	250
20 001 - 22 500	200	300
22 501 - 27 500	250	350
27 501 - 30 000	300	400
30 001 - 32 500	400	500
32 501 - 35 000	500	600
35 501 - 40 000	600	700
40 001 - 45 000	650	750
45 001 - 50 000	700	800
50 001 - 55 000	750	850
55 001 - 60 000	800	900
60 001 - 65 000	900	1 000
65 001 - 75 000	1 000	1 100
75 001 - 85 000	1 200	1 300
85 001 - 95 000	1 350	1 450
95 001 - 105 000	1 500	1 600
105 001 - 115 000	1 700	1 800
115 001 - 125 000	1 800	1 900
125 001 - 130 000	1 850	1 950
více než 130 000	1 900	2 000