



Pojistné podmínky a další dokumenty NN Orange Care



Životní pojištění

Na vás záleží

Obsah

Informační list pro zájemce o pojištění NN Orange Care	1
obsahuje stručný přehled nejdůležitějších informací o uvedeném životním pojištění, jeho vlastnostech a možnostech a také o právech a povinnostech.	
Všeobecné pojistné podmínky pro životní pojištění	4
obsahují obecné informace o tom, jak pojištění vznikne, jak je to s pojistnou ochranou nebo jak může pojištění zaniknout a další související informace.	
Zvláštní pojistné podmínky pro jednotlivá pojištění a připojištění	10
obsahují konkrétní informace o pojistné ochraně, kterou lze sjednat v rámci Životního pojištění NN Orange Care.	
Pojištění smrti s konstantní pojistnou částkou (SMTV-P1R)	10
Připojištění dlouhodobé péče III. a IV. stupně – doživotní renta (LTCD-P1R)	11
Připojištění dlouhodobé péče I. a II. stupně (LTC1-P1R)	12
Obchodní podmínky pro Životní pojištění NN Orange Care	13
upřesňují další podmínky tohoto pojištění a obsahují praktické informace, například jak je to se slevami, s přírážkami, s poplatky, nebo informace o pravidlech používání elektronických služeb.	

Informační list pro zájemce o Životní pojištění NN Orange Care

Informace pro zájemce o pojištění ve smyslu zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník

Informace o pojistiteli

Obchodní firma a právní forma pojistitele, místo registrace pojistitele:

NN Životní pojišťovna, N.V., pobočka pro Českou republiku, IČO: 40763587, se sídlem Praha 5 – Smíchov, Nádražní 344/25, PSČ 150 00, Česká republika, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, sp. zn. A 6305, jako organizační složka společnosti NN Životní pojišťovna N.V. se sídlem Weena 505, 3013 AL Rotterdam, Nizozemské království, zapsané v obchodním rejstříku Obchodní komory v Rotterdamu, Nizozemské království, datum zápisu 17. ledna 1863, číslo zápisu 24042211 (dále jen „pojišťovna“).

Hlavní předmět podnikání: pojišťovací činnost dle § 3, odst. 1, písm. f) ve spojení s § 137, odst. 1 a 2 zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, v rozsahu pojistných odvětví I. a), b) a c), II., III. životních pojištění uvedených v části A přílohy tohoto zákona a činnost související s pojišťovací činností ve smyslu § 3, odst. 1, písm. n) ve spojení s § 137, odst. 1 zákona o pojišťovnictví.

Adresa sídla pojišťovny: Nádražní 344/25, 150 00 Praha 5 – Smíchov, Česká republika, kontakty: tel. 244 090 800, dotazy@nn.cz

Název a sídlo orgánu odpovědného za výkon dohledu nad činností pojišťovny: Česká národní banka, se sídlem Na Příkopě 28, 115 03 Praha 1.

Zpráva o solventnosti a finanční situaci pojišťovny: internetové stránky pojišťovny www.nn.cz, ve vztahu k mateřské společnosti internetové stránky www.nn.nl.

Informace o pojišťovacím zprostředkovateli

Vzhledem k tomu, že pojišťovna spolupracuje s více pojišťovacími zprostředkovateli, je identifikace konkrétního pojišťovného zprostředkovatele uvedena tímto zprostředkovatelem samým ve smyslu ust. § 88 zákona č. 170/2018 Sb., o distribuci pojištění a zajištění, a na tuto informaci pojišťovna odkazuje.

Titul, na základě kterého pojišťovací zprostředkovatel s klientem jedná:

Pojišťovací zprostředkovatel je oprávněn nabízet životní pojištění pojišťovny na základě smlouvy o obchodním zastoupení uzavřené s pojišťovnou.

Informace o poskytování životním pojištěním a o pojistné smlouvě na životní pojištění

Pojištění a připojištění pro dospělé osoby

Životní pojištění

Označení pojištění a připojištění	Označení tarifu	V jakém případě se vyplácí (pojistná událost)	Co se vyplácí (pojistné plnění)
Smrt s konstantní pojistnou částkou – hlavní pojištění	SMTV-P1R	Úmrtí	Sjednaná pojistná částka v pojistné smlouvě
Dlouhodobá péče III., IV. stupně LTC	LTC-D-P1R	Splnění podmínek pro přiznání příspěvku na péči III. nebo IV. stupně	Sjednaná pojistná částka v pojistné smlouvě pro daný stupeň dlouhodobé péče – vyplácená formou doživotní měsíční renty.
Dlouhodobá péče I., II. stupně LTC	LTC-I-P1R	Splnění podmínek pro přiznání příspěvku na péči I. nebo II. stupně	Sjednaná pojistná částka v pojistné smlouvě pro daný stupeň dlouhodobé péče – denní dávka vyplácená v měsíčních splátkách.

Doba platnosti pojistné smlouvy, počátek pojištění, technický počátek pojištění

Pojistná smlouva je uzavřena dnem podepsání pojistné smlouvy zájemcem o uzavření pojištění (pojistníkem) a zástupcem pojišťovny. Pokud má být pojistná smlouva uzavřena zaplacením prvního pojistného, pak je tato pojistná smlouva uzavřena dnem připsání prvního pojistného na účet pojišťovny, a to způsobem, ve lhůtě a ve výši, které pojišťovna sdělí při uzavírání pojistné smlouvy touto formou.

Doba platnosti pojistné smlouvy začíná běžet dnem uzavření pojistné smlouvy a končí jejím zánikem. Počátek pojištění nastává v 00:00 hodin následujícího dne po dni uzavření smlouvy, není-li sjednáno v pojistné smlouvě pozdější datum počátku pojištění. **Počátek pojištění** a konec pojištění pro jednotlivé druhy pojištění/připojištění je uveden v pojistné smlouvě a v pojistných podmínkách. Prostudujte pečlivě i tzv. **technický počátek pojištění**. Jedná se vždy o 1. den kalendářního měsíce následujícího po počátku pojištění (pokud počátek pojištění připadne na první den v měsíci, je technický počátek pojištění shodný se dnem počátku pojištění). Technický počátek pojištění je zároveň dnem splatnosti prvního běžného pojistného. Pojistná ochrana v rozsahu dohodnutém v pojistné smlouvě je vždy poskytována až ode dne vydání pojistky pojišťovnou a současně ne dříve, než bylo zaplacení prvního běžného pojistného, a ne dříve než po počátku pojištění.

Pro životní pojištění, které nabízí pojišťovna, platí zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, a ostatní obecně závazné právní předpisy České republiky, Všeobecné pojistné podmínky pro životní pojištění, příslušné Zvláštní pojistné podmínky k jednotlivým druhům pojištění a připojištění a Obchodní podmínky pro Životní pojištění NN Orange Care. V pojistné smlouvě (včetně uvedených dokumentů) naleznete podrobné podmínky životního pojištění a připojištění, stejně jako název pojištění, konkrétní rozsah pojistné ochrany, výši pojistného, dobu trvání pojištění a způsob placení pojistného.

Obecný popis produktu

Pojistná smlouva životního pojištění zavazuje pojišťovnu k výplatě sjednané částky (pojistného plnění) v případě, že nastane událost definovaná v pojistné smlouvě a v pojistných podmínkách. Pojištění obsahuje pouze rizikovou složku, tzn. jeho smyslem je poskytnout pojistnou ochranu pro případ rizik, která byla na smlouvě sjednána. Nevzniká u něj nárok na odkupné ani není vázáno na investiční podíly ani neobsahuje rezervotvornou složku.

Pojištění

Životní pojištění NN Orange Care obsahuje vždy pojištění pro případ smrti s konstantní pojistnou částkou. V případě smrti je obmyšlen osobě určené v pojistné smlouvě vyplacena pojistná částka. Není-li obmyšlená osoba určena, platí ustanovení zákona.

Pojistná ochrana může být rozšířena sjednáním připojištění

Veškeré detailní informace o připojištění, kterými jsou zejména:

- přesná definice pojistné události,
 - způsob určení a výpočtu pojistného plnění,
 - klasifikace pojistného rizika (životní pojištění, doplňkové pojištění nemocí),
- jsou uvedeny ve Zvláštních pojistných podmínkách pro připojištění. V níže uvedených tabulkách naleznete stručný přehled pojistitelných rizik.

Pojistná ochrana do data vydání pojistky pojišťovnou

Pojišťovna neposkytne pojistné plnění za ty škodné události, které nastaly před dnem, kdy byla na účet pojišťovny připsána řádně identifikovaná první platba ve výši běžného pojistného sjednaného v pojistné smlouvě, a před dnem počátku pojištění. To platí i pro příčiny škodných událostí nastalé v tomto období, pokud však nejde o zdravotní příčiny, které byly uvedeny ve zdravotním dotazníku a byly na základě posouzení pojišťovnou zahrnuty do pojistné smlouvy nebo které nastaly do dne vyplnění tohoto zdravotního dotazníku (aniž došlo k porušení povinnosti pravdivě a úplně odpovědět na všechny dotazy, tj. např. se na ně pojišťovna nedotazovala).

Na pojistné události a příčiny pojistných událostí, ke kterým dojde po uhrazení prvního pojistného v období **od data počátku pojištění do data vydání pojistky pojišťovnou, je pojistná ochrana poskytována pouze za předpokladu, že pojistná událost z kteréhokoliv sjednaného pojištění či připojištění nastala výlučně v důsledku úrazu.** Za dobu od data počátku pojištění do data technického počátku pojištění nehradíte pojistné. Pojišťovna vydá pojistku nejpozději do 3 měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy.

Minimální délka trvání pojistné smlouvy

Pojistná smlouva se uzavírá na dobu určitou, minimálně na 10 let a současně se sjednává minimálně do věku 80 let prvního pojištěného. Trvání připojištění pro další pojištěné může být stanoveno na kratší dobu než trvání celé smlouvy.

Pojistné, způsob a doba jeho placení

Pojistným se rozumí úplata za pojišťovnou poskytnutou pojištou ochranu v rozsahu sjednaném v pojistné smlouvě.

Na smlouvě je placeno tzv. **běžné pojistné, tzn. pojistné hrazené v pravidelných splátkách** za zvolené pojistné období (například měsíčně). Výše běžného pojistného je stanovena v pojistné smlouvě a je závislá na rozsahu pojištění ochrany (sjednaných pojistných částkách). Přehled poplatků je obsažen v Obchodních podmínkách pro Životní pojištění NN Orange Care.

Běžné pojistné za první pojistné období je **splatné** ke dni technického počátku pojištění, není-li v pojistné smlouvě stanoveno jinak. Pojistné za každé další pojistné období je splatné k prvnímu dni každého dalšího pojistného období (počítáno od technického počátku pojištění dle sjednané frekvence). Běžné pojistné je hrazeno po celou dobu trvání pojištění. Pojistné musí být placeno **bankovním převodem** v Kč.

Jak správně hradit pojistné:

- Číslo účtu příjemce: 1000588419/3500
- Variabilní symbol: číslo pojistné smlouvy
- Záloha pojistného není požadována.

Způsoby zániku pojistné smlouvy a/nebo zániku sjednaných připojištění

Pojištění může zaniknout těmito způsoby:

- uplynutím pojistné doby;
- dnem smrti pojištěného (zanikají všechna jeho pojištění a připojištění; jde-li o prvního pojištěného, zaniká celá pojistná smlouva);
- dnem následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené pojišťovnou v upomínce k zaplacení pojistného;
- písemnou výpovědí ze strany pojistníka;
- písemnou výpovědí ze strany pojišťovny;
- odstoupením;
- dnem doručení písemného oznámení o odmítnutí pojistného plnění;
- zánikem pojistného zájmu;
- zánikem pojistného nebezpečí;
- dohodou;
- pokud zánik připojištění způsobí, že není splněna podmínka minimálního celkového běžného pojistného pro dané životní pojištění.

Pojistník a pojišťovna mohou pojištění **vypovědět** do 2 měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy s 8denní výpovědní lhůtou, přičemž ze strany pojistníka je tato lhůta prodloužena a začíná plynout od data vydání pojistky. Pojistník může vypovědět pojištění ke konci pojistného období (tj. období podle zvolené frekvence placení), přičemž musí být výpověď doručena alespoň 6 týdnů před uplynutím pojistného období, jinak je neplatná. Pojišťovna má toto právo také tehdy, nejedná-li se o pojištění označená v pojistných podmínkách jako životní.

Poučení o právu na odstoupení od smlouvy

- Kdy má klient (pojistník) právo odstoupit od smlouvy bez udání důvodu:** Pojistník má právo do 30 dnů od vydání pojistky (lhůta je prodloužena ve prospěch pojistníka) od pojistné smlouvy odstoupit bez udání důvodu. Lhůta je zachována, je-li odstoupení zasláno před jejím uplynutím. V případě uzavření prostředky komunikace na dálku se lhůta počítá ode dne, kdy pojistník obdrží pojistku. Toto právo pojistníka vyplývá z § 1846 občanského zákoníku.
- Kdy ještě má klient (pojistník) právo odstoupit od smlouvy:** Pojistník má právo odstoupit od pojistné smlouvy, jestliže pojišťovna nebo pojišťovací zprostředkovatel nepravdivě nebo neúplně zodpověděl písemné dotazy týkající se sjednávání pojištění nebo pokud jej pojišťovna nebo pojišťovací zprostředkovatel neupozornil na nesrovnalosti mezi nabízeným pojištěním a požadavky pojistníka, kterých si musela být pojišťovna vědoma, a to do dvou měsíců ode dne, kdy se tyto skutečnosti pojistník dozví. Tyto povinnosti pojistitele vyplývají z § 2789 občanského zákoníku.
- Kdy má pojišťovna právo odstoupit od smlouvy:** Pojišťovna může od smlouvy odstoupit do dvou měsíců ode dne, kdy se dozví, že pojistník nebo pojištěný nepravdivě nebo neúplně zodpověděl dotazy při sjednávání pojistné smlouvy, a to v případě, že by pojištou smlouvu pojišťovna neuzavřela, kdyby dotazy zodpověděl úplně a pravdivě. Tyto povinnosti zájemce o pojištění a pojistníka vyplývají z § 2788 občanského zákoníku.
- Jak provést odstoupení od smlouvy:** Pojistník zašle odstoupení na adresu pojišťovny uvedenou v úvodní části tohoto informačního listu. Lze také použít vzorový formulář Oznámení o odstoupení, který je k dispozici na internetových stránkách pojišťovny www.nn.cz.
- Jaké jsou důsledky odstoupení od smlouvy:** Odstoupí-li pojistník od smlouvy, vrátí mu pojišťovna do jednoho měsíce ode dne, kdy se odstoupení stane účinným, zaplacené pojistné snížené o to, co již případně z pojištění plnil. Odstoupí-li pojišťovna od smlouvy a získal-li již pojistník, pojištěný nebo jiná osoba pojistné plnění, nahradí v téže lhůtě pojišťovně to, co ze zaplaceného pojistného plnění přesahuje zaplacené pojistné. Odstoupením se pojistná smlouva od počátku ruší. V případě neuplatnění práva na odstoupení za výše uvedených podmínek zůstává pojistná smlouva platnou a účinnou. Možnost ukončení pojistné smlouvy jiným ze shora uvedených způsobů zániku (písm. a až k) tím není dotčena.

Výluky z pojistného plnění a jiná omezení

Aby se předešlo případným nedorozuměním, je třeba věnovat velkou pozornost těmto informacím:

- Přesné vymezení pojistné události** – co se rozumí pojištou událostí a co nikoli, najdete ve Zvláštních pojistných podmínkách pro dané pojištění či připojištění.
- Čekací doba** – doba určená v pojistné smlouvě, po kterou není pojišťovna povinna poskytnout pojistné plnění; jejím smyslem je předejít spekulacím, proto není uplatňována v případě úrazů; vymezení najdete ve Všeobecných pojistných podmínkách pro životní pojištění, v článku 10.
- Výluky** – případy, kdy pojišťovna neposkytuje pojistné plnění; jedná se zpravidla o situace vlastního zavinění škody klientem nebo určitá mimořádná rizika jako jaderné katastrofy či války; přesné vymezení výluk najdete ve Všeobecných pojistných podmínkách pro životní pojištění, v článku 8.
- Snížení pojistného plnění** – případy, kdy pojišťovna za určitých okolností omezuje výši plnění; přesné vymezení najdete ve Všeobecných pojistných podmínkách pro životní pojištění, v článku 9; konkrétně se jedná o případy úrazu po požití alkoholu nebo jiné návykové látky, pokud je zde příčinná souvislost mezi požitím alkoholu a vznikem úrazu. Dále se jedná o případy, kdy pojistník nebo pojištěný neuvede při uzavírání smlouvy nebo její změně všechny údaje o své osobě pravdivě a úplně a v důsledku zamlčení údajů je stanoveno nižší pojistné. Rovněž je možné omezit pojistné plnění při neoznámené změně pojistného rizika (zejména změně zaměstnání či změně provozovaných aktivit).

Informace o daňových právních předpisech

Daňové povinnosti, které se vztahují na pojištou smlouvu, se řídí zákonem č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů, který upravuje osvobození plnění z pojištění osob od daně z příjmů (§ 4). Pojistné zaplacené výhradně za připojištění dlouhodobé péče III. a IV. stupně s výplatou pojistného plnění formou doživotní renty (konkrétně tarif LTC-D-P1R) sjednané pro pojistníka a osoby jemu blízké je odečitatelné od základu daně z příjmů fyzických osob. Případný příspěvek na toto připojištění (tarif LTC-D-P1R) zaplacený zaměstnavatelem pojistníka je osvobozen od daně z příjmů fyzických osob.

Na zbývající pojistné za pojištění NN Orange Care se nevztahuje žádná z těchto zvýhodnění – tj. není odečitatelné od základu daně z příjmů fyzických osob a ani případný příspěvek zaplacený zaměstnavatelem pojistníka není osvobozen od daně z příjmů fyzických osob.

Uvedená informace o daňových právních předpisech je platná k datu vydání tohoto dokumentu. Podmínky pro daňová zvýhodnění se mohou v průběhu trvání smlouvy měnit v závislosti na změně příslušných právních předpisů. Aktuální informace k daňové problematice Vám poskytne Váš daňový poradce.

Kde může klient podat stížnost

- Pojistník, pojištěný nebo oprávněná osoba (dále společně jen „klient“) může podat stížnost týkající se výkonu pojišťovací činnosti pojišťovny nebo výkonu činnosti pojišťovacího zprostředkovatele v souvislosti s platnou nebo zaniklou pojištou smlouvou.
- Klient má možnost podat stížnost písemně prostřednictvím provozovatele poštovních služeb na adresu NN Životní pojišťovna, Oddělení stížností, Nádražní 344/25, Praha 5 – Smíchov, PSČ 150 00, Česká republika, e-mailem na adresu dotazy@nn.cz, telefonicky na tel. klientské linky: 244 090 800, osobně v sídle pojišťovny, nebo pomocí formuláře na internetových stránkách pojišťovny www.nn.cz/podat-stiznost.
- Ze stížnosti musí být zřejmé, kdo stížnost podává a co je jejím předmětem. Nevyplývají-li z ní tyto skutečnosti nebo je-li k řádnému vyřízení stížnosti třeba doložit další doklady, vyzve pojišťovna klienta, aby ve stanovené přiměřené lhůtě stížnost doplnil nebo doložil potřebné doklady. Pokud tak klient neučiní, bude stížnost považována za zmatečnou a nebude moci být vyřízena.
- Pojišťovna se bude zabývat každou doručenou stížností, která bude splňovat výše uvedené náležitosti. Lhůta na vyřízení stížnosti je 30 kalendářních dnů a začíná plynout prvním pracovním dnem po jejím doručení pojišťovně, popřípadě prvním pracovním dnem po jejím doplnění. Tato lhůta může být prodloužena o dalších 30 kalendářních dnů, a to zejména v případě potřeby vyžádat si součinnost třetích osob.
- Stížnost klienta bude pojišťovna vyřizovat bez zbytečného odkladu, přičemž klient nemá nárok domáhat se jejího přednostního vyřízení.
- Klient je oprávněn podat na postup pojišťovny nebo pojišťovacího zprostředkovatele stížnost u dohledového orgánu, tj. České národní banky, sekce dohledu nad finančním trhem, odbor dohledu nad pojišťovnami nebo odbor ochrany spotřebitele, se sídlem Na Příkopě 28, 115 03 Praha 1.

Právní předpisy platné pro pojistnou smlouvu a řešení sporů

Pojistná smlouva, kterou sjednává pojišťovna, se řídí právním řádem České republiky (dále ČR), zejména zákonem č. 89/2012 Sb., občanským zákoníkem, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), a souvisejícími právními předpisy České republiky. Rozhodování sporů v zásadě přísluší obecným soudům ČR; v případě vzniku sporu z titulu uzavřené pojistné smlouvy je možné všechny spory vyplývající ze sjednaného pojištění nebo v souvislosti s ním řešit u příslušného soudu v České republice podle práva České republiky nebo před příslušnými subjekty pro mimosoudní řešení spotřebitelských sporů v souvislosti s životním pojištěním. K těmto subjektům náleží Finanční arbitř, www.finarbitr.cz. Spory z doplňkových neživotních pojištění (připojištění) lze rovněž řešit před ombudsmanem České asociace pojišťoven, www.ombudsmancap.cz. Pro řešení sporu ze smlouvy uzavřené on-line (tj. prostřednictvím internetové stránky nebo jiného elektronického prostředku) můžete využít rovněž Platformu pro řešení spotřebitelských sporů on-line <https://webgate.ec.europa.eu/odr/>.

Další informace pro zájemce o pojištění

Definice všech pojištění a způsoby zániku pojistné smlouvy jsou pojistníkovi oznámeny v tomto informačním listu a dále ve Všeobecných pojistných podmínkách pro životní pojištění a Zvláštních pojistných podmínkách platných pro sjednáváný typ pojištění a v Obchodních podmínkách pro Životní pojištění NN Orange Care.

- Pokud příslušné pojistné podmínky nestanoví jinak, územní rozsah jednotlivých (pří)pojištění je celosvětový.

V případě škodné události můžete využít možnost on-line hlášení na stránkách pojišťovny, kontaktovat naše kontaktní centrum na telefonu 244 090 800 nebo se obrátit na svého pojišťovacího zprostředkovatele.

- **Informace o povaze odměny:** pojišťovací zprostředkovatel je za svou poradenskou činnost odměňován prostřednictvím provize za uzavření pojistné smlouvy, příp. za některé typy provedených změn.
- **Pojišťovna výslovně upozorňuje,**
 - že máte (Vy jako pojistník) právo na poskytnutí doporučení, zejména ze strany pojišťovacího zprostředkovatele, týkající se vhodnosti Vašeho záměru sjednat změnu. Pojišťovací zprostředkovatel provede analýzu Vašich požadavků a potřeb, o čemž bude vyhotoven záznam, a v návaznosti na to bude vytvořena kalkulace s konkrétním návrhem nastavení pojistného krytí, z toho plynoucí celkovou výší pojistného a dalších parametrů;
 - že neposuzuje vhodnost pojištění v průběhu trvání pojistné smlouvy;
 - že neposkytnete-li dostatečné informace (např. Vaše požadavky, cíle, rizika, finanční situace apod.), není schopna určit, zda je pro Vás navrhovaný produkt vhodný.
- **Jazyk pro komunikaci mezi smluvními stranami**
Český jazyk, není-li dohodnuto jinak.
- **Vyžádání dalších informací**
V případě zájmu si můžete kdykoliv vyžádat další informace týkající se uvedeného životního pojištění. Kdykoli během trvání pojistné smlouvy máte právo obdržet pojistné podmínky v tištěné podobě a právo změnit způsob komunikace.
- **Platnost údajů uvedených v tomto dokumentu**
Údaje uvedené v tomto dokumentu jsou platné k 1. 3. 2025 a zůstávají v platnosti do jejich případné změny, která Vám bude v souladu se smlouvou řádně a včas oznámena.

Všeobecné pojistné podmínky pro životní pojištění

Článek 1

Čím se smlouva řídí

Pojistná smlouva, kterou uzavírá pojistitel NN Životní pojišťovna N.V., pobočka pro Českou republiku, se sídlem: Nádražní 344/25, 150 00 Praha 5 – Smíchov, IČO: 40763587, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 6305, jako organizační složka (odštěpný závod) společnosti: NN Životní pojišťovna N.V., se sídlem: Weena 505, 3013 AL Rotterdam, Nizozemské království, zapsaná v obchodním rejstříku Obchodní komory v Rotterdamu, Nizozemské království, datum zápisu 17. ledna 1863, číslo zápisu 24042211 (dále jen „pojišťovna“), se řídí zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (dále jen „zákon“), a souvisejícími právními předpisy České republiky. Dále se pojistná smlouva řídí těmito Všeobecnými pojistnými podmínkami pro životní pojištění (dále jen „VPP“), Zvláštními pojistnými podmínkami pro jednotlivá pojištění a přípojištění, obchodními podmínkami a dalšími dokumenty, pokud se na ně pojistná smlouva odvolává; tyto podmínky a dokumenty jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.

Ustanovení Zvláštních pojistných podmínek mají přednost před těmito VPP; konkrétní ujednání v pojistné smlouvě pak mají přednost před ustanovením Zvláštních pojistných podmínek.

Pojištění pro případ smrti, invalidity, závažných onemocnění, závažných zdravotních následků, zproštění od placení pojistného, dlouhodobé péče a zajištění finančních závazků se sjednávají jako životní pojištění ve smyslu zákona. Tato životní pojištění při splnění zákonných předpokladů a uplynutí příslušných lhůt nelze vypovědět ze strany pojišťovny.

Pojistná smlouva může kromě životního pojištění obsahovat pojištění úrazu nebo nemoci, která se vždy sjednávají jen jako pojištění doplňková (neboli přípojištění). O jaký typ pojištění se jedná, je vždy uvedeno v úvodu příslušných Zvláštních pojistných podmínek pro dané přípojištění.

Pokud byly tyto pojistné podmínky předány pojistníkovi v souvislosti se změnou pojištění provedenou u stávající smlouvy, slouží tento dokument (včetně příslušných Zvláštních pojistných podmínek a odpovídajících částí VPP a obchodních podmínek) pouze ke specifikaci dodatečně zvolených přípojištění v rámci provedené změny. Ve zbytku se smlouva řídí dosavadními pojistnými podmínkami.

Článek 2

Jaké pojmy jsou pro smlouvu zásadní

Pro účely těchto VPP se definují následující pojmy:

- **Pojistník:** Osoba, která s pojišťovnou uzavřela pojistnou smlouvu.
- **Pojištěný:** Osoba, na jejíž život nebo zdraví nebo jiné hodnoty pojistného zájmu se pojištění vztahuje.
- **Oprávněná osoba:** Osoba, které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění. Oprávněnou osobou je pojištěný, pokud smlouva nebo zákon nestanoví jinak.
- **Obmyšlený:** Osoba určená pojistníkem v pojistné smlouvě, které vznikne právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného.
- **Účastník pojištění:** Pojišťovna a pojistník jakožto smluvní strany a dále pojištěný a každá další osoba, které z pojištění vzniklo právo nebo povinnost.
- **Pojistný zájem:** Oprávněná potřeba ochrany před následky pojistné události. U životního pojištění a sjednáváních přípojištění je pojistným zájmem jak zájem na vlastním životě a zdraví, tak zájem na životě a zdraví jiné osoby, např. z důvodu vzájemného vztahu, přibuzenství, nebo zájem podmíněný výhodou či prospěchem jedné osoby z pokračování života osoby jiné.
- **Pojistné nebezpečí:** Možná příčina vzniku pojistné události.
- **Pojistné riziko:** Míra pravděpodobnosti vzniku pojistné události vyvolané pojistným nebezpečím.
- **Pojistná událost:** Nahodilá událost označená v pojistné smlouvě, ke které došlo v době trvání pojištění a se kterou je spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění.
- **Škodná událost:** Nahodilá událost, ze které vznikla škoda a která by mohla zakládat právo na pojistné plnění z pojištění a/nebo z přípojištění k němu sjednanému.
- **Počátek pojištění:** Den uvedený v pojistné smlouvě, od kterého je pojistná smlouva účinná (do data vydání pojistky pojišťovnou je rozsah pojištění omezen, viz čl. 5).
- **Technický počátek pojištění:** 1. den kalendářního měsíce následujícího po počátku pojištění dohodnutého v pojistné smlouvě, který je zároveň datem splatnosti prvního běžného pojistného. Pokud počátek pojištění připadne na první den v měsíci, je technický počátek pojištění shodný s datem počátku pojištění.
- **Výročí:** Den v každém roce trvání pojištění, který se dnem a měsícem shoduje s technickým počátkem pojištění.
- **Pojistný rok:** Období, které začíná běžet v 00.00 hodin dne uvedeného v pojistné smlouvě jako technický počátek pojištění a končí dnem bezprostředně předcházejícím datu prvního výročí a dále období začínající výročím a končící dnem bezprostředně předcházejícím nejbližšímu následujícímu výročí.

- **Konec pojištění:** Okamžik, ke kterému nejpozději podle pojistné smlouvy pojištění zanikne. Konec pojištění nastane v 00.00 hodin dne uvedeného v pojistné smlouvě jako konec pojištění.
- **Pojistná doba:** Doba, na kterou bylo pojištění sjednáno, která je určená datem počátku pojištění a datem jeho konce. Je-li konec pojistné doby v pojistné smlouvě stanoven do určitého věku pojištěného, rozumí se datem konce pojištění datum výročí v kalendářním roce, ve kterém pojištěný dosáhne tohoto věku.
- **Pojistné:** Pojistné je úplatou za pojištění, jehož výše je určena v pojistné smlouvě.
- **Pojistné období:** Časové období, za které je placeno běžné pojistné (určené jako frekvence placení).
- **Hlavní pojištění:** Hlavní pojištění představuje pojištění pro případ smrti pojištěného, které je nezbytnou součástí pojistné smlouvy životního pojištění a bez kterého nelze tuto smlouvu sjednat.
- **Přípojištění:** Pojistná ochrana sjednaná jako doplňkové pojištění k hlavnímu pojištění pro případ pojistné události popsané ve Zvláštních pojistných podmínkách pro příslušné přípojištění. Přípojištění lze sjednat pouze současně s hlavním pojištěním a nemůže trvat samostatně bez hlavního pojištění.
- **Zvláštní pojistné podmínky:** Vztahují se k jednotlivým druhům pojištění či přípojištění a určují specifika pro konkrétní pojistnou ochranu.
- **Obchodní podmínky:** Dokument vydávaný pojišťovnou, který obsahuje informace o posuzování pojistného rizika z pohledu povolání, sportovních a volnočasových aktivit, doplňkových ujednání a jiných údajů, které se používají v pojištěních sjednaných s pojišťovnou a na které se odvolává pojistná smlouva; obchodní podmínky jsou přiloženy a jsou součástí pojistné smlouvy.
- **Korespondenční adresa:** Adresa na území České republiky, kterou pojistník sdělí písemně pojišťovně při uzavírání pojistné smlouvy, na kterou doručuje pojišťovna písemnosti v podobě listinné do doby, nežli pojistník oznámí pojišťovně změnu korespondenční adresy.
- **Věk pojištěného:** Věk pojištěného se rozumí rozdíl mezi kalendářním rokem, v němž se nachází den připadající na příslušné výročí (příp. na technický počátek pojištění), a kalendářním rokem, v němž se pojištěný narodil, není-li výslovně ujednáno jinak.
- **Hrubý příjem:** Částka odpovídající měsíční hrubé mzdě (jde-li o zaměstnance) a/nebo příjem z podnikání nebo z jiné samostatné výdělečné činnosti (jde-li o OSVČ) po odečtení teoretických fixních nákladů ve výši 50 % těchto příjmů (příp. daňový základ), který průměrně připadá na jeden měsíc uplynulého zdaňovacího období. Pojišťovna může v rámci posouzení hrubého příjmu požadovat doložení podkladů dokládající příjmy jak za poslední zdaňovací období, tak i za poslední 3 měsíce, které předcházejí dni počátku pojištění, změny pojištění nebo dni vzniku škodné události.
- **Životní pojištění s rezervotvornou složkou:** Životní pojištění, u kterého se během pojistné doby postupně vytváří finanční rezerva, již disponuje pojistník. Jedná se zpravidla o investiční životní pojištění, kapitálové životní pojištění, případně univerzální životní pojištění.
- **Čekací doba:** Definice je uvedena v článku 10 těchto VPP.
- **Úraz:** Definice je uvedena v článku 6 těchto VPP.
- **Nemoc:** Definice je uvedena v článku 7 těchto VPP.

Článek 3

Jak probíhá uzavření smlouvy a změny v obsahu pojištění

1. Pojistná smlouva je uzavřena dnem, kdy řádně vyplněný formulář pojistné smlouvy podepíše pojistník a zástupce pojišťovny. Pokud má být pojistná smlouva uzavřena zaplacením prvního běžného pojistného stanoveného v pojistné smlouvě, pak je tato pojistná smlouva uzavřena dnem připsání prvního běžného pojistného v plné výši na účet pojišťovny, a to ve lhůtě a výši stanovené ve formuláři pojistné smlouvy.
2. Pojišťovna vydá pojistníkovi pojistku jako potvrzení o uzavření pojistné smlouvy. Pokud formulář pojistné smlouvy obsahuje některé údaje, které jsou nejasné, neodpovídají skutečnosti, případně pokud některé údaje chybí, vystaví pojišťovna pojistku až po jejich opravení nebo doplnění. Ustanovení uvedené v předchozích dvou větech nezabavuje pojišťovnu práva smlouvu vypovědět do 2 měsíců ode dne jejího uzavření nebo odstoupit od smlouvy od počátku v souladu se zákonem.
3. Pojišťovna vydá pojistku bez zbytečného odkladu poté, kdy ukončí svá šetření pro stanovení výše pojistného rizika a po provedení povinných kontrol v souladu s platnou legislativou. Pojišťovna je povinna vydat pojistku nejpozději do 3 měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy.
4. Pojistná smlouva musí mít písemnou formu. Ostatní právní úkony týkající se pojištění musí mít písemnou formu, není-li v pojistné smlouvě nebo ve Zvláštních pojistných podmínkách či obchodních podmínkách dohodnuto jinak.
5. V případě změn v pojištění ve smyslu sjednání nového přípojištění nebo navýšení pojistné částky se ujednání v tomto článku použijí analogicky s tím, že se datem vydání pojistky rozumí datum vydání potvrzení o provedené změně.

- Potvrzení o provedené změně nahrazuje dnem svého vydání původní pojistku (případně dříve vydaná potvrzení o provedené změně), která tímto zaniká (případně zanikají předchozí potvrzení o provedené změně).
- Případná změna obsahu pojistné smlouvy musí být odsouhlasena oběma smluvními stranami. Na žádnou navrženou změnu smlouvy nevzniká právní nárok, pokud není zcela přijata druhou stranou.

Článek 4

Co je obsahem pojištění

- Pojištění se vztahuje na nahodilé události („pojistné události“), které jsou předmětem pojištění a které nastanou v době trvání pojištění. Bližší specifikace pojistných událostí pro jednotlivá pojištění a připojištění je vždy uvedena v těchto VPP a ve Zvláštních pojistných podmínkách pro jednotlivá pojištění a připojištění.
- V případě vzniku pojistné události vyplatí pojišťovna pojistné plnění vypočtené z aktuální výše pojistné částky sjednaného pojištění či připojištění platné k datu vzniku pojistné události. Způsob určení (resp. výpočtu) pojistného plnění je uveden ve Zvláštních pojistných podmínkách pro dané pojištění či připojištění.
- Není-li ujednáno v pojistné smlouvě nebo v příslušných Zvláštních pojistných podmínkách jinak, vztahuje se pojištění na pojistné události, ke kterým dojde kdekoli ve světě.

Článek 5

Od kdy jste pojištěni a v jakém rozsahu

- Počátek pojištění nastane v 0.00 hodin dne uvedeného v pojistné smlouvě jako „počátek pojištění“, ne však dříve než dnem připsání prvního běžného pojistného na účet pojišťovny.
- Pojistná ochrana v plném rozsahu uvedeném v pojistné smlouvě je poskytována ode dne vydání pojistky pojišťovnou, následuje-li po počátku pojištění a po zaplacení prvního běžného pojistného.
- Pojišťovna neposkytne pojistné plnění ze škodných událostí, které nastaly před počátkem pojištění nebo které nastaly přede dnem, kdy byla na účet pojišťovny připsána platba sjednaného prvního běžného pojistného identifikovaná jako platba pojistného pro toto pojištění.** Uvedené platí i pro příčiny škodných událostí, které se projevily před počátkem pojištění nebo před zaplacením prvního běžného pojistného, avšak s výjimkou zdravotních příčin, které byly uvedeny ve zdravotním dotazníku při uzavírání smlouvy a byly na základě posouzení pojišťovny zahrnuty do pojistné smlouvy nebo které nastaly do dne vyplnění tohoto zdravotního dotazníku (aniž došlo k porušení povinnosti pravdivě a úplně odpovědět na všechny dotazy, tj. např. se na ně pojišťovna nedotazovala).
- Pokud v období po počátku pojištění (a po řádném zaplacení pojistného) do dne vydání pojistky pojišťovnou dojde ke vzniku škodné události, není pojišťovna povinna poskytnout pojistné plnění ze sjednaného pojištění. Toto neplatí, jedná-li se o úraz vymezený v čl. 6 těchto VPP, který je pojistnou událostí, nebo který zakládá pozdější vznik pojistné události výhradně následkem tohoto úrazu z jakéhokoliv sjednaného pojištění či připojištění. V takovém případě vyplatí pojišťovna pojistné plnění určené na základě pojistných částek sjednaných pojištění a připojištění, nejvýše však v úhrnu 6 milionů Kč pro všechna pojistná plnění během tohoto období.**
- Na rozsah pojistné ochrany může mít vliv i čekací doba, která začíná běžet od počátku pojištění. Bližší informace k čekací době najdete v článku 10.

Článek 6

Co se rozumí úrazem

- Úrazem se v úrazovém připojištění rozumí neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného, ke kterému došlo během trvání pojištění a kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt. Za úraz se považuje také neúmyslné, neočekávané, náhlé a nepřerušované působení plynů, par, záření, elektrického proudu, vysokých nebo nízkých teplot, chemických látek a jedů, k němuž došlo nezávisle na vůli pojištěného, a kterým bylo pojištěnému způsobeno tělesné poškození nebo smrt.
- Tělesné poškození nebo smrt se rovněž považují za způsobené úrazem, jestliže k nim dojde z některé z následujících příčin, pokud tato příčina je příčinou hlavní:
 - nemocí, která není infekční a která vznikla výlučně z důvodu úrazu;
 - místním hnisáním po vniknutí choroboplodných zárodků do otevřené rány způsobené úrazem;
 - nákazou tetanem nebo HIV při úrazu.
- Tělesné poškození nebo smrt nejsou považovány za vzniklé úrazem, nebo se nepovažují za následek úrazu, pokud k nim došlo:
 - zhoršením nebo projevením se nemocí v důsledku úrazu, včetně zhoršení či projevení se obtíží majících původ v degenerativních změnách;
 - vznikem nebo zhoršením kýl (hernií), nádorů všeho druhu a původu, amocit sítě, vznikem nebo zhoršením aseptických zánětů šlachových pochev, svalových úponů, těhových váček;
 - výhřezem meziobratlové ploténky bez současné přítomnosti zlomeniny obratle nebo poškození míchy a s ním souvisejícími obtížemi anebo jakýkoli vertebrogenní syndrom;
 - následkem sebevraždy, pokusu o ni nebo úmyslným sebepoškozením.
- Definice úrazu platí také pro účely neuplatňování čekacích dob v čl. 10 těchto VPP a pro účely rozsahu pojistné ochrany před vydáním pojistky čl. 5 těchto VPP.

Článek 7

Co se rozumí nemocí

- Nemocí se v připojištění nemocí rozumí porucha zdraví pojištěného zjištěná a klasifikovaná podle všeobecně uznávaného stavu lékařské vědy.
- Za nemoc se nepovažují:
 - kosmetické zákroky a zákroky plastické chirurgie, které nebyly provedeny z důvodu odstranění následků nemoci (ani úrazu podle definice uvedené v předchozím článku);
 - neplodnost, léčení neplodnosti a zdravotně nepříznivé následky této léčby; podmínky případného pojistného krytí v souvislosti s těhotenstvím jsou definovány v příslušných Zvláštních pojistných podmínkách.

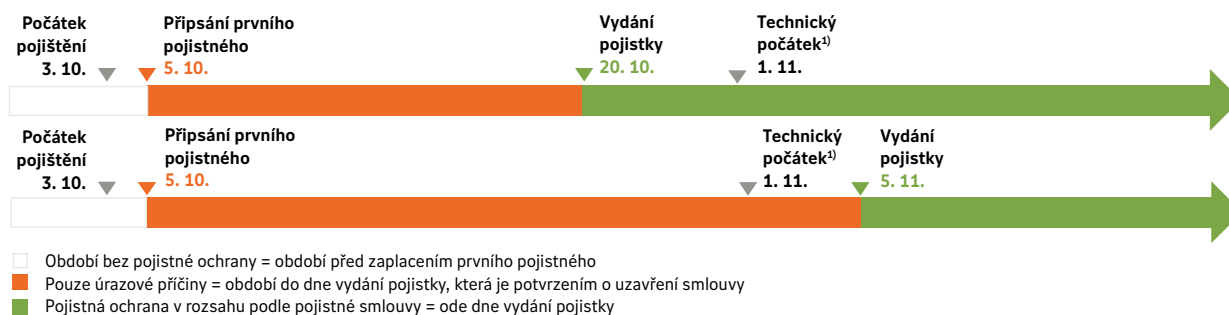
Článek 8

Co není zahrnuto v pojištění (výluky z pojištění)

1. Výluky pro všechna pojištění a připojištění

- Škodná událost není pojistnou událostí a pojišťovna neposkytne pojistné plnění z žádného sjednaného pojištění ani připojištění, jestliže škodná událost vznikla:
- v přímé nebo nepřímé souvislosti s válečným konfliktem, bojovými nebo válečnými akcemi, vzpourami, povstáními, nepokoji, jadernými katastrofami;
 - následkem sebevraždy nebo pokusu o ni do 2 let ode dne sjednání pojištění, příp. z navýšené části do dvou let ode dne zvýšení pojistné částky (v případě úrazových připojištění jsou sebevražda či pokus o ni vyloučeny po celou dobu trvání daného úrazového připojištění); v souvislosti s úmyslným sebepoškozením;

Příklady vzniku pojistné ochrany u smlouvy podepsané 2. 10. s počátkem pojištění 3. 10.



¹⁾Technický počátek pojištění vždy připadá na první den v měsíci (viz definici pojmu v čl. 1 těchto VPP) a je to den, od kdy se začíná platit pojistné. Pojistná ochrana před technickým počátkem pojištění je poskytována zdarma.

- c) jako následek úrazu nebo nemoci, k nimž došlo v souvislosti s pácháním úmyslného trestného činu (ve všech jeho vývojových stádiích) pojištěným; je-li proti pojistníkovi, pojištěnému nebo oprávněné osobě vedeno trestní řízení v souvislosti se škodnou událostí nebo pojištěním, není pojišťovna povinna plnit až do vydání pravomocného rozhodnutí ve věci;
- d) v souvislosti s použitím atomových, biologických nebo chemických zbraní, jakož i útoky spojenými s použitím radioaktivních, biologických a chemických látek, a to ani v případech, že byl takový čin vykonán pomocí specifických informačních technologií; dále v souvislosti s útoky na provozní místa či jiné stálé objekty, budovy či místnosti, mobilní zařízení nebo v souvislosti s jejich úmyslným zničením, přičemž tyto skutečnosti vedly k uvolnění radioaktivity nebo jaderných, chemických či biologických materiálů či látek.

2. Výluka pro pojištění nemoci

Škodná událost není pojistnou událostí a pojišťovna neposkytne pojistné plnění z pojištění či připojištění nemoci, jestliže škodná událost vznikla v důsledku nebo v jakékoli příčinné souvislosti s duševní nemocí anebo poruchou chování pojištěného dle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Uvedená výluka se nevztahuje na připojištění dlouhodobé péče, kterého se týká odstavec 5 tohoto článku. Výluka se rovněž nevztahuje na připojištění pracovní neschopnosti, pokud pracovní neschopnost vznikla v příčinné souvislosti s organickou duševní poruchou (včetně symptomatických, F00-F09 podle MKN-10) stanovenou psychiatrem, pokud nevznikla v souvislosti s opakovaným požíváním alkoholu ani v souvislosti s užíváním psychotropních či jiných návykových látek.

3. Výluka pro připojištění pracovní neschopnosti

- a) Škodná událost není pojistnou událostí a pojišťovna neposkytne pojistné plnění z připojištění pracovní neschopnosti, jestliže škodná událost vznikla v souvislosti s léčebným pobytem v lázeňských zařízeních a sanatoriích, v rehabilitačních zařízeních kromě případů, kdy jde o komplexní lázeňskou léčebně rehabilitační péči jako nezbytnou součást léčení nemoci nebo úrazu; za nezbytnou součást léčení nemoci nebo úrazu se považuje základní léčebný pobyt navazující na náhlou změnu zdravotního stavu pojištěného (např. stav po operaci, po úrazu či po jiném akutním onemocnění) schválenou revizním lékařem zdravotní pojišťovny pojištěného.
- b) Pojišťovna neposkytne pojistné plnění za dobu, kdy pojištěná osoba nemá žádný příjem ze závislé činnosti (zaměstnání) ani z podnikání. Výjimkou jsou případy krátkodobé nezaměstnanosti, pokud doba mezi ztrátou příjmu ze závislé činnosti či podnikání a začátkem pracovní neschopnosti není delší než 2 kalendářní měsíce. V případě výjimky popsané v předchozí větě vyplatí pojišťovna pojistné plnění odpovídající sjednané pojistné částce, nejvýše však odpovídající maximální pojistné částce bez zkoumání příjmu ve smyslu příslušné přílohy ZPP pro připojištění pracovní neschopnosti.
- c) Pojišťovna neposkytne pojistné plnění za dobu, kdy pojištěná osoba pobírá peněžitou pomoc v mateřství (příp. peněžitou pomoc zaměstnanci) nebo rodičovský příspěvek a po dobu rodičovské dovolené pojištěného kromě případů, kdy pojištěné osobě v tomto období plyne příjem ze závislé činnosti (zaměstnání) a/nebo z podnikání, který v daném zdaňovacím období dosahuje úrovně alespoň poloviny minimální mzdy ve smyslu aktuálních právních předpisů České republiky;
- d) Pojišťovna neposkytne nebo sníží pojistné plnění, pokud se pojištěný nezdržuje v místě, které uvedl v příslušném dokladu o pracovní neschopnosti jako místo svého pobytu během léčení, ani v nemocnici, nebo jinak porušuje lékařem stanovený léčebný režim. Pobyt na jiném místě, než je popsáno v předchozí větě, není překážkou pro poskytnutí pojistného plnění, pokud se pojištěný stane práce neschopným z důvodu akutního onemocnění nebo úrazu na jiném místě a jeho návrat je z lékařského hlediska vyloučen.

Jestliže pojišťovna neposkytne pojistné plnění z důvodů popsaných v písm. b) a c), vrátí platby za připojištění pracovní neschopnosti za dobu, po kterou pojištěný neměl příjem ze zaměstnání ani z podnikání. Platby budou v takovém případě zaslány zpět na účet, ze kterého byly pojišťovně zaslány.

4. Výluka pro pojištění a připojištění invalidity

Škodná událost není pojistnou událostí a pojišťovna neposkytne pojistné plnění z pojištění či připojištění invalidity, jestliže

- a) invalidita jakéhokoli stupně nastala v příčinné souvislosti s duševní nemocí anebo poruchou chování, které vznikly v příčinné souvislosti s opakovaným požíváním alkoholu, užíváním psychotropních či jiných návykových látek.
- b) invalidita 1. stupně vznikla v příčinné souvislosti s duševní nemocí anebo poruchou chování s výjimkou případů, kdy se jedná o diagnózu organické duševní poruchy včetně symptomatických (F00-F09 podle MKN-10) nebo o diagnózu schizofrenie, poruchy schizotypální či poruchy s bludy (F20-F29 podle MKN-10). Uvedené omezení se vztahuje pouze na invaliditu prvního stupně, nikoli na invaliditu 2. a vyššího stupně.

5. Výluka pro připojištění dlouhodobé péče

Škodná událost není pojistnou událostí a pojišťovna neposkytne pojistné plnění z připojištění dlouhodobé péče, jestliže potřeba dlouhodobé péče vznikla v souvislosti s poruchou příjmu potravy pojištěného (F50 podle MKN-10 – např. mentální anorexie, mentální bulimie).

6. Kromě výluk uvedených v tomto článku **doporučuje pojišťovna věnovat pozornost přesnému vymezení pojistné události v příslušných Zvláštních pojistných podmínkách, dále čekacím dobám** uvedeným v článku 10 těchto VPP a vymezení pojmu úrazu a nemoc v článcích 6 a 7 těchto VPP.

Článek 9

Kdy má pojišťovna právo snížit pojistné plnění

- Pojišťovna má právo snížit pojistné plnění maximálně o jednu polovinu, došlo-li k pojistné události následkem toho, že poškozený požil alkohol, návykovou látku nebo přípravky takové látky obsahující, avšak pouze v těch případech, odůvodňující-li to okolnosti, za nichž k pojistné události došlo, tedy existuje-li prokázaná příčinná souvislost mezi požitím těchto látek a vznikem pojistné události. Pro tyto účely stanovuje pojišťovna limity pro maximální snížení pojistného plnění v závislosti na zjištěné hladině alkoholu v krvi bezprostředně po pojistné události následovně:

3,01 ‰ a více:	pojistné plnění sníženo o 50 %
1,51 ‰ až 3,0 ‰:	pojistné plnění sníženo o 25 %
0,51 ‰ až 1,50 ‰:	pojistné plnění sníženo o 15 %
do 0,5 ‰ (včetně):	pojistné plnění nebude sníženo (snížení 0 %)

 Uvedené hodnoty maximálního snížení platí pouze pro případy, kdy je hodnota alkoholu v krvi zdokumentována. V opačném případě určí procento snížení pojišťovna na základě doložení okolností pojistné události, přičemž maximální snížení z tohoto důvodu je o 50 %.
- Je-li však pojistnou událostí smrt pojištěného, nevyužije pojišťovna práva snížit pojistné plnění podle odst. 1 tohoto článku. Právo snížit pojistné plnění podle odst. 1 tohoto článku pojišťovna nemá ani v případě, obsahoval-li alkohol nebo návykovou látku lék, který pojištěný užil způsobem předepsaným lékařem, a pokud pojištěný nebyl lékařem ani výrobcem léku upozorněn, že v době působení léku nelze užívat činnost, v jejímž důsledku došlo k pojistné události.
- Pojišťovna má právo snížit pojistné plnění také tehdy, pokud pojistník či pojištěný porušil povinnost uvést pravdivé a úplné údaje pokládané pojišťovnou při uzavírání nebo při změně pojistné smlouvy, nebo neohlásil změnu pojistného rizika ve smyslu článku 17 těchto VPP a pokud v důsledku této skutečnosti bylo ujednáno nižší pojistné. V takovém případě má pojišťovna právo pojistné plnění snížit v poměru pojistného za krytá rizika, které obdržela, k pojistnému za krytá rizika, které měla obdržet.
- Pojišťovna má právo snížit pojistné plnění pouze v případech stanovených pojistnými podmínkami, nikoli při porušení dalších povinností zakotvených v právních předpisech.

Článek 10

Po jaké době jste pojištěni v plném rozsahu (čekací doby)

- Čekací doba, po kterou nevzniká pojišťovně povinnost poskytnout pojistné plnění ze škodních událostí, jež by jinak byly pojistnými událostmi, začíná běžet od data počátku pojištění. V případě zvýšení rozsahu pojistné ochrany v průběhu pojistné doby (navýšení pojistné částky) začíná běžet od data účinnosti změny, a to pouze pro navýšenou část. Délka čekací doby je různá a je určena pro každý typ připojištění způsobem popsaným v následujících odstavcích tohoto článku.
- Není-li v tomto článku stanoveno jinak, čekací doba činí **2 měsíce**
 - pro pojištění a připojištění, ve kterém je jako pojistná událost definována invalidita jakéhokoli stupně, a to pro vznik nemoci či jejich projevů, která je následně příčinou vzniku invalidity,
 - pro pojištění a připojištění závažných onemocnění, závažných zdravotních následků; pro připojištění dlouhodobé péče, a to pro vznik dlouhodobé nepříznivého zdravotního stavu, pro který pojištěný splnil podmínky dlouhodobé péče příslušného stupně (datum vzniku tohoto zdravotního stavu je uvedeno v rozhodnutí příslušného orgánu veřejné správy jako den, od kterého je přiznan příspěvek na péči příslušného stupně),
 - pro pojištění a připojištění pracovní neschopnosti a ošetřování dítěte.
- Pokud je v pojištění a připojištění zahrnuto jakékoli pojistné nebezpečí spojené s **těhotenstvím či porodem**, čekací doba pro tyto škodné události činí **8 měsíců**.
- Pojišťovna **neuplatní čekací dobu**:
 - pro pojištění a připojištění smrti,
 - pro pojištění a připojištění invalidity a dlouhodobé péče, je-li příčinou vzniku invalidity nebo dlouhodobé péče příslušného stupně výhradně infarkt myokardu nebo mozková mrtvice, které vznikly po datu vydání pojistky,
 - pro pojištění nemoci, je-li příčinou vzniku škodné události (hospitalizace, pracovní neschopnosti apod.) výhradně infarkt myokardu nebo mozková mrtvice, které vznikly po datu vydání pojistky,
 - pro připojištění hospitalizace z jiných důvodů, než je těhotenství nebo porod,
 - pro jakákoli úrazová pojištění či připojištění,
 - pro všechna pojištění a připojištění v případě pojistné události, která vznikla výlučně následkem úrazu vymezeného v těchto VPP, pokud tento úraz nastal v době trvání příslušného pojištění nebo připojištění.
- Pokud jediné připojištění v sobě zahrnuje více typů pojistných nebezpečí, čekací doba se posuzuje pro každé pojistné nebezpečí zvlášť způsobem, který je popsán v předchozích odstavcích tohoto článku.
- Je-li v době do 2 měsíců (tj. po dobu plnění čekací doby) po počátku pojištění, resp. po navýšení pojistné částky, pojištěnému diagnostikována nemoc, která je následně jednou z příčin vzniku invalidity, pojišťovna pro účely posouzení rozsahu škodné události invalidity tuto příčinu nezohlední. To znamená, že od doloženého celkového poklesu pracovní schopnosti pojištěného (který se vyjadřuje procentem) odečte procento poklesu pracovní schopnosti způsobené tímto onemocněním. Pro tento odpočet a stanovení výsledného poklesu vyjde pojišťovna z posudku vydaného příslušným orgánem veřejné správy, příp. z posudku lékaře určeného pojišťovnou.

Článek 11**Kdo má nárok na pojistné plnění**

1. Oprávněnou osobou v případě pojistné události jiné než smrti pojištěného je pojištěný, není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak.
2. Oprávněnou osobou v případě smrti pojištěného je obmyšlený, kterého může určit pojistník. Pojistník může obmyšleného kdykoliv změnit až do vzniku pojistné události; není-li však pojistník a pojištěný tatáž osoba, musí se změnou obmyšleného vyjádřit souhlas i pojištěný. Není-li obmyšlený určen nebo nenabude-li obmyšlený práva na pojistné plnění, postupuje se v souladu s platnými právními předpisy.
3. Osoba, které má smrtí pojištěného vzniknout právo na pojistné plnění, tohoto práva nenabude, jestliže byla soudem uznána vinnou trestným činem v souvislosti se smrtí pojištěného.
4. Jestliže došlo ke smrti pojištěného v souvislosti s úmyslným trestným činem a osoba, které má vzniknout právo na pojistné plnění, je vyšetřována nebo souzena pro takový trestný čin, je pojišťovna oprávněna až do vydání pravomocného rozhodnutí, kterým je taková osoba odsouzena nebo obvinění zproštěna, výplatu pojistného plnění odložit.

Článek 12**Jak se postupuje v případě škodné události**

1. Škodnou událost je nutné oznámit pojišťovně bez zbytečného odkladu. K tomu účelu může osoba, která uplatňuje nárok na pojistné plnění (oprávněná osoba, obmyšlený), využít on-line hlášení na webových stránkách pojišťovny, kontaktovat telefonicky kontaktní centrum pojišťovny nebo osobu, která smlouvu s pojistníkem uzavřela. O dalším postupu bude osobu, která uplatňuje nárok na pojistné plnění, informovat zástupce pojišťovny. Oprávněná osoba je povinna uvést pravdivé informace o okolnostech vzniku škodné události a dodat všechny podklady a dokumenty, které si pojišťovna v souvislosti s šetřením vyžádá.
2. Oznámení škodné události může učinit i jakákoliv osoba, která má na pojistném plnění právní zájem.
3. Doklady předkládané v rámci oznámení a šetření škodné události si pojišťovna ponechává.
4. Pokud je pojistnou událostí dožít se sjednaného konce pojištění, je pojistné plnění splatné nejpozději do 1 měsíce ode dne ukončení šetření pojistné události, spočívající v ověření totožnosti pojištěného, určení způsobu výplaty pojistného plnění apod. U ostatních pojistných událostí je pojistné plnění splatné nejpozději do 15 pracovních dnů po skončení šetření nutného ke zjištění rozsahu povinnosti pojišťovny plnit.
5. Pokud v průběhu pojištění nebo v průběhu šetření nutného ke zjištění rozsahu povinnosti pojišťovny plnit odvolá pojištěný svůj souhlas se zpracováním údajů o jeho zdravotním stavu nebo souhlas se zjišťováním jeho zdravotního stavu a příčině smrti, není pojišťovna povinna poskytnout pojistné plnění až do doby, než souhlas znovu udělí. Odvolání tohoto souhlasu je účastníky považováno za ztížení šetření nutného ke zjištění rozsahu povinnosti plnit z viny pojištěného s důsledky uvedenými v zákoně. Odvolání souhlasu je považováno za rozumný důvod k odepření výplaty zálohy pojistného plnění dle uvedeného ustanovení zákona.
6. Obsahuje-li oznámení pojistné události nepravdivé nebo hrubě zkresené podstatné údaje týkající se rozsahu oznámené události nebo jsou-li v něm údaje týkající se této události vědomě zamlčeny, má pojišťovna právo na náhradu nákladů, které účelně vynaložila na šetření skutečností, ve vztahu k nimž jí tyto údaje byly sděleny nebo zamlčeny.

Článek 13**Jak se platí pojistné**

1. Pojistné je úplatou za poskytovanou pojistnou ochranu. Pojišťovně náleží pojistné za dobu trvání pojištění. Běžné pojistné je vždy hrazeno v pravidelných splátkách podle sjednané frekvence za dané pojistné období.
2. Běžné pojistné za první pojistné období je splatné dnem technického počátku pojištění, není-li v pojistné smlouvě stanoveno jinak. Pojistné za každé další pojistné období je splatné k prvnímu dni každého dalšího pojistného období.
3. První pojistné období začíná dnem technického počátku pojištění.
4. Pojistné se považuje za zaplacené dnem, kdy je připsáno ve výši dohodnuté v pojistné smlouvě na účet stanovený pojišťovnou. Platba pojistného musí být zaplacená způsobem stanoveným v pojistné smlouvě nebo v jejím návrhu tak, aby mohla být pojišťovnou identifikována. Pojišťovna nenese odpovědnost za škodu způsobenou opožděnou či zmařenou identifikací platby pojistného způsobenou uvedením nesprávných údajů při placení pojistného ze strany pojistníka.
5. Má-li být pojistná smlouva uzavřena zaplacením prvního pojistného a je-li následně první pojistné zasláno v nesprávné výši, zašle pojišťovna takovou platbu zpět na účet, ze kterého byla zaslána.
6. S ostatními platbami běžného pojistného v nesprávné výši bude nakládáno následovně:
 - bude-li platba nižší než předepsané běžné pojistné pro dané pojistné období, bude považována za zálohu na pojistné pro toto pojistné období a rozdíl oproti předepsanému pojistnému je považován za dluh na pojistném,
 - bude-li platba vyšší než předepsané běžné pojistné pro dané pojistné období, bude použita pro úhradu případného dluhu na běžném pojistném za předchozí pojistná období, dále pak na úhradu běžného pojistného pro toto pojistné období a případná zbylá částka bude považována za zálohu na běžné pojistné za následující pojistné období.

7. Pojišťovna je povinna přijmout splatné pojistné a jiné splatné pohledávky z pojištění i od pojistníka zástavního věřitele, od oprávněné osoby nebo od pojištěného.
8. Vůči pojistnému plnění může pojišťovna započíst splatné pohledávky pojistného či jiné splatné pohledávky z tohoto pojištění bez ohledu na jejich promlčení. Vůči pojistnému může pojištěný započíst jiné splatné pohledávky z tohoto pojištění než pohledávku na pojistné plnění, a to bez ohledu na jejich promlčení. O provedeném započtení je strana povinná druhou stranu bezodkladně písemně informovat.
9. V případě, že dojde k výpovědi pojistné smlouvy pojišťovnou do 2 měsíců ode dne uzavření smlouvy, vrátí pojišťovna pojistníkovi veškeré uhrazené pojistné do 30 kalendářních dnů ode dne zániku pojistné smlouvy zpět na účet, ze kterého byla zaslána.
10. Zánikne-li pojištění nebo připojištění v důsledku pojistné události, náleží pojišťovně pojistné do konce pojistného období, v němž pojistná událost nastala.

Článek 14**Jaké okolnosti mohou způsobit změnu výše pojistného**

1. Výše běžného pojistného a pojistného za krytá rizika je stanovena na základě pojistných matematických metod založených na předpokladech (podmínkách) rozhodných pro stanovení objektivní míry pojistného rizika. Tyto předpoklady (podmínky) se během pojistné doby mohou měnit nezávisle na vůli pojišťovny. Pojišťovna je povinná na písemnou žádost klienta klientovi sdělit zásady stanovení pojistného.
2. V souvislosti s objektivní změnou podmínek rozhodných pro stanovení výše pojistného je pojišťovna oprávněna jednostranně zvýšit výši pojistného za krytá rizika a/nebo běžného pojistného.
3. Možné objektivní změny podmínek rozhodných pro případné zvýšení běžného pojistného, příp. pojistného za krytá rizika, jsou skutečnosti, které jsou jednoznačně definovány v obchodních podmínkách pro příslušný pojistný produkt, jež jsou nedílnou součástí smluvní dokumentace.
4. Pojišťovna je oprávněna zvýšit pojistné za krytá rizika a/nebo běžné pojistné pouze v nezbytném rozsahu, a to zejména s ohledem na dodržení svých závazků plynoucích z pojistných smluv.
5. Změnu výše pojistného za krytá rizika, resp. běžného pojistného je pojišťovna povinná oznámit pojistníkovi nejpozději 2 měsíce před dnem splatnosti běžného pojistného za pojistné období, ve kterém se má výše pojistného změnit.
6. Nesouhlasí-li pojistník se změnou, může svůj nesouhlas projevit do jednoho měsíce ode dne, kdy se o ní dozvěděl. Pojištění zanikne uplynutím období, na které bylo pojistné zaplacené.
7. Svůj nesouhlas se zvýšením pojistného pojistník sdělí pojišťovně písemně na adresu pojišťovny s uvedením čísla své pojistné smlouvy.

Článek 15**Jak lze chránit pojištění proti vlivu inflace**

1. Pojistník má právo písemně požádat o inflační navýšení pojistných částek bez zkoumání zdravotního stavu pojištěného. Tuto žádost je možné zaslat pojišťovně jednou v průběhu každého kalendářního roku s účinností k datu nejbližší následující splatnosti běžného pojistného. Pojistné bude navýšeno adekvátně, aby odpovídalo navýšeným pojistným částkám. O přijetí žádosti, o výši pojistných částek a o nové výši běžného pojistného bude pojistník informován v potvrzení o provedené změně.
2. Procento bude určeno pro zvýšení pojistných částek, běžné pojistné bude adekvátně navýšeno podle pojistné technických zásad (tj. zejména v závislosti na věku pojištěného, zbývající doby trvání pojištění či připojištění, příp. dalších parametrech pojistné smlouvy), dále jen „procento inflačního navýšení“. Odchylně od předchozí věty může pojišťovna stanovit nižší procento pro navýšení pojistných částek, pokud identifikuje významné riziko ohrožující další trvání smlouvy (uvedené riziko může nastat pouze u investičního životního pojištění).
3. Pojišťovna procento inflačního navýšení určí jednou ročně podle růstu indexu spotřebitelských cen zveřejňovaného Českým statistickým úřadem za předchozí kalendářní rok. Pokud bude růst indexu spotřebitelských cen za předchozí kalendářní rok nižší než 2%, bude použito procento inflačního navýšení 2%. Určené procento bude stanoveno vždy k 1. dubnu a bude používáno pro inflační navýšení realizovanou v období následujících 12 měsíců.
4. Jestliže index spotřebitelských cen nebude zveřejněn, má pojišťovna právo určit jiný způsob stanovení procenta inflačního navýšení, který se svým charakterem a účelem nejvíce blíží indexu nezveřejněnému.
5. Inflační navýšení není možné provést, pokud byla zahájena výplata pojistného plnění z připojištění s postupnou výplatou pojistného plnění (např. ročně, měsíčně apod.), zejm. v případě připojištění zproštění od placení pojistného, připojištění dlouhodobé péče nebo připojištění zajištění finančních závazků.
6. V případě připojištění s klesající pojistnou částkou a v případě připojištění, u kterých se pojistná částka stanovuje ve formě denní dávky (např. pracovní neschopnosti, hospitalizace, denního odškodného při úrazu, dlouhodobé péče I. a II. stupně), se inflační navýšení neprovádí.

Článek 16**Kdy je nutné zkoumat zdravotní stav**

- Pojištěný je povinen před sjednáním pojištění nebo při změně pojištění odpovědět pravdivě a úplně na všechny písemné dotazy uvedené v pojistné smlouvě v souvislosti s posouzením zdravotního stavu a míry pojistného rizika.
- Pojišťovna je v případě žádosti o změnu pojištění nebo v případě šetření škodné události oprávněna přezkoumávat zdravotní stav pojištěného, a to na základě zpráv a zdravotnické dokumentace vyžádaných pojišťovnou a poskytnutých pověřeným zdravotnickým zařízením. Na žádost pojišťovny je pojištěný povinen podrobit se lékařské prohlídce nebo vyšetření ve zdravotnickém zařízení, které určí pojišťovna.
- Je-li to nutné pro šetření škodné události, má pojišťovna právo požadovat údaje o zdravotním stavu nebo o příčině smrti pojištěného, zejména doložení výpisů ze zdravotní dokumentace, výpis z evidence zdravotní pojišťovny, absolvování zdravotní prohlídky u lékaře určeného pojišťovnou, výpisy Policie ČR, doložení dokumentace z České správy sociálního zabezpečení, příp. z příslušné okresní správy sociálního zabezpečení atd. Do doby poskytnutí těchto údajů není pojišťovna povinna vyplatit pojistné plnění.

Článek 17**Co znamená změna pojistného rizika a proč je nutné ji oznámit**

- Pojištník i pojištěný jsou povinni **oznámit pojišťovně změnu pojistného rizika**.
- Za změnu pojistného rizika se pro účely tohoto pojištění považuje:
 - změna nebo ztráta zaměstnání, změna pracovního zařazení, pracovní náplně, výkon dalšího zaměstnání, popř. změna výkonu profese;
 - vznik nároku na peněžitou pomoc v mateřství, vznik nároku na rodičovský příspěvek, přiznání invalidity jakéhokoli stupně, vznik nároku na starobní důchod, popř. předčasný (mimořádný) starobní důchod;
 - změna, zahájení nebo ukončení sportovní činnosti (např. registrace ve sportovním svazu, zahájení profesionální sportovní činnosti vymezené v aktuálních obchodních podmínkách, účast na organizovaných sportovních soutěžích);
 - změna, zahájení nebo ukončení zájmové rizikové činnosti (např. motoristické soutěže, horolezectví, adrenalinové aktivity, bojové sporty);
 - dlouhodobý pobyt (tj. delší než 3 měsíce) v zahraničí mimo státy EU, Švýcarsko, Lichtenštejnsko, Island, Norsko, Velkou Británii a Severní Irsko.
- Pojišťovna upozorňuje, že oznámená změna pojistného rizika může mít za následek zejména snížení či zvýšení běžného pojistného, změnu rozsahu pojistné ochrany, příp. výpověď s výpovědní dobou podle zákona (více viz odst. 4 a 5 tohoto článku), jak je popsáno v zákoně. Případně neoznámení změny pojistného rizika pak může mít za následek snížení pojistného plnění v případě pojistné události, příp. i výpověď sjednaného pojištění bez výpovědní doby v souladu se zákonem, jak je popsáno v odst. 6 tohoto článku.
- Prokáže-li pojišťovna, že by uzavřela smlouvu za jiných podmínek, pokud by oznámené pojistné riziko ve zvýšeném rozsahu existovalo již při uzavírání smlouvy, má právo navrhnout novou výši pojistného a/nebo novou výši pojistné částky a/nebo jinou změnu vymezení rozsahu pojistné ochrany. Musí tak učinit do jednoho měsíce poté, kdy obdrží všechny potřebné podklady k objektivnímu posouzení míry zvýšení pojistného rizika. Pokud pojištník vyjádří do jednoho měsíce od obdržení návrhu nesouhlas s navrženou změnou, je pojišťovna oprávněna smlouvu nebo každé jednotlivé připojištění vypovědět s osmidenní výpovědní dobou, nejpozději do dvou měsíců ode dne obdržení nesouhlasu. Obdobně navrhne pojišťovna novou výši pojistného v případě, že dojde k oznámení snížení pojistného rizika, které má vliv na snížení pojistné částky.
- Prokáže-li pojišťovna, že by vzhledem k podmínkám platným v době uzavření smlouvy smlouvu neuzavřela, existovalo-li by oznámené pojistné riziko ve zvýšeném rozsahu již při uzavírání smlouvy, má právo pojištění vypovědět v osmidenní výpovědní době do jednoho měsíce, kdy jí byla změna oznámena. Bylo-li v důsledku porušení povinnosti pojištníka nebo pojištěného při jednání o uzavření smlouvy nebo o její změně ujednáno nižší pojistné za krytá rizika, má pojišťovna právo pojistné plnění snížit v poměru pojistného za krytá rizika, které obdržela, k pojistnému za krytá rizika, které měla obdržet.
- Poruší-li pojištník nebo pojištěný povinnost oznámit zvýšení pojistného rizika a nastala-li po této změně pojistná událost, má pojišťovna právo snížit pojistné plnění v poměru pojistného za krytá rizika, které obdržela, k pojistnému (za krytá rizika), které by měla obdržet, kdyby se byla o zvýšení pojistného rizika z oznámení včas dozvěděla. V případě porušení povinnosti oznámit změnu pojistného rizika je pojišťovna oprávněna do dvou měsíců ode dne, kdy se o zvýšení rizika dozvěděla, vypovědět sjednané pojištění a/nebo připojištění bez výpovědní doby. Vypovědi pojišťovna smlouvu z tohoto důvodu, náleží jí pojistné, resp. pojistné za krytá rizika do konce pojistného období, v němž pojištění, resp. připojištění zaniklo.
- Pojištník a pojištěný (příp. zákonný zástupce pojištěného) jsou povinni bez zbytečného odkladu oznámit pojišťovně změnu státního občanství nebo změnu státu trvalého bydliště.

Článek 18**Co dalšího je nutné oznámit pojišťovně**

- Pojištník/pojištěný je povinen bezodkladně pojišťovně oznámit, pokud u účastníků pojištění nastala změna skutečnosti, které jsou uvedeny v pojistné smlouvě nebo na které se pojišťovna tážala, k nimž dojde během trvání pojištění (např. informace k identifikaci a kontrole klienta, k daňové identifikaci, a to ve smyslu platných právních předpisů). Tyto informace pojištník/pojištěný poskytne bez zbytečných odkladů, nejpozději však do 1 měsíce ode dne, kdy k příslušné změně došlo. Pojištník/pojištěný je zejména povinen informovat pojišťovnu o každé změně identifikačních údajů (zejména jména, příjmení, státních občanství, pohlaví, rodného čísla vydaného v České republice, adresy pobytu), údajů k daňové identifikaci (jako země daňové identifikace, daňové identifikační číslo), ve smyslu platné legislativy, povolání/zaměstnání, kontaktních údajů (jako je e-mail, telefon, kontaktní adresa) a změně dalších údajů uvedených v pojistné smlouvě nebo souvisejících s pojištěním.
- Pokud se pojištník stal politicky exponovanou osobou ve smyslu platných právních předpisů, je povinen to oznámit pojišťovně.
- Oznámí-li pojištník/pojištěný změnu identifikačních údajů, kontaktních údajů, údajů k daňové identifikaci, případně údajů o dokladu totožnosti (zejména jeho typ, číslo, kým byl vydán a do kdy je platný), je pojišťovna oprávněna zajistit aktualizaci těchto údajů také u všech ostatních smluv, které má pojištník/pojištěný uzavřené s pojišťovnou.

Článek 19**Jak pojištění zaniká**

- Pojištění, případně připojištění, zaniká:
 - uplynutím pojistné doby;
 - dnem smrti pojištěného (zanikají všechna jeho pojištění a připojištění; jde-li o prvního pojištěného, zaniká celá pojistná smlouva);
 - dnem následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené pojišťovnou v upomínce k zaplacení pojistného;
 - písemnou výpovědí ze strany pojištníka;
 - písemnou výpovědí ze strany pojišťovny;
 - odstoupením;
 - dnem doručení písemného oznámení o odmítnutí pojistného plnění;
 - zánikem pojistného zájmu;
 - zánikem pojistného nebezpečí;
 - dohodou;
 - výplatou odkupného podle odst. 12 tohoto článku;
 - pokud zánik připojištění způsobí, že není splněna podmínka minimálního celkového běžného pojistného pro dané životní pojištění.
 - Konec pojištění se shoduje se dnem, na nějž případně výročí, které se svým pořadím rovná počtu let sjednané pojistné doby, pokud není dále uvedeno jinak.
 - Výpověď pojištění lze provést dle pravidel zákona, zejména písemnou výpovědí ze strany pojištníka doručenu pojišťovně nejméně 6 týdnů před koncem pojistného období (je-li výpověď doručena později, pojištění zaniká ke konci následujícího pojistného období) nebo s osmidenní výpovědní dobou do 2 měsíců od vydání pojistky (zákonné lhůty jsou tak prodlouženy ve prospěch pojištníka) či výpovědí ze strany pojišťovny, nejedná-li se o životní pojištění, doručenu nejméně 6 týdnů před koncem pojistného období (je-li výpověď doručena později, pojištění zaniká ke konci následujícího pojistného období) nebo s osmidenní výpovědní dobou do 2 měsíců ode dne uzavření smlouvy. Pojišťovna i pojištník mohou vypovědět sjednaná připojištění i samostatně, a to za podmínek uvedených v zákoně. Pojišťovna se zavazuje nevypovědět ke konci pojistného období neživotní pojištění a připojištění po dobu definovanou níže v písm. a) a b):
 - v prvních dvou letech od sjednání připojištění denního odkupného úrazu, připojištění pracovní neschopnosti, připojištění trvalých následků úrazu, připojištění dlouhodobé péče I. a II. stupně, a to u všech připojištění tohoto typu s označením tarifu zakončeným na písmeno R (např. D0U3-P1R apod.);
 - po celou dobu trvání smlouvy, resp. po celou dobu trvání připojištění hospitalizace, připojištění ošetřování dítěte, připojištění smrti následkem úrazu, a to u všech připojištění tohoto typu s označením tarifu zakončeným na písmeno R (např. JOSE-P1R apod.).
- Pojišťovna má právo na odstoupení od smlouvy není tímto dotčeno.
- Pojišťovna a pojištník se mohou na zániku pojištění dohodnout. V této dohodě musí být písemně určen okamžik zániku pojištění a dohodnut způsob vzájemného vyrovnání závazků.
 - Poruší-li pojištník nebo pojištěný úmyslně nebo z nedbalosti povinnost k pravdivému sdělení, má pojišťovna právo od smlouvy odstoupit, prokáže-li, že by při pravdivém a úplném zodpovězení dotazů smlouvu neuzavřela. Pojištník má právo od smlouvy odstoupit, porušila-li pojišťovna povinnost zodpovědět zájemci o pojištění na jeho písemný požadavek pravdivě dotazy týkající se pojištění, o které má zájem. Právo odstoupit od smlouvy zaniká, nevyužije-li je strana do dvou měsíců ode dne, kdy zjistila nebo musela zjistit porušení povinnosti uvedené výše. Ve lhůtě 30 kalendářních dní od data vydání pojistky má pojištník právo od pojistné smlouvy odstoupit i bez udání důvodu. V případě uzavření pojistné smlouvy pomocí prostředků komunikace na dálku se tato lhůta počítá ode dne, kdy byl pojištník pojišťovnou informován, že byla pojistná smlouva uzavřena.

6. Pojišťovna může pojištění plnění odmítnout, jak je uvedeno v písm. g), odst. 1 tohoto článku:
 - a) byla-li příčinou pojištění události skutečnost, o které se dozvěděla až po vzniku pojištění události, a současně
 - b) byla-li příčinou pojištění skutečnost, kterou při sjednávání pojištění nebo jeho změny nemohla zjistit v důsledku zaviněného porušení povinnosti sdělit pojišťovně pravdivé údaje, a současně
 - c) pokud by při znalosti této skutečnosti při uzavírání smlouvy tuto smlouvu neuzavřela nebo pokud by ji uzavřela za jiných podmínek.
7. Jestliže dojde k odmítnutí pojištění plnění v životním pojištění s rezervotvornou složkou, oprávněné osobě nevzniká nárok na vrácení zaplaceného pojištění. K datu zániku pojištění vyplácí pojišťovna pojistníkovi nebo oprávněné osobě odkupné snížené o 25 %, maximálně však o dvojnásobek ročního pojištění.
8. Ustanovení o odstoupení od smlouvy a odmítnutí plnění se analogicky použijí i v případě zániku jednotlivých připojištění.
9. Jestliže došlo k zániku pojištění, má pojišťovna právo na pojištění za krytá rizika za období, za které nebylo pojištění zaplacené, příp. nebylo zaplacené v plné výši. Jestliže jde o investiční životní pojištění a pojištění za krytá rizika je vyšší než běžné pojištění, pak má pojišťovna nárok na běžné pojištění.
10. Všechna připojištění zanikají také dnem zániku hlavního pojištění, k němuž byla sjednána.
11. Pojištění zaniká též okamžikem zániku pojištění zájmu. Pojišťovna má právo na pojištění až do doby, kdy se o zániku pojištění zájmu dozvěděla.
12. Pokud jde o životní pojištění s rezervotvornou složkou a pokud Zvláštní pojištění podmínky hlavního pojištění vymezují možnost vzniku nároku na odkupné, má pojistník právo, aby na jeho písemnou žádost zaniklo pojištění výplatou odkupného. Odkupné je pak splatné nejpozději do 3 měsíců ode dne, kdy byla žádost o výplatu odkupného pojistníka doručena pojišťovně. Zánik pojištění nastane nejpozději na konci pojištění období, ve kterém byla žádost o výplatu odkupného doručena pojišťovně, případně dnem výplaty odkupného pojišťovnou (odepsáním částky z účtu pojišťovny, a to podle toho, co nastane dříve).
13. Jestliže má pojistník k datu zániku pojištění výpověď právo na výplatu odkupného, je mu odkupné vyplaceno do 1 měsíce od zániku pojištění.
14. Zvláštní pojištění podmínky mohou stanovit další způsoby zániku pojištění.

Článek 20

Jak probíhá komunikace ohledně smlouvy

1. Sdělení, která se týkají pojištění, musí být učiněna výhradně písemně a v českém jazyce.
2. Písemná podání účastníků pojištění nabývají účinnosti dnem jejich doručení druhé straně.
3. **Pojišťovna je oprávněna s pojistníkem komunikovat elektronicky** a písemnosti doručovat pojistníkovi:
 - a) na jeho aktuální (tj. poslední uvedenou) e-mailovou adresu, anebo
 - b) na jeho osobní účet prostřednictvím klientského webového portálu. Pravidla užívání elektronické komunikace jsou popsána v dokumentu Podmínky poskytování a používání elektronických služeb, který je součástí smluvní dokumentace. Pojistník může elektronické doručování písemností kdykoliv deaktivovat, a to prostřednictvím klientského webového portálu, e-mailem nebo písemně.
4. Písemnosti zasláné pojistníkovi elektronicky se považují za doručené:
 - a) dnem jejich odeslání na jeho aktuální e-mailovou adresu, pokud se tato písemnost nevrátila zpět jako nedoručitelná, anebo
 - b) dnem umístění písemnosti na osobní účet pojistníka prostřednictvím elektronické služby klientského webového portálu, anebo
 - c) do jeho datové schránky.
5. Právním komunikovat elektronicky není dotčeno právo pojišťovny zasílat vybrané písemnosti v podobě listinné nebo požadovat doručení určitých písemností v podobě listinné. Písemnosti v podobě listinné se účastníkům pojištění doručují na jimi naposledy určenou korespondenční adresu (doručovací, kontaktní adresu). Nepodaří-li se pojišťovně doručit pojistníkovi písemnost na tuto adresu, je oprávněna doručovat na adresu, kterou pojistník uvedl jako adresu svého trvalého bydliště, pokud se liší od korespondenční adresy. Korespondenční adresu uvedenou pojistníkem považuje pojišťovna za bydliště pojistníka ve smyslu zákona, tj. za místo, kde se pojistník zdržuje s úmyslem žít tam trvale.
6. Písemnost určená pojišťovně splňující všechny zákonné náležitosti je účinná:
 - dnem doručení do sídla pojišťovny, pokud jde o písemnost v podobě listinné,
 - dnem doručení písemnosti elektronicky na e-mailovou adresu uvedenou jako kontakt na pojišťovnu ve smluvní dokumentaci ke smlouvě, o přijetí e-mailu je klient obratem informován elektronickou zprávou,
 - dnem doručení písemnosti elektronicky do datové schránky pojišťovny, o doručení je klient informován prostřednictvím systému datových schránek.
 Pojišťovna má právo v některých případech požadovat doručení originálu písemnosti v podobě listinné.
7. Jsou-li některé podklady předkládané pojišťovně v rámci posouzení míry pojištění rizika nebo šetření škodné události v jiném než českém jazyce, je pojištěný či oprávněná osoba povinná na žádost pojišťovny zajistit na vlastní náklady úřední překlad do českého jazyka.

Článek 21

Jaká jsou obecná pravidla pojištění smlouvy

1. Pokud by pojištění smlouva trpěla právními vadami v důsledku změny obecné právní úpravy nebo i jinak, nemohou takové právní vady způsobit neplatnost nebo neúčinnost celé smlouvy. Všechna ustanovení pojištění smlouvy jsou oddělitelná, a pokud se jakékoliv její ustanovení stane neplatným, protiprávním nebo bude v rozporu s veřejným zájmem, platnost ostatních ustanovení tím není dotčena a pojištění smlouva bude posuzována tak, jako by tato neplatná ustanovení nikdy neobsahovala. Namísto neplatného nebo neúčinného ujednání se strany zavazují nahradit tato ustanovení ustanoveními s obsahem umožňujícím dosažení účelu této smlouvy.
2. Všechny platby týkající se pojištění smlouvy jsou prováděny v zákonných peňěžích České republiky a jsou splatné na území České republiky, nestanoví-li pojištění smlouva jinak.
3. Je-li účastník pojištění v prodlení s placením peněžitých částek, má ten účastník pojištění, vůči kterému je účastník v prodlení, právo na úrok z prodlení ve výši stanovené právními předpisy. Doba nutná k šetření pojištění události se nepovažuje za prodlení pojišťovny s výplatou pojištění plnění.
4. Není-li v pojištění smlouvě dohodnuto jinak, náklady spojené s uplatněním nároku na plnění hradí ten, kdo nárok uplatňuje.
5. Pojištění se sjednává jako pojištění obnosové.
6. Pojištění nelze přerušit ve smyslu zákona, nestanoví-li pojištění smlouva jinak.
7. V pojištění se nesjednává možnost snížení pojištění částky ani snížení ročního důchodu ani zkrácení pojištění doby ani možnost určit neodvolatelné obmyšlené nebo ve smyslu zákona.
8. Pojišťovna je v souladu s platnou legislativou nebo v zájmu ochrany práv pojistníka a pojištěného oprávněna požadovat při provádění některých úkonů souvisejících s pojištěním úřední ověření podpisu pojistníka a/nebo pojištěného a/ nebo oprávněné osoby, popř. provedení identifikace a kontroly této osoby ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ověření její totožnosti, popř. požadovat fotokopii jejího průkazu totožnosti nebo dokumenty a informace k provedení kontroly této osoby.
9. Pojišťovna si vyhrazuje právo prověřovat předložené dokumenty, stejně tak i právo vyžadovat znalecké posudky odborníků, které si určí. Pojišťovna je rovněž oprávněna složitě pojištění události konzultovat nebo zasílat k odbornému posouzení, a to ještě před poskytnutím pojištění plnění. Pojišťovna je rovněž oprávněna vyžadovat od pojistníka nebo pojištěného doklady o výši (hrubého) příjmu, délce vyplácení mzdy nebo její náhrady od zaměstnavatele, příp. daňová přířizání.
10. Pojišťovna je oprávněna provést jednostrannou změnu obchodního názvu produktu nebo služby, o které je povinná informovat pojistníka vhodným způsobem a bez zbytečného odkladu. Změna obchodního názvu produktu nebo služby nemá vliv na práva a povinnosti smluvních stran vyplývající z pojištění smlouvy, proto takovou změnu smluvní strany nepovažují za změnu smlouvy o daném produktu nebo službě.
11. Nedojde-li k dohodě, budou všechny spory vyplývající ze sjednaného pojištění nebo v souvislosti s ním vzniklé řešeny u příslušného soudu v České republice podle práva České republiky nebo před příslušnými subjekty pro mimosoudní řešení spotřebitelských sporů v souvislosti s životním pojištěním. K těmto subjektům náleží Finanční arbitř, www.finarbitr.cz. Spory z doplňkových neživotních pojištění (připojištění) lze rovněž řešit před ombudsmanem České asociace pojišťoven, www.ombudsmanpcap.cz. Pro řešení sporu ze smlouvy uzavřené on-line (tj. prostřednictvím internetové stránky nebo jiného elektronického prostředku) je možné využít rovněž Platformu pro řešení spotřebitelských sporů on-line <https://webgate.ec.europa.eu/odr/>. Dále je možno proti postupu pojišťovny podat stížnost u České národní banky.
12. Tyto Všeobecné pojištění podmínky nabývají účinnosti dne 1. 9. 2025.

Zvláštní pojistné podmínky

Pojištění smrti s konstantní pojistnou částkou (tarif SMTV-P1R)

Úvodní ustanovení

Pro toto pojištění platí ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro životní pojištění (dále jen „VPP“), přičemž ustanovení těchto Zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. Konkrétní ustanovení v pojistné smlouvě pak mají přednost před těmito ZPP. VPP i ZPP jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy. **Toto pojištění je životním pojištěním ve smyslu zákona a sjednává se jako hlavní pojištění.**



Ve VPP doporučujeme věnovat pozornost zejména těmto tématům:

- Co není zahrnuto v pojištění (výluky z pojištění) – čl. 8 odst. 1
- Kdy má pojišťovna právo snížit pojistné plnění – čl. 9

Článek 1

V jakém případě se vyplácí pojistné plnění

1. U pojištění smrti s konstantní pojistnou částkou je pojistnou událostí smrt pojištěného v době trvání pojištění.
2. Datem pojistné události je den úmrtí.

Článek 2

Jak se určí pojistné plnění

V případě vzniku pojistné události z tohoto pojištění vyplatí pojišťovna pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky v pojistné smlouvě.

Článek 3

Zánik pojištění

Toto pojištění zaniká pojistnou událostí.

Článek 4

Od kdy tyto ZPP platí

Tyto Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. 5. 2024.

Zvláštní pojistné podmínky

Připojištění dlouhodobé péče III. a IV. stupně LTC – doživotní renta (tarif LTCD-P1R)

Úvodní ustanovení

Pro toto připojištění platí ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro životní pojištění (dále jen „VPP“), přičemž ustanovení těchto Zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. Konkrétní ustanovení v pojistné smlouvě pak mají přednost před těmito ZPP. VPP i ZPP jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy. **Připojištění uvedené v těchto ZPP je životním pojištěním ve smyslu zákona.**



Ve VPP doporučujeme věnovat pozornost zejména těmto tématům:

- Co není zahrnuto v pojištění (výluky z pojištění) – čl. 8 odst. 1 a 5
- Kdy má pojišťovna právo snížit pojistné plnění – čl. 9
- Po jaké době jste pojištěni v plném rozsahu (čekací doby) – čl. 10

Článek 1

Jakým pojmům je třeba rozumět

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav

Dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem se rozumí takový zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 kalendářní rok a který omezuje funkční schopnosti pojištěného nutné pro samostatné zvládnutí základních životních potřeb.

Základní životní potřeby

Základními životními potřebami se pro určení vzniku dlouhodobé péče rozumí:

- a) mobilita,
- b) orientace,
- c) komunikace,
- d) stravování,
- e) oblékání a obouvání,
- f) tělesná hygiena,
- g) výkon fyziologické potřeby,
- h) péče o zdraví,
- i) osobní aktivity,
- j) péče o domácnost.

Způsob hodnocení neschopnosti zvládat základní životní potřeby samostatně se provádí v souladu s příslušnými právními předpisy o sociálních službách ve znění účinném k datu účinnosti těchto ZPP.

Dlouhodobá péče III. stupně

Dlouhodobou péčí III. stupně se dle těchto ZPP rozumí dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, kvůli němuž pojištěný splňuje podmínky pro přiznání příspěvku na péči podle právních předpisů o sociálních službách pro stupeň závislosti III (těžká závislost), to znamená, že z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopen zvládat samostatně 7 nebo 8 základních životních potřeb.

Dlouhodobá péče IV. stupně

Dlouhodobou péčí IV. stupně se dle těchto ZPP rozumí dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, kvůli němuž pojištěný splňuje podmínky pro přiznání příspěvku na péči podle právních předpisů o sociálních službách pro stupeň závislosti IV (úplná závislost), to znamená, že z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopen zvládat samostatně 9 nebo 10 základních životních potřeb.

Článek 2

V jakém případě se vyplácí pojistné plnění

1. Pojistnou událostí v připojištění dlouhodobé péče III. a IV. stupně je vznik dlouhodobé péče III. nebo IV. stupně ve smyslu vymezení těchto pojmů uvedených v čl. 1 těchto ZPP.
2. Datem vzniku pojistné události je den, kdy příslušný orgán veřejné správy vydal rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči III. nebo IV. stupně („dále jen příspěvek na péči“) podle právních předpisů upravujících sociální zabezpečení.

Článek 3

Jak se určí a vyplácí pojistné plnění

1. V případě vzniku pojistné události vyplácí pojišťovna pojistné plnění **ve výši sjednané pojistné částky za každý započatý měsíc, ve kterém pojištěný splňuje podmínky pro příslušný sjednaný stupeň dlouhodobé péče. Poprvé bude pojistná částka vyplacena za měsíc, ve kterém nastal den pojistné události.**
2. Pojistné plnění podle odstavce 1 tohoto článku se vyplácí **do data úmrtí pojištěného, a to bez ohledu na případnou změnu stupně dlouhodobé péče** (v rozsahu III. a IV. stupně) během tohoto období. Pojišťovna má právo ověřit trvání nároku na výplatu pojistného plnění.
3. Případný přechodný zánik nároku na příspěvek na péči, který byl přiznán příslušným orgánem veřejné správy po dobu hospitalizace pojištěného, není důvodem k přerušení výplaty pojistného plnění.
4. Pojišťovna má **právo kdykoli během výplaty pojistného plnění zkontrolovat, zda je pojistné plnění používáno v souladu se zájmy pojištěného**, tedy na úhradu nákladů souvisejících s poskytováním sociální péče pojištěnému, a to včetně příspěvku pro pečující osobu a včetně případné úhrady zdravotních výrobků a služeb.
5. Zjistí-li pojišťovna, že pojistné plnění není používáno na úhradu nákladů souvisejících se vznikem pojistné události dle těchto ZPP, má právo výplatu pojistného plnění pozastavit do doby, do které bude oprávněná osoba schopna prokázat, že pojistné plnění je použito na úhradu nákladů na péči o pojištěného a ve prospěch pojištěného.

Článek 4

Výhrada posuzování při změně právních předpisů

1. Dojde-li v průběhu doby trvání pojištění ke změně příslušných právních předpisů v oblasti práva sociálního zabezpečení včetně prováděcích vyhlášek a nařízení vlády upravujících podmínky pro vznik nároku na příspěvek na péči anebo ve způsobu hodnocení schopnosti samostatně zvládat základní životní potřeby, zachová pojišťovna rozsah pojistné ochrany dle právních předpisů ve znění účinném k datu platnosti a účinnosti těchto ZPP. Posuzování nároku na přiznání příslušného stupně dlouhodobé péče, posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a neschopnosti samostatně zvládat základní životní potřeby provádí v takovém případě pojišťovna, resp. jí určený specializovaný lékař. Datem pojistné události je v takovém případě den, kdy pojišťovna potvrdí nárok na přiznání příslušného stupně dlouhodobé péče.
2. Zachování rozsahu pojistné ochrany i v případě změny příslušných právních předpisů podle předchozího odstavce může mít dopad do daňových aspektů smlouvy, zejména může způsobit ztrátu daňového zvýhodnění.
3. Pojišťovna a pojistník, příp. pojištěný, se mohou dohodnout na změně rozsahu pojištění tak, aby byl upraven rozsah pojistné ochrany dle aktuálních právních předpisů. V takovém případě má pojišťovna právo navrhnout změnu obsahu pojištění a změnu výše pojistného za krytá rizika s ohledem na změnu pojistného rizika.

Článek 5

Jaký je možný důvod zániku připojištění

Připojištění zaniká také k datu pojistné události z připojištění. Pojistné plnění se v takovém případě nadále vyplácí v pravidelných měsíčních splátkách i po zániku příslušného připojištění, ze kterého pojistná událost nastala.

Článek 6

Od kdy tyto ZPP platí

Tyto Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. 5. 2024.

Připojištění dlouhodobé péče I. a II. stupně LTC (tarif LTC1-P1R)

Úvodní ustanovení

Pro toto připojištění platí ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro životní pojištění (dále jen „VPP“), přičemž ustanovení těchto Zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. Konkrétní ustanovení v pojistné smlouvě pak mají přednost před těmito ZPP. VPP i ZPP jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.

Připojištění uvedené v těchto ZPP je pojištěním nemoci ve smyslu zákona.



Ve VPP doporučujeme věnovat pozornost zejména těmto tématům:

- Co není zahrnuto v pojištění (výluky z pojištění) – čl. 8 odst. 1 a 5
- Kdy má pojišťovna právo snížit pojistné plnění – čl. 9
- Po jaké době jste pojištěni v plném rozsahu (čekací doby) – čl. 10

Článek 1

Jakým pojmům je třeba rozumět

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav

Dlouhodobě nepříznivý zdravotním stavem se rozumí takový zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 kalendářní rok a který omezuje funkční schopnosti pojištěného nutné pro samostatné zvládnání základních životních potřeb.

Základní životní potřeby

Základními životními potřebami se pro určení vzniku dlouhodobé péče rozumí:

- a) mobilita,
- b) orientace,
- c) komunikace,
- d) stravování,
- e) oblékání a obouvání,
- f) tělesná hygiena,
- g) výkon fyziologické potřeby,
- h) péče o zdraví,
- i) osobní aktivity,
- j) péče o domácnost.

Způsob hodnocení neschopnosti zvládat základní životní potřeby samostatně se provádí v souladu s příslušnými právními předpisy o sociálních službách ve znění účinném k datu účinnosti těchto ZPP.

Dlouhodobá péče I. stupně

Dlouhodobou péčí I. stupně se dle těchto ZPP rozumí dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, kvůli němuž pojištěný splňuje podmínky pro přiznání příspěvku na péči podle právních předpisů o sociálních službách pro stupeň závislosti I (lehká závislost), to znamená, že z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopen zvládat samostatně 3 nebo 4 základní životní potřeby.

Dlouhodobá péče II. stupně

Dlouhodobou péčí II. stupně se dle těchto ZPP rozumí dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, kvůli němuž pojištěný splňuje podmínky pro přiznání příspěvku na péči podle právních předpisů o sociálních službách pro stupeň závislosti II (středně těžká závislost), to znamená, že z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopen zvládat samostatně 5 nebo 6 základních životních potřeb.

Článek 2

V jakém případě se vyplácí pojistné plnění

1. Pojistnou událostí v připojištění dlouhodobé péče I. a II. stupně je vznik dlouhodobé péče I. nebo II. stupně ve smyslu vymezení těchto pojmů uvedených v čl. 1 těchto ZPP.
2. Datem vzniku pojistné události je den, kdy příslušný orgán veřejné správy vydal rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči I. nebo II. stupně (dále jen „příspěvek na péči“) podle právních předpisů upravujících sociální zabezpečení.

Článek 3

Jak se určí a vyplácí pojistné plnění

1. V případě vzniku pojistné události vyplácí pojišťovna pojistné plnění **ve výši pojistné částky sjednané k datu vzniku pojistné události za každý den, ve kterém pojištěný splňuje podmínky pro I. nebo II. stupeň dlouhodobé péče**, a to až do maximální doby výplaty stanovené v následujícím odstavci. Pojistné plnění je vypláceno postupně v pravidelných měsíčních splátkách.
2. **Maximální doba výplaty pojistného plnění z připojištění dlouhodobé péče I. a II. stupně je 730 dní, a to bez ohledu na případnou změnu stupně dlouhodobé péče** (z I. stupně na II. stupeň nebo obráceně).
3. Případný přechodný zánik přiznaného nároku na příspěvek na péči I. nebo II. stupně po dobu hospitalizace pojištěného není důvodem k přerušení výplaty pojistného plnění. Důvodem k ukončení výplaty pojistného plnění naopak je smrt pojištěného, zánik nároku na příspěvek na péči I. nebo II. stupně nebo vznik nároku na příspěvek na péči vyššího stupně.
4. Pojišťovna má **právo kdykoli během výplaty pojistného plnění zkontrolovat, zda je pojistné plnění používáno v souladu se zájmy pojištěného**, tedy na úhradu nákladů souvisejících s poskytováním sociální péče pojištěnému, a to včetně příspěvku pro pečující osobu a včetně případné úhrady zdravotních výrobků a služeb.
5. Zjistí-li pojišťovna, že pojistné plnění není používáno na úhradu nákladů souvisejících se vznikem pojistné události dle těchto ZPP, má právo výplatu pojistného plnění pozastavit do doby, do které bude oprávněná osoba schopna prokázat, že pojistné plnění je použito na úhradu nákladů na péči o pojištěného a ve prospěch pojištěného.

Článek 4

Výhrada posuzování při změně právních předpisů

1. Dojde-li v průběhu doby trvání pojištění ke změně příslušných právních předpisů v oblasti práva sociálního zabezpečení včetně prováděcích vyhlášek a nařízení vlády upravujících podmínky pro vznik nároku na příspěvek na péči anebo ve způsobu hodnocení schopnosti samostatně zvládat základní životní potřeby, zachová pojišťovna rozsah pojistné ochrany dle právních předpisů ve znění účinném k datu platnosti a účinnosti těchto ZPP. Posuzování nároku na přiznání příslušného stupně dlouhodobé péče, posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a neschopnosti samostatně zvládat základní životní potřeby provádí v takovém případě pojišťovna, resp. jí určený specializovaný lékař. Datem pojistné události je v takovém případě den, kdy pojišťovna potvrdí nárok na přiznání příslušného stupně dlouhodobé péče.
2. Pojišťovna a pojistník, příp. pojištěný se mohou dohodnout na změně rozsahu pojištění tak, aby byl upraven rozsah pojistné ochrany dle aktuálních právních předpisů. V takovém případě má pojišťovna právo navrhnout změnu obsahu pojištění a změnu výše pojistného za krytá rizika s ohledem na změnu pojistného rizika.

Článek 5

Jaký je možný důvod zániku připojištění

1. Pojistník může vypovědět toto připojištění ke konci pojistného období, přičemž výpověď musí být doručena druhé straně nejpozději šest týdnů před koncem pojistného období. Pojišťovna se zavazuje nevypovědět ke konci pojistného období připojištění uvedené v těchto ZPP, a to v prvních dvou letech od sjednání příslušného připojištění. Právo pojišťovny vypovědět smlouvu v ostatních případech stanovených zákonem a právo na odstoupení od smlouvy není tímto dotčeno.
2. Připojištění dlouhodobé péče I. a II. stupně zaniká k datu pojistné události z připojištění. Pojistné plnění se v takovém případě nadále vyplácí v pravidelných měsíčních splátkách až do dosažení maximální doby výplaty nebo do dne, kdy je výplata pojistného plnění ukončena z důvodu zániku nároku na příspěvek na péči I. nebo II. stupně, vzniku nároku na příspěvek na péči vyššího stupně nebo z důvodu smrti pojištěného.
3. Připojištění dlouhodobé péče I. a II. stupně zaniká také ke dni zániku připojištění dlouhodobé péče III. a IV. stupně LTC – doživotní renta (tarif LTC2-P1R) sjednaného v téže pojistné smlouvě pro téhož pojištěného.

Článek 6

Od kdy tyto ZPP platí

Tyto Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. 3. 2025.

Obchodní podmínky pro Životní pojištění NN Orange Care

Co zde najdete

Doplňkové ujednání	13
Slevy a přírázky a jejich zohlednění v pojistném	13
Jaké okolnosti mohou způsobit změnu výše pojistného.....	14
Platby pojistného a poplatky	14
Podmínky poskytování a používání elektronických služeb	15
Závěrečná ustanovení	15

NN Životní pojišťovna N.V., pobočka pro Českou republiku, se sídlem: Nádražní 344/25, 150 00 Praha 5 – Smíchov, IČO: 40763587, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 6305, jako organizační složka (odštěpný závod) společnosti: NN Životní pojišťovna N.V., se sídlem: Weena 505, 2013 AL Rotterdam, Nizozemské království, zapsaná v obchodním rejstříku Obchodní komory v Rotterdamu, Nizozemské království, datum zápisu 17. ledna 1863, číslo zápisu 24042211 (dále jen „pojišťovna“) vydává tyto Obchodní podmínky pro životní pojištění NN Orange Care (dále jen „obchodní podmínky“).

Datum účinnosti těchto obchodních podmínek: **1. 9. 2025**
 Název produktu: **Životní pojištění NN Orange Care**
 Datum uvedení produktu na trh: **1. 5. 2024**

Doplňkové ujednání

Doplňkové ujednání pro 2. a další pojištěnou osobu – výjimka z oceňování rizika a čekacích dob

- Pokud je v rámci jedné pojistné smlouvy sjednáno připojištění pro více pojištěných osob (dále jen „původní smlouva“) a dojde-li k zániku pojištění z důvodu úmrtí prvního pojištěného a výplaty pojistného plnění, mají ostatní pojištěné osoby právo uzavřít novou pojistnou smlouvu (dále jen „pokračující smlouva“) **bez zkoumání zdravotního stavu** (povinnosti vyplňovat zdravotní dotazník), pokud budou splněny všechny níže uvedené podmínky:
 - pojištěná osoba uzavře pokračující pojistnou smlouvu s pojišťovnou nejpozději do 3 měsíců ode dne zániku původní smlouvy;
 - rozsah pojistné ochrany je u původní smlouvy zcela identický anebo užší v porovnání s původní smlouvou (výše pojistných částek, tarif připojištění atd.), pokud byly na původní smlouvě speciální ujednání (např. individuální výluky) vztahující se k dalším pojištěným osobám, budou pro ně platné i na pokračující smlouvě;
 - maximální doba trvání pojištění a připojištění na pokračující smlouvě je určena jako rozdíl sjednané doby trvání daného tarifu u původní smlouvy a proběhnuvšího aktuálního výročí pojištění před datem zániku původní smlouvy.

- Tímto doplňkovým ujednáním není dotčeno právo pojišťovny na nabídku aktuálně nabízeného produktu v daném roce, kdy bude mít o uzavření nové smlouvy zájemce o pojištění/pojištěná osoba dle věty první tohoto doplňkového ujednání zájem, resp. v roce, v němž dojde k pojistné události úmrtí prvního pojištěného.
- Nárok na stejnou výjimku z posuzování zdravotního stavu vznikne také v případě, že dojde k rozvodu manželství (nebo zrušení registrovaného partnerství) dvou osob pojištěných dosud společně na původní smlouvě. Podmínkou pro uplatnění nároku je, že na pokračující smlouvě jsou splněny všechny tři podmínky uvedené výše v odst. 1.
 - V případech uvedených v předchozích odstavcích a při splnění výše uvedených podmínek pojišťovna **zohlední uplynulou čekací dobu** z ukončených připojištění původní smlouvy. Pokud je rozsah pojistné ochrany na pokračující smlouvě vyšší, než byl na smlouvě původní, a pokud nastane škodná událost v čekací době pokračující smlouvy, zohlední pojišťovna uplynulou čekací dobu pouze pro pojistné události, které byly definovány jako pojistné události i podle smlouvy původní a maximálně v rozsahu pojistných částek sjednaných na původní smlouvě.

Slevy a přírázky a jejich zohlednění v pojistném

Na pojistné smlouvě mohou být sjednány následující slevy či přírázky:

- Sleva za výši pojistného** (níže SlevaPoj)
 - Tato sleva je poskytnuta všem pojištěným ze všech sjednaných pojištění a připojištění. Informaci o výši a podmínkách slevy za výši pojistného poskytne pojistníkovi zprostředkovatel při uzavírání smlouvy.
 - Výše slev je uvedena v modelaci k pojistné smlouvě, která je přílohou pojistné smlouvy.

Pojištění může být sjednáno za podmínek, které byly individuálně domluveny na základě komplexního posouzení nestandardního pojistného rizika. Sjednání přírázky je výsledkem oboustranné dohody smluvních stran na počátku pojištění, nebo při jeho změně, mohou se týkat kteréhokoli pojištění či připojištění na smlouvě. Výše přírázky je uvedena v pojistné smlouvě, resp. v modelaci k pojistné smlouvě.

- Přírázka za zdravotní riziko** (níže PřírázkaZdr)
 - Tato přírázka může být započtena z důvodu zvýšeného zdravotního rizika.
- Jiná přírázka za nestandardní riziko** (níže PřírázkaJin)
 - Tato přírázka může být započtena na základě individuálního posouzení nestandardních rizik. Může se jednat o tzv. rezidenční riziko.

Případné přírázky a slevy jsou stanoveny v % a jsou uvedeny (pokud byly poskytnuty a zohledněny při výpočtu pojistného) **v modelaci pojistné smlouvy a také v pojistce.**

Způsob výpočtu pojistného v případě přírážek či slev

Pro účely výpočtu se použije procentní hodnota slev a přírážek vyjádřená desetinným číslem (např. 0,3 místo 30 %).

V konkrétním případě může dojít k souběhu více typů přírážek či slev. V takovém případě se jednotlivé slevy a přírážky mezi sebou násobí. Vzorec výpočtu výsledného pojistného za konkrétní pojištění či připojištění při zohlednění všech teoretických slev či přírážek je uveden v následujícím schématu.

$$\begin{array}{|l} \text{Výsledné pojistné} \\ \text{podle zvolené} \\ \text{frekvence} \end{array} = \begin{array}{|l} \text{Pojistné beze slev a bez přírážek} \\ \times (1 + \text{PřírážkaZdr}) \times (1 + \text{PřírážkaJin}) \\ \times (1 - \text{SlevaPoj}) \end{array}$$

Poznámka: V reálném případě nemůže dojít k souběhu všech uvedených slev a přírážek na jednom pojištění/připojištění, protože některé se týkají odlišných typů rizik nebo se vzájemně vylučují. Uvedený vzorec je však obecně platným vyjádřením způsobu výpočtu.

Výsledek se zaokrouhlí matematicky na celé koruny.

Pojistné za celou smlouvu je součtem pojistného za jednotlivá pojištění a připojištění.

Jaké okolnosti mohou způsobit změnu výše pojistného

V návaznosti na čl. 14 Všeobecných podmínek pro životní pojištění se jako objektivní změny podmínek rozhodných pro výši pojistného vymezují následující skutečnosti:

- dojde-li ke změně úmrtnosti (hodnota q_x) v úmrtnostních tabulkách vydávaných Českým statistickým úřadem;
- dojde-li ke snížení úmrtnosti u osob, u nichž v důsledku zdravotní diagnózy vznikne nárok na příspěvek na péči anebo invaliditu dle předpisů upravujících sociální zabezpečení (viz písm. c, bod iii a iv);
- dojde-li ke zvýšení hodnot vyjadřujících četnost vzniku zdravotního stavu, který zakládá nárok na dávky příspěvku na péči dle zákona upravujícího sociální služby;
- dojde-li ke změně podílu mužů a žen v portfoliu pojišťovny, a to z hlediska jejich zastoupení a/nebo z hlediska jimi sjednávaných pojistných částek;

e) dojde-li ke zvýšení sazeb zajišťovacího pojistného z důvodu růstu pojistného rizika.

Statistické údaje ve smyslu písm. a), b) a c) zjišťuje pojišťovna od příslušných orgánů veřejné správy, zejména Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (MPSV), České správy sociálního zabezpečení (ČSSZ), Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS), Českého statistického úřadu (ČSÚ) a Úřadu práce ČR (ÚP).

Zvýšení hodnot vyjadřujících četnost vzniku zdravotního stavu podle písm. c) se sleduje vždy za období celých kalendářních let, které následují po roce, v němž bylo dané pojištění, resp. připojištění uvedeno pojišťovnou do prodeje.

Pojišťovna je oprávněna zvýšit pojistné za krytá rizika a/nebo běžné pojistné pouze v nezbytném rozsahu, a to zejména s ohledem na dodržení svých závazků plynoucích z pojistných smluv.

Platby pojistného a poplatky

Minimální hodnota běžného pojistného

Minimální hodnota běžného pojistného při sjednání pojištění nebo při změně pojištění na žádost pojistníka podle frekvence placení (délky pojistného období)	200 Kč 600 Kč 1 200 Kč 2 400 Kč	měsíčně čtvrtletně pololetně ročně
Minimální hodnota běžného pojistného během trvání pojištění podle frekvence placení (délky pojistného období)	100 Kč 300 Kč 600 Kč 1 200 Kč	měsíčně čtvrtletně pololetně ročně

Jak správně hradit pojistné

- Pojistné je placeno bankovním převodem.
- Číslo účtu příjemce: 1000588419/3500
 - Variabilní symbol: číslo pojistné smlouvy

Poplatky z pojistné smlouvy

Poplatek za změnu základních údajů smlouvy (osobní a kontaktní údaje, údaje ohledně plateb atd.)	zdarma
Poplatek za změnu technických parametrů pojištění (pojistného, pojistné částky, připojištění apod.)	zdarma
Poplatek za zaslání upomínky pro neplacení pojistného nebo jeho části (odeslané písemnou formou)	50 Kč
Poplatek za inkasní správu pohledávky po ukončení smlouvy (hrazený inkasní společností)	20 % z dlužné částky, min. 100 Kč
Poplatek za inkasní správu pohledávky v případě neoprávněné výplaty pojistného plnění (hrazený inkasní společností)	25 % z pohledávky, max. však 25 000 Kč

Pojišťovna má právo změnit výši poplatků vyjádřených v Kč pouze v závislosti na indexu růstu spotřebitelských cen zveřejňovaného Českým statistickým úřadem vždy za příslušný kalendářní rok, a to za období od data uvedení produktu pojišťovnou na trh (je uvedeno v úvodu těchto obchodních podmínek), resp. od poslední změny poplatků.

Podmínky poskytování a používání elektronických služeb

Vysvětlivky pojmů

Autorizační číslo	Číslo mobilního telefonu pojistníka pro autorizaci. Jedná se o číslo, které pojistník uvedl ve formuláři pojistné smlouvy či v žádosti o změnu pojistné smlouvy. Pojistník je výlučným uživatelem tohoto čísla mobilního telefonu. Autorizační číslo slouží k ověření totožnosti pojistníka ve smyslu ustanovení § 8 odst. 5 zákona č. 253/2008 Sb. a autorizaci (potvrzení) provádění povolených změn smlouvy pojistníkem.
Autorizační heslo	Heslo pro přihlášení do Klientského portálu, tj. ke službě Moje NN.
Autorizační e-mail	E-mail pojistníka pro autorizaci. Jedná se o e-mail, který pojistník uvedl ve formuláři pojistné smlouvy či v žádosti o změnu pojistné smlouvy. Pojistník je výlučným uživatelem tohoto e-mailu. Autorizační e-mail slouží k ověření totožnosti pojistníka ve smyslu ustanovení § 8 odst. 5 zákona č. 253/2008 Sb. a autorizaci (potvrzení) provádění povolených změn smlouvy pojistníkem.
Kontaktní údaje	Jedná se o údaje jako Telefonní číslo nebo E-mail, skrze které může pojišťovna s pojistníkem komunikovat.
E-mail	E-mailová adresa sdělená pojišťovně pojistníkem v pojistné smlouvě nebo v žádosti o její změnu.
Telefonní číslo	Číslo mobilního telefonu sdělené pojišťovně pojistníkem, které je odlišné od Autorizačního čísla a které pojistník uvedl v pojistné smlouvě nebo v žádosti o její změnu.
Klientský portál	Klientský webový portál Moje NN (www.mojenn.cz), který pojistníkovi umožňuje on-line přístup k informacím o jeho pojistné smlouvě.
Klientské centrum	Kontaktní centrum pojišťovny, které zajišťuje komunikaci ohledně poskytování elektronických služeb, přístupových údajů a s tím souvisejících úkonů.

- Obsahem tohoto dokumentu je definování pravidel pro poskytování elektronických on-line služeb pojistníkovi ze strany pojišťovny a využívání těchto služeb pojistníkem (dále jen „služba Moje NN“).
- Služba Moje NN je provozována pojišťovnou a bude pojistníkovi zpřístupněna prostřednictvím portálu www.mojenn.cz (dále jen „Klientský portál“) či jiných komunikačních kanálů (např. ePodatelna, schvalování protinabídek skrze potvrzení Autorizačním číslem, potvrzování údajů Autorizačním číslem či Autorizačním e-mailem).

Poskytování výstupních informací a zprostředkování povolených operací na Klientském portálu nebo formou SMS zpráv či internetu je realizováno prostřednictvím veřejných komunikačních linek, jejichž zabezpečení pojišťovna nemůže ovlivnit, a proto nenese odpovědnost za případnou újmu v důsledku zneužití přenášených dat.

- Přihlášení do Klientského portálu je pojistníkovi umožněno pomocí rodného čísla a současně:
 - jednorázového kódu, který obdrží na Autorizační číslo, anebo
 - prostřednictvím Autorizačního hesla, které mu Klientské centrum zašle na jeho žádost, a to doporučeně na jím sdělenou korespondenční adresu.Prostřednictvím Klientského portálu má pojistník možnost provádět povolené operace v rámci jím uzavřené pojistné smlouvy. Jedná se zejména o operace, na jejichž základě může pojistník disponovat finančními prostředky na pojistné smlouvě (zejm. realizace mimořádného výběru z podílového účtu u investičního životního pojištění), příp. provádět povolené změny pojistné smlouvy. Pojišťovna je mimo Klientský portál také oprávněna komunikovat s Pojistníkem za účelem potvrzení změn smlouvy, protinabídek či upřesnění údajů také formou autorizační SMS či autorizovaného telefonátu na Autorizační číslo či Autorizačního e-mailu.
- Pojistník nese plnou odpovědnost za ochranu svého Autorizačního hesla, Autorizačního e-mailu a Autorizačního čísla. Pojistník rovněž nese plnou odpovědnost za pravdivost uvedených údajů. Pojišťovna neodpovídá za případné zneužití Autorizačního hesla, Autorizačního e-mailu ani Autorizačního čísla. Ztrátu nebo odcizení mobilního telefonu s Autorizačním číslem či ztrátu přístupu k Autorizačnímu e-mailu je pojistník povinen neprodleně nahlásit pojišťovně prostřednictvím Klientského centra. Případná žádost o změnu Autorizačního čísla či Autorizačního e-mailu musí být opatřena úředně ověřeným podpisem, anebo podpisem ověřeným prostřednictvím zástupce NN oproti platnému průkazu totožnosti. Změnu Autorizačního čísla lze činit i pomocí Klientského portálu Moje NN, kde jsou uvedeny instrukce pro takovou změnu, změnu Autorizačního čísla nebo Autorizačního e-mailu lze rovněž provést skrze datovou schránku nebo podáním v systému NN ePodatelna s využitím podpisu BankID.
- Pokud pojistník uvedl další Kontaktní údaje, tj. E-mail nebo Telefonní číslo, souhlasí s tím, aby s ním NN Životní pojišťovna komunikovala prostřednictvím těchto kontaktů.
- Má-li pojistník navíc uzavřenou další smlouvu s některou ze společností skupiny NN, zejména pak s NN Penzijní společností, a.s., nebo se společností NN Finance, s.r.o., souhlasí s tím, aby NN Životní pojišťovna tyto kontakty předala i těmto společnostem pro účely možné elektronické komunikace. V rámci elektronické komunikace budou společnostmi skupiny NN používat vždy aktuální, tj. poslední pojistníkem uvedené, kontakty. Pokud pojistník v budoucnu uzavře další smlouvu s některou ze společností skupiny NN a uvede v ní odlišné (aktualizované) kontakty, anebo pokud provede změnu kontaktů na kterékoli své stávající smlouvě se společností skupiny NN, budou tyto nově uvedené kontakty považovány za žádost o změnu kontaktů na všech smlouvách pojistníka, tedy i na všech smlouvách životního pojištění.
- Pojistník bere na vědomí, že některé elektronické služby k pojistné smlouvě mohou být pojišťovnou zpoplatněny. Veškeré poplatky jsou uvedeny v aktuálně platných obchodních podmínkách k příslušnému životnímu pojištění.

Závěrečná ustanovení

- Tyto obchodní podmínky jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.
- Pojišťovna si vyhrazuje právo v průběhu trvání pojištění tyto obchodní podmínky měnit. Změna skutečností ovlivňujících výši pojistného, zejm. změna způsobu jeho výpočtu, stanovení podmínek a výše přírůžek či slev, nemá sama o sobě vliv na již sjednané pojistné smlouvy. Další částí obchodních podmínek může pojišťovna měnit i pro již sjednané smlouvy, avšak pouze za předpokladu, že lze takovou změnu odůvodnit změnou právních předpisů či výkladovými stanovisky veřejnoprávních dohledových orgánů. V případě dvoustranné dohody o změně pojistné smlouvy bude pojišťovna postupovat podle obchodních podmínek platných k datu účinnosti takové změny, nedohodnou-li se pojišťovna s pojistníkem jinak.
- Jakoukoliv změnu obchodních podmínek pojišťovna oznámí pojistníkovi nejpozději 30 dnů před její účinností, a to zveřejněním na internetových stránkách pojišťovny. Pojistník je oprávněn změnu navrženou pojišťovnou odmítnout a pojistnou smlouvu vypovědět ve lhůtě 30 dnů ode dne oznámení příslušné změny ze strany pojišťovny; výpovědní doba činí v tomto případě 30 dnů a počíná běžet dnem následujícím po doručení písemné výpovědi pojišťovně. Není-li ve výpovědní době pojišťovně doručena výpověď pojistné smlouvy, má se za to, že pojistník se změnou souhlasí.