

Pouze pro
vnitřní potřeby

Příručka prodejce

Flexibilní životní pojištění
Soukromé životní pojištění

zpracovalo oddělení vývoje a podpory produktů životního pojištění

Z 0095 (verze 01-01/2004)

5/01/2004/01

Úvod	2
-------------------	----------

Flexibilní životní pojištění	2
---	----------

1. Obecné zásady	2
2. Posuzování zdravotních a finančních rizik	6
3. Hlášení pojistných událostí	8
4. Příklad výplaty pojistného plnění	9
5. Všeobecné pojistné podmínky pojištění osob OSO 3	10
6. Speciální pojistné podmínky flexibilního životního pojištění s připojištěním FŽP	14

A. FLEXIBILNÍ ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ – STANDARDNÍ VERZE	16
---	-----------

1. Životní složka	16
2. Úrazová/nemocenská složka	18
3. Rizikové skupiny	20
4. Vyplněný návrh pojistné smlouvy	21
5. Příklad vývoje kapitálové hodnoty	24
6. Tabulky sazeb	26

B. FLEXIBILNÍ ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ S PŘÍSPĚVKEM ZAMĚSTNAVATELE	31
--	-----------

1. Popis produktu	31
2. Potřebné formuláře	32
3. Placení pojistného	33
4. Daňové výhody, zdanění pojistného plnění	33
5. Vyplněné prohlášení pojistníka o výši pojistného a jeho plátcích	34

Soukromé životní pojištění	35
---	-----------

1. Výklad zákona č. 586/1992 Sb. o daních z příjmů.....	35
2. Obecné zásady	36
3. Speciální pojistné podmínky soukromého životního pojištění	40
4. Vyplněný návrh pojistné smlouvy	41
5. Tabulky sazeb	42

ÚVOD

Tato nová verze příručky prodejce flexibilního životního pojištění a soukromého životního pojištění obsahuje souhrn zásad a pravidel, které musejí být dodržovány při prodeji těchto produktů. Doplnkem příručky jsou platné metodické pokyny, směrnice, příkazy GŘ a ostatní interní předpisy, které se vztahují k flexibilnímu a soukromému životnímu pojištění.

Flexibilní životní pojištění a soukromé životní pojištění se řídí Občanským zákoníkem, Obchodním zákoníkem, všeobecnými pojistnými podmínkami pojištění osob, speciálními pojistnými podmínkami daného pojištění a touto příručkou.

FLEXIBILNÍ ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

Flexibilní životní pojištění představuje komplexní spojení životního pojištění a osobních úspor pojištěných osob s vysokou variabilitou a flexibilitou klientem vkládaných finančních prostředků. FŽP je celoživotní pojistně-kapitálový program obsahující životní pojištění a dále volitelně pojištění velmi vážných onemocnění, pojištění plné invalidity, pojištění zproštění od placení pojistného, pojištění kapitálové hodnoty, úrazové nebo nemocenské pojištění dospělých a úrazové pojištění dětí.

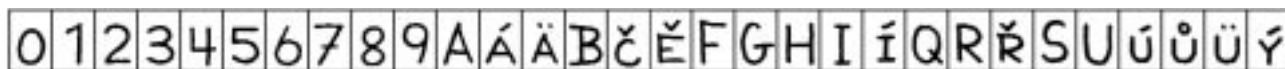
1. OBECNÉ ZÁSADY

1.1. Uzavření pojistné smlouvy

Všechny návrhy na uzavření pojistné smlouvy a všechny dodatky vystavené pojistitelem musí mít zásadně písemnou formu. Zaměstnanec pojišťovny, popř. pověřený zprostředkovatel, převezme od klienta řádně vyplněný a oběma smluvními stranami podepsaný návrh na uzavření pojistné smlouvy. Po posouzení rizikovitosti předloženého návrhu vystaví Pojišťovna České spořitelny, a.s., písemné potvrzení o uzavření pojistné smlouvy – pojistku.

1.2. Vyplnění návrhu pojistné smlouvy

Návrhy na uzavření pojistných smluv jsou upraveny pro skenování, proto je nutné návrhy vyplňovat dle následujícího vzoru písma. Vzor písma pro vyplňování jednotlivých kolonek návrhu na uzavření pojistné smlouvy



Pokud některé kolonky na návrhu budou nedostačující pro vepsání potřebných údajů a údaje nebude možné vepsat do zvláštního ujednání (např. zajištění závazku, dlouhé zvláštní ujednání apod.), je nutné k návrhu pojistné smlouvy přiložit čistý list papíru, označit jej jako příloha č..... k návrhu č..... a potřebné údaje na něj dopsat. Tato příloha musí být podepsána pojistníkem, 1. a 2. pojištěným a zplnomocněným zástupcem Pojišťovny ČS.

1.3. Pohyb návrhů pojistných smluv

Každý prodejce je povinen předat (zaslat) prostřednictvím vedoucího poradce (VP) originál návrhu (POJISTITEL) k centrální evidenci na centrálu Pojišťovny ČS nejdéle do 5 pracovních dnů od data uzavření. Není podstatné, zda se jedná o návrh s odloženým počátkem pojištění nebo s počátkem od 1. dne následujícího měsíce!

Tuto lhůtu je třeba bezpodmínečně dodržovat, protože okamžikem uzavření návrhu začíná běžet zákonná dvouměsíční lhůta, ve které musí být rozhodnuto o konečném přijetí či nepřijetí do pojištění, ocenění rizik, úpravě či případné výpovědi návrhu pojistné smlouvy. Klient nebude přijat do pojištění, jestliže má u Pojišťovny ČS dluh z ukončených smluv nebo dluh z aktivních smluv, na kterých nebylo zapláceno pojistné déle než 1 měsíc po jeho splatnosti.

1.4. Pojistná částka

Minimální stanovená základní pojistná částka pro případ smrti a odvozeně i částka určená jako základ pro výplatu plnění v případě pojištění velmi vážných onemocnění, pojištění plné invalidity a pojištění kapitálové hodnoty je **10 000 Kč**. Maximální pojistná částka **není omezena** s výjimkou pojištění velmi vážných onemocnění (2 000 000 Kč), pojištění plné invalidity (300 000 Kč), úrazových a nemocenských pojištění (viz jednotlivé stanovené tarify). Maximální limity pojistných částek jsou popsány v kapitole 2.2. této příručky.

1.5. Pojistná doba

Flexibilní životní pojištění se uzavírá **na dobu minimálně 5 let**, maximálně do 75 let věku pojištěného (resp. mladšího z dvojice pojištěných).

Počátek pojištění je v 00.00 hodin dne sjednaného jako počátek pojištění. Nejdříve možným počátkem je 1. den následujícího kalendářního měsíce po měsíci, ve kterém byl uzavřen návrh. Může být sjednán tzv. odložený počátek pojištění – max. 6 měsíců od data uzavření návrhu (příklad: datum uzavření návrhu je 12.1.2004, maximální možný počátek pojištění je 1.7.2004).

Konec pojištění je stanoven na 24.00 hodin dne předcházejícího výročnímu dni počátku pojištění v roce, ve kterém se pojištěný dožije sjednaného věku (max. 75 let). V případě pojištění dvojice osob se výstupní věk stanovuje pro mladšího pojištěného, starší z dvojice pojištěných je pojištěn do 75 let, maximálně však do sjednaného konce pojištění.

1.6. Pojistné

Pojistné se platí buď najednou za celou dobu trvání – **počáteční jednorázové pojistné** nebo za dohodnutá pojistná období – **běžné pojistné** (ročně, pololetně, čtvrtletně nebo měsíčně). FŽP umožňuje i souběh počátečního jednorázového pojistného (mimořádného pojistného) a současně placeného běžného pojistného. Pojistné je kalkulováno tak, aby na konci smlouvy byla klientovi vyplacena částka ve výši min. 10 % základní pojistné částky.

Pojistník může kdykoliv v době trvání pojištění zaplatit **mimořádné pojistné**, které po odečtení případného dlužného pojistného zvyšuje kapitálovou hodnotu smlouvy. Minimální výše mimořádného pojistného je stanovena pojistitelem na 1 000 Kč.

1.7. Platba pojistného

Pojištěný může první platbu běžného pojistného uhradit poštovní poukázkou přiloženou k návrhu pojistné smlouvy. Další platby pojistného musí platit až po obdržení pojistky.

Pojistné lze hradit následujícími způsoby:

a) inkasem z účtu

Pro uskutečnění platby inkasem je třeba - **zajít do banky a zadat povolení k inkasu (případně prostřednictvím elektronického bankovníctví)** ze svého účtu vedeného u příslušné banky **ve prospěch běžného účtu číslo 030015 – 1205841369 / 0800**. Číslo účtu, jehož majitelem je Pojišťovna České spořitelny, a.s. (dále jen pojišťovna), je vždy uvedeno na pojistce, resp. pojistné smlouvě (dále jen pojistná smlouva). Účet, v jehož prospěch bude inkaso prováděno, je nutné zadat včetně předčíslení, pokud je na pojistné smlouvě uvedeno.

Na souhlasu s inkasem je nutné dále zadat:

- **limit inkasované částky v Kč, který musí být nejméně ve stejné výši jako smluvně sjednaná částka pojistného.** Pokud klient předpokládá možnou budoucí změnu do pojistné smlouvy s navýšením částky pojistného, je vhodné zvolit vyšší limit, než je výše pojistného na současné pojistné smlouvě, aby nebylo nutné obměňovat v bance souhlas s inkasem (vyšší inkasní limit než je sjednaná částka pojistného zadává klient pojišťovny na základě vlastního uvážení).
- **cyklus limitu**, kterým se rozumí na pojistné smlouvě sjednaný způsob placení pojistného (ročně, pololetně, čtvrtletně, měsíčně). Cyklus limitu pro inkaso zadáný v bance musí odpovídat cyklu plateb pojistného, který je sjednán v pojistné smlouvě.
- **datum začátku platnosti limitu.** Klient pojišťovny na souhlasu s inkasem zadá přesné datum, kdy bude poprvé provedeno inkaso pojistného ve prospěch běžného účtu pojišťovny. Podle zadaného cyklu limitu (ročně, pololetně, čtvrtletně, měsíčně) pak bude inkaso prováděno vždy k tomuto dni. Údaj se musí shodovat s datem začátku platnosti limitu uvedeným v pojistné smlouvě.
- **variabilní symbol (VS) pro příjemce platby.** Variabilním symbolem pro platbu pojistného inkasem se rozumí **číslo pojistné smlouvy**, na jejímž základě zadává klient pojišťovny souhlas s inkasem.

b) jiným způsobem

Jestliže klient má sjednaný platby pojistného jiným způsobem než inkasem z účtu, může pojistné platit následujícími způsoby:

- **převodem** - ze spořicího, postřirového nebo jiného běžného účtu na inkasní účet Pojišťovny České spořitelny, a.s., č. 030015 – 1205841369/0800 (jednorázový nebo trvalý příkaz k úhradě).
- **hotově** - složením hotovosti v pokladně České spořitelny, a.s., nebo v pokladně jiného peněžního ústavu - převodem hotovosti na inkasní účet Pojišťovny ČS č. 030015 – 1205841369/0800. Tento převod je bez poplatku.
- **poštovní poukázkou** - prostřednictvím České pošty, s.p. Na složence je nutné vyplnit inkasní účet č. 030015 – 1205841369/0800, variabilní symbol (číslo pojistné smlouvy), konstantní symbol 3558 a příslušné částky pojistného. Poukázky nebudou klientům zasílány z centrály Pojišťovny ČS (ani na vyžádání). Za platbu složenkou si pojistitel účtuje inkasní poplatek (viz platný sazebník poplatků).

Podrobné informace o placení pojistného má klient uvedeny na pojistce.

Klientovi jsou společně s pojistkou zasílány složenky na úhradu prvních splátek pojistného. Počet složenek je závislý na způsobu a frekvenci placení pojistného následovně:

- jedna složenska pro smlouvy placené ročně nebo pololetně
- jedna nebo dvě složenky pro smlouvy placené čtvrtletně nebo měsíčně
- další složenska se tiskne, je-li sjednáno k běžnému pojistnému i počáteční jednorázové pojistné
- pokud je sjednána technika placení inkasem z účtu, tiskne se tolik složenek, aby bylo pokryto období od počátku pojištění do počátku placení inkasem.

O změnu placení běžného pojistného z plateb „inkasem z účtu“ na platby „jiným způsobem“ (převodem, hotově nebo poštovní poukázkou) a naopak, tj. z plateb „jiným způsobem“ na platby „inkasem z účtu“ je nutné písemně zažádat pojistitele.

UPOZORNĚNÍ: Variabilním symbolem při platbě běžného pojistného je číslo pojistné smlouvy 5 5xx xxx xxx (s výjimkou první platby běžného pojistného, které lze uhradit složenkou přiloženou k návrhu pojistné smlouvy na VS = číslo návrhu). Pokud bude chtít klient zaplatit mimořádné pojistné, platí ho až po vystavení pojistky na stejné číslo účtu, ale na odlišný variabilní symbol ve tvaru 5 4xx xxx xxx (upravené číslo pojistné smlouvy). Za škody vzniklé uvedením chybného čísla účtu, resp. variabilního symbolu pojistitel neodpovídá (viz SPP FŽP).

1.8. Pojistné plnění

Pojistná částka splatná dle pojistné smlouvy po vzniku pojistné události (smrt, diagnóza vážné choroby, plná invalidita, úraz, onemocnění). Po dožití se konce pojištění, resp. v případě ukončení pojistné smlouvy je pojištěnému (pojistníkovi) vyplacena kapitálová hodnota smlouvy.

Pojistné plnění (včetně plnění pro případ dožití) může být použito k **zajištění závazku** pojistníka formou vinkulace nebo zřízením zástavního práva.

Dojde-li ke smrti 1. resp. 2. pojištěného následkem úrazu po datu úhrady první platby pojistného, avšak před sjednaným počátkem pojištění, vyplátí pojistitel pojistné plnění ve výši sjednané základní pojistné částky, maximálně však do výše 100 000 Kč – jedná se o tzv. **předpřeběžné krytí**.

Pojištěný bude kryt v rozsahu uvedeném na pojistce ode dne, kdy byl návrh doručen na centrálu Pojišťovny ČS (rozhoduje razítko na návrhu), nejdříve však ode dne sjednaného počátku pojištění. Pojistná událost bude do vystavení pojistky likvidní pouze v případě, že návrh byl akceptován a byla vystavena pojistka nebo jedná-li se o smrt následkem úrazu nebo smrt nemoci, která nebyla diagnostikována před počátkem pojištění – jedná se o tzv. **přeběžné krytí**. Pojistné plnění do doby vystavení pojistky je vyplaceno do maximální výše 1 100 000 Kč.

1.9. Vstupní věk

Určuje se vždy **ke dni počátku pojištění** (nikoliv ke dni uzavření návrhu!), jako rozdíl kalendářního roku počátku pojištění a kalendářního roku narození pojišťované osoby.

Pojistníkem může být osoba starší 18 let (dovršených), pojištěným může být dospělá osoba starší 15 let (dovršených) a dítě může vstoupit do pojištění v rozmezí 0–18 let (nedovršených).

1.10. Oprávněná osoba

Fyzická nebo právnická osoba oprávněná převzít pojistné plnění podle ustanovení pojistné smlouvy v případě pojistné události – smrti pojištěného. Pro všechna ostatní pojistná plnění je osobou oprávněnou převzít pojistné plnění (není-li smlouvou či zajištěním závazku stanoveno jinak) vždy pojištěný. Oprávněná osoba je určena jménem a rodným číslem nebo pouze vztahem k pojištěnému a pokud není stanoveno přímo v pojistné smlouvě, nabývá tohoto práva osoba uvedená v § 817, odst. 2 a 3 občanského zákoníku (dále jen „OZ“):

- a) manžel nebo manželka pojištěného,
- b) není-li ho, děti pojištěného,
- c) není-li jich, rodiče pojištěného,
- d) není-li jich, osoby, které žily s pojištěným po dobu nejméně jednoho roku před jeho smrtí ve společné domácnosti a které z tohoto důvodu pečovaly o společnou domácnost nebo byly odkázány výživou na pojištěného,
- e) není-li jich, dědici pojištěného.

Jestliže na návrhu jsou dva pojištění, mohou být pro každého uvedeny jiné oprávněné osoby (max. 3 osoby pro oba) a potom v součtu musí vyjít 100 % pro oprávněné osoby za jednotlivé pojištěné.

1.11. Legalizace výnosů z trestné činnosti

Obchodní zástupce pojišťovny je povinen provést **identifikaci účastníka obchodu**, který uzavírá, jestliže se jedná o:

- a) uzavření pojistné smlouvy s počátečním jednorázovým pojistným přesahujícím částku 500 000 Kč,
- b) uzavření pojistné smlouvy s pojistným, které v úhrnu za každých 12 měsíců trvání pojištění má přesáhnout částku 500 000 Kč,
- c) uzavření pojistné smlouvy, kdy se již při sjednávání ví, že klient vloží mimořádné pojistné ve výši přesahující částku 500 000 Kč,
- d) podezřelý obchod.

za **podezřelý obchod** se považuje obchod provedený za okolností, které vyvolávají podezření ze snahy o legalizaci výnosu. Výše finančních prostředků, které jsou do takového obchodu vkládány, není rozhodující pro posouzení, zda jde o podezřelý obchod či nikoliv. Ověření identifikačních údajů účastníka obchodu (pojistníka) provede obchodní zástupce na návrh pojistné smlouvy – ověření dělá dle občanského průkazu, cestovního pasu příp. jiného dokladu.

1.12. Změny ve flexibilním životním pojištění

Při jakémkoliv požadavku na změnu ze strany pojistníka (s výjimkou zaplacení mimořádného pojistného a předplacení pojistného) se vyplňuje tiskopis „Žádost o změnu v pojistné smlouvě“ (Z 0011). Žadatelem o změny do pojistné smlouvy může být pouze pojistník a jeho totožnost se ověřuje na základě předloženého platného osobního dokladu. V případě žádosti o změnu oprávněných osob musí být žádost o změnu podepsaná pojistníkem i dospělými pojištěnými osobami. Změny v pojistných smlouvách se dělí na změny netechnické (ty, které nemají vliv na výši pojistného) a změny technické (ty, které mají vliv na výši pojistného).

Každá změna údaje uvedeného na pojistce je stvrzena vydáním **Dodatku**, připojeného k pojistce. Dodatek vstupuje v platnost dnem uvedeným na tomto dodatku.

Pojistitel si za provedení druhé a každé další změny v kalendářním roce účtuje pojistné – technický poplatek (viz platný sazebník poplatků). Jeden formulář žádosti o změnu může obsahovat více dílčích změn.

Netechnické změny:

- změna jména, příjmení pojistníka, pojištěných
- změna adresy jejich bydliště
- změna telefonního čísla pojistníka, pojištěných
- změna podmínek zajištění závazku
- změna oprávněných osob
- opravy chybně evidovaných dat apod.

Netechnické změny platí od data, kdy byla žádost o změnu zpracována pojistitelem, v případě oprav chybně natypovaných údajů od data počátku pojištění.

Technické změny:

- zvýšení nebo snížení běžného pojistného
- zvýšení popř. snížení pojistné částky
- změna doby trvání
- změna frekvence nebo techniky placení pojistného
- změna rizikové skupiny
- dočasné přerušení placení pojistného, za předpokladu dostatečné výše kapitálové hodnoty
- sjednání nebo vyloučení úrazových a doplňkových pojištění
- převedení pojištění do redukováného stavu

Technické změny vstupují v platnost prvním dnem následujícího pojistně-technického období (kalendářního měsíce) po vystavení dodatku.

1.13. Výplata části kapitálové hodnoty

Pojistník může v průběhu trvání pojištění požádat pojistitele o výplatu části kapitálové hodnoty smlouvy. Podmínkou uskutečnění výplaty je postačitelost výše běžně placeného pojistného a zůstatku kapitálové hodnoty smlouvy pro pokrytí sjednaného rizikového pojistného a technických poplatků za správu smlouvy do konce trvání smlouvy. V kapitálové hodnotě smlouvy dále musí po výplatě části kapitálové hodnoty zůstat částka ve výši pojistného za následujících šest měsíců trvání pojištění. Minimální částka k výplatě je stanovena na 1 000 Kč.

1.14. Výpověď pojistné smlouvy - výplata odkupní hodnoty FŽP

Pojistník má právo v průběhu trvání pojištění písemně zažádat o ukončení pojistné smlouvy s výplatou odkupní hodnoty. Žádost se podává na tiskopise „Výpověď pojistné smlouvy“ (Z 0088). Odkupní hodnota neodpovídá zaplacenému pojistnému, ale kapitálové hodnotě smlouvy. Nárok na výplatu odkupní hodnoty vzniká nejdříve **po 1 roce trvání pojištění** (výjimkou je zaplacení počátečního jednorázového pojistného nebo mimořádného pojistného). Do doby 2 let od počátku pojištění je odkupní hodnota rovna **90 % kapitálové hodnoty smlouvy**. Po uplynutí této doby je rovna kapitálové hodnotě smlouvy. Výpovědní lhůta je čtyřtydenní a začíná běžet od následujícího dne po doručení výpovědi pojistiteli. Pojištění končí posledním dnem pojistně-technického období (kalendářního měsíce) po uplynutí této lhůty.

1.15. Pojištění v redukováném stavu

Na žádost pojistníka, popř. z jiných důvodů (neplacení pojistného), může být pojištění převedeno do **redukováného stavu**.

Po převedení smlouvy do redukováného stavu je **pojistná částka pro případ smrti nulová**. Tímto dnem zanikají všechna sjednaná připojištění.

Pokud je pojištění v redukováném stavu, má pojistník právo zaplatit kdykoliv mimořádné pojistné, požadovat zrušení pojištění s výplatou odkupní hodnoty nebo požádat o odredukování pojistné smlouvy.

Po dobu trvání pojištění v redukováném stavu bude kapitálová hodnota smlouvy dále snižována o technické poplatky a nebude-li postačovat kapitálová hodnota k pokrytí těchto poplatků, zanikne pojištění bez další náhrady.

1.16. Zproštění od placení pojistného

Na rozdíl od ustanovení Všeobecných pojistných podmínek OSO 3 se na FŽP, vzhledem k podstatě pojištění, nevztahuje právo pojistníka být v případě plné invalidity automaticky zproštěn od povinnosti platit běžné pojistné. Toto právo vznikne pojistníkovi v případě, že je současně i **1. pojištěným a má sjednáno připojištění zproštění od placení pojistného**.

1.17. Podíly na výnosech

K FŽP nejsou běžným způsobem jako u standardních kapitálových pojištění připisovány podíly na výnosech. Kapitálová hodnota smlouvy je průběžně každý den přeceňována a za předpokladu řádně placeného pojistného zaručuje Pojišťovna ČS pravidelný růst této hodnoty ve výši minimálně 2 % ročně (u pojistných smluv uzavřených do 31. 12. 2003 zaručuje Pojišťovna ČS pravidelný růst kapitálové hodnoty ve výši minimálně 3 % ročně). V roce 2001 bylo dosaženo zhodnocení 7,48 % p.a. a v roce 2002 bylo dosaženo zhodnocení 6,03 % p.a.

1.18. Poplatky

U FŽP uplatňuje pojistitel následující poplatky:

- měsíční administrativní poplatek, z KH smlouvy je strháván každý měsíc při vystavení předpisu pojistného II. druhu
- procentní poplatek z běžného pojistného, je strháván z běžného pojistného při vystavení předpisu I. druhu
- procentní poplatek z mimořádného pojistného, je strháván z mimořádného pojistného při vystavení předpisu I. druhu
- inkasní poplatek za platbu pojistného poštovní poukázkou
- inkasní poplatek za měsíční platbu pojistného
- poplatek za provedení výběru části kapitálové hodnoty
- technický poplatek za správu kapitálové hodnoty
- pojistně-technický poplatek za provedení druhé a každé další změny v kalendářním roce
- poplatek za ukončení pojistné smlouvy (tento poplatek se uplatňuje např. při ukončení smlouvy dle odst. 1 § 802 obč. zákoníku)
- snížená tvorba kapitálové hodnoty v období prvních 24 měsíců trvání smlouvy

Je zde uveden pouze výčet poplatků bez jejich konkrétní výše, protože poplatky mohou být pojistitelem upravovány (snižovány i zvyšovány). Aktuální sazebník poplatků je k dispozici na Intranetu a Extranetu.

Snížená tvorba kapitálové hodnoty v období prvních 24 měsíců trvání pojistné smlouvy představuje náklady pojistitele na provize zprostředkovatele a vstupní administrativní náklady. Ostatní uvedené poplatky jsou stanovovány tak, aby pokryly náklady pojistitele spojené s provozem pojištění.

1.19. Daňové úlevy u Flexibilního životního pojištění

Na FŽP se vztahují daňové úlevy dané zákonem č. 586/1992 Sb. o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů. Daňové úlevy se však vztahují pouze na pojistné zaplacené na pojištění pro případ smrti nebo dožití (pro případ dožití je u FŽP tzv. spořicí složka – kapitálová hodnota smlouvy), kdy pojistník = pojištěný = poplatník. Další podmínkou pro možnost uplatnění daňových výhod je sjednání výplaty pojistného plnění v pojistné smlouvě až po 60 měsících od uzavření smlouvy a současně nejdříve v kalendářním roce, v jehož průběhu dosáhne poplatník věku 60 let. Na flexibilní životní pojištění může pojištěným přispívat při splnění daných podmínek i zaměstnavatel.

Daňové úlevy lze rozdělit do tří oblastí:

Daňová úleva pro pojistníka (poplatníka)

Od základu daně z příjmů lze odečíst poplatníkem zaplacené pojistné na zdaňovací období na pojištění pro případ smrti nebo dožití. Maximální částka, kterou lze za zdaňovací období odečíst, je 12 000 Kč, a to i v případě, že poplatník má uzavřeno více smluv s více pojišťovnami (max. 12 000 Kč v součtu ze všech pojistných smluv).

Daňová úleva pro zaměstnance

Částky pojistného, které hradí zaměstnavatel pojišťovně za zaměstnance na pojištění pro případ smrti nebo dožití, jsou do výše 12 000 Kč ročně od téhož zaměstnavatele osvobozeny od daně z příjmu.

Daňová úleva pro zaměstnavatele

Pojistné, které hradí zaměstnavatel pojišťovně za zaměstnance na pojištění pro případ smrti nebo dožití, je do výše 8 000 Kč (na jednoho zaměstnance) za zdaňovací období považováno za výdaje (náklady).

Další daňovou výhodou pro zaměstnance i zaměstnavatele je, že z částek pojistného (bez omezení výše), které hradí zaměstnavatel za zaměstnance na pojištění pro případ smrti nebo dožití, se neplatí sociální a zdravotní pojištění (nezahrnuje se do vyměřovacího základu pro výpočet sociálního a zdravotního pojištění). Tato výhoda se vztahuje i na pojistné uhrazené zaměstnavatelem za zaměstnance na jeho úrazové pojištění.

2. POSUZOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH A FINANČNÍCH RIZIK

2.1. Základní zdravotní dotazy a dotazník o zdravotním stavu

Uzavření pojistné smlouvy závisí samozřejmě i na zdravotním stavu pojišťované osoby (životně pojišťovaných osob). Základními údaji o zdravotním stavu jsou odpovědi na **4 základní zdravotní dotazy** a vyplněný **dotazník pojištěného**.

Základní zdravotní dotazy i dotazník pojištěného jsou součástí návrhu na uzavření pojistné smlouvy.

Zodpovězení základních zdravotních dotazů je nutné vždy při sjednávání FŽP. Jestliže budou odpovědi na všechny 4 základní zdravotní dotazy záporné a pojištění bude sjednáno jen v omezeném rozsahu, nevyplňuje se dotazník pojištěného.

Rozsah pojištění, při kterém postačuje zodpovězení 4 základních zdravotních dotazů:

- vstupní věk pojištěného do 60 let (včetně)
- základní pojistná částka do 300 000 Kč (včetně)
- možnost sjednání pojištění velmi vážného onemocnění, plné invalidity, zproštění od placení pojistného a pojištění kapitálové hodnoty
- úrazové pojištění – tarify O1 – O4, Z1 – Z3, U1 – U3 a U6 – U7

Jestliže bude sjednán větší rozsah pojištění nebo vstupní věk pojištěného bude nad 60 let nebo bude kladná odpověď na alespoň jeden ze 4 základních zdravotních dotazů, je vždy nutné vyplnit dotazník pojištěného.

Dotazník vyplňuje pojištěná osoba vlastní rukou jednoduchým zaškrtnutím odpovědí NE – ANO. Při odpovědích ANO je nutné doplnit do pravého sloupce dotazníku detaily, které souvisejí s příslušnou otázkou.

V případě klientova zájmu může prodejce poskytnout pojišťovanému radu, z důvodu soukromých dotazů týkajících se osobního zdraví klienta a diskretnosti údajů je nevhodné, aby dotazník vyplňoval prodejce. V každém případě by ale měl prodejce na závěr prohlédnout, zda v dotazníku nezapomněl klient vyplnit některé kolonky.

Velice důležitá a nezbytná pro konečné přijetí návrhu je **úplná adresa osobního lékaře** (praktického lékaře, gynekologa, dětského lékaře), tj. jméno, adresa ordinace a telefon.

K dotazníku je možné vypracovat přílohu, jejíž existence musí být na dotazníku viditelně označena.

Zdravotní dotazník pojištěného je rozdělen do 3 částí, které se celé vyplňují v případě, kdy je pro uzavření pojistné smlouvy nutný vyplněný zdravotní dotazník.

Poznámka: V případech pojištění dvojic je nutné vyplnit dotazník 1. pojištěného i dotazník 2. pojištěného!

Dotazník 1. pojištěného (v případě pojištění dvojice osob i dotazník 2. pojištěného) musí být podepsán pojištěným i pojistníkem.

2.2. Posouzení rizik

Na základě sjednávání pojistné částky (riziko pojištění pro případ smrti) je prodejce povinen (ve spolupráci s VP, popř. pracovníkem centrály Pojišťovny ČS) dle níže uvedených podmínek zajistit:

výpis ze zdravotní dokumentace (ošetřujícímu lékaři klienta zaslat tiskopis „Žádost o výpis ze zdravotní dokumentace“ – Z 0015 a „Fakturu“ pro úhradu za výpis)

lékařskou prohlídku LP (klientovi předat tiskopis „Lékařská prohlídka“ – Z 0016 a „Fakturu“ pro úhradu za LP) – prohlídku vykonává nezávislý smluvní praktický lékař, při vyšších pojistných částkách jsou požadována ještě další lékařská vyšetření

souhlas s poskytováním lékařských informací (tiskopis Z 0017) tento formulář je k dispozici ke stažení a bude používán kdykoli bude lékař v případě žádosti o výpis ze zdravotní dokumentace nebo v průběhu likvidace PU vyžadovat písemný souhlas klienta.

V případě, že vzhledem k výši pojistné částky výpis ze zdravotní dokumentace zařazuje automaticky prodejce, je třeba dát tento souhlas podepsat klientovi při sepisování návrhu, aby mohl být použit pro ošetřujícího lékaře.

potvrzení o výši pracovního příjmu (tiskopis Z 0018) tento formulář je k dispozici ke stažení a bude předáván klientům, u kterých je vzhledem k pojistné částce nutné doložení příjmu (lze použít pouze pro osoby v zaměstnaneckém pracovním poměru)

finanční dotazník – (klient vyplní samostatně přiložený tiskopis „Finanční dotazník“ – Z 0053); pro vyplňování platí stejná pravidla jako u zdravotního dotazníku (diskrétnost, údaje pouze pro zajišťatele apod.)

Prodejce je ve vlastním zájmu povinen zajišťovat včasné zasílání potřebných materiálů na centrálu Pojišťovny ČS (vzhledem k maximální dvouměsíční lhůtě **od data uzavření návrhu** pro konečné posouzení rizikovosti).

Platnost všech vyplněných formulářů mimo „Souhlasu s poskytováním lékařských informací“ je 3 měsíce, po této době je nutno doložit nové potvrzení.

Návrh na uzavření pojistné smlouvy nelze v žádném případě uzavírat v případech, kdy je pojišťovaná osoba **z jakéhokoliv důvodu práce neschopná**, popř. je-li **trvale upoutána na lůžko** nebo je v **nemocničním ošetřování**.

Seznam smluvních lékařů dle jednotlivých regionů a všechny uvedené formuláře jsou k dispozici na Intranetu a Extranetu.

LIMITY POJISTNÝCH ČÁSTEK A POVINNÁ DOKUMENTACE

Pojistná částka pro riziko smrti se počítá ze všech uzavřených pojistných smluv (vyjma SŽP)

nad 300 000 Kč:

výpis ze zdravotní dokumentace

nad 1 000 000 Kč:

výpis ze zdravotní dokumentace

lékařská prohlídka (včetně laboratoře – krev, moč, krevní obraz, EKG)

nad 3 000 000 Kč

výpis ze zdravotní dokumentace

lékařská prohlídka

HIV test

finanční dotazník nebo kopie úvěrové smlouvy

od 5 000 000 Kč včetně

výpis ze zdravotní dokumentace

lékařská prohlídka + originál EKG + originál laboratoř

HIV test

HbsAg, Anti HCV (hepatitis serologie)

muži od 50 let – PSA(prostata antigen)

finanční dotazník

u úvěrů – kopie úvěrové smlouvy

u OSVČ průměrný příjem za poslední 3 roky potvrzený daňovým poradcem

u OSVČ finanční bilance za 1–2 roky

u zaměstnanců potvrzení příjmu od zaměstnavatele

od 10 000 000 včetně je nutné doplnit ergometrické vyšetření

Připojištění: počítá se ze všech pojistných smluv

Při součtu denního odškodného od 400 Kč/den je nutný výpis ze zdravotní dokumentace.

Při součtu denní dávky od 300 Kč/den je nutný výpis ze zdravotní dokumentace.

Při součtu denního odškodného a denní dávky (u více smluv) od 400 Kč/den je nutný výpis ze zdravotní dokumentace.

Při součtu denního odškodného a/nebo denní dávky u více smluv od 500 Kč/den je nutné potvrzení příjmu nebo daňové přiznání.

u FŽP je nutný výpis:

u Z4 a Z5; U4, U5 a U8; N3, N4, N6, N7, N8, N9 a N10

u FŽP je nutné doložení příjmu:

u U4, U5 a U8; N8, N9 a N10

Není možné sjednat N tarif: **max. U2** – mat. dovolená, student

max. U1 – důchodce, invalidní důchodce, nezaměstnaný

Maximální limity pojistných částek (sčítají se pojistné částky ze všech smluv jednoho pojištěného)

Velmi vážná onemocnění: 2 000 000 Kč

Plná invalidita: není omezeno na jednoho pojištěného, limit 300 000 Kč na jednu pojistnou smlouvu

Smrt následkem úrazu: 4 000 000 Kč

Trvalé následky úrazu s progresivním plněním: 1 000 000 Kč

Denní odškodné: 1 000 Kč/den

děti, studenti, ženy na MD – 200 Kč/den

důchodci, nezaměstnaní – 100 Kč/den

Denní dávka: 1 000 Kč/den

Podle místa bydliště klienta se prodejce obrací s žádostí o prohlídku na smluvního lékaře Pojišťovny ČS. V případě potřeby však může prohlídku domluvit s jakýmkoliv soukromým praktickým lékařem (co nejbližší bydlišti klienta). Tento lékař nesmí být současně ošetřujícím lékařem daného klienta. Prohlídka klienta může být lékařem provedena jednorázově nebo může být s tímto lékařem uzavřena dlouhodobá smlouva o spolupráci. Za provedenou zdravotní prohlídku (tj. včetně EKG, krevních a močových testů) zaplatí pojišťovna lékaři paušální úhradu 750 Kč. Při dalších nutných lékařských vyšetřeních budou lékaři na základě fakturace uhrazeny i další odpovídající náklady. Oddělení underwritingu a likvidace může rozhodnout o potřebě dalšího lékařského vyšetření u nezávislého smluvního lékaře i u jiných případů, a o tomto faktu prodejce s předstihem informuje.

U pojistných návrhů vyžadujících lékařskou prohlídku, resp. výpis ze zdravotní dokumentace je vhodné odložit počátek pojištění tak, aby vznikl dostatečný prostor pro zkoumání zdravotních rizik. Zejména v případě návrhů s rizikem smrti od 5 000 000 Kč rozhoduje plně o přijetí do pojištění zahraniční zajišťitel. Je-li zdravotní dokumentace, popř. jiné podklady (finanční dotazník), neúplná či včas nezaslaná a není-li možné rozhodnout do 2 měsíců od uzavření návrhu, je návrh nepřijat nebo vypovězen. Jedinou možností může být uzavření nového návrhu, a tím prodloužení doby nutné k posouzení.

2.3. Zdravotní rizika u návrhů zahrnujících připojištění velmi vážných onemocnění

Vzhledem k tomu, že u pojištění velmi vážných onemocnění existuje velké riziko tzv. antiselekce (tj. výběru klientů proti zájmům pojišťovny), je třeba při uzavírání návrhů postupovat s větší opatrností. U klienta je třeba včas zjistit zdravotní stav, případně s ním vyplnit zdravotní dotazník (jen pokud s tím souhlasí). I v případech, kdy se klient „cítí velice dobře a plně zdrav“, je vhodné ho informovat o možném nepřijetí do pojištění s velmi vážnými chorobami. Po zjištění těchto zdravotních komplikací a chorob je vhodné nabídnout klientovi raději pojištění bez krytí velmi vážných chorob:

- kardiovaskulární choroby (vrozené i získané srdeční vady a choroby, oběhové potíže)
- kombinace těchto rizikových faktorů: silné kouření, vysoký tlak, obezita
- veškeré zhoubné nádory v anamnéze
- veškerá onemocnění ledvin, zvláště chronická a vrozené vady
- postižení CNS (centrální nervové soustavy) včetně epilepsie
- cukrovka s nutností podávání inzulínu
- silné kouření

2.4. Zdravotní rizika, u kterých může dojít k výpovědi návrhů FŽP (bez připojištění VVO):

- pracovní neschopnost z jakýchkoliv příčin (návrh nesmí být vůbec uzavřen)
- plný invalidní důchod, je - li uzavřeno připojištění denního odškodného
- plánovaná operace či pobyt v nemocnici (mimo porodu)
- vážné onemocnění dýchacího systému s trvalou medikací
- vážné onemocnění srdce, zvláště infarkt
- jakékoli vážnější onemocnění srdce, dýchacího a oběhového systému spojené s kouřením
- náhlá cévní mozková příhoda (mozková mrtvice) v anamnéze
- některé psychické choroby (schizofrenie, pokus o sebevraždu, mentální retardace, mentální anorexie)
- roztroušená skleróza
- některá jaterní onemocnění, zvláště ve spojitosti s alkoholismem
- vážné ledvinové choroby se špatnou prognózou
- cukrovka s nutností podávání inzulínu, zvláště u mladých lidí
- některé typy zhoubných nádorů v anamnéze - v případě veškerých typů zhoubných nádorů je vhodné uzavírat pojištění nejdříve 5 let po ukončení léčby
- alkoholismus, toxikomanie

2.5. Přírážky za zvýšené zdravotní riziko

Přírážky za zvýšené riziko mohou být uplatňovány u všech chorob a poruch uvedených v odstavcích 2.3. a 2.4. (pokud je návrh přijat do pojištění), a dále i v těchto případech:

kouření, nadváha, hypertenze, astma, chronická bronchitida, epilepsie, některé choroby zažívacího a močového systému, choroby krve a metabolismu (cukrovka, zvýšený cholesterol, hypofunkce a hyperfunkce štítné žlázy), případně další zdravotní problémy uvedené ve výpisu ze zdravotní dokumentace a obsažené ve zdravotním manuálu Swiss Re.

Přírážka může být uplatňována i při zvýšeném riziku při výkonu povolání nebo sportovní činnosti.

3. HLÁŠENÍ POJISTNÝCH UDÁLOSTÍ

3.1. Oznámení trvalých následků úrazu, denního odškodného a denní dávky

Oznámení se podává výhradně na tiskopise Pojišťovny ČS „Hlášení pojistné události“ (Z 0024). Tento formulář řádně vyplněný klientem a lékařem, pojištěný zašle nebo odevzdá na nejbližším zastoupení Pojišťovny ČS, odkud bude odeslán likvidátorovi na příslušné pracoviště. Poplatek za lékařem vyplněný formulář hradí vždy pojištěný.

Při uplatňování plnění z **denních dávek nebo denního odškodného** pojištěný dále musí doložit kopii dokladu o pracovní neschopnosti (stačí díl ukončení PN, kde je jak počátek, tak konec PN) potvrzenou zaměstnavatelem.

Při uplatňování plnění za **trvalé následky úrazu** je stejný postup (nepřikládá se již kopie pracovní neschopnosti), klient je potom vyzván příslušným likvidátorem k návštěvě smluvního lékaře Pojišťovny ČS, který provede ohodnocení výše procent trvalého poškození zdraví. Klient by měl uplatňovat pojistné plnění až po ustálení rozsahu trvalého poškození zdraví, tj. obvykle nejdříve po jednom roce od data vzniku úrazu (netýká se samozřejmě trvalých následků, které jsou hned po úrazu zřejmé – např. ztráta končetiny).

3.2. Oznámení velmi vážného onemocnění

Pro oznámení velmi vážného onemocnění se použije tiskopis „Hlášení pojistné události z pojištění velmi vážných onemocnění“ (Z 0027). Tento tiskopis předá pojištěný (popř. rodinný příslušník) k vyplnění příslušnému lékaři (ošetřujícímu nebo odbornému). Lékař odešle vyplněný tiskopis s přiloženou kopií kompletní zdravotní dokumentace, týkající se daného onemocnění přímo na centrálu Pojišťovny ČS, kde se provádí další nutná šetření, případně je zaslaná dokumentace předložena k posouzení odbornému smluvnímu lékaři Pojišťovny ČS. V případě oprávněnosti nároku je následně vyplaceno pojistné plnění.

3.3. Oznámení úmrtí, plné invalidity a zproštění od placení pojistného

Pro oznámení úmrtí, plné invalidity nebo zproštění od placení pojistného je určen tiskopis „Hlášení pojistné události – úmrtí, plná invalidita, zproštění od placení pojistného“ (Z 0025). V případě úmrtí je nutné neprodleně hlásit pojistnou událost na centrálu Pojišťovny ČS oddělení underwritingu a likvidace pojistných událostí úseku životního pojištění, zajistit kopie dokladů o úmrtí pojištěné osoby (ověřený úmrtní list), zjistit jména a přesné adresy oprávněných osob a veškerou dokumentaci odeslat nebo předat likvidátorovi na příslušné pracoviště, kde se provádí další nutná šetření. Kompletní dokumentaci likvidátor příslušného pracoviště odešle na oddělení underwritingu a likvidace pojistných událostí na centrálu Pojišťovny ČS, kde je případ zrevidován a ukončen.

V případě **smrti následkem úrazu** je nutné u oprávněné osoby (rodinného příslušníka) zajistit vedle výše uvedených dokumentů vyplněný tiskopis „Hlášení pojistné události“ (Z 0024) a dále zajistit protokol o vyšetřování úmrtí od instituce, která úmrtí vyšetřovala (např. Policie ČR).

V případě **plné invalidity** nebo **zproštění od placení pojistného** je nutné doložit rozhodnutí o přiznání plného invalidního důchodu (OSSZ) a rozhodnutí revizního lékaře o stavu pojištěného.

4. PŘÍKLAD VÝPLATY POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Pojištěný: muž 30 let

Rozsah pojištění: základní pojistná částka 100 000 Kč, pojištění pro případ smrti (100 % ZPČ), pojištění velmi vážných onemocnění (75 % ZPČ) a pojištění plné invalidity (50 % ZPČ).

Úrazové připojištění (tarif U5) – pojištění pro případ smrti následkem úrazu na poj. částku 500 000 Kč, pojištění trvalých následků úrazu na poj. částku 1 000 000 Kč a pojištění denního odškodného na poj. částku 800 Kč/den.

Pojištěný v pátém roce trvání pojištění při dopravní nehodě utrpěl těžká poranění horní poloviny těla - rozdrčení pravé ledviny. Při operaci rozdrčené ledviny se zjistilo, že druhá, tj. levá ledvina, je zakrnělá a nepracuje. Pojištěný musí pravidelně postupovat dialýzu.

1. Pojistné plnění z denního odškodného

Pojištěný byl z výše uvedených důvodů hospitalizován v nemocnici. Maximální limit počtu dnů léčení je dle tabulky „Maximální hodnoty plnění denního odškodného za dobu léčení úrazu v pracovní neschopnosti“ u této diagnózy (kód 127) 84 dnů.

Výše pojistného plnění je: $84 \times 1\,600$ (dvojnásobek za hospitalizaci z důvodu úrazu) = **134 400 Kč**

Za půl roku se našel dárcé pro transplantaci ledviny, klient přežil 30 dnů po transplantaci.

2. Pojistné plnění z velmi vážných onemocnění

Z velmi vážného onemocnění (transplantace ledviny) bude vyplaceno pojistné plnění ve výši 75 % základní pojistné částky, tj. **75 000 Kč**. Toto připojištění výplatou pojistného plnění na pojistné smlouvě končí.

Po roce léčení v pracovní neschopnosti je klientovi přiznán plný invalidní důchod.

3. Pojistné plnění z plné invalidity

Z pojištění plné invalidity je vyplaceno pojistné plnění ve výši 50 % základní pojistné částky, tj. **50 000 Kč**. Toto připojištění výplatou pojistného plnění na pojistné smlouvě končí.

Pokud by klient měl uzavřeno připojištění zproštění od placení pojistného, byl by zproštěn od placení celého běžného pojistného a zůstal by pojištěn ve sjednaném rozsahu (vyjma již ukončených pojištění VVO a plné invalidity).

Po jednom roce od úrazu, po ustálení zdravotního stavu, pojištěný požádal o plnění z pojištění trvalých následků úrazu.

4. Pojistné plnění z trvalých následků úrazu

Dle „Oceňovací tabulky plnění za trvalé následky úrazu“ se jedná o trvalé následky ve výši 25 % trvalého poškození pojištěného (pojistné plnění se vyplácí z jednonásobku pojistné částky).

Výše pojistného plnění je: $25\% \times 1\,000\,000$ = **250 000 Kč**

Po dalším půl roce klient umírá na následky tohoto úrazu.

5. Pojistné plnění z úrazového úmrtí

Zde se pojistné plnění vypočte jako rozdíl mezi sjednanou pojistnou částkou pro případ smrti následkem úrazu a již vyplaceným pojistným plněním za trvalé následky úrazu (dle VPP OSO 3, Zvláštní ustanovení II., čl. 7, bod 1b).

Výše pojistného plnění je: $500\,000 - 250\,000$ = **250 000 Kč**

6. Pojistné plnění z pojištění smrti z jakýchkoliv příčin

Ke dni nahlášení pojistné události byla pojistná částka vyšší než kapitálová hodnota smlouvy, proto je oprávněným osobám vyplaceno pojistné plnění ve výši sjednané základní pojistné částky, tj. **100 000 Kč**.

Všeobecné pojistné podmínky pojištění osob

OSO 3

ze dne 1. ledna 2004

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro smluvní pojištění osob, které sjednává Pojišťovna České spořitelny, a. s., (dále jen „pojišťovna“), platí příslušná ustanovení občanského zákoníku (dále jen „OZ“) a tyto všeobecné pojistné podmínky pojištění osob, které jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.

OBECNÁ USTANOVENÍ

ČLÁNEK 1 – Základní pojmy

Pro tyto všeobecné pojistné podmínky se vymezují následující pojmy:

- pojišťovna – pojišťovna, která s pojistníkem uzavřela pojistnou smlouvu
- pojistník – fyzická nebo právnická osoba, která s pojišťovnou uzavřela pojistnou smlouvu a je povinna platit stanovené pojistné
- pojištěný – osoba, na jejíž život nebo zdraví se pojištění vztahuje
- oprávněná osoba – fyzická nebo právnická osoba, které vzniká v případě smrti pojištěného právo, aby jí bylo vyplaceno plnění podle pojistné smlouvy
- plnění – pojistná částka nebo důchod, které jsou podle pojistné smlouvy vyplaceny, nastane-li pojistná událost
- počátek pojištění – okamžik, kterým vzniká povinnost pojišťovny poskytnout pojistné plnění v případě vzniku pojistné události a jeho právo na pojistné podle uzavřené pojistné smlouvy
- konec pojištění – okamžik skončení platnosti pojistné smlouvy
- pojistná událost – nahodilá skutečnost, se kterou je spojen vznik povinnosti pojišťovny plnit
- pojistná částka – pojistnou smlouvou sjednané jednorázové plnění nebo důchod, který je pojišťovna povinen vyplácet v případě pojistné události.

ČLÁNEK 2 – Druhy pojištění

- Pojišťovna v rámci pojištění osob sjednává:
 - životní pojištění,
 - úrazové pojištění.
- Pojišťovna může sjednávat i jiné (doplňkové) druhy pojištění osob. Pokud takové pojištění není upraveno zvláštními předpisy nebo pojistnou smlouvou, platí pro ně ta ustanovení těchto všeobecných pojistných podmínek, která jsou mu povahou a účelem nejbližší.

ČLÁNEK 3 – Uzavření pojistné smlouvy

- Návrh na uzavření pojistné smlouvy, pojistná smlouva, pojistka a všechny dodatky vystavené pojišťovnou musí mít vždy písemnou formu.
- Pojistka slouží jako písemné potvrzení o uzavření pojistné smlouvy. V případě, že se sjednává přímo pojistná smlouva, pojistka se již nevystavuje.
- Dojde-li ke ztrátě nebo zničení pojistiky, vydá pojišťovna pojistníkovi na jeho žádost druhopis pojistiky. Vydáním druhopisu pozbývá originál platnost.
- Nedílnou součástí návrhu na uzavření pojistné smlouvy jsou písemné dotazy pojišťovny týkající se sjednávání pojištění. Pojistník i pojištěný jsou povinni odpovědět pravdivě a úplně na všechny dotazy.
- Na základě souhlasu pojištěného s těmito všeobecnými pojistnými podmínkami, vyjádřeného podpisem návrhu pojistné smlouvy nebo pojistné smlouvy, je Pojišťovna České spořitelny, a. s., oprávněna zjišťovat a přezkoumávat fyzický i psychologický zdravotní stav pojištěného u všech lékařů, zdravotnických zařízení a zařízení poskytujících zdravotní péči, u kterých se dosud léčil(a), léčí nebo bude léčit. Souhlas pojištěný uděluje za účelem uzavření pojistné smlouvy (pojistných smluv) a pro vyřizování pojistných událostí i na dobu po jeho smrti a dále zmocňuje lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči k vyhotovení lékařských zpráv, výpisu ze zdravotnické dokumentace či k jejich zapůjčení. Pojištěný souhlasem zprůštuje od povinnosti zachovávat mlčenlivost lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči, které Pojišťovna České spořitelny, a. s., požádá o uvedené informace. Pojišťovna České spořitelny, a. s., je též oprávněna v případě potřeby ověřovat pobírání invalidního důchodu.
- Skutečnosti, o kterých se pojišťovna při zjišťování zdravotního stavu dozví, smí použít pouze pro svou potřebu; v případě souhlasu pojištěného je může sdělovat jiným pojišťovnám, popř. jejich společným institucím.
- Vědomě nepravdivé nebo neúplné odpovědi na dotazy pojišťovny mohou mít za následek odstoupení pojišťovny od smlouvy nebo odmítnutí plnění.
- Pojištění nelze sjednat s osobami, které jsou v pracovní neschopnosti (tj. neschopnosti pro jakékoliv onemocnění nebo úraz), jsou hospitalizovány nebo jsou trvale upoutány na lůžko.

ČLÁNEK 4 – Pojistná doba a pojistné období

- Trvání pojištění (dále jen „pojistná doba“) lze sjednat buď na dobu určitou (se sjednaným koncem pojištění) nebo na dobu neurčitou.
- Počátek pojištění je v 00.00 hodin dne sjednaného jako počátek pojištění. Nebylo-li účastníky dohodnuto jinak, počátkem pojištění je první den po uzavření návrhu pojistné smlouvy.
- U pojištění sjednaných na přesně stanovenou dobu pojištění končí ve 24.00 hodin dne sjednaného jako konec pojištění.
- Pojistné období je dohodnuté časové období, za které se platí pojistné.

ČLÁNEK 5 – Pojistné plnění

- Je-li pojistnou událostí smrt pojištěného, poskytne pojišťovna plnění z pojistné smlouvy oprávněné osobě. Není-li oprávněná osoba určena, poskytne pojišťovna plnění osobám v posloupnosti stanovené Obecnými ustanoveními, čl. 13 těchto všeobecných pojistných podmínek.
- Pojišťovna je povinen poskytnout plnění v souladu s tím, co bylo dohodnuto v pojistné smlouvě, a to buď ve formě jednorázového plnění nebo důchodu.
- Důchod se vyplácí pojištěnému nebo tomu, komu vzniklo právo na výplatu důchodu v dohodnutých obdobích, která se počítají od prvního dne v měsíci, ve kterém právo na výplatu vzniklo, nejdříve však po dobu dohodnutou v pojistné smlouvě.
- Pojištěný je povinen předložit doklady potřebné pro výplatu pojistné částky nebo důchodu, které pojišťovna požaduje, podrobit se lékařské prohlídce na vyzvání pojišťovny a oznámit změny, které mají vliv na výplatu pojistného plnění. Dokud tyto povinnosti nejsou splněny, pojišťovna nevyplácí pojistnou částku, případně nezačne s výplatou důchodu.
- Pojistné plnění může být použito k zajištění závazku pojištěného formou vinkulace nebo zřízení zástavního práva (dále jen zajištění závazku). Zajištění závazku se provádí na žádost pojištěného a jeho zrušení je možné pouze se souhlasem subjektu, v jehož prospěch bylo pojištění zajištěno. Účinnost těchto zajišťovacích institutů nebo zrušení nastává dnem, kdy pojištěný potvrdil podmínky zajištění, na kterých se dohodl pojištěný a subjekt, v jehož prospěch má být pojištění zajištěno.
- Zástavní právo k pohledávce je vůči dlužníku zastavené pohledávky (pojištěný) účinné doručením písemného oznámení pojištěného o něm, nebo tím, že zástavní věřitel pojištěný prokáže vznik zástavního práva. Zástavní právo k pohledávce vzniká uzavřením smlouvy, pokud v ní není ujednáno něco jiného.
- Pojistné plnění je splatné v České republice v tuzemské měně, pokud není ve smlouvě dohodnuto jinak.
- Pojistné plnění je splatné do patnácti dnů od skončení šetření nutného ke zjištění rozsahu povinnosti pojišťovny plnit.
- U práv na plnění z pojištění počíná běžet promlčecí doba za rok po pojistné události. Promlčecí doba je tříletá.

ČLÁNEK 6 – Pojistná částka

Pojištěný si vyhrazuje právo stanovit pro jednotlivé druhy a sazby pojištění osob nejvyšší a nejnižší pojistné částky.

ČLÁNEK 7 – Pojistné a placení pojistného

- Pojistné je úplatou za poskytnutou pojistnou ochranu a jeho výše musí být uvedena v pojistné smlouvě.
- Výše pojistného se určuje podle sazeb pro jednotlivé druhy pojištění stanovených pojišťovnou.
- Pojistné se platí buď najednou za celou dobu, na kterou bylo pojištění sjednáno (jednorázové pojistné) nebo za dohodnutá pojistná období (běžné pojistné). Běžné pojistné se platí po sjednanou pojistnou dobu. Pojišťovna může stanovit sazby, u nichž lze běžné pojistné platit po dobu kratší.
- Běžné roční pojistné je splatné vždy ve výroční den počátku pojištění. Po dohodě se může roční pojistné platit i v pololetních, čtvrtletních nebo měsíčních splátkách (podrobní placení). Při podrobním placení se příslušné pojistné zvyšuje o příplatek. Za datum úhrady je považován den, kdy bylo pojistné připsáno na účet pojišťovny.
- Pojistné je splatné dopředu. Nebylo-li ve smlouvě dohodnuto jinak, je běžné pojistné splatné prvního dne pojistného období a jednorázové pojistné dnem počátku pojištění.
- Je-li výše pojistného závislá též na věku pojištěného, považuje se za jeho vstupní věk rozdíl mezi kalendářním rokem, v němž má pojištění začít a kalendářním rokem, v němž se pojištěný narodil.
- Pokud byly smluvními stranami v důsledku nesprávně uvedeného data narození stanoveny chybné technické parametry pojištění (pojistné, pojistná doba, pojistná částka), je pojišťovna oprávněna plnění ze smlouvy přiměřeně snížit v poměru pojistného, které bylo placeno, k pojistnému, které mělo být placeno při uvedení správných hodnot.
- Je-li výše pojistného závislá též na zdravotním stavu, vykonávaném povolání nebo zájmové činnosti pojištěného, je pojišťovna oprávněna výši pojistného přiměřeně upravit v závislosti na zvýšeném riziku.
- Při nepřijetí návrhu na pojištění pojišťovnou pojistná smlouva nevzniká. Pojišťovna nevznikl závazek poskytnout pojistné plnění při vzniku nahodilé události, v návrhu blíže označené a pojištěný nemá povinnost platit pojistné. Pojišťovna má právo rozhodnout o nepřijetí návrhu do 2 měsíců od doručení návrhu na centrálu společnosti. Případný přeplatek pojistného bude pojištěnému vrácen do 30 dnů od data rozhodnutí o nepřijetí návrhu.
- Pojišťovna je oprávněna odečíst případné nedoplatky pojistného ze všech pojistných smluv pojištěného při výplatě pojistného plnění. Případné přeplatky pojistného budou využity na úhradu pojistného za další pojistné období nebo budou vráceny pojištěnému.
- Pokud pojištěný nezaplatil pojistné za více pojistných období a naposledy zaplacené pojistné nepostačuje na úhradu dosud nezaplaceného pojistného, je vyrovnáno dlužné pojistné za nejdříve splatné období bez ohledu na to, za jaké pojistné období mělo být pojistné skutečně zaplacené.
- Nemůže-li pojištěný v odůvodněných případech zaplatit pojistné v termínu dohodnutém ve smlouvě a požádá-li písemně před uplynutím této lhůty pojišťovnu o její prodloužení, může pojišťovna na základě písemné dohody prodloužit splatnost až o tři měsíce.

ČLÁNEK 8 – Důsledky neplacení pojistného

1. Pokud bylo u životního pojištění s běžným pojistným zaplacené pojistné alespoň za jeden rok trvání pojištění a následně pojistné nebylo zaplacené ve stanovené lhůtě (dle § 801 OZ), mění se pojištění automaticky na pojištění se sníženou pojistnou částkou nebo na pojištění se sníženým důchodem (redukce pojistné částky nebo důchodu), a to bez povinnosti platit další pojistné, pokud je redukováná pojistná částka alespoň 5 000 Kč, popřípadě redukováný roční důchod alespoň 500 Kč.
2. Pokud snížená pojistná částka životního pojištění je menší než 5 000 Kč, popř. snížený roční důchod je menší než 500 Kč, bude pojištění zrušeno s výplatou odbytného pojistníkovi, je-li na toto obdoby nárok.
3. Pojištění pro případ smrti, které bylo sjednáno na přesně stanovený počet let, pro neplacení pojistného zaniká.
4. K redukcí dojde vystavením nové pojistné smlouvy v 00.00 hodin prvního dne po lhůtě, jejímž uplynutím pojištění jinak zaniká pro neplacení pojistného.

ČLÁNEK 9 – Zánik pojištění

1. Pojistitel má právo odstoupit od smlouvy z důvodu vědomě nepravdivého a/nebo neúplného zodpovězení dotazů (§ 802, odst. 1 OZ), při jejichž pravdivém zodpovězení by smlouvu neuzavřel. Odstoupí-li pojistitel od smlouvy, vrátí pojistníkovi zaplacené pojistné. Toto právo může pojistitel uplatnit do tří měsíců ode dne, kdy takovou skutečnost zjistil, jinak právo zanikne. Pojistitel má právo na vrácení všech pojistných plnění, která byla ze smlouvy do doby zániku vyplacena.
2. Pojistitel je oprávněn odmítnout plnit podle ustanovení § 802, odst. 2 OZ pro vědomě porušení povinnosti pojistníka nebo pojištěného pravdivě a úplně odpovídat pojistiteli na všechny písemné dotazy, týkající se sjednávání pojištění. Dnem odmítnutí plnění pojištění zanikne, pojistitel vrátí pojistníkovi nespotebbovanou část ze zaplaceného pojistného.
3. Pojištění zanikne tím, že pojistné za první pojistné období nebo jednorázové pojistné nebylo zaplacené do tří měsíců od jeho splatnosti anebo pojistné za další pojistné období nebylo zaplacené do šesti měsíců od jeho splatnosti. Totéž platí, byla-li zaplacená jen část pojistného.
4. Při podvodném uplatnění neodůvodněného nároku na pojistné plnění může pojistitel vypovědět pojistnou smlouvu s okamžitou účinností.
5. Pojištění může zaniknout i dohodou smluvních stran.
6. Pojistitel má právo na pojistné za dobu do zániku pojištění.
7. Pojistitel má právo účtovat poplatek za ukončení pojistné smlouvy. Poplatterkem za ukončení pojistné smlouvy se rozumí poplatek stanovený podle platných pojistně-technických zásad pojistitele na základě výše nákladů, které pojistiteli vznikly v souvislosti s uzavřením a ukončením pojistné smlouvy (viz platný sazebník poplatků).
8. Pokud zanikne pojištění z jiných důvodů, než je uvedeno v odstavci 1, 2, 3 a 4, ne však proto, že pojistnou událostí odpadl důvod dalšího pojištění (§ 803, odst. 3 OZ), je pojistitel povinen vrátit zbývající část pojistného jen tehdy, jde-li o pojištění s běžným pojistným.

ČLÁNEK 10 – Vypověď pojištění

1. Pojištění může písemně vypovědět pojistník nebo pojistitel do dvou měsíců od uzavření návrhu pojistné smlouvy. Vypovědní lhůta je osmidenní a začíná běžet od následujícího dne po jejím doručení, přičemž není rozhodující, zda doběhne ještě ve dvouměsíčním období či po jeho uplynutí. Uplynutím této lhůty pojištění zanikne. V tomto případě má pojistitel právo na poměrnou část pojistného odpovídající době trvání pojištění. Případný přeplatek pojistného bude pojistníkovi vrácen do 30 dnů od doručení vypovědi na centrálu Pojišťovny České spořitelny, a.s.
 2. Pojistník může pojištění písemně vypovědět ke konci každého pojistného období; vypověď musí být podána vždy alespoň šest týdnů před uplynutím pojistného období.
 3. Po vypovědi životního pojištění se vyplácí odbytné pojistníkovi vypočtené podle kalkulačních zásad, pokud je nárok na odbytné do pojištění zahrnut a pokud byla vytvořena kladná hodnota pojištění (rezerva pojistného). V případě běžné placené- ho pojistného vzniká nárok na výplatu odbytného po zaplacení pojistného nejméně za dva roky trvání životního pojištění. Při jednorázové zaplacení pojistným za životní pojištění sjednané na dobu delší než jeden rok nebo pojištění s reduko- vanou pojistnou částkou má ten, kdo s pojistitelem uzavřel smlouvu, právo požá- dat o zrušení pojištění s výplatou odbytného kdykoliv po počátku pojištění.
 4. Právo na výplatu odbytného není, pokud nebylo ve smlouvě dohodnuto jinak, u rizikových pojištění sjednaných na přesně stanovenou dobu a u pojištění, ze kterých se vyplácí důchod.
 5. Odbytné neodpovídá celkovému zaplacenému pojistnému, ale snížené rezervě pojistného, kde výše snížení je stanovena v kalkulačních zásadách.
 6. Životní pojištění s výplatou odbytného zaniká dnem, kdy pojistitel vydal vypla- til, vystavil šek nebo dal příkaz k provedení výplaty peněžnímu ústavu.
- Sníženou pojistnou částku, snížený důchod a výši odbytného pojistitel vypočítává podle pojistně-technických zásad schválených MF ČR.

ČLÁNEK 11 – Změna pojištění

1. Pokud se účastníci dohodnou o změně pojištění již sjednaného, je pojistitel povinen plnit ze změněného pojištění až z pojistných událostí, které nastanou od účinnosti této dohody (nejdříve však v 00.00 hodin prvního dne po uzavření dohody).
2. Změnu pojistné částky životního pojištění lze provést výlučně k výročnímu dni počátku pojištění.
3. Změna pojistné částky úrazového, popř. doplňkového pojištění se provádí k počátku nejbližšího pojistného období, nezažádá-li pojistník jinak.
4. Automatické zvyšování (indexování) životního pojištění:
 - a) v životním pojištění za běžné pojistné lze sjednat automatické zvyšování pojist- ného, a tím i jemu odpovídající pojistné částky ke dni výročí počátku pojištění;
 - b) zvýšení pojistného je prováděno v závislosti na roční míře inflace;
 - c) automatické zvyšování pojistného se neprovádí v posledních pěti letech pojist- né doby, v případě zproštění od placení pojistného, a provádí se maximálně do 60 let věku pojištěného;
 - d) při automatickém zvyšování pojistného se zvyšují pojistné částky bez přezkou- mávání zdravotního stavu pojištěného, maximálně však do hodnot stanove- ných pojistitelem.

ČLÁNEK 12 – Omezení plnění

1. Pojistitel je oprávněn snížit, podle odůvodněných okolností případu, své plnění, nejvýše však o jednu polovinu:
 - a) došlo-li k pojistné události v souvislosti s jednáním, pro které byl pojištěný sou- dem uznán vinným trestným činem,
 - b) zemřel-li pojištěný v souvislosti s jednáním, jímž jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt,
 - c) došlo-li k pojistné události u pojištěného následkem požití alkoholu nebo návy- kových látek.
 2. Byl-li trestný čin (odst. 1, písmeno a) spáchán pojištěným úmyslně a okolnosti pří- padu to odůvodňují, může pojistitel snížit své plnění o více než polovinu.
 3. Oprávněná osoba práva na plnění nenabude, způsobila-li pojištěnému smrt úmy- slným trestným činem, pro který byla soudem pravomocně odsouzena.
 4. Nastane-li smrt následkem sebevraždy pojištěného:
 - a) do jednoho roku od počátku pojištění zaniká pojištění bez náhrady,
 - b) po uplynutí jednoho roku od počátku pojištění do pěti let trvání pojištění, vrátí pojistitel částku ve výši zhodnocené rezervy životního pojištění,
 - c) po pěti letech trvání pojištění vyplatí pojistitel sjednanou pojistnou částku pro případ smrti, s výjimkou případů, kdy došlo v průběhu posledních dvou let před sebevraždou ke zvýšení pojistné částky životního pojištění; v takovém případě vyplatí pojistitel pojistnou částku životního pojištění platnou před vyjádřením.
 5. Pojistitel vyplatí částku ve výši zhodnocené rezervy, dojde-li k pojistné události a není-li ve smlouvě dohodnuto jinak v případě:
 - a) kdy pojištěný zemřel do doby dvou let trvání pojištění na smrt následkem jaké- hokoliv onemocnění, které bylo zjištěno před počátkem pojištění,
 - b) přímé či nepřímé souvislosti s jadernou katastrofou, válečnými událostmi všeho druhu, přímé účasti na vnitřních nepokojích.
- Pokud nebyla do vzniku pojistné události vytvořena kladná hodnota rezervy pojistné- ho, zaniká v těchto případech pojištění bez náhrady.
6. Dojde-li k pojistné události po počátku pojištění, avšak před datem vystavení poji- stky, pojistitel není povinen plnit s výjimkou smrti následkem úrazu nebo smrti nemocí, která nebyla diagnostikována před počátkem pojištění.
 7. Po zjevném písemném dohodě pojistitele a pojistníka lze sjednat pozastavení plat- nosti pojistné smlouvy. Pojistník není v tomto případě povinen hradit pojistné a pojistitel není povinen plnit. V případě smrti pojištěného v době pozastavení platnosti pojistné smlouvy je vyplacena příslušným oprávněným osobám částka ve výši zhodnocené rezervy životního pojištění.
 8. Pokud pojištěný v případě války, ať už vypovězené nebo nevypovězené, slouží v ozbrojených silách nebo byl povolán do armády, je platnost smlouvy pozastave- na, pokud není ve smlouvě dohodnuto jinak.

ČLÁNEK 13 – Oprávněné osoby

1. Oprávněnými osobami jsou:
 - a) osoby určené pojistníkem jménem nebo vztahem k pojištěnému pro všechna plnění v případě smrti pojištěného
 - b) pojištěný pro všechna plnění v úrazovém a doplňkovém pojištění, s výjimkou smrti následkem úrazu pojištěného
- V případě, že pojištění není osoba totožná s pojištěným, potřebuje k určení oprávně- ných osob písemný souhlas pojištěného. Určení oprávněných osob musí být písemné a nabývá účinnosti dnem doručení pojistiteli.
2. Jestliže pojistník neurčil oprávněné osoby nebo nenabudou-li tyto osoby právo na plnění, oprávněnými osobami jsou:
 - a) manžel nebo manželka pojištěného,
 - b) není-li ho, děti pojištěného,
 - c) není-li jich, rodiče pojištěného,
 - d) není-li jich, osoby, které žily s pojištěným po dobu nejméně jednoho roku před jeho smrtí ve společné domácnosti a které z tohoto důvodu pečovaly o společ- nou domácnost nebo byly odkázány výživou na pojištěného,
 - e) není-li jich, dědici pojištěného.
 3. Pojistník má právo změnit určení oprávněné osoby až do vzniku pojistné událos- ti. Změna musí být provedena písemnou formou a nabývá účinnosti dnem doru- čení pojistiteli. V případě, že pojistník není sám pojištěným, potřebuje ke změně oprávněné osoby písemný souhlas pojištěného, kde součástí je ověření podpisu pojištěného a pojistníka.

ČLÁNEK 14 – Sdělení a doručování

1. Veškerá sdělení a žádosti týkající se pojištění musí být učiněna výhradně písemně. Sdělení učiněná pojistiteli jsou platná od okamžiku, kdy je obdrží. Sdě- lení pojistníka adresované a doručené osobě, která zastupuje pojistitele z titulu funkčního zařazení a zmocnění, je sdělení doručeno pojistiteli a naopak. Sdělení obchodního zástupce adresované a doručené pojistníkovi, je sdělením pojistitele.
2. Pokud není sdělení pojistitele doručeno z důvodu pojistníkovy odmítnutí převzetí, považuje se za doručené dnem, kdy bylo přijetí sdělení odmítnuto. V případě vrá- cení zásluky poštou pojistiteli po uplynutí odběrní lhůty pro převzetí, je dnem doru- čení sdělení poslední den odběrní lhůty.
3. Každou změnu adresy je pojistník povinen pojistiteli neprodleně oznámit.

ČLÁNEK 15 – Právní vztahy osob zúčastněných na smlouvě

1. Pokud pojištěný a pojistník není osoba totožná, dispoziční práva vyplývající ze smlouvy náleží pojistníkovi. Pojištěný je však spolu s pojistníkem odpovědný za pravdivé zodpovězení otázek týkajících se zdravotního stavu.
2. Všechna ustanovení platná pro pojistníka se vztahují i na případné právní nástupce.
3. Zemře-li ten, kdo uzavřel s pojistitelem pojistnou smlouvu, podle které je pojištěn někdo jiný, vstupuje do pojištění na jeho místo pojištěný. Totéž platí, zanikne-li právnická osoba, která pojistnou smlouvu s pojistitelem uzavřela.
4. Pojistník může udělit plnou moc k zastupování v jednání s pojistitelem. Plná moc musí být podepsaná zmocnitelem i zmocněncem a podpisy musí být notářsky ověřené.

ČLÁNEK 16 – Závěrečná ustanovení

Vyžaduje-li to účel a povaha pojištění, je možné se od ustanovení všech článků těch- to všeobecných pojistných podmínek v pojistných smlouvách odchýlit, avšak pouze ve prospěch pojištěných.

ZVLÁŠTNÍ USTANOVENÍ I. – ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

Životní pojištění sjednává Pojišťovnou České spořitelny, a. s., je upraveno příslušnými ustanoveními občanského zákoníku, těmito všeobecnými pojistnými podmínkami (úvodní, obecná a zvláštní ustanovení I.) a ostatními ujednáními uvedenými v pojistné smlouvě.

ČLÁNEK 1 – Druhy pojištění

- Pojistitel v rámci životního pojištění sjednává:
 - pojištění pro případ smrti,
 - pojištění pro případ dožití,
 - pojištění pro případ smrti nebo dožití,
 - pojištění pro případ velmi vážných onemocnění.
- Pojistitel může sjednávat i jiné druhy životního pojištění. Pokud takové pojištění není upraveno zvláštními předpisy nebo pojistnou smlouvou, platí pro ně ta ustanovení těchto všeobecných pojistných podmínek, která jsou mu povahou a účelem nejbližší.
- V jedné pojistné smlouvě lze sjednat se životním pojištěním i další druhy pojištění osob. Pro ně pak platí všeobecné pojistné podmínky příslušného druhu pojištění.

ČLÁNEK 2 – Pojistná událost

- Pojistnou událostí je v životním pojištění smrt pojištěného nebo dožije-li se pojištěný dne uvedeného ve smlouvě jako konec pojištění (resp. počátek výplaty důchodu) nebo nastane-li jiná skutečnost uvedená ve smlouvě.
- Pojištění se týká pojistných událostí, které nastanou během trvání pojištění. Územní platnost pojištění není omezena.

ČLÁNEK 3 – Pojištění pro případ smrti

Zemře-li pojištěný v době trvání pojištění, poskytne pojišťovna na základě písemné žádosti toho, komu smrtí pojištěného vzniklo právo na plnění, smluvně dohodnutou pojistnou částku.

ČLÁNEK 4 – Pojištění pro případ dožití

- Jestliže se pojištěný dožije dne uvedeného ve smlouvě jako konec pojištění, resp. počátek výplaty důchodu, poskytne pojišťovna z pojištění pro případ dožití podle obsahu smlouvy pojistnou částku ve formě jednorázového plnění nebo výplaty důchodu.
- Pokud se pojištěný tohoto dne nedožije, pojišťovna vyplatí osobě, které smrtí pojištěného vzniklo právo na plnění, částku ve výši dobytého (včetně kapitálového zhodnocení), jen když to bylo ve smlouvě dohodnuto.

ČLÁNEK 5 – Pojištění pro případ smrti nebo dožití

- Na základě písemné žádosti pojištěného nebo osoby, které smrtí pojištěného vzniklo právo na plnění, poskytne pojišťovna z pojištění pro případ smrti nebo dožití pojistnou částku, pokud pojištěný zemře v době, na kterou bylo pojištění sjednáno nebo pokud se dožije dne uvedeného ve smlouvě jako konec pojištění, resp. počátek výplaty důchodu.
- Pokud bylo takové pojištění sjednáno pro dvojici pojištěných, pojišťovna vyplatí pojistnou částku uvedenou v pojistné smlouvě, pokud alespoň jeden z pojištěných zemře v době, na kterou bylo pojištění sjednáno, nebo když se oba pojištění dožijí konce této doby.

ČLÁNEK 6 – Pojištění pro případ velmi vážných onemocnění

Z pojištění pro případ velmi vážných onemocnění je pojišťovna povinen vyplatit na základě písemné žádosti pojištěného nebo osoby, které onemocněním pojištěného vzniklo právo na plnění smluvně dohodnutou pojistnou částku, došlo-li u pojištěného v době trvání pojištění k potvrzení lékařské diagnózy jednoho z velmi vážných onemocnění vyjmenovaných a definovaných v pojistné smlouvě.

ČLÁNEK 7 – Zproštění od placení pojistného

- V životním pojištění je pojištník, pokud je současně i pojištěným, zproštěn povinnosti platit běžné pojistné, jestliže během trvání pojištění, nejdříve však po dvou letech od počátku pojištění, mu byl přiznán ve smyslu předpisů o sociálním zabezpečení plný invalidní důchod, nebylo-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak.
- Pokud pojištník a pojištěný jsou různé osoby, nárok na zproštění od placení pojistného nevzniká.
- Plnění podmínky dvou let podle odst. 1 tohoto článku se nevyžaduje, pokud byl plný invalidní důchod přiznán výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo nejdříve v den počátku pojištění.
- Zproštění od placení pojistného počíná ode dne nejbližší splatnosti pojistného po přiznání plného invalidního důchodu a týká se pojistného za jeden rok trvání pojištění. Zproštění se prodlužuje vždy na další rok, prokáže-li pojištník, že invalidní důchod mu je dále vyplácen, nebo pojišťovna prodlouží platnost odborného posudku o jeho zdravotním stavu. Zproštění od placení pojistného končí nejpozději uplynutím doby, na kterou bylo placení pojistného sjednáno, nebylo-li ve smlouvě dohodnuto jinak.
- Byla-li ve smlouvě životního pojištění sjednána i další rizika (např. úrazové pojištění), vztahuje se zproštění od placení pojistného i na tato pojištění, nebylo-li ve smlouvě dohodnuto jinak.
- Na žádost pojišťovny je pojištník povinen prokázat, že je mu plný invalidní důchod dále vyplácen.
- Pojištník, který je zproštěn od placení pojistného, je povinen bez zbytečného odkladu pojišťovnu informovat o odnětí invalidního důchodu nebo o výrazném zlepšení svého zdravotního stavu. Jestliže se pojištník dozví, že pojištník tyto informace zatají, bude na pojistné, od jehož placení byl pojištník neoprávněně zproštěn, uplatňovat ustanovení uvedená v Obecných ustanoveních, čl. 8 těchto všeobecných pojistných podmínek.

- Zproštění od placení se nevztahuje na onemocnění, která byla diagnostikována před počátkem pojištění.

ČLÁNEK 8 – Podíly na přebytcích pojistného

Případné přebytky pojistného použije pojišťovna ke zvýhodnění pojištění formou rozšíření jeho rozsahu, zvýšení pojistných částek nebo snížení sazeb pojistného.

- v životním pojištění jsou každoročně stanoveny pojistné technické přebytky – kapitálové navýšení hodnoty pojištění. Poměrná část těchto pojistných technických přebytků je připisována každý měsíc ke kapitálovým hodnotám jednotlivých smluv, s výjimkou pojištění, ze kterých je již vyplácen důchod a pojištění vázaných na interní fondy;
V průběhu trvání pojištění může pojišťovna na základě písemné žádosti pojištníka vyplatit kapitálové navýšení pojistné smlouvy, pokud tato částka dosáhne minimální výše stanovené pojišťovnou.
- u smluv, ze kterých je již vyplácen důchod, jsou přebytky připisovány formou valorizace důchodu,
- u smluv vázaných na interní fondy jsou přebytky připisovány k jednotlivým smlouvám dle druhu a počtu zvolených interních fondů.

ZVLÁŠTNÍ USTANOVENÍ II. – ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ

Úrazové pojištění sjednává Pojišťovnou České spořitelny, a. s., je upraveno příslušnými ustanoveními občanského zákoníku, těmito všeobecnými pojistnými podmínkami (úvodní, obecná a zvláštní ustanovení II.) a ostatními ujednáními uvedenými v pojistné smlouvě.

ČLÁNEK 1 – Druhy pojištění

- Pojistitel v rámci úrazového pojištění sjednává:
 - pojištění pro případ smrti následkem úrazu,
 - pojištění pro případ trvalých následků úrazu,
 - pojištění pro případ denního odškodného.
- Pojistitel může sjednávat i jiné druhy úrazového pojištění. Pokud takové pojištění není upraveno zvláštními předpisy nebo pojistnou smlouvou, platí pro ně ta ustanovení těchto všeobecných pojistných podmínek, která jsou mu povahou a účelem nejbližší.
- Rozsah pojištění je uveden v pojistné smlouvě.
- V jedné pojistné smlouvě lze sjednat s úrazovým pojištěním i další druhy pojištění osob. Pro ně pak platí všeobecné pojistné podmínky příslušného druhu pojištění.

ČLÁNEK 2 – Pojistná událost

- Pojistnou událostí v úrazovém pojištění je úraz pojištěného. Úrazem se rozumí neočekávané a náhlé působení zevních sil a nebo neočekávané a nepřerušované působení vysokých nebo nízkých vnějších teplot, plynů, par, záření, jedů (s výjimkou jedů mikrobiálních a látek imunotoxických), kterým bylo pojištěnému během trvání pojištění způsobeno tělesné poškození nebo smrt.
- Pojišťovna plní i za újmy na zdraví, popř. smrt, které byly způsobeny nezávisle na vůli pojištěného:
 - místním hnisáním po vniknutí choroboplodných zárodků do otevřené rány způsobené úrazem,
 - utonutím,
 - zlomením, vykloubením a natržením (nikoli však vnitřních orgánů a cév) v důsledku náhlé, nepřiměřené a jednorázové tělesné námahy.

ČLÁNEK 3 – Omezení plnění

- Za úraz se nepovažuje:
 - sebevražda, pokus o ni a úmyslné sebepoškození,
 - otrava v důsledku požití pevných nebo kapalných látek polknutím,
 - úraz, který je přímo nebo nepřímo způsoben válečnými událostmi nebo v souvislosti s občanskou válkou, úraz vzniklý při aktivní účasti pojištěného na nepokojích či veřejných násilnostech,
 - úraz, k němuž dojde přímo nebo nepřímo vlivem jaderného záření, jedním nebo nedbalostí odpovědných osob, institucí nebo úřadů při dopravě, skladování nebo manipulaci s radioaktivními materiály,
 - jakákoli nemoc včetně infekčních nemocí, srdečního infarktu a mozkové mrtvice, a to i když se dostavily jako následek úrazu.
- Pojišťovna neplní:
 - za vznik a zhoršení kýl (hernií), nádorů všech druhů a původu, za vznik a zhoršení aseptických zánětů pochev šlachových, úponů svalových, tělových vředů, epikondylitid, za ploténkové páteřní syndromy, náhlé cévní příhody a amocce sítnice,
 - za následky diagnostických, léčebných a preventivních zákroků, které nebyly provedeny za účelem léčení úrazu a jeho následků,
 - při úrazech způsobených při duševních poruchách, při kolaptech, epileptických nebo jiných záchvatech a křečích, které zachvátí celé tělo; nárok na pojistné plnění však zůstává zachován, jestliže tyto stavy byly vyvolány úrazem, na který se pojištění vztahuje,
 - při úrazech způsobených přímo nebo nepřímo syndromem získaného selhání imunity (AIDS),
 - jestliže pojištěný utrpí úraz tím, že se jako řidič, spolujezdec nebo cestující motorového vozidla zúčastní závodu, soutěže nebo s nimi souvisejících tréninkových jízd, pokud není ve smlouvě uvedeno jinak,
 - za úrazy při veškerých leteckých sportech mimo cestování jako pasažér pravidelnou leteckou linkou nebo jako pilot v rámci svého povolání,
 - dojde-li k úrazu při provozování těchto extrémních sportů: horolezectví, bungee jumping, potápění, rafting, box, bojové sporty,
 - dojde-li k úrazu při službě v ozbrojených silách mimo území České republiky, není-li ve smlouvě dohodnuto jinak,
 - dojde-li k úrazu při sportu, který pojištěný vykonává profesionálně, není-li ve smlouvě dohodnuto jinak.

3. Pojistitel je oprávněn podle okolností případu snížit své plnění, nejvýše však o jednu polovinu:
 - a) v případě úrazu, který pojištěný utrpěl při řízení motorového vozidla, pro něž neměl řidičské oprávnění,
 - b) v případě úrazu vzniklém v souvislosti s ustanoveními článku 12, bodu 1 Obecné části těchto všeobecných pojistných podmínek.

ČLÁNEK 4 – Zproštění od placení

Na úrazové pojištění se nevztahuje nárok na zproštění od placení pojistného v případě plné invalidity pojištěného, s výjimkou případů, kdy bylo úrazové pojištění sjednáno na jedné smlouvě se životním pojištěním.

ČLÁNEK 5 – Osoby se zvýšeným rizikem

Pojistitel má právo určit osoby se zvýšeným rizikem v závislosti na vykonávané pracovní, sportovní nebo jiné zájmové činnosti nebo zdravotním stavu.

ČLÁNEK 6 – Změna povolání, zaměstnání nebo sportovní činnosti

1. Veškeré změny související se změnou zaměstnání, sportovní nebo jiné zájmové činnosti pojištěného musí být neodkladně oznámeny pojistiteli. Výkon povinné vojenské služby, civilní služba nebo účast na vojenských cvičeních záloh se nepovažují za změnu zaměstnání.
2. Pokud novému zaměstnání, sportovní nebo jiné zájmové činnosti pojištěného podle sazebníku pojistitele platného v okamžiku změny odpovídá nižší pojistné, platí pojistník po skončení měsíce, v němž došlo oznámení o změně, již pojistné nižší. Odpovídá-li změněnému zaměstnání, sportovní nebo jiné zájmové činnosti pojistné vyšší, zůstává zachováno do nejbližší splatnosti pojistného následující po změně zaměstnání, sportovní nebo jiné zájmové činnosti rozsah pojištění podle do té doby platné smlouvy. Dojde-li po uplynutí této doby k úrazu, aniž by byla oznámena změna nebo dosaženo jiné dohody o výši pojistného, snižuje se pojistné plnění v poměru pojistného, které má být placeno a pojistného, které bylo placeno do té doby.

ČLÁNEK 7 – Plnění pojistitele

Sjednaná pojistná plnění a jejich výše vyplývají z pojistné smlouvy a následujících ustanovení:

1. Plnění za smrt následkem úrazu
 - a) byla-li úrazem způsobena pojištěnému smrt, která nastala nejpozději do tří let ode dne úrazu, vyplátí pojistitel oprávněné osobě pojistnou částku pro případ smrti následkem úrazu;
 - b) zemře-li však pojištěný na následky úrazu a pojistitel již plnil za trvalé následky tohoto úrazu, vyplátí jen případný rozdíl mezi pojistnou částkou pro případ smrti následkem úrazu a částkou již vyplacenou;
 - c) nastane-li v důsledku úrazu smrt, je oprávněná osoba povinna to ohlásit bez zbytečného odkladu pojistiteli, a to i v případě, že úraz již byl ohlášen.
2. Plnění za trvalé následky úrazu
 - a) výši plnění za trvalé následky úrazu určuje pojistitel podle dále uvedených zásad a „Oceňovací tabulky plnění za trvalé následky úrazu“ (dále jen „oceňovací tabulka“) platných v době vzniku pojistné události (úrazu) do kterých má pojištěný právo nahlédnout; oceňovací tabulku může pojistitel doplňovat a měnit;
 - b) zanechá-li úraz pojištěnému trvalé následky, vyplátí pojistitel z pojistné částky tolik procent, kolika procentům odpovídá pro jednotlivá tělesná poškození podle oceňovací tabulky rozsah trvalých následků po jejich ustálení a v případě, že se neustálily do tří let ode dne úrazu, kolika procentům odpovídá jejich stav ke konci této lhůty; stanoví-li oceňovací tabulka procentní rozpětí, určí pojistitel výši plnění tak, aby v rámci daného rozpětí odpovídalo plnění povaze a rozsahu tělesného poškození způsobeného úrazem;
 - c) podmínkou vzniku nároku na plnění je skutečnost, že rozsah trvalých následků způsobených pojištěnému jedním úrazovým dějem dosáhl výše procentního ohodnocení uvedeného v pojistné smlouvě jako minimální pro vznik povinnosti pojistitele plnit;
 - d) nemůže-li pojistitel plnit podle předchozího odstavce proto, že trvalé následky úrazu nejsou po uplynutí jednoho roku ode dne úrazu ještě ustáleny, avšak je již známo, že jejich rozsah odpovídá minimálnímu rozsahu stanovenému pojistnou smlouvou, poskytne pojištěnému na základě jeho písemné žádosti přiměřenou zálohu;
 - e) týkají-li se trvalé následky úrazu části těla nebo orgánů, které byly poškozeny již před úrazem, sníží pojistitel své plnění za trvalé následky o tolik procent, kolika procentům odpovídalo předcházející poškození, určené též podle oceňovací tabulky;
 - f) způsobí-li jediný úraz pojištěnému několik trvalých následků, hodnotí pojistitel celkové trvalé následky součtem procent pro jednotlivé následky, nejvýše však do výše 100 %;
 - g) týkají-li se jednotlivé následky po jednom nebo více úrazech téhož údu, orgánu nebo jejich částí, hodnotí je pojistitel jako celek, a to nejvýše procentem, stanoveným v oceňovací tabulce pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného údu, orgánu nebo jejich částí;
 - h) jestliže pojištěný zemře následkem úrazu do jednoho roku ode dne, kdy k úrazu došlo, zaniká nárok na plnění za trvalé následky úrazu;

i) jestliže před výplatou plnění za trvalé následky úrazu pojištěný zemře, nikoliv však na následky tohoto úrazu, nebo pokud zemře po uplynutí jednoho roku od úrazu z jakékoliv příčiny a pokud vznikl nárok na plnění za trvalé následky úrazu, vyplátí pojistitel oprávněným osobám částku, která odpovídá rozsahu trvalých následků úrazu pojištěného v době jeho smrti, nejvýše však částku, odpovídající pojistné částce dohodnuté pro případ smrti následkem úrazu;

j) výši plnění za trvalé následky úrazu určuje pojistitel na základě zprávy o posouzení zdravotních materiálů nebo o výsledku zdravotní prohlídky pojištěného v posudkového lékaře pojistitele; vychází se ze stanoviska lékaře, který pro něj vykonává odbornou poradní činnost.

3. Plnění denního odškodného
 - a) výši plnění za denní odškodné určuje pojistitel podle dále uvedených zásad a podle tabulky „Maximální hodnoty plnění denního odškodného za dobu léčby úrazu v pracovní neschopnosti“ (dále jen „oceňovací tabulka DO“) platných v době vzniku pojistné události (úrazu), do kterých má pojištěný právo nahlédnout; oceňovací tabulku denního odškodného může pojistitel doplňovat a měnit;
 - b) dojde-li k úrazu, jehož doba léčby v pracovní neschopnosti dosáhla minimálního limitu stanoveného pojistnou smlouvou, vyplátí pojistitel sjednané denní odškodné;
 - c) denní odškodné se vyplácí za každý potvrzený den pracovní neschopnosti od počátku této neschopnosti, není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak;
 - d) maximální počet kalendářních dní, za které pojistitel plní v případě pracovní neschopnosti u dospělých, je 365 dní ode dne přiznání pracovní neschopnosti; u dětí 180 dní ode dne zahájení léčby úrazu;
 - e) dojde-li k souběhu léčby následků úrazu a dalšího onemocnění, vyplátí pojistitel denní odškodné nejvýše za počet dní léčby úrazu uvedených pro jednotlivé tělesné poškození v oceňovací tabulce DO;
 - f) dojde-li v době léčby úrazu k dalšímu úrazu, vyplátí pojistitel plnění maximálně do výše celkové doby léčby pojištěného; v případě souběhu doby léčby více úrazů se započítává doba léčby pouze jednou;
 - g) bylo-li pojištěnému způsobeno jedním úrazem několik tělesných poškození různých druhů, plní pojistitel pouze za dobu léčby u nejzávažnějšího úrazu dle oceňovací tabulky DO;
 - h) dojde-li k úrazu pojištěného a doba vystavené pracovní neschopnosti nebo doba léčby úrazu je delší než maximální počet dnů stanovený pro tento úraz v oceňovací tabulce DO, je pojistitel povinen plnit za každý den pracovní neschopnosti nebo léčby úrazu až do maximální výše počtu dnů uvedených v oceňovací tabulce DO;
 - i) jestliže před výplatou plnění za denní odškodné pojištěný zemřel, vyplátí pojistitel oprávněným osobám částku odpovídající celkovému počtu dní léčby úrazu;
 - j) pojištění, kteří nemají nárok na výplatu dávek nemocenského za dobu léčby v pracovní neschopnosti (nejsou plátcí sociálního pojištění), prokazují nárok na pojistné plnění potvrzením lékaře o době léčby, pro které by byla jinak pracovní neschopnost vystavena. Osoby samostatně výdělečně činné dále musí doložit potvrzení okresní správy sociálního zabezpečení, že nemají nárok na výplatu dávek nemocenského.

ČLÁNEK 8 – Povinnosti pojištěného

1. Pojištěný je povinen v případě úrazu, na který se vztahuje pojištění, bez zbytečného odkladu vyhledat lékařské ošetření, řídit se pokyny lékaře, pokud možno přispívat ke zmírnění následků úrazu a vyžaduje-li to pojistitel, dát se na jeho náklad vyšetřit lékařem, kterého pojistitel určí.
2. Po vzniku pojistné události je nutné bez zbytečného odkladu oznámit pojistiteli všechny údaje týkající se pojistné události, vyplnit a zaslat pojistiteli formulář o hlášení pojistné události a další požadované doklady. Náklady na vyplnění formuláře hradí pojištěný.

ČLÁNEK 9 – Podíly na přebytcích pojistného

Případné přebytky pojistného použije pojistitel ke zvýhodnění pojištění formou rozšíření jeho rozsahu, zvýšení pojistných částek nebo snížení sazeb pojistného.

ZVLÁŠTNÍ USTANOVENÍ III. – DOPLŇKOVÉ POJIŠTĚNÍ

Doplňkové pojištění sjednává Pojišťovnou České spořitelny, a. s., je upraveno příslušnými ustanoveními občanského zákoníku, těmito všeobecnými pojistnými podmínkami (úvodní, obecná a zvláštní ustanovení III.) a ostatními ujednáními uvedenými v pojistné smlouvě.

Pojistitel v rámci doplňkového pojištění sjednává:

- pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti,
- pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici.

Pojistitel může sjednávat i jiné druhy doplňkového pojištění. Pokud takové pojištění není upraveno zvláštními předpisy nebo pojistnou smlouvou, platí pro ně ta ustanovení těchto všeobecných pojistných podmínek, která jsou mu povahou a účelem nejbližší.

Rozsah pojištění je uveden v pojistné smlouvě.

V jedné pojistné smlouvě lze sjednat s doplňkovým pojištěním i další druhy pojištění osob. Pro ně pak platí všeobecné pojistné podmínky příslušného druhu pojištění.

Doplňkové pojištění denní dávky však nemůže být sjednáno na pojistné smlouvě, na které je sjednáno pojištění denního odškodného (jedna pojistná smlouva nemůže obsahovat pojištění denní dávky a denního odškodného).

Speciální pojistné podmínky flexibilního životního pojištění s připojištěním FŽP

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

ČLÁNEK 1

Základní pojmy

Pro tyto SPP se vymezení následující pojmy:

- Flexibilní životní pojištění: komplexní spojení životního pojištění, úrazových pojištění, doplňkových pojištění a investic do kapitálové hodnoty smlouvy. Pojistné částky jsou pevně dány smlouvou a částka určená k výplatě po dožití konce pojištění, resp. v případě ukončení smlouvy, je dána aktuální výší kapitálové hodnoty smlouvy.
- Kapitálová hodnota smlouvy: pojistná rezerva stanovená platnými pojistně-technickými postupy pro jednotlivou smlouvu, vyjádřená v Kč; za předpokladu řádné placené pojistného ve smluvně dohodnutých obdobích, zaručuje pojistitel uzavření smlouvy pravidelný růst kapitálové hodnoty ve výši minimálně 2 % ročně.
- Pojistně-technické období: časové období, ve kterém platí parametry smlouvy; ve flexibilním životním pojištění (dále jen „FŽP“) je pojistně-technickým obdobím kalendářní měsíc.
- Pojistné období: dohodnuté časové období, za které se platí pojistné.
- Pojistná částka: částka uvedená ve smlouvě, která bude minimálně vyplacena v případě smrti pojištěného, popř. jiných událostí uvedených ve smlouvě.
- Běžné pojistné: částka uvedená ve smlouvě, kterou má pojistník pravidelně platit ve sjednaných pojistných obdobích.
- Mimořádné pojistné: jednorázové uhrazené pojistné zaplacené mimo rámec běžného placení pojistného.

ČLÁNEK 2

Pojistné plnění

- Při smrti pojištěného vyplátí pojistitel pojistnou částku platnou ke dni úmrtí nebo kapitálovou hodnotu smlouvy platnou ke dni nahlášení pojistné události, je-li vyšší. V případě pojištění dvou osob a smrti jedné z nich, bude vyplacena pojistná částka platná ke dni úmrtí ve prospěch oprávněných osob, kterým vzniklo právo na pojistné plnění, a pojištění druhé osoby pokračuje. Dojde-li ke smrti obou pojištěných, bude vyplacena pojistná částka platná ke dni úmrtí a částka vyšší hodnoty vycházející z porovnání pojistné částky platné ke dni úmrtí a kapitálové hodnoty smlouvy ke dni nahlášení pojistné události.
- Celkové pojistné plnění v případě výplaty pojistné částky, bude sníženo o mimořádné výplaty provedené po datu úmrtí. V případě, že je v případě smrti pojistná částka vyšší než kapitálová hodnota smlouvy, bude vyplacena pojistná částka snižena o částecí výplaty provedené po dni úmrtí (resp. nahlášení úmrtí). Pokud bude kapitálová hodnota smlouvy vyšší než pojistná částka, bude vyplacena kapitálová hodnota snižena o částecí výplaty provedené po dni úmrtí (resp. nahlášení úmrtí). Jestliže nebude pojistná událost uznána pojistitelem za likvidní, bude ve prospěch pojistníka, resp. oprávněných osob vyplacena kapitálová hodnota smlouvy.
- FŽP smrti pojištěného (jednotlivého pojištěného), popř. smrti obou pojištěných (v pojištění dvojici) zaniká.
- Po dožití se sjednaného konce FŽP bude pojištěnému vyplacena kapitálová hodnota smlouvy.

ČLÁNEK 3

Výjimky z pojistného plnění

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

ČLÁNEK 4

Pojistné

- Pojistník je povinen platit běžné pojistné sjednané ve smlouvě za pojistné období. Pojistné období může být měsíční, čtvrtletní, pololetní nebo roční.
- Pojistník si může kdykoliv v době trvání smlouvy předplatit běžné pojistné, tj. zaplatit najednou jednu nebo více splátek běžného pojistného před datem jejich splatnosti. K předplacení plateb běžného pojistného slouží účet a variabilní symbol, který je určen k platbám běžného pojistného.
- Pojistník může kdykoliv v době trvání smlouvy zaplatit mimořádné pojistné v minimální výši stanovené pojistitelem. Mimořádné pojistné zvyšuje kapitálovou hodnotu smlouvy. Zaplacení mimořádného pojistného nemá vliv na povinnost pojistníka platit sjednané běžné pojistné. Pojistitel je oprávněn použít část vkladu na pokrytí dlužného běžného pojistného k datu připsání mimořádného pojistného na účet pojistitele. Mimořádné pojistné je možno uhradit na základě pokynů uvedených ve smlouvě. K provedení mimořádného vkladu je určen zvláštní variabilní symbol. Pojistitel je oprávněn odmítnout mimořádné pojistné zaplacené pod stanovenou minimální hranici.
- Běžné i mimořádné pojistné se používá podle platných pojistně-technických pravidel k navyšování kapitálové hodnoty smlouvy.
- Ze škodu vzniklou uvedením chybného čísla účtu, resp. variabilního symbolu pojistitel neodpovídá. Rozhodným dnem pro zúčtování zaplaceného pojistného je den, kdy pojistitel vystavil předpis pojistného.

ČLÁNEK 5

Důsledky neplacení pojistného

- Nebylo-li zaplacené běžné pojistné za první pojistné období do tří měsíců od jeho splatnosti, běžné pojistné za následující pojistné období v prvním roce trvání pojištění do šesti měsíců od jeho splatnosti, zaniká pojištění bez náhrady.
- Bylo-li zaplacené běžné pojistné alespoň za jeden rok trvání pojištění (popř. bylo-li zaplacené mimořádné pojistné) a současně nebylo zaplacené následně běžné pojistné do šesti měsíců od jeho splatnosti, bude uplynutím této lhůty FŽP automaticky převedeno do redukováného stavu s účinností od následujícího pojistně-technického období za předpokladukladu kapitálové hodnoty smlouvy.
- Pokud dojde k ukončení pojistné smlouvy a výše kapitálové hodnoty smlouvy je záporná, má pojistitel právo na zaplacení dlužného pojistného v absolutní výši této hodnoty.

ČLÁNEK 6

Pojištění v redukováném stavu

- Na žádost pojistníka (dle čl. 8 těchto SPP), popř. z jiných důvodů (čl. 5 těchto SPP), může být pojištění převedeno do redukováného stavu.
- Od prvního dne následujícího pojistně-technického období po provedení změny – převedení smlouvy do redukováného stavu, je pojistná částka pro případ smrti nulová. Tímto dnem zánikají všechna sjednaná připojištění.
- Pokud je pojištění v redukováném stavu, má pojistník právo zaplatit kdykoliv mimořádné pojistné, požadovat zrušení pojištění s výplatou odkupní hodnoty nebo požádat o odredukování pojistné smlouvy.
- Po dobu trvání pojištění v redukováném stavu bude kapitálová hodnota smlouvy dále snižována o technické poplatky za náklady pojistitele. Nebude-li postačovat kapitálová hodnota k pokrytí těchto poplatků, zanikne pojištění v redukováném stavu bez náhrady.

ČLÁNEK 7

Použití kapitálové hodnoty smlouvy

Pojistitel bude za každé pojistně-technické období snižovat kapitálovou hodnotu smlouvy o částku potřebnou ke krytí sjednaného rozsahu pojištěného rizika a o technické poplatky kalkulované podle platných pojistně-technických zásad pojistitele (měsíční administrativní poplatek, procentní poplatek z pojistného, snížená tvorba kapitálové hodnoty v období prvních 24 měsíců trvání smlouvy, technický poplatek za správu kapitálové hodnoty a inkasní poplatek v případě měsíčních plateb a plateb poštovní poukázkou – viz platný sazebník poplatků).

ČLÁNEK 8

Výpověď ze strany pojistníka

- Pojistník má právo v případě běžné placené pojistného kdykoliv po jednom roce trvání pojištění písemně požádat o ukončení smlouvy s výplatou odkupní hodnoty. Podmínka jednoho roku trvání pojištění neplatí v případě zaplacení mimořádného pojistného.
- Do doby dvou let od počátku pojištění je odkupní hodnota rovna 90 % kapitálové hodnoty smlouvy. Po uplynutí této doby je rovna kapitálové hodnotě smlouvy.
- Výpovědní lhůta je čtyřtydenní a začíná běžet od následujícího dne po doručení výpovědi pojistiteli. Pojištění končí, odchýlně od článku 10, bodu 6 VPP, posledním dnem pojistně-technického období po uplynutí této lhůty.

ČLÁNEK 9

Změny ve smlouvě

- Pojistník může kdykoliv požádat o zvýšení nebo snížení běžného pojistného.
- Pojistník má možnost kdykoliv požádat o zvýšení, popř. snížení pojistné částky. Při zvýšení pojistné částky má pojistitel právo provést dodatečné zdravotní posouzení pojištěného.
- Pojistník může požádat pojistitele o dočasné přerušení placení pojistného. K dočasnému přerušení placení pojistného může dojít pouze v případě takového stavu kapitálové hodnoty smlouvy, která bude postačovat na pokrytí technických poplatků (viz čl. 7 těchto SPP) a rizikového pojistného po dobu přerušení placení pojistného. Dočasné přerušení placení pojistného vstupuje v platnost prvním dnem pojistného období následujícího po pojistném období, za které bylo naposledy zaplacené běžné pojistné.
- Pojistník může požádat pojistitele o výplatu části kapitálové hodnoty smlouvy (zálohy na pojistné plnění), pokud tato částka dosáhne minimální výše stanovené pojistitelem. Podmínkou uskutečnění této výplaty je postačitelost výše běžné placené pojistného a zůstatku kapitálové hodnoty smlouvy pro pokrytí sjednaného rizikového pojistného a technických poplatků za správu smlouvy do konce trvání smlouvy. Při splnění výše uvedených podmínek bude provedena výplata kapitálové hodnoty nejpozději do čtyřech týdnů od doručení žádosti pojistiteli. Pojistitel je oprávněn při provádění výplaty z kapitálové hodnoty účtovat pojistníkovi pojistně-technický poplatek (viz platný sazebník poplatků).
- K FŽP si může pojistník dodatečně sjednat, popř. z něj vyloučit doplňková, úrazová a nemocenská připojištění nebo doplnit, popř. vyřadit pojištěnou osobu nebo dítě. Případný přeplatek pojistného je ponechán v kapitálové hodnotě smlouvy.
- Pojistník může kdykoliv požádat o změnu doby trvání pojištění. Minimální doba trvání pojištění je 5 let, maximální konec pojištění je v 75 letech pojištěného.
- Všechny změny provedené na základě písemné žádosti pojistníka vstupují v platnost prvním dnem následujícího pojistně-technického období po vystavení dodatku ke smlouvě.
- V souvislosti s výše uvedenými změnami má pojistitel právo zvýšit, popř. snížit výši pojistné částky nebo zvýšit, popř. snížit běžné pojistné na úrovni danou platnými pojistně-technickými pravidly. Změna v pojistné částce vstupuje v platnost prvním dnem následujícího pojistně-technického období po provedení změny. Ke změně v běžném pojistném dojde od prvního dne následujícího pojistného období po provedení změny.
- Pojistitel je oprávněn za provedení změny účtovat pojistníkovi pojistně-technický poplatek (viz platný sazebník poplatků).

ČLÁNEK 10

Rozsah doplňkových pojištění

V rámci FŽP sjednává pojistitel tato doplňková pojištění:

A. Pojištění velmi vážných onemocnění

Pojistné krytí končí nejpozději dosažením 65 let věku pojištěného.

1. Předmět a rozsah pojištění

Pojištění velmi vážných onemocnění se vymezení následující pojmy:

- Infarkt myokardu** – nezvratné poškození části srdeční svaloviny (transmurální infarkt), které je způsobeno nedostatečným krevním zásobením dané oblasti; diagnóza se zakládá na následujících kritériích:
 - čerstvé změny na EKG,
 - charakteristická lokalizace bolesti a
 - zvýšení hladiny srdečních enzymů.Angina pectoris je z pojistného plnění vyloučena.
- Rakovina** – přítomnost nekontrolovaného růstu a rozšiřování maligních buněk a jejich invaze do tkáně, termin „rakovina“ také zahrnuje leukémii, lymfomy a Hodgkinovu chorobu. Vyloučeny jsou:
 - neinvazivní karcinomy in situ
 - lokalizované neinvazivní tumory vykazující jen rané maligní změny (dysplazie cervixu, rakovina cervixu klasifikace CIN-1-3, rakovina prostaty klasifikace T1a nebo T1b)

– všechny typy rakoviny kůže včetně maligního melanomu klasifikace 1A

– všechny typy rakoviny za přítomnosti HIV infekce.

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

- totální ledvinové selhání** – konečné stadium ledvinového selhávání následkem chronického a nezvratného selhání funkce obou ledvin; pojištěný musí podstupovat pravidelnou dialýzu nebo být po transplantaci ledviny. Vyloučena je pouze jednostranná nefrektomie a přechodná dialýza z důvodu akutního ledvinového selhání.

- transplantace životně důležitých orgánů** – nezbytné nutná a lékařským nálezem indikovaná transplantace srdce, srdce a plic, jater, ledvin, kdy je příjemcem pojištěný. Operace musí být provedena na území České republiky lékařským pracovištěm, které je oprávněno tyto operace provádět. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem provedení operace, pokud k ní došlo po uplynutí tříměsíční doby odkladu od počátku pojištění a zahrnuje pouze transplantace výše uvedených orgánů. Transplantace musí být z lékařského hlediska nezbytná a musí být objektivně potvrzeno selhání funkce příslušného orgánu.

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

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

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

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

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

- koma** – stav hlubokého bezvědomí bez reakce na vnější či vnitřní podněty, který trvá nepřetržitě nejméně 96 hodin. Během této doby musí být uměle udržována některá ze základních životních funkcí. Následkem musí být trvale prokazatelné poškození v klinickém neurologickém nález. Povinnost pojistitele plnit začíná dnem potvrzení diagnózy a trvalého neurologického poškození příslušným klinickým pracovištěm. Vyloučeno je koma vzniklé následkem zneužívání alkoholu nebo drog.

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

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

Bylo-li ve smlouvě sjednáno pojištění pro případ velmi vážného onemocnění, je pojistitel povinen vyplatit, v případě splnění podmínek a vzniku pojistné události uvedených čl. 10 těchto SPP, pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky pojištěnému velmi vážnému onemocnění, nezávisle na případném dalším plnění za základní životní pojištění nebo jakékoliv jiné pojištění sjednané ve smlouvě.

2. Pojistná událost v pojištění velmi vážných onemocnění
Pojistné plnění bude pojištěnému vyplaceno pouze za předpokladu jeho přežití alespoň 30 kalendářních dnů od potvrzení lékařské diagnózy jednoho z velmi vážných onemocnění (čl. 10, odst. 1, bod a – d, g – i), resp. od data operace choroby (čl. 10, odst. 1, body e, f).

V pojištění velmi vážných onemocnění není pojistitel povinen plnit v případě potvrzené lékařské diagnózy, resp. data operace jednoho z velmi vážných onemocnění u pojištěného do doby tří měsíců ode dne počátku tohoto pojištění. Onemocnění je pojištěný, popř. oprávněná osoba povinná, bez zbytečného odkladu nahlásit, a to nejdéle do jednoho měsíce od data potvrzené lékařské diagnózy onemocnění. Při nahlášení onemocnění po tomto termínu bude vyplaceno pojistné plnění pouze v odůvodněných případech.

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

3. Možnost změn v pojištění velmi vážných onemocnění
a) V době trvání připojištění je pojistitel oprávněn změnit definice velmi vážných onemocnění uvedených v těchto speciálních pojistných podmínkách, například z důvodu vývoje a poznání lékařské vědy, a to nejdříve po 5 letech od data schválení těchto speciálních pojistných podmínek. Další změny definic je možné provést výše nejdříve 5 let od posledního výše definic.

- Změna speciálních pojistných podmínek podle odst. a) se týká všech smluv, které byly sjednány do data platnosti této změny.
- Pojistitel je oprávněn změnit pojistné sazby, což bude mít za následek snížení nebo zvýšení pojistného za toto připojištění, jestliže se změny pravděpodobnosti onemocnění za nemoci uvedené v těchto speciálních pojistných podmínkách v české populaci v průměru o více než 20 %.

B. Pojištění plné invalidity

- a) Byli pojištěnému během trvání pojištění, nejdříve však po dvou letech trvání od počátku pojištění, přiznány ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení plný invalidní důchod, vyplati pojistitel sjednanou pojistnou částku pro případ plné invalidity a pojištění plné invalidity skončí.
- b) Splnění podmínky dvou let podle odst. 1 tohoto článku se nevztahuje, pokud byl invalidní důchod přiznán výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo nejdříve v den počátku pojištění.
- c) Pojištění plné invalidity se nevztahuje na onemocnění, která byla diagnostikována před počátkem pojištění.
- d) Jestliže před výplatou pojistného plnění z pojištění plné invalidity pojištěný zemřel a vznikl nárok na pojistné plnění, vyplati pojistitel pojistné plnění oprávněným osobám.

C. Pojištění zproštění od placení pojistného

- a) V případě sjednání pojištění zproštění od placení pojistného ve FŽP je pojistník, pokud je současně i pojištěným 1, zproštěn od povinnosti platit běžné pojistné, jestliže během trvání pojištění, nejdříve však po dvou letech od počátku pojištění, mu byl přiznán ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení plný invalidní důchod.
- b) Pojištění zproštění od placení pojistného nemůže být sjednáno a nárok na zproštění od placení nevzniká, jsou-li pojistník a pojištěný různé osoby.
- c) Splnění podmínky dvou let podle odst. 1 tohoto článku se nevztahuje, pokud byl invalidní důchod přiznán výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo nejdříve v den počátku pojištění.
- d) V případě ukončení zproštění od placení pojistného (pojištěnému byl odejmut plný invalidní důchod), může pojistník, pokud je současně i pojištěným 1, písemně požádat o opětovné sjednání pojištění zproštění od placení.
- e) Platnost a rozsah pojištění zproštění od placení se dále řídí ustanoveními VPP, Zvláštní ustanovení I. – Životní pojištění, čl. 7, odst. 4–8.

D. Pojištění kapitálové hodnoty

- a) Pojistná částka pro případ pojištění kapitálové hodnoty je ve stejné výši jako základní pojistná částka, sjednaná pro flexibilní životní pojištění.
- b) V případě smrti poslední pojištěné dospělé osoby na smlouvě, pojistitel vyplati kapitálovou hodnotu smlouvy ke dni nahlášení pojistné události, maximálně však do výše pojistné částky ke dni úmrtí.

E. Úrazové pojištění

V úrazovém pojištění, které je součástí FŽP, sjednává pojistitel:

1. Pojištění smrti způsobené úrazem

Nastane-li smrt následkem úrazu, vyplati pojistitel sjednanou částku pro případ smrti úrazem.

2. Pojištění trvalých následků úrazu

Utřípí-li pojištěný úraz, jehož trvalé následky dosáhnou minimálně dohodnutého procenta trvalého poškození zdraví (ve FŽP u dospělých minimálně 0, 5 %, u dětí minimálně 0, 5 %) podle „Oceňovací tabulky plnění za trvalé následky úrazu“, vyplati pojistitel po ustálení těchto následků příslušné procento ze sjednané pojistné částky trvalých následků úrazu.

Progresivní plnění v trvalých následcích úrazu

Součástí rozsahu pojistného krytí trvalých následků úrazu je výplata pojistného plnění v závislosti na rozsahu trvalého tělesného poškození takto:

- od min. limitu do 25 % včetně – příslušné % z jednonásobku pojistné částky,
nad 25 % do 50 % včetně – příslušné % z dvojnásobku pojistné částky,
nad 50 % do 75 % včetně – příslušné % z trojnásobku pojistné částky nebo
nad 75 % do 100 % včetně – příslušné % ze čtyřnásobku pojistné částky.

3. Pojištění denního odškodného

při pobytu v nemocnici důsledkem úrazu, včetně následné doby léčby v pracovní neschopnosti (v případě pojištění dětí celkové doby léčby)

a) Denní odškodné je vypláceno od prvního dne trvání léčby úrazu, a to za podmínky prvotní hospitalizace pojištěného v nemocnici dosahující minimálně 24 hodin. Pokud nedojde v důsledku úrazu k hospitalizaci pojištěného, vyplácí se pojištěnému plnění trvá-li doba léčby úrazu v době trvání pojištění alespoň 8 dnů. Za dobu hospitalizace pojištěného je pojištěné plnění vypláceno ve výši dvojnásobku sjednané částky denního odškodného.

b) Pojistnou událostí se v pojištění denního odškodného rozumí úraz pojištěného specifikovaný VPP a ohodnocený v tabulce „Maximální hodnoty plnění denního odškodného za dobu léčby úrazu v pracovní neschopnosti“ (dále jen „oceňovací tabulce DO“), ke kterému došlo v době platnosti smlouvy. Každý pojištěný je povinen (s výjimkou pojištěných uvedených v čl. 7, bodu 3, odst. j) VPP – Zvláštní ustanovení II – Úrazové pojištění), předložit kopii dokladu o pracovní neschopnosti potvrzenou zaměstnavatelem, popř. potvrzení OSSZ o čerpání nemocenských dávek.

c) Výplata denního odškodného končí nejpozději se zánikem pojištění.

Zánik pojištění

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

Zvláštní ujednání

- a) V úrazovém pojištění děti platí do posledního dne roku, ve kterém dítě dovrší 10 let věku, odlišně od VPP – Zvláštní ustanovení II. – Úrazové pojištění, čl. 3 bod 1 b) ustanovení, že za pojistné události jsou u dětí považovány i otravy v důsledku požití pevných nebo kapalných látek polknutím, s výjimkou otrav způsobených potravinami.
- b) Pojistná plnění z úrazového pojištění dětí jsou vyplácena vždy ve prospěch pojistníka.
- c) Na jedné pojistné smlouvě nelze sjednat pro pojištěné dítě dětský úrazový tarif a současně pro toto dítě úrazový tarif dospělé osoby.

Rizikové skupiny

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

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

F. Nemocenské pojištění

V nemocenském pojištění, které je součástí FŽP, sjednává pojistitel:

Pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti vč. pojištění pobytu v nemocnici

1. Předmět a rozsah pojištění

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

b) Pojištění pobytu v nemocnici zahrnuje v případě pojištěné události výplatu denní dávky za každý započatý den z lékařského hlediska nutné hospitalizace. Podmínkou výplaty je hospitalizace dosahující minimálně 24 hodin.

V případě hospitalizace při porodu je pojištěné plnění omezeno na 7 dní, v důsledku těhotenských komplikací na 14 dní.

c) Maximální doba trvání pracovní neschopnosti, resp. hospitalizace pojištěného pro každou pojistnou událost, za kterou se poskytuje plnění, je 365 dnů. Výše denní dávky se sjednává ve smlouvě a je omezena maximálním limitem stanoveným pojistitelem.

d) Výplata denní dávky končí nejpozději se zánikem pojištění.

e) Pokud je vystavena pracovní neschopnost ve srovnání s průměrnou délkou léčby pro uvedenou nemocnění nebo následkem úrazu neúměrně dlouhá, stanoví konečný celkový rozsah pojištěného plnění lékař pojistitele.

f) Jestliže před výplatou denní dávky pojištěný zemřel, vyplati pojistitel oprávněným osobám částku odpovídající celkovému počtu dní léčby, resp. hospitalizace.

2. Pojistná událost

Pojistnou událostí je nemoc nebo úraz, jejichž důsledkem je z lékařského hlediska nutné léčení pojištěného, jehož průběh je lékařsky potvrzen vystavenou pracovní neschopností.

a) Pracovní neschopnost se ve smyslu těchto podmínek rozumí situace, kdy pojištěný nemůže dle lékařského rozhodnutí žádným způsobem, a to ani přechodně, vykonávat a ani nevykonává své zaměstnání nebo jakoukoliv jinou samostatnou výdělečnou, popř. řídící nebo kontrolní činnost. Na základě tohoto lékařského rozhodnutí mu byl v souladu s platnými předpisy vystaven doklad o pracovní neschopnosti.

b) Nárok na pojištěné plnění vzniká dnem vystavení pracovní neschopnosti, resp. počátkem z lékařského hlediska nezbytné hospitalizace pojištěného na lůžkové části nemocnice důsledkem nemoci nebo úrazu, a končí dnem, kdy podle lékařského rozhodnutí pracovní neschopnost končí, resp. již není hospitalizace nezbytná.

c) V případě vzniku nové nemoci, popř. nového úrazu v době trvání pracovní neschopnosti pojištěného a vystavení nové pracovní neschopnosti, resp. prodloužení hospitalizace, je toto pojistnou událostí pouze v případě, kdy nová nemoc, popř. nový úraz není v žádné příčinné souvislosti s již diagnostikovanou nemocí, popř. úrazem. Pokud došlo současně k pracovní neschopnosti, resp. hospitalizaci pro více nemocí nebo úrazů, vyplati pojistitel denní dávku maximálně do výše celkové doby léčby, a to pouze jednou.

d) Maximální doba léčby úrazu v pracovní neschopnosti je stanovena oceňovací tabulkou DO (viz VPP – Zvláštní ustanovení II. – Úrazové pojištění, čl. 7, bod 3a).

e) Pojištění, kterí nemají nárok na výplatu dávek nemocenského za dobu léčby v pracovní neschopnosti (nejsou plátcí sociálního pojištění), prokazují nárok na pojištěné plnění potvrzením lékaře o době léčby, pro které byla jinak pracovní neschopnost vystavena. Osoby samostatně výdělečně činné dále musí doložit potvrzení správy sociálního zabezpečení, že nemají nárok na výplatu dávek nemocenského.

f) Nemocníci se ve smyslu těchto podmínek rozumí státní, popř. soukromé zařízení s platnou koncesí zabývající se péčí a ošetřováním nemocných a zraněných osob, disponující dostatečnými diagnostickými, chirurgickými a terapeutickými zařízeními, nepřetržitou ošetrovatelskou službou a pracující dle všeobecně uznávaných poznatků vědy.

3. Pojistná doba, pojištěné osoby, zánik pojištění

- a) Pojištění denní dávky se sjednává na dobu jednoho roku. Pokud žádná ze smluvních stran pojištění denních dávek písemně nevypoví nejpozději 6 týdnů před uplynutím jednoho roku, prodlužuje se sjednaná doba trvání automaticky vždy o rok, maximálně však do posledního dne měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěný dožije 70 let.
- b) Pojištění denní dávky sjednané ve FŽP zaniká automaticky také při odchodu pojištěného do starobního důchodu nebo přiznáním plného invalidního důchodu.
- c) Pojištění denní dávky může být sjednáno pouze pro osoby ve věku od 18 do 60 let, které jsou v trvalém pracovním poměru nebo mají pravidelné příjmy ze samostatné výdělečné činnosti.

4. Čekací lhůta

- a) Pojistitel plní pouze za pojištěné události, které nastaly po uplynutí čekací lhůty. Čekací lhůta začíná běžet dnem počátku pojištění.
- b) Základní čekací lhůta trvá dva měsíce, není-li ve smlouvě uvedeno jinak.
- c) V případě úrazu čekací lhůta odpadá; pojistitel však není povinen plnit za úrazy vzniklé po počátku pojištění, avšak před datem vystavení pojistky.
- d) V pojištění denních dávek při pobytu nemocnici je stanovena zvláštní čekací lhůta v délce 9 měsíců pro případ hospitalizace výlučně z důvodů:
– těhotenství nebo porodu
– zubního ošetření, zhotovení zubních náhrad a úkonů chirurgie a ortopedie čelisti
- e) Pokud dojde ke zvýšení denní dávky, platí ode dne změny ustanovení o nové čekací lhůtě (body b, c, d tohoto článku) pro dodatečnou část zvýšeného pojistného krytí.

5. Výtluk z pojištěného plnění denních dávek

Pojistitel neplní v případě:

- a) onemocnění a následků úrazů, které nastaly, byly diagnostikovány nebo léčeny před počátkem pojištění
- b) léčebných pobytů v lůžkách, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, psychiatrických léčebnách nebo zařízeních, zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie nebo závislosti, a to včetně následné pracovní neschopnosti, s výjimkou případů, kdy pojistitel s tímto typem léčby vyjádřil předem písemně souhlas
- c) hospitalizace související pouze s pečovatelskou péčí, jakož i ve speciálních dětských zařízeních a ústavech sociální péče
- d) pokusu o sebevraždu nebo úmyslného sebepoškozování
- e) poruchy duševní a poruchy chování – MKN 10 (mezinárodní klasifikace nemocí) – diagnózy F00 – F99
- f) při těhotenství, porodu, předčasném porodu, přerušení těhotenství, hrozícím potratu nebo potratu s výjimkou pojištěného plnění za dobu hospitalizace
- g) doby, kdy pojištěný pobírá rodičovský příspěvek nebo peněžitou pomoc v mateřství (s výjimkou pojistných událostí vzniklých výhradně následkem úrazu a pojistných plnění za dobu hospitalizace)
- h) pojistných událostí vzniklých v souvislosti s válečnými událostmi, občanskou válkou, občanskými nepokoji nebo v přímé souvislosti s nimi
- i) zákroků a zásahů z lékařského hlediska ne nezbytných, které si pojištěný nechal provést na svém těle, jako např. zubní ošetření, chirurgii či ortopedii čelisti, kosmetických zákrocích, a to jak v případě pobytu v nemocnici, tak i při pracovní neschopnosti

Pojistitel je oprávněn snížit plnění o jednu polovinu, pokud skutečnosti uvedené v bodech a), b) tohoto odstavce přispějí ke vzniku pracovní neschopnosti, popř. mají podstatný vliv na její pokračování:

- a) při zjištění, že pojištěný během pracovní neschopnosti, resp. hospitalizace nedodržoval lékařem stanovený léčebný režim;
- b) v případě pracovní neschopnosti nebo hospitalizace, k níž došlo následkem požití alkoholu nebo vědomou aplikací návykových látek, nebo pokud k ní došlo v souvislosti s požíváním alkoholu nebo návykových látek;

6. Povinnosti pojištěného

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

A. FLEXIBILNÍ ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ – STANDARDNÍ VERZE

Formulář pro sjednání: Z 0049, FŽP – návrh na uzavření pojistné smlouvy

Pojistná smlouva může zahrnovat pojištění jedné, popřípadě dvou dospělých osob a až pěti připojištěných dětí.

1. ŽIVOTNÍ SLOŽKA

1.1. Základní část

Pojištění pro případ smrti

(jeden nebo dva pojištění; v případě pojištění dvojice vždy na stejnou výši pojistné částky)

pojistná doba	min. 5 let, s maximálním koncem pojištění v 75 letech věku pojištěného, resp. mladšího ze dvojice pojištěných
vstupní věk	min. 15 let, max. 70 let
pojistná částka	100 % základní pojistné částky (dále jen ZPČ), minimum 10 000 Kč, maximum není omezeno

ROZSAH NÁROKŮ

V případě smrti pojištěného v průběhu trvání pojištění vyplatí pojistitel sjednanou pojistnou částku pro případ smrti nebo kapitálovou hodnotu smlouvy (pokud je vyšší).

V případě smrti jednoho ze dvou pojištěných vyplatí pojistitel pojistnou částku pro případ smrti a pojištění druhé osoby pokračuje dál.

V případě smrti obou pojištěných současně vyplatí pojistitel sjednanou pojistnou částku a částku vyšší hodnoty vycházející z porovnání pojistné částky a kapitálové hodnoty smlouvy.

V případě dožití se pojištěného sjednaného konce pojištění bude pojištěnému vyplacena kapitálová hodnota smlouvy.

1.2. Volitelná část

Pojištění velmi vážných onemocnění

(jeden nebo dva pojištění; v případě pojištění dvojice vždy na stejnou výši pojistné částky)

pojistná doba	shodná s dobou trvání základního pojištění, s maximálním koncem pojištění v 65 letech věku pojištěného
vstupní věk	min. 15 let, max. 64 let (maximálním výstupním věkem je 65 let)
pojistná částka	75 % ZPČ, max. 2 000 000 Kč

ROZSAH NÁROKŮ

V případě potvrzené lékařské diagnózy velmi vážného onemocnění u pojištěného (jednoho z pojištěných), vyplatí pojistitel 75 % ZPČ a připojištění u pojištěného (jednoho z pojištěných) skončí.

Pojistné plnění v případě diagnózy velmi vážného onemocnění bude vyplaceno pouze v případě, že se pojištěný dožije **minimálně 30 dnů po datu potvrzení diagnózy**, popř. **po provedení operace** (transplantace). Pojistitel není povinen plnit v případě potvrzené lékařské diagnózy jednoho z velmi vážných onemocnění u pojištěného **do doby tří měsíců ode dne počátku tohoto připojištění**.

ROZSAH KRYTÍ

Infarkt myokardu, rakovina, náhlá cévní mozková příhoda (mozková mrtvice), totální ledvinové selhání, nitrolební (intrakraniální) nádor, transplantace životně důležitých orgánů, operace aorty, slepota, hluchota, koma, paraplegie, tetraplegie a demence včetně Alzheimerovy choroby.

SRDEČNÍ INFARKT – nezvratné poškození části srdeční svaloviny (transmurální infarkt), které je způsobeno nedostatečným krevním zásobením dané oblasti; diagnóza se zakládá na následujících kritériích:

- čerstvé změny na EKG
- charakteristická lokalizace bolesti a
- zvýšení hladiny srdečních enzymů.

„Pojištěním je kryt pouze takový infarkt, kdy pojištěný je nucen vyhledat lékařskou péči; do pojistné smlouvy nelze zahrnovat tzv. „němé“ infarkty, kdy nedochází k žádným běžným příznakům. Postižený ani neví, že u něj infarkt proběhl a to, že ho prodělal se zjistí až za delší dobu při náhodném vyšetření.“

RAKOVINA – přítomnost nekontrolovaného růstu a rozšiřování maligních buněk a jejich invaze do tkáně; termín „rakovina“ také zahrnuje leukémii, lymfomy a Hodgkinovu chorobu. Vyloučeny jsou neinvazivní karcinomy in situ, lokalizované neinvazivní tumory bez metastáz vykazující jen rané maligní změny, dále tumory za přítomnosti jakéhokoliv viru lidské imunodeficiencie a všechny rakoviny kůže mimo maligních melanomů.

„Zjednodušeně lze říci, že do pojistného krytí patří veškeré zhoubné (maligní) rakovinové nádory (všechny zhoubné typy nádorů včetně kožních, všech typů zhoubných nádorů u žen apod.).“

NÁHLÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

jakákoli cévní mozková příhoda, která má za následek patologický neurologický nález trvající déle než 24 hodin, včetně:

infarktu mozkové tkáně
krvácení z nitrolebních cév a
embolizace z extrakraniálního (mimolebního) zdroje

„Jedná se o mozkovou mrtvici, jejíž následky přesahují 24 hodin; zdravotní poškození nedosahující 24 hodin není ve smyslu pojistných podmínek nazýváno náhlou cévní mozkovou příhodou a tudíž není zahrnuto do případného pojistného krytí.“

TOTÁLNÍ LEDVINOVÉ SELHÁNÍ – konečné stadium ledvinového selhávání následkem nezvratného selhání funkce obou ledvin; pojištěný musí podstupovat pravidelnou dialýzu nebo být po transplantaci ledviny.

„Zde dochází k plnění při selhání obou ledvin, postižený je po transplantaci nebo podstupuje pravidelnou dialýzu.“

TRANSPLANTACE ŽIVOTNĚ DŮLEŽITÝCH ORGÁNŮ - nezbytně nutná a lékařským nálezem indikovaná transplantace srdce, srdce a plic, jater, ledvin, kdy je příjemcem pojištěný. Operace musí být provedena na území České republiky lékařským pracovištěm, které je oprávněno tyto operace provádět. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem provedení operace, pokud k ní došlo po uplynutí tříměsíční doby odkladu od počátku pojištění a zahrnuje pouze transplantace výše uvedených orgánů.

„Pojištěný je příjemcem transplantovaného srdce, srdce a plic, jater nebo ledvin.“

NITROLEBNÍ (INTRAKRANIÁLNÍ) NÁDOR - nitrolební (intrakraniální) nádory s klinickou symptomatologií, které je nutno řešit chirurgicky otevřeným přístupem (z kraniotomie), eventuálně stereotaktickým zákrokem. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem rozhodnutí odborného lékaře (neurologa, neurochirurga) o nutnosti (indikaci) operativního zákroku, eventuálně rozhodnutí o neoperabilnosti nitrolebního nádorového procesu.

„Do plnění spadají zhoubné i nezhoubné nitrolební nádory ohrožující život.“

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

SLEPOTA - úplná, trvalá a nenávratná ztráta zraku obou očí v důsledku onemocnění nebo úrazu; diagnóza musí být klinicky potvrzena odborným lékařem pojistitele.

HLUCHOTA - úplná, trvalá a nenávratná ztráta sluchu obou uší v důsledku onemocnění nebo úrazu; diagnóza musí být klinicky potvrzena odborným lékařem pojistitele.

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

KOMA – stav hlubokého bezvědomí bez reakce na vnější či vnitřní podněty, který trvá nepřetržitě nejméně 96 hodin. Během této doby musí být uměle udržována některá ze základních životních funkcí. Následkem musí být trvale prokazatelné poškození v klinickém neurologickém nález. Povinnost pojistitele plnit začíná dnem potvrzení diagnózy a trvalého neurologického poškození příslušným klinickým pracovištěm.

DEMENCE VČETNĚ ALZHEIMEROVY CHOROBY – výrazný úbytek nebo úplná ztráta mentálních a sociálních schopností důsledkem nevratného selhání funkce mozku. Zdravotní stav nemocného musí vyžadovat trvalý dohled. Diagnóza musí být potvrzena standardními psychodiagnostickými testy a dotazníky pro diagnózu Alzheimerovy choroby nebo jiných druhů demencí a dále musí být potvrzena odborným klinickým neurologickým pracovištěm. Vyloučena je demence v důsledku zneužívání alkoholu a drog, demence v důsledku choroby AIDS a demence následkem úrazu.

Pojištění plné invalidity

(jeden nebo dva pojištění; v případě pojištění dvojice vždy na stejnou výši pojistné částky)

pojistná doba	shodná s dobou trvání základního pojištění, s maximálním koncem pojištění v 60 letech věku pojištěného
vstupní věk	min. 15 let, max. 59 let (maximálním výstupním věkem je 60 let)
pojistná částka	50 % ZPČ, max. 300 000 Kč

ROZSAH NÁROKŮ

V případě přiznání plného invalidního důchodu dle platných předpisů o sociálním zabezpečení u pojištěného (jednoho z pojištěných) v době trvání pojištění (max. však do 60 let věku pojištěného) a v případě trvání pojistné smlouvy po dobu min. 2 let (s výjimkou plné invalidity z důvodu úrazu), bude pojištěnému vyplaceno 50 % ZPČ a připojištění plné invalidity u pojištěného (jednoho z pojištěných) skončí.

Pojištění zproštění od placení pojistného

(pouze za podmínky, že 1. pojištěný je současně i pojistníkem)

pojistná doba	shodná s dobou základního pojištění, s maximálním koncem pojištění v 60 letech věku 1. pojištěného
vstupní věk	min. 18 let, max. 59 let (maximálním výstupním věkem je 60 let)
pojistná částka	neurčuje se

ROZSAH NÁROKŮ

V případě sjednání připojištění zproštění od placení pojistného bude pojistník (1. pojištěný) zproštěn od povinnosti platit běžné pojistné (celé, včetně úrazového připojištění a spořicí složky v běžném pojistném), jestliže během trvání pojištění, nejdříve však po dvou letech od počátku pojištění (s výjimkou plné invalidity z důvodu úrazu), mu byl přiznán ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení plný invalidní důchod.

Pojištění kapitálové hodnoty

(připojištění na pojistnou smlouvu)

pojistná doba	shodná s dobou trvání základního pojištění
vstupní věk	min. 15 let, max. 70 let (maximálním výstupním věkem je 75 let)
pojistná částka	100 % ZPČ

ROZSAH NÁROKŮ

V případě smrti poslední pojištěné dospělé osoby na smlouvě, pojistitel vyplatí kapitálovou hodnotu smlouvy ke dni nahlášení pojistné události, maximálně však do výše pojistné částky platné ke dni úmrtí.

Příklad: Ke dni nahlášení pojistné události (smrt pojištěného) je kapitálová hodnota smlouvy 239 000 Kč, sjednaná pojistná částka pro případ smrti 300 000 Kč a sjednaná pojistná částka pro připojištění kapitálové hodnoty je ve stejné výši, tj. 300 000 Kč. Pojistitel v tomto případě vyplatí z pojištění smrti sjednanou pojistnou částku, protože je vyšší než kapitálová hodnota smlouvy, tj. 300 000 Kč. Z připojištění kapitálové hodnoty vyplatí kapitálovou hodnotu smlouvy ke dni nahlášení pojistné události, tj. 239 000 Kč.

Upozornění: V případě sjednání připojištění kapitálové hodnoty k pojistné smlouvě uzavřené před 17. 9. 2001 musí prodejce klientovi předat nové SPP, včetně článku 10 bodu D – Pojištění kapitálové hodnoty. Klient musí na „Žádosti o změnu“ podepsat převzetí těchto SPP.

2. ÚRAZOVÁ/NEMOCENSKÁ SLOŽKA

pojistná doba	pojištění se sjednává na stejnou dobu trvání jako základní životní složka – úrazovou /nemocenskou složku je možné kdykoliv v době trvání pojištění ukončit, pojištění končí nejpozději v 75 letech pojištěného (při sjednání denních dávek v 70 letech pojištěného); dětská připojištění končí automaticky po dožití se 25 let dítěte
vstupní věk	dospělý: 15–70 let (při sjednání denních dávek 18–60 let) dítě: 0–18 let (nedovršených)
pojistná částka	dle sazebníku – viz stanovené varianty

TARIFY ÚRAZOVÉHO POJIŠTĚNÍ

Základ – DOSPĚLÝ

omezený tarif O –	pojištění trvalých následků úrazu	150 000 Kč
základní tarif Z –	pojištění smrti následkem úrazu	125 000 Kč
	pojištění trvalých následků úrazu	125 000 Kč
úrazový tarif U –	pojištění smrti následkem úrazu	100 000 Kč
	pojištění trvalých následků úrazu	200 000 Kč
	pojištění denního odškodného za dobu léčeni úrazu v PN vč. dvojnásobného plnění v případě hospitalizace z důvodu úrazu	100 Kč/den
nemocenský tarif N –	pojištění smrti následkem úrazu	250 000 Kč
	pojištění trvalých následků úrazu	250 000 Kč
	pojištění denní dávky za dobu léčeni úrazu nebo onemocnění v PN vč. dvojnásobného plnění v případě hospitalizace z jakéhokoliv důvodu	100 Kč/den

Omezený tarif dospělých může být sjednán až do výše **čtyřnásobku základu** (4 varianty), v případě základního tarifu je možné volit z 5 variant, v případě úrazového tarifu je možné volit z 8 variant a v případě nemocenského tarifu je možné volit z 10 variant.

Základ – DÍTĚ

dětský tarif D -	pojištění smrti z úrazových příčin	10 000 Kč
	pojištění trvalých následků úrazu	150 000 Kč
	pojištění doby nezbytného léčení úrazu vč. úrazové hospitalizace	50 Kč/den

Dětská úrazová složka může být sjednána až do výše **čtyřnásobku základu**.

ROZSAH NÁROKŮ

Smrt následkem úrazu – dojde-li ke smrti pojištěného následkem úrazu v době trvání pojištění, vyplátí pojistitel sjednanou pojistnou částku pro případ smrti následkem úrazu.

Trvalé následky úrazu – plnění od **0,5 % trvalých následků úrazu** se zahrnutím progresu až do výše čtyřnásobku sjednané pojistné částky. Utrpí-li pojištěný úraz, jehož trvalé následky dosáhnou alespoň 0,5 % trvalého poškození, vyplátí pojistitel příslušné procento ze stanovené pojistné částky (max. dle „Oceňovací tabulky plnění za trvalé následky úrazu“ Z 0026).

V případě trvalých následků úrazu se **zahrnutím progresu** je vypláceno pojistné plnění takto:

od 0,5 % do 25 % včetně	příslušné % z jednonásobku sjednané pojistné částky
nad 25 % do 50 % včetně	příslušné % z dvojnásobku sjednané pojistné částky
nad 50 % do 75 % včetně	příslušné % z trojnásobku sjednané pojistné částky
nad 75 % do 100 % včetně	příslušné % ze čtyřnásobku sjednané pojistné částky

Denní odškodné za dobu léčení úrazu v pracovní neschopnosti, a to včetně úrazové hospitalizace – plnění za každý potvrzený den léčení úrazu od 1. dne, trvá-li léčení alespoň 8 dnů; v případě hospitalizace pojištěného v nemocnici z důvodu úrazu bude plnění za dobu hospitalizace vyplaceno ve dvojnásobné výši, po dobu dalšího léčení (nemusí již být splněna podmínka léčení úrazu min. 8 dnů) ve stanovené výši.

Dojde-li k úrazu, jehož **doba léčení** v pracovní neschopnosti v době trvání pojištění **dosáhla alespoň 8 dnů nebo byla splněna podmínka počáteční hospitalizace**, vyplátí pojistitel stanovené denní odškodné za každý den léčení úrazu (od prvního dne za každý den léčení, včetně sobot, nedělí a svátků). Podmínkou je předložení vystaveného dokladu o pracovní neschopnosti potvrzeného zaměstnavatelem nebo potvrzení OSSZ o čerpání nemocenských dávek, s výjimkou u osob, které nemají nárok na výplatu dávek nemocenského za dobu léčení v pracovní neschopnosti (nejsou plátcí sociálního pojištění) – u těchto osob postačuje potvrzení lékaře o době léčení úrazu (děti, studenti, nezaměstnaní, důchodci, osoby samostatně výdělečně činné apod.). Osoby samostatně výdělečně činné dále musí doložit potvrzení OSSZ, že nemají nárok na výplatu dávek nemocenského.

Úrazy, za které pojistitel poskytuje pojistné plnění a výše maximálního plnění jsou přesně specifikovány v tabulce „Maximální hodnoty plnění denního odškodného za dobu léčení úrazu v pracovní neschopnosti“ (Z 0023). Celkový počet dní, za které je vypláceno pojistné plnění, se určuje na základě lékařské zprávy o úrazu (viz „Hlášení pojistné události“), maximálně však za 365 dní trvání léčení u dospělého a 180 dní trvání léčení u dítěte.

Pojištění denní dávky v případě pracovní neschopnosti, a to včetně hospitalizace – v případě sjednání denní dávky (nemocenský tarif) bude pojištěnému vyplácena v případě splnění daných podmínek (smluvní ujednání, pracovní neschopnost) dohodnutá denní dávka. V pojištění denní dávky vyplácí pojistitel v případě pracovní neschopnosti v důsledku nemoci denní dávku ve smluvně stanoveném denním rozsahu následně od 15. dne trvání. V případě pracovní neschopnosti v důsledku úrazu vyplácí pojistitel denní dávku ve smluvně stanoveném denním rozsahu od prvního dne trvání léčení úrazu, a to za podmínky prvotní hospitalizace pojištěného v nemocnici dosahující minimálně 24 hodin. Pokud nedojde v důsledku úrazu k hospitalizaci pojištěného, vyplácí se pojistné plnění, trvá-li doba léčení úrazu v době trvání pojištění alespoň 15 dnů. Limit 15 dnů není vyžadován v případě hospitalizace pojištěného v nemocnici v důsledku úrazu nebo nemoci. Za dobu hospitalizace pojištěného je pojistné plnění vypláceno ve výši dvojnásobku sjednané částky denní dávky. Max. výplata v případě úrazu podle tabulky „Maximální hodnoty plnění denního odškodného za dobu léčení úrazu v pracovní neschopnosti“ – viz výše, max. výplata u nemoci dle potvrzení lékaře o době léčení v pracovní neschopnosti.

Sazby jsou rozlišeny podle vstupního věku do tří skupin (do 30, 40 nebo 60 let věku) a stanovují se k okamžiku počátku pojištění.

Předmět pojištění – pojistitel poskytuje denní dávku v případě ztráty výdělku důsledkem nemoci nebo úrazu, pokud tím byla způsobena pracovní neschopnost, resp. hospitalizace pojištěného.

Pojistná událost – pojistnou událostí je z lékařského hlediska zjištěná pracovní neschopnost, resp. hospitalizace pojištěného pro nemoc nebo úraz, která nastala v době trvání pojištění.

Čekací lhůta – nárok na plnění vzniká až po uplynutí čekací lhůty; čekací lhůta se počítá od počátku pojištění a **základní lhůtou jsou 2 měsíce** (neplatí pro úrazové pojistné události). Zvláštní čekací lhůta 9 měsíců platí v nemocenském tarifu při hospitalizaci pro těhotenství, porod, zubní ošetření, zubní náhrady, chirurgii či ortopedii čelisti.

Rozsah plnění – denní dávka se vyplácí maximálně po dobu 365 dnů pro každou pojistnou událost; počátek a trvání pracovní neschopnosti je povinen pojištěný doložit lékařskou zprávou a pracovní neschopenkou.

Pojistné krytí platí po **celém světě**, nemocenským tarifem se mohou pojistit pouze osoby ve věku **18–60 let**, kteří jsou v **trvalém pracovním poměru nebo jsou samostatně výdělečně činné**. Pojištění denní dávky končí nejpozději v **70 letech pojištěného**.

Úrazové/nemocenské pojištění se uzavírá na dobu jednoho roku; pokud pojištění nevypoví ani jedna ze smluvních stran, prodlužuje se na další rok až do původně sjednaného konce pojištění, nemocenský tarif (N1–N10) **končí též odchodem do starobního nebo invalidního důchodu**.

3. RIZIKOVÉ SKUPINY

Vykonává-li pojištěný zaměstnání, sportovní nebo jinou zájmovou činnost se zvýšeným rizikem úrazu, je pojištěn za úrazové/nemocenské pojištění (omezený, základní, úrazový a nemocenský tarif) upraveno podle stupně nebezpečnosti vykonávané činnosti.

1. riziková skupina

veškerá povolání v nevýrobní oblasti, popř. ve výrobní oblasti s podobnými riziky úrazu a osoby s převážující duševní činností, popř. malým podílem manuální práce, např. agronomové, architekti, celníci, cukráři, diplomaté, ekonomové, finančníci, geodeti, jemní mechanici, krejčí, kadeřnice, klenotníci, konstruktéři, kosmetičky, knihovníci, kožešníci, květináři, lékaři, laboranti, maséři, obchodní poradci, právníci, prodáváci, projektanti, soudci, učitelé, umělci, úředníci, výzkumníci, zdravotnický personál.

Dále sem patří všechny druhy rekreačního sportu a všechny sporty vykonávané registrovaně do úrovně krajského přeboru (kromě sportů uvedených ve 2. RS). Navíc všichni registrovaní sportovci v oddílech ZTV, šachových, golfových, minigolfových, kulečnickových, kuželkářských či bowlingových oddílech na všech výkonnostních úrovních (včetně úrovně profesionální).

2. riziková skupina

všechna povolání ve výrobní oblasti a v oblasti s převážujícím podílem manuální práce, popř. se zvýšeným rizikem úrazu, které nepatří do skupiny I. a III., včetně vojáků z povolání a soukromých podnikatelů (pokud nepracují převážně v administrativě) a vedoucích pracovníků firem. Patří sem například barmani, čišníci, čalouníci, členové horské záchranné služby, dělníci, dlaždiči, dozorcí, geologové, hajní, instalatéři, jeřábníci, kameníci, klempíři, kominíci, kováři, kuchaři, lakýrníci, lešenáři, letušky, malíři pokojů, mechanici, montéři, mlynáři, natěrači, novináři, pekaři, příslušníci policie, pracovníci bezpečnostních agentur, profesionální řidiči osobních a nákladních automobilů (autobusy, trolejbusy, tramvaje, místní přepravy), řezníci, sklenáři, stevardi, strážníci, strojvedoucí, tanečníci, topiči, tesaři, truhláři, veterináři, vrátní, zedníci, zámečníci.

Dále všechna tato sportovní odvětví; lední hokej, kopaná, ragby, americký fotbal, jezdecký, házená, basketbal, volejbal, kontaktní sporty (např. judo), vzpírání, lyžařské sporty (sjezdové, klasické a akrobatické lyžování, skoky na lyžích), jízda na bobech, jízda na saních, skeleton a všechny ostatní druhy sportu, které pojištěná osoba provozuje registrovaně ve sportovních organizacích na vyšší úrovni než je krajský přebor (s výjimkou sportů uvedených v 1. a 2. RS), dále i účastníci vysokohorské turistiky.

Ve 2. RS je dále možné sjednat úrazové pojištění profesionálních sportovců na jejich běžný občanský život (pojištění se nebude vztahovat na profesionální sportovní činnost – tréninky, zápasy apod.)

3. riziková skupina

zaměstnání, sportovní nebo jiná zájmová činnost s velmi vysokým rizikem úrazu – hasič, artista, krotitel divoké zvěře, výzkumná a badatelská činnost v neprozkoumaných krajinách, osádka letadla nebo lodi, lesní dělník, hraniční celník, vykladač a posunovač vagónů, řidič kamionové přepravy, důlní práce, práce s jedy nebo s výbušninami, pyrotechnik, střelní mistr, práce ve výškách, v nucených polohách bez pracovních plošin, z provazových žebříků, visutých sedaček v závěsu na ochranném pásu a omezeném pracovním prostoru na pracovní lávce, práce pod vodou, při níž je nutné používat potápěčský přístroj, záchranné a havarijní sbory, práce s vysokým rizikem akutních otrav, popálenin.

Dále sportovní odvětví uvedená ve 2. RS provozovaná registrovaně na úrovni vyšší než je krajský přebor.

4. riziková skupina

práce nebo činnosti s velmi vysokým stupněm ohrožení zdraví – např. činnosti při zajištění motorových vozidel a jejich typových zkouškách, tovární jezdcí motorových vozidel, plavidel, kaskadéři, členové jednotek rychlého nasazení a všechna sportovní odvětví uvedená ve 2. RS a 3. RS vykonávaná profesionálně nebo za úplatu. Dále veškerá práce a činnost, ke které je vystaveno zvláštní ujednání (odchylky od VPP, SPP).

Klientům zařazeným do 4. RS nemůže být uzavřeno FŽP. Klientům s tímto nestandardním rizikem může být uzavřeno speciální individuální úrazové pojištění typu UNI, o jehož přijetí rozhoduje ve zvláštním režimu oddělení vývoje a podpory produktů úseku životního pojištění centrály Pojišťovny ČS.

Konečné zařazení do rizikových skupin může být upraveno oddělením underwritingu a likvidace pojistných událostí, popř. oddělením vývoje a podpory produktů úseku životního pojištění centrály Pojišťovny ČS.

Ve výlukách z pojistného krytí jsou následující sporty: horolezectví, bungee jumping, potápění (s kyslíkovým přístrojem), rafting, box, bojové sporty, letecké sporty (veškeré motorové létání, létání s bezmotorovými letadly, ultralehkými letadly, větroni, závěsné létání, padákové létání, létání v balónech, seskoky a padákové lety z letadel a z výšin apod.), sporty vykonávané profesionálně a dále závody, soutěže a tréninkové jízdy motorových vozidel.

Flexibilní životní pojištění – návrh na uzavření pojistné smlouvy

Z0049

Číslo nadřazené smlouvy

Číslo smlouvy

Způsob uzavření smlouvy

Číslo návrhu 0 0 1 2 3 8 7 6 7

Pojistník – je současně 1. pojištěným? NE ☐ ANO ☒ (pokud není, uveďte údaje o 1. pojištěném)

POJISTITEL

Příjmení

H A V L Í Č E K

Jméno

P A V E L

Titul

I N Ě

Rodné číslo/IČ

6 3 0 3 0 2 1 2 3 4

Povolání

Č E O L O Ğ

RS

2

Telefon

2 4 9 8 7 6 5 4 3

Adresa trvalého bydliště

Ulice P R O D L O U Ž E N Á Č.p. 2 9 5

PSČ 1 2 0 0 0 Obec P R A H A 2

Stát C Z

Adresa pro písemný styk

Upřesnění adresy (např. bytem u... nebo názvem firmy)

Ulice Č.p.

PSČ Obec

Stát

Zajištění závazku:

NE ☒ ANO ☐

(pokud ANO, vyplňte vždy název a přesnou adresu subjektu, v jehož prospěch je zajištění sjednáno)

Název

Ulice Č.p.

PSČ Obec

Číslo úvěrové smlouvy

(je-li známo)

Oprávněné osoby v případě smrti pojištěného (příjmení, jméno, rodné číslo nebo pouze vztah k pojištěnému, podíl v %)

H A V L Í Č E K T O M Á Š RČ 9 5 0 4 0 3 0 5 0 2 5 0 %

H A V L Í Č K O V Á D A N I E L A RČ 0 0 5 8 1 1 1 2 0 7 5 0 %

RČ %

Počátek pojištění

den měsíc rok

0 1 0 2 2 0 0 4

Konec pojištění

ve 24.00 hod. dne předcházejícího výročnímu dni trvání 7 5 let věku.

v kalendářním roce, ve kterém se pojištěný (mladší ze dvojice pojištěných) dožije

Způsob placení pojistného:

ročně ☐

pololetně ☐

čtvrtletně ☒

měsíčně ☐

nulové* ☐

*vyplnit v případě, že bude uhrazeno jen počáteční jednorázové pojistné

inkasem z účtu

číslo účtu

1 2 0 0 2 9 - 1 4 0 9 8 7 5 4 3 2

kód banky

0 8 0 0

specifický symbol

1 2 3 4 5 6 7 8 9 1

jiným způsobem

☐

O změnu placení pojistného nutno písemně požádat pojistitele.

Souhlasím s tím, že po přezkoumání návrhu, zdravotní dokumentace a mé rizikovitosti Pojišťovnou České spořitelny, a.s., může dojít k následné úpravě pojistného.

Při navýšení do 120 Kč ročně bude pojistné navýšeno automaticky.

V případě navýšení o více jak 120 Kč ročně (vybranou variantu zaškrtněte) s navýšením ☒ souhlasím ☐ nesouhlasím

Pokud klient nesouhlasí s navýšením pojistného, návrh nebude pojistitelem akceptován.

Zvláštní ujednání:

Vzhledem k ustanovení zákona č. 586/1992 Sb. o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů, požaduji zrušení ustanovení čl. 9, bodu d) Speciálních pojistných podmínek flexibilního životního pojištění s připojištěním:

ANO ☐

NE ☒

K pojistné smlouvě je standardně vyřizován:

výpis ze zdravotní karty ☒

+ lékařská prohlídka ☐

+ doložení příjmu ☒

1. pojištěný														
Příjmení					Jméno					Titul				
Rodné číslo					Povolání					RS				
Ulice										Č.p.				
PSČ					Obec									
Stát														

Základní zdravotní dotazy														
1. Užíváte dlouhodobě nějaké léky nebo jste pod lékařským dohledem? NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>														
2. Je u Vás plánován pobyt v nemocnici, popř. operace (s výjimkou těhotenství)? NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>														
3. Jste v současnosti v pracovní neschopnosti nebo v invalidním důchodu? NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>														
4. Trpíte nebo jste trpěl(a) některou z těchto chorob: onemocnění srdce, plic, ledvin, zhoubné nádory, cukrovka, psychické potíže? NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>														

Flexibilní životní složka – pojištění pro případ smrti nebo dožití, platí pro 1. i 2. pojištěného (v případě pojištění dvojice)														
Základní pojistná částka														
– pojištění pro případ smrti														
3 5 0 0 0 0 Kč <input checked="" type="checkbox"/> Pojištění kapitálové hodnoty (100 % základní pojistné částky)														

1. pojištěný														
<input checked="" type="checkbox"/> Pojištění pro případ velmi vážného onemocnění (75 % základní pojistné částky – max. 2 000 000 Kč) lze sjednat maximálně v 64 letech věku pojištěného a je platné nejdéle do dožití se 65 let věku pojištěného.														
<input checked="" type="checkbox"/> Pojištění plné invalidity – plného invalidního důchodu (50 % základní pojistné částky – max. 300 000 Kč) lze sjednat maximálně v 59 letech věku pojištěného a je platné nejdéle do dožití se 60 let věku pojištěného.														
<input checked="" type="checkbox"/> Pojištění zproštění od placení pojistného (je-li 1. pojištěný současně i pojistníkem) lze sjednat maximálně v 59 letech věku pojištěného a je platné nejdéle do dožití se 60 let věku pojištěného.														

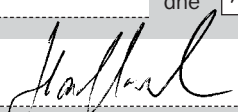
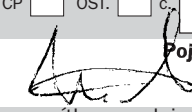
Úrazová/nemocenská složka														
Tarif														
Smrt následkem úrazu														
Trvalé následky úrazu														
Denní odškodné, v případě N-tarifů dávka														
(viz. čl. 10, bod E–F SPP)														
4 4 0 0 0 0 0 0 Kč 8 0 0 0 0 0 0 0 Kč 5 0 0 0 Kč/den														
Úrazové pojištění lze sjednat maximálně v 70 letech vstupního věku pojištěného a je platné max. do konce trvání smlouvy (max. 75 let).														
Pojištění denních dávek lze sjednat max. v 60 letech vstupního věku a zaniká automaticky dle znění SPP (čl. 10, bod F, odst. 3 a–c).														

2. pojištěný (v případě pojištění dvojice) NE <input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/>														
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dětská připojištění														
Tarif														
Smrt následkem úrazu														
Příjmení, jméno														
Rodné číslo														
Trvalé následky úrazu														
Denní odškodné														
3 0 0 0 0 0 0 0 Kč 1 0 0 0 Kč/den														

Celkové běžné pojistné = flexibilní životní složka + úrazová/nemocenská složka + dětská připojištění =														
1 0 8 2 0 Kč														
(dle frekvence placení – měsíční, čtvrtletní, pololetní nebo roční)														
Počáteční jednorázové pojistné =														

- Prohlašuji, že s uvedeným návrhem, všeobecnými pojistnými podmínkami, speciálními pojistnými podmínkami a smluvními ujednáními pro sjednaná pojištění souhlasím, potvrzuji jejich převzetí a že všechny odpovědi na písemné dotazy pojistitele zde uvedené jsou pravdivé a úplné. Beru na vědomí, že na základě odpovědí na dotazy v dotazníku pojistitel provádí ocenění přejímaného rizika a rozhoduje o jeho přijetí. V případě nepravdivých a neúplných odpovědí může ve smyslu § 802 občanského zákoníku od pojistné smlouvy odstoupit nebo odmítnout plnění.
- Souhlasím s tím, aby Pojišťovna České spořitelny, a.s., zpracovávala ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), mé osobní údaje a citlivé údaje o zdravotním stavu (dále jen „osobní údaje“) v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací a zajišťovací činností podle ustanovení § 1 a § 2 zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích z tohoto smluvního vztahu. Dále souhlasím s tím, aby mé osobní údaje byly poskytnuty i ostatním subjektům podnikajícím v oblasti pojišťovnictví, bankovníctví a jiných peněžních služeb v rámci finanční skupiny České spořitelny a asociací těchto subjektů. Ve smyslu ustanovení § 27 zákona souhlasím s předáváním mých osobních údajů do jiných států. Poskytnuté údaje bude zpracovávat Pojišťovna České spořitelny, a.s., nebo zpracovatel registrovaný v souladu s ustanovením § 16 zákona Úřadem pro ochranu osobních údajů. Prohlašuji, že jsem byl/a ve smyslu ustanovení § 11 zákona řádně informován/a o zpracování mých osobních údajů, svých právech a povinnostech zpracovatelů údajů. Beru na vědomí, že odvolání tohoto souhlasu musí být písemné a jeho platnost a účinnost nabývá dnem jeho doručení Pojišťovně České spořitelny, a.s.
- Jsem si vědom, že dle ustanovení § 800, odst. 2 občanského zákoníku mohou obě smluvní strany toto pojištění do dvou měsíců od uzavření návrhu vypovědět s osmidenní výpovědní lhůtou. Pojistitel má právo na poměrnou část pojistného odpovídající díle pojištění.
- Dojde-li ke smrti následkem úrazu pojištěného 1. resp. 2. po datu úhrady první platby (viz VPP OSO 3, čl. 7 obecná ustanovení), avšak před sjednaným počátkem pojištění, vyplátí pojistitel plnění ve výši sjednané základní pojistné částky, maximálně však do výše 100 000 Kč. Pojištěný bude kryt v rozsahu uvedeném na pojistce ode dne, kdy byl návrh na pojištění doručen na centrálu Pojišťovny České spořitelny, a.s., (rozhoduje razítko na návrhu), nejdříve však ode dne sjednaného počátku pojištění. Pojistná událost bude do vystavení pojistiky likvidní pouze v případě, že návrh byl akceptován a byla vystavena pojistka nebo jednání se o smrt následkem úrazu nebo smrti nemoci, která nebyla diagnostikována před počátkem pojištění. Pojistné plnění do doby vystavení pojistiky je vyplaceno do maximální výše 1 100 000 Kč.
- Přesáhne-li součet sjednaných pojistných částek pro trvalé následky úrazu u pojištěného v této a ostatních již dříve uzavřených pojistných smlouvách u Pojišťovny České spořitelny, a.s., částku 4 000 000 Kč (v případě trvalých následků úrazu s progresivním plněním 1 000 000 Kč), vyplátí pojistitel v případě pojistné události plnění za trvalé následky maximálně do výše 4 000 000 Kč. Přesáhne-li součet sjednaných pojistných částek denního odškodného a denních dávek částku 1 000 Kč/den, vyplátí pojistitel v případě pojistné události plnění v těchto případech maximálně do výše 1 000 Kč/den.
- Úrazová pojištění a doplňková pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti nebo hospitalizaci v nemocnici se sjednávají na dobu jednoho roku. Pokud žádný z účastníků písemně toto pojištění nevypoví, a to nejpozději šest týdnů před uplynutím této doby, prodlužuje se sjednaná doba trvání těchto pojištění automaticky vždy o jeden rok, nejdéle však do doby ukončení základního životního pojištění.

V <u>PRAZE</u> dne <u>1 2 0 1 2 0 0 4</u>														
Prohlašuji, že jsem ověřil(a) správnost identifikačních údajů pojistníka dle:														
OP <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> OST. <input type="checkbox"/> č. <u></u>														
														
Podpis pojistníka, 1. pojištěného														
														
Razítko a podpis zplnomocněného zástupce Pojišťovny České spořitelny, a.s.														

VP <u>9 7 0 3 1</u>														
<u>M. KOUTNÝ</u>														
Jméno VP														
P <u>9 7 0 3 1</u>														
Z <u>9 7 0 3 1</u>														
NS <u>8 2 4 0 0</u>														

2. pojištěný (v případě pojištění dvojice)

Příjmení	Jméno	Titul
H A V L I Č K O V Á	M A Ğ D A L Ě N A	I N Ğ
Rodné číslo	Povolání	RS
6 5 5 3 1 8 0 8 1 0	P R O Ğ R A M Á T O R K A	1
Ulice	Č.p.	Telefon
P R O D L O U Ž E N Á	2 9 5	2 4 9 8 7 6 5 4 3
PSČ	Obec	
1 2 0 0 0	P R A H A 2	
Stát		
C Z		

Základní zdravotní dotazy

- | | | | |
|---|---|--|---|
| 1. Užíváte dlouhodobě nějaké léky nebo jste pod lékařským dohledem? | NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> | 3. Jste v současnosti v pracovní neschopnosti nebo v invalidním důchodu? | NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> |
| 2. Je u Vás plánován pobyt v nemocnici, popř. operace (s výjimkou těhotenství)? | NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> | 4. Trpíte nebo jste trpěl(a) některou z těchto chorob: onemocnění srdce, plic, ledvin, zhoubné nádory, cukrovka, psychické potíže? | NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> |

Flexibilní životní složka – pojištění pro případ smrti nebo dožití, platí pro 1. i 2. pojištěného (v případě pojištění dvojice)

Základní pojistná částka (pojištění pro případ smrti) – shodná se základní pojistnou částkou 1. pojištěného

Pojištění kapitálové hodnoty (100 % základní pojistné částky) shodné jako u 1. pojištěného.

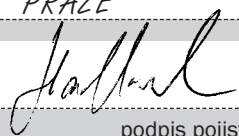
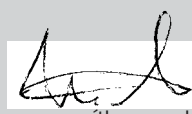
- 2. pojištěný** ☒ Pojištění pro případ **velmi vážného onemocnění** (75 % základní pojistné částky – max. 2 000 000 Kč) lze sjednat maximálně v 64 letech věku pojištěného a je platné nejdéle do dožití se 65 let věku pojištěného.
- ☐ Pojištění **plné invalidity** – plného invalidního důchodu (50 % základní pojistné částky – max. 300 000 Kč) lze sjednat maximálně v 59 letech věku pojištěného a je platné nejdéle do dožití se 60 let věku pojištěného.

Úrazová/nemocenská složka (viz. čl. 10, bod E–F SPP)	Tarif	Smrt následkem úrazu	Trvalé následky úrazu	Denní odškodné, v případě N-tarifů dávka
	U 6	1 0 0 0 0 0 0 Kč	2 0 0 0 0 0 0 Kč	2 0 0 Kč/den

Úrazové pojištění lze sjednat maximálně v 70 letech vstupního věku pojištěného a je platné max. do konce trvání smlouvy (max. 75 let).

Pojištění denních dávek lze sjednat max. v 60 letech vstupního věku a zaniká automaticky dle znění SPP (čl. 10, bod F, odst. 3 a–c).

- Prohlašuji, že s uvedeným návrhem, všeobecnými pojistnými podmínkami, speciálními pojistnými podmínkami a smluvními ujednáními pro sjednaná pojištění souhlasím, potvrzuji jejich převzetí a že všechny odpovědi na písemné dotazy pojistitele zde uvedené jsou pravdivé a úplné. Beru na vědomí, že na základě odpovědi na dotazy v dotazníku pojistitel provádí ocenění přejímaného rizika a rozhoduje o jeho přijetí. V případě nepravdivých a neúplných odpovědí může ve smyslu § 802 občanského zákoníku od pojistné smlouvy odstoupit nebo odmítnout plnění.
- Souhlasím s tím, aby Pojišťovna České spořitelny, a.s., zpracovávala ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), mé osobní údaje a citlivé údaje o zdravotním stavu (dále jen „osobní údaje“) v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací a zajišťovací činností podle ustanovení § 1 a § 2 zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích z tohoto smluvního vztahu. Dále souhlasím s tím, aby mé osobní údaje byly poskytnuty i ostatním subjektům podnikajícím v oblasti pojišťovnictví, bankovnínictví a jiných peněžních služeb v rámci finanční skupiny České spořitelny a asociací těchto subjektů. Ve smyslu ustanovení § 27 zákona souhlasím s předáváním mých osobních údajů do jiných států. Poskytnuté údaje bude zpracovávat Pojišťovna České spořitelny, a.s., nebo zpracovatel registrovaný v souladu s ustanovením § 16 zákona Úřadem pro ochranu osobních údajů. Prohlašuji, že jsem byl/a ve smyslu ustanovení § 11 zákona řádně informován/a o zpracování mých osobních údajů, svých právech a povinnostech zpracovatelů údajů. Beru na vědomí, že odvolání tohoto souhlasu musí být písemné a jeho platnost a účinnost nabývá dnem jeho doručení Pojišťovně České spořitelny, a.s.
- Jsem si vědom, že dle ustanovení § 800, odst. 2 občanského zákoníku mohou obě smluvní strany toto pojištění do dvou měsíců od uzavření návrhu vypovědět s osmidenácti měsíční lhůtou. Pojistitel má právo na poměrnou část pojistného odpovídající délce pojištění.
- Dojde-li ke smrti následkem úrazu pojištěného 1. resp. 2. po datu úhrady první platby (viz VPP OSO 3, čl. 7 obecná ustanovení), avšak před sjednaným počátkem pojištění, vyplátí pojistitel plnění ve výši sjednané základní pojistné částky, maximálně však do výše 100 000 Kč. Pojištění bude kryt v rozsahu uvedeném na pojistce ode dne, kdy byl návrh na pojištění doručen na centrálu Pojišťovny České spořitelny, a.s., (rozhoduje razítko na návrhu), nejdříve však ode dne sjednaného počátku pojištění. Pojistná událost bude do vystavení pojistky likvidní pouze v případě, že návrh byl akceptován a byla vystavena pojistka nebo jedná-li se o smrt následkem úrazu nebo smrti nemocí, která nebyla diagnostikována před počátkem pojištění. Pojistné plnění do doby vystavení pojistky je vyplaceno do maximální výše 1 100 000 Kč.
- Přesáhne-li součet sjednaných pojistných částek pro trvalé následky úrazu u pojištěného v této a ostatních již dříve uzavřených pojistných smlouvách u Pojišťovny České spořitelny, a.s., částku 4 000 000 Kč (v případě trvalých následků úrazu s progresivním plněním 1 000 000 Kč), vyplátí pojistitel v případě pojistné události plnění v těchto případech maximálně do výše 1 000 000 Kč/den.
- Úrazová pojištění a doplňková pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti nebo hospitalizaci v nemocnici se sjednávají na dobu jednoho roku. Pokud žádný z účastníků písemně toto pojištění nevyhoví, a to nejpozději šest týdnů před uplynutím této doby, prodlužuje se sjednaná doba trvání těchto pojištění automaticky vždy o jeden rok, nejdéle však do doby ukončení základního životního pojištění.

V	PRAZE	dne	1 2 0 1 2 0 0 4
			
podpis pojistníka, 2. pojištěného		Pojišťovna České spořitelny, a.s. centrála 30 razítko a podpis zplnomocněného zástupce Pojišťovny České spořitelny, a.s.	

4. PŘÍKLAD VÝVOJE KAPITÁLOVÉ HODNOTY

FLEXIBILNÍ ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

SIMULOVANÝ PRŮBĚH POJIŠTĚNÍ ZPRACOVANÝ DNE 12. 01. 2004 – verze simulačního programu 3_40

	1. pojištěný		2. pojištěný	
Datum narození	muž, 2. 3. 1963		žena, 18. 3. 1965	
Základní pojištění	částka	pojištěno do	částka	pojištěno do
Základní pojistná částka	350 000 Kč	31. 1. 2038	350 000 Kč	31. 1. 2040
Pojištění velmi vážných onemocnění	262 500 Kč	29. 2. 2028	262 500 Kč	28. 2. 2030
Pojištění plné invalidity	175 000 Kč	28. 2. 2023	0 Kč	
Pojištění zproštění od placení	ANO	28. 2. 2023		
Pojištění kapitálové hodnoty	ANO			
Doplňková pojištění	částka	pojištěno do	částka	pojištěno do
Pojištění smrti úrazem	400 000 Kč	31. 1. 2038	100 000 Kč	31. 1. 2040
Pojištění trvalých následků úrazu	800 000 Kč	31. 1. 2038	200 000 Kč	31. 1. 2040
Pojištění denního odškodného od 1. dne	500 Kč	31. 1. 2038	200 Kč	31. 1. 2040
Pojištění denních dávek od 15. dne	0 Kč			
Tarif doplňkového pojištění	U4		U6	
Pojištění dětí	dat. narození	pojištěno do	částka (stejná pro všechny děti)	
1. dítě	3. 4. 1995	31. 3. 2020		
2. dítě	11. 8. 2000	31. 7. 2025		
3. dítě				
4. dítě				
5. dítě				
Pojištění smrti úrazem			20 000 Kč	
Pojištění trvalých následků úrazu			300 000 Kč	
Pojištění denního odškodného od 1. dne			100 Kč	
Tarif dětského pojištění			D2	
Počátek pojištění a pojistné				
Počátek pojištění dne	1. 2. 2004			
Mimořádný vklad na počátku pojištění				
Běžně placené pojistné	10 820 Kč			
Frekvence splátek běžného pojistného	čtvrtletně			

Upozornění: Vzhledem k tomu, že není možné předem stanovit míru inflace ani míru zisku, jsou údaje na následující stránce pouze orientační a vždy k výročnímu dni pojištění.

Kapitálová hodnota
Daňově uznatelný odpočet

při zhodnocení	2 %	4 %				
ke dni	Kapitálová hodnota		vloženo	mim. vklad	ke dni	částka
				0 Kč	31. 12. 2004	12 000 Kč
31. 1. 2005	0 Kč	0 Kč	43 280 Kč	0 Kč	31. 12. 2005	12 000 Kč
31. 1. 2006	0 Kč	0 Kč	86 560 Kč	0 Kč	31. 12. 2006	12 000 Kč
31. 1. 2007	6 606 Kč	6 678 Kč	129 840 Kč	0 Kč	31. 12. 2007	12 000 Kč
31. 1. 2008	21 516 Kč	21 953 Kč	173 120 Kč	0 Kč	31. 12. 2008	12 000 Kč
31. 1. 2009	35 251 Kč	36 347 Kč	216 400 Kč	0 Kč	31. 12. 2009	12 000 Kč
31. 1. 2010	48 028 Kč	50 065 Kč	259 680 Kč	0 Kč	31. 12. 2010	12 000 Kč
31. 1. 2011	59 807 Kč	63 062 Kč	302 960 Kč	0 Kč	31. 12. 2011	12 000 Kč
31. 1. 2012	70 052 Kč	74 777 Kč	346 240 Kč	0 Kč	31. 12. 2012	12 000 Kč
31. 1. 2013	78 544 Kč	84 986 Kč	389 520 Kč	0 Kč	31. 12. 2013	12 000 Kč
31. 1. 2014	85 425 Kč	93 785 Kč	432 800 Kč	0 Kč	31. 12. 2014	11 712 Kč
31. 1. 2015	90 459 Kč	100 921 Kč	476 080 Kč	0 Kč	31. 12. 2015	10 336 Kč
31. 1. 2016	93 618 Kč	106 347 Kč	519 360 Kč	0 Kč	31. 12. 2016	9 696 Kč
31. 1. 2017	95 633 Kč	110 754 Kč	562 640 Kč	0 Kč	31. 12. 2017	9 499 Kč
31. 1. 2018	96 819 Kč	114 436 Kč	605 920 Kč	0 Kč	31. 12. 2018	9 161 Kč
31. 1. 2019	96 929 Kč	117 147 Kč	649 200 Kč	0 Kč	31. 12. 2019	8 793 Kč
31. 1. 2020	95 860 Kč	118 753 Kč	692 480 Kč	0 Kč	31. 12. 2020	8 864 Kč
31. 1. 2021	94 009 Kč	119 649 Kč	735 760 Kč	0 Kč	31. 12. 2021	10 103 Kč
31. 1. 2022	92 522 Kč	120 965 Kč	779 040 Kč	0 Kč	31. 12. 2022	11 481 Kč
31. 1. 2023	91 362 Kč	122 680 Kč	822 320 Kč	0 Kč	31. 12. 2023	12 000 Kč
31. 1. 2024	94 414 Kč	128 730 Kč	865 600 Kč	0 Kč	31. 12. 2024	12 000 Kč
31. 1. 2025	95 819 Kč	133 288 Kč	908 880 Kč	0 Kč	31. 12. 2025	12 000 Kč
31. 1. 2026	95 538 Kč	136 273 Kč	952 160 Kč	0 Kč	31. 12. 2026	12 000 Kč
31. 1. 2027	93 285 Kč	137 369 Kč	995 440 Kč	0 Kč	31. 12. 2027	12 000 Kč
31. 1. 2028	88 649 Kč	136 132 Kč	1 038 720 Kč	0 Kč	31. 12. 2028	12 000 Kč
31. 1. 2029	91 491 Kč	142 485 Kč	1 082 000 Kč	0 Kč	31. 12. 2029	12 000 Kč
31. 1. 2030	93 170 Kč	147 834 Kč	1 125 280 Kč	0 Kč	31. 12. 2030	12 000 Kč
31. 1. 2031	100 240 Kč	158 785 Kč	1 168 560 Kč	0 Kč	31. 12. 2031	12 000 Kč
31. 1. 2032	105 983 Kč	168 681 Kč	1 211 840 Kč	0 Kč	31. 12. 2032	12 000 Kč
31. 1. 2033	109 536 Kč	176 632 Kč	1 255 120 Kč	0 Kč	31. 12. 2033	12 000 Kč
31. 1. 2034	110 909 Kč	182 589 Kč	1 298 400 Kč	0 Kč	31. 12. 2034	12 000 Kč
31. 1. 2035	109 778 Kč	186 207 Kč	1 341 680 Kč	0 Kč	31. 12. 2035	12 000 Kč
31. 1. 2036	105 885 Kč	187 167 Kč	1 384 960 Kč	0 Kč	31. 12. 2036	12 000 Kč
31. 1. 2037	98 790 Kč	185 007 Kč	1 428 240 Kč	0 Kč	31. 12. 2037	12 000 Kč
31. 1. 2038	88 414 Kč	179 547 Kč	1 471 520 Kč	0 Kč	31. 12. 2038	12 000 Kč
31. 1. 2039	113 796 Kč	210 187 Kč	1 514 800 Kč	0 Kč	31. 12. 2039	12 000 Kč
31. 1. 2040	138 293 Kč	240 615 Kč	1 558 080 Kč	0 Kč	31. 12. 2040	3 440 Kč

NEMOCENSKÉ TARIFY

DOSPĚLÝ

DOSPĚLÝ					MĚSÍČNÍ POJISTNÉ			ČTVRTLETNÍ POJISTNÉ			POLOLETNÍ POJISTNÉ			ROČNÍ POJISTNÉ		
smrt úrazem	trvalé následky	denní dávka	TARIF	Riz. skupina	1. RS	2. RS	3. RS	1. RS	2. RS	3. RS	1. RS	2. RS	3. RS	1. RS	2. RS	3. RS
			vstupní věk pojišťovaného:													
250 000	250 000	100	N 1	do 30 let	133	181	290	400	544	869	800	1 088	1 738	1 600	2 175	3 475
				do 40 let	154	202	310	463	606	931	925	1 213	1 863	1 850	2 425	3 725
				do 60 let	188	235	344	563	706	1 031	1 125	1 413	2 063	2 250	2 825	4 125
500 000	500 000	200	N 2	do 30 let	267	363	579	800	1 088	1 738	1 600	2 175	3 475	3 200	4 350	6 950
				do 40 let	308	404	621	925	1 213	1 863	1 850	2 425	3 725	3 700	4 850	7 450
				do 60 let	375	471	688	1 125	1 413	2 063	2 250	2 825	4 125	4 500	5 650	8 250
750 000	750 000	300	N 3	do 30 let	400	544	869	1 200	1 631	2 606	2 400	3 263	5 213	4 800	6 525	10 425
				do 40 let	463	606	931	1 388	1 819	2 794	2 775	3 638	5 588	5 550	7 275	11 175
				do 60 let	563	706	1 031	1 688	2 119	3 094	3 375	4 238	6 188	6 750	8 475	12 375
1 000 000	1 000 000	400	N 4	do 30 let	533	725	1 158	1 600	2 175	3 475	3 200	4 350	6 950	6 400	8 700	13 900
				do 40 let	617	808	1 242	1 850	2 425	3 725	3 700	4 850	7 450	7 400	9 700	14 900
				do 60 let	750	942	1 375	2 250	2 825	4 125	4 500	5 650	8 250	9 000	11 300	16 500
250 000	250 000	200	N 5	do 30 let	204	252	360	613	756	1 081	1 225	1 513	2 163	2 450	3 025	4 325
				do 40 let	246	294	402	738	881	1 206	1 475	1 763	2 413	2 950	3 525	4 825
				do 60 let	313	360	469	938	1 081	1 406	1 875	2 163	2 813	3 750	4 325	5 625
250 000	250 000	300	N 6	do 30 let	275	323	431	825	969	1 294	1 650	1 938	2 588	3 300	3 875	5 175
				do 40 let	338	385	494	1 013	1 156	1 481	2 025	2 313	2 963	4 050	4 625	5 925
				do 60 let	438	485	594	1 313	1 456	1 781	2 625	2 913	3 563	5 250	5 825	7 125
250 000	250 000	400	N 7	do 30 let	346	394	502	1 038	1 181	1 506	2 075	2 363	3 013	4 150	4 725	6 025
				do 40 let	429	477	585	1 288	1 431	1 756	2 575	2 863	3 513	5 150	5 725	7 025
				do 60 let	563	610	719	1 688	1 831	2 156	3 375	3 663	4 313	6 750	7 325	8 625
1 000 000	1 000 000	600	N 8	do 30 let	675	867	1 300	2 025	2 600	3 900	4 050	5 200	7 800	8 100	10 400	15 600
				do 40 let	800	992	1 425	2 400	2 975	4 275	4 800	5 950	8 550	9 600	11 900	17 100
				do 60 let	1 000	1 192	1 625	3 000	3 575	4 875	6 000	7 150	9 750	12 000	14 300	19 500
1 000 000	1 000 000	800	N 9	do 30 let	1 350	1 733	2 600	4 050	5 200	7 800	8 100	10 400	15 600	16 200	20 800	31 200
				do 40 let	1 600	1 983	2 850	4 800	5 950	8 550	9 600	11 900	17 100	19 200	23 800	34 200
				do 60 let	2 000	2 383	3 250	6 000	7 150	9 750	12 000	14 300	19 500	24 000	28 600	39 000
1 000 000	1 000 000	1 000	N 10	do 30 let	2 025	2 600	3 900	6 075	7 800	11 700	12 150	15 600	23 400	24 300	31 200	46 800
				do 40 let	2 400	2 975	4 275	7 200	8 925	12 825	14 400	17 850	25 650	28 800	35 700	51 300
				do 60 let	3 000	3 575	4 875	9 000	10 725	14 625	18 000	21 450	29 250	36 000	42 900	58 500

OMEZENÉ, ZÁKLADNÍ A ÚRAZOVÉ TARIFY

DOSPĚLÝ				Riz. skupina	MĚSÍČNÍ POJISTNÉ			ČTVRTLETNÍ POJISTNÉ			POLOLETNÍ POJISTNÉ			ROČNÍ POJISTNÉ		
smrt úrazem	trvalé následky	denní odškodné	TARIF		1. RS	2. RS	3. RS	1. RS	2. RS	3. RS	1. RS	2. RS	3. RS	1. RS	2. RS	3. RS
X	150 000	X	O 1		21	40	79	64	120	236	128	240	473	255	480	945
X	300 000	X	O 2		43	80	158	128	240	473	255	480	945	510	960	1 890
X	450 000	X	O 3		64	120	236	191	360	709	383	720	1 418	765	1 440	2 835
X	600 000	X	O 4		85	160	315	255	480	945	510	960	1 890	1 020	1 920	3 780
125 000	125 000	X	Z 1		31	55	109	94	166	328	188	331	656	375	663	1 313
250 000	250 000	X	Z 2		63	110	219	188	331	656	375	663	1 313	750	1 325	2 625
500 000	500 000	X	Z 3		125	221	438	375	663	1 313	750	1 325	2 625	1 500	2 650	5 250
750 000	750 000	X	Z 4		188	331	656	563	994	1 969	1 125	1 988	3 938	2 250	3 975	7 875
1 000 000	1 000 000	X	Z 5		250	442	875	750	1 325	2 625	1 500	2 650	5 250	3 000	5 300	10 500
100 000	200 000	100	U 1		106	171	307	318	513	920	635	1 025	1 840	1 270	2 050	3 680
200 000	400 000	200	U 2		212	342	613	635	1 025	1 840	1 270	2 050	3 680	2 540	4 100	7 360
300 000	600 000	300	U 3		318	513	920	953	1 538	2 760	1 905	3 075	5 520	3 810	6 150	11 040
400 000	800 000	500	U 4		490	783	1 393	1 470	2 350	4 180	2 940	4 700	8 360	5 880	9 400	16 720
500 000	1 000 000	800	U 5		729	1 154	2 033	2 188	3 463	6 100	4 375	6 925	12 200	8 750	13 850	24 400
100 000	200 000	200	U 6		173	271	473	518	813	1 420	1 035	1 625	2 840	2 070	3 250	5 680
100 000	200 000	300	U 7		239	371	640	718	1 113	1 920	1 435	2 225	3 840	2 870	4 450	7 680
100 000	200 000	500	U 8		373	571	973	1 118	1 713	2 920	2 235	3 425	5 840	4 470	6 850	11 680

DĚTSKÉ TARIFY

DÍTĚ				TARIF	MĚSÍČNÍ POJISTNÉ			ČTVRTLETNÍ POJISTNÉ			POLOLETNÍ POJISTNÉ			ROČNÍ POJISTNÉ		
smrt úrazem	trvalé následky	denní odškodné	TARIF		1. RS	2. RS	3. RS	1. RS	2. RS	3. RS	1. RS	2. RS	3. RS	1. RS	2. RS	3. RS
10 000	150 000	50	D 1			29		88				175		350		
20 000	300 000	100	D 2			58		175				350		700		
30 000	450 000	150	D 3			88		263				525		1 050		
40 000	600 000	200	D 4			117		350				700		1 400		

Základní riziko – pojištění smrti

Minimální doporučené měsíční pojistné pro vybrané pojistné částky
muži

vstupní věk	30 000	40 000	50 000	75 000	100 000	150 000	200 000	350 000	500 000	1 000 000
15 - 20	70	81	94	122	150	207	264	435	605	1 173
21 - 25	76	89	102	135	168	234	300	497	694	1 353
26 - 30	83	99	114	153	191	268	347	579	811	1 584
31 - 35	92	111	129	175	221	314	406	682	959	1 882
36 - 40	103	127	149	204	260	371	482	816	1 151	2 264
41 - 45	119	146	173	241	309	446	582	990	1 398	2 759
46 - 50	139	172	206	290	374	543	712	1 217	1 723	3 408
51 - 55	165	207	250	355	461	672	884	1 519	2 155	4 271
56 - 60	198	251	305	438	572	838	1 106	1 907	2 708	5 379
61 - 65	243	312	381	552	724	1 068	1 411	2 442	3 473	6 907
66 - 70	331	429	526	771	1 015	1 505	1 994	3 462	4 929	9 822

ženy

vstupní věk	30 000	40 000	50 000	75 000	100 000	150 000	200 000	350 000	500 000	1 000 000
15 - 20	59	67	74	94	112	150	188	301	415	793
21 - 25	63	72	80	102	123	167	211	341	472	908
26 - 30	67	77	87	112	138	188	239	389	541	1 045
31 - 35	73	84	96	125	155	215	274	452	629	1 222
36 - 40	79	94	108	143	178	250	320	532	745	1 452
41 - 45	88	106	123	166	209	295	381	638	897	1 756
46 - 50	101	122	143	196	250	355	461	780	1 098	2 158
51 - 55	117	144	171	237	304	436	569	967	1 366	2 695
56 - 60	139	172	206	290	374	543	712	1 218	1 724	3 410
61 - 65	172	217	261	373	485	710	934	1 607	2 280	4 524
66 - 70	245	315	384	558	732	1 079	1 427	2 468	3 510	6 984

Minimální celkové měsíční pojistné na jednu osobu je 200 Kč (v případě pojištění **dvojice osob** je minimální měsíční pojistné **400 Kč**). Jestliže je sjednáváno i úrazové pojištění dětí, musí být minimální pojistné ve výši 200 Kč (v případě dvojice 400 Kč) navýšeno o pojistné za dětské úrazové pojištění.

V případech stanovení jiné než měsíční platby pojistného, je čtvrtletní pojistné stanoveno jako **trojnásobek** měsíčního, pololetní pojistné jako **šestnásobek** měsíčního a roční pojistné jako **dvanásobek** měsíčního pojistného.

V případě pojištění 38 letého muže na pojistnou částku 100 000 Kč činí minimálně nutné měsíční pojistné 260 Kč. Co je zaplacen nad tuto částku posiluje spořivou složku pojištění. Pojistná částka rizika je i při vyšší platbě stále ve stejné výši (100 000 Kč).

Každému pojištěnému je veden osobní účet – tzv. **kapitálová hodnota pojistné smlouvy**, kde se po odečtení aktuální částky na krytí rizika a technických poplatků zhodnocují prostředky placené formou pojistného.

Tuto kapitálovou hodnotu může každý pojištěný v průběhu trvání pojištění zvýšit vložím **mimořádného pojistného** (vkladu do pojištění).

Pozn.: Minimální doporučené měsíční pojistné je stanoveno na maximální konec pojištění pro pojištěného v 75 letech.

Chcete-li stanovit konec pojištění dříve než v 75 letech, nutno ověřit postačitelnost dle SW na FŽP.

Pokud je sjednáván nemocenský tarif (Nx), nutno ověřit postačitelnost dle SW na FŽP.

Pokud bude mít prodejce k dispozici softwarový simulační program, může zvolit pro pojištěného pojistnou částku v povoleném rozmezí vždy po celé tisícikoruně. V takovém případě použije prodejce alespoň minimální pojistné stanovené programem (při dodržení celkového minimálního měsíčního pojistného 200 Kč/osobu).

pojištění kapitálové hodnoty

Sazby jsou minimální měsíční a jsou uvedeny v procentech
muži a ženy

vstupní věk	15 - 20	21 - 25	26 - 30	31 - 35	36 - 40	41 - 45	46 - 50	51 - 55	56 - 60	61 - 65	66 - 70
sazba v %	40	40	40	30	30	30	20	20	20	10	10

Při stanovení sazeb pojištění kapitálové hodnoty se vychází z tabulky minimálního pojistného pro základní pojištění smrti (platí pro všechny pojistné částky).

Sazby jsou stanoveny na standardní postačitelnost (12 %) a na dobu trvání do 75 let věku pojištěného, resp. mladšího z dvojice pojištěných. Pokud bude prodejce bez simulačního programu chtít stanovit minimální pojistné za rozšířený rozsah pojistného krytí vč. pojištění kapitálové hodnoty, bude postupovat následovně :

- z příručky si vybere stanovené minimální pojistné např. za rozsah pojistného krytí smrt + velmi vážné onemocnění + invalidita
- ze základní sazby pojištění smrti vypočte % sazbu pro pojištění kapitálové hodnoty a spočítá pojistné za pojištění kapitálové hodnoty
- sečte pojistné za rozšířený rozsah pojistného krytí s pojistným za pojištění kapitálové hodnoty, popř. přičte ještě pojistné za úrazové/nemocenské pojištění a dětské úrazové pojištění.

Rozšířené krytí

pojištění smrti a velmi vážných onemocnění

Minimální doporučené měsíční pojistné pro vybrané pojistné částky

muži

vstupní věk	30 000	40 000	50 000	75 000	100 000	150 000	200 000	350 000	500 000	1 000 000
15 - 20	89	106	123	167	210	297	384	646	906	1 775
21 - 25	97	117	138	188	238	339	439	741	1 044	2 050
26 - 30	108	131	155	215	273	392	510	865	1 220	2 404
31 - 35	121	150	177	249	319	460	601	1 023	1 445	2 853
36 - 40	139	173	206	290	375	545	714	1 221	1 728	3 419
41 - 45	158	199	240	341	442	645	847	1 455	2 064	4 090
46 - 50	183	231	279	402	523	765	1 008	1 736	2 463	4 888
51 - 55	208	265	322	465	608	893	1 179	2 035	2 891	5 744
56 - 60	227	289	352	510	668	983	1 299	2 245	3 192	6 347
61 - 65	243	312	381	552	724	1 068	1 411	2 442	3 473	6 907
66 - 70	331	429	526	771	1 015	1 505	1 994	3 462	4 929	9 822

ženy

vstupní věk	30 000	40 000	50 000	75 000	100 000	150 000	200 000	350 000	500 000	1 000 000
15 - 20	75	87	100	132	163	227	290	481	671	1 305
21 - 25	80	95	109	145	182	255	328	546	765	1 493
26 - 30	87	103	121	163	205	289	373	625	878	1 718
31 - 35	96	116	135	184	233	331	429	724	1 019	2 000
36 - 40	106	130	153	210	268	384	499	847	1 195	2 352
41 - 45	119	145	173	241	309	446	581	989	1 397	2 758
46 - 50	133	165	197	277	358	517	678	1 158	1 638	3 240
51 - 55	147	185	222	315	407	592	778	1 333	1 888	3 739
56 - 60	158	199	239	340	442	645	847	1 454	2 061	4 087
61 - 65	172	217	261	373	485	710	934	1 607	2 280	4 524
66 - 70	245	315	384	558	732	1 079	1 427	2 468	3 510	6 984

Rozšířené krytí

pojištění rizika smrti a plné invalidity

Minimální doporučené měsíční pojistné pro vybrané pojistné částky

muži

vstupní věk	30 000	40 000	50 000	75 000	100 000	150 000	200 000	350 000	500 000	1 000 000
15 - 20	76	89	101	134	167	232	298	494	690	1 275
21 - 25	81	97	112	150	187	263	338	563	790	1 466
26 - 30	89	107	124	168	212	300	389	653	917	1 713
31 - 35	99	120	141	194	245	350	454	767	1 080	2 026
36 - 40	111	136	162	223	286	410	536	910	1 284	2 423
41 - 45	128	157	187	262	338	487	638	1 088	1 538	2 927
46 - 50	146	183	218	309	399	581	761	1 305	1 848	3 559
51 - 55	168	212	255	365	474	692	911	1 565	2 220	4 351
56 - 60	198	251	305	438	572	838	1 106	1 907	2 708	5 379
61 - 65	243	312	381	552	724	1 068	1 411	2 442	3 473	6 907
66 - 70	331	429	526	771	1 015	1 505	1 994	3 462	4 929	9 822

ženy

vstupní věk	30 000	40 000	50 000	75 000	100 000	150 000	200 000	350 000	500 000	1 000 000
15 - 20	64	74	83	106	129	175	221	360	498	893
21 - 25	68	79	89	116	142	195	248	407	565	1 020
26 - 30	73	85	97	128	158	219	279	462	645	1 170
31 - 35	79	94	108	143	178	250	320	532	745	1 361
36 - 40	87	103	120	162	204	287	371	620	870	1 604
41 - 45	96	116	135	185	234	333	432	729	1 026	1 912
46 - 50	108	131	155	213	272	389	507	860	1 213	2 297
51 - 55	120	149	176	245	315	453	592	1 009	1 425	2 765
56 - 60	139	172	206	290	374	543	712	1 218	1 724	3 410
61 - 65	172	217	261	373	485	710	934	1 607	2 280	4 524
66 - 70	245	315	384	558	732	1 079	1 427	2 468	3 510	6 984

Minimální celkové měsíční pojistné na jednu osobu je 200 Kč (v případě pojištění dvojice osob je minimální měsíční pojistné 400 Kč).

Pozn.: Minimální doporučené měsíční pojistné je stanoveno na maximální konec pojištění pro pojištěného v 75 letech.

Chcete-li stanovit konec pojištění dříve než v 75 letech, nutno ověřit postačitelnost dle SW na FŽP.

Pokud je sjednáván nemocenský tarif (Nx), nutno ověřit postačitelnost dle SW na FŽP.

Rozšířené krytí

pojištění rizika smrti, velmi vážných onemocnění a plné invalidity

Minimální doporučené měsíční pojistné pro vybrané pojistné částky

muži

vstupní věk	30 000	40 000	50 000	75 000	100 000	150 000	200 000	350 000	500 000	1 000 000
15 - 20	94	112	132	179	228	322	418	704	991	1 878
21 - 25	102	124	146	201	257	367	477	809	1 139	2 165
26 - 30	114	140	166	230	295	424	553	939	1 327	2 531
31 - 35	129	160	189	266	342	495	648	1 107	1 565	2 998
36 - 40	146	183	219	310	402	584	767	1 313	1 861	3 578
41 - 45	167	210	254	362	470	686	903	1 553	2 203	4 257
46 - 50	190	241	293	420	547	802	1 057	1 823	2 587	5 039
51 - 55	211	270	328	474	619	911	1 202	2 076	2 949	5 816
56 - 60	227	289	352	510	668	983	1 299	2 245	3 192	6 347
61 - 65	243	312	381	552	724	1 068	1 411	2 442	3 473	6 907
66 - 70	331	429	526	771	1 015	1 505	1 994	3 462	4 929	9 822

ženy

vstupní věk	30 000	40 000	50 000	75 000	100 000	150 000	200 000	350 000	500 000	1 000 000
15 - 20	79	94	108	144	180	252	323	539	755	1 406
21 - 25	86	102	119	160	200	283	365	612	858	1 604
26 - 30	94	112	131	178	226	320	415	699	981	1 844
31 - 35	102	124	146	201	256	366	475	805	1 134	2 138
36 - 40	113	140	165	229	294	421	550	935	1 320	2 503
41 - 45	127	156	186	261	334	484	634	1 080	1 528	2 914
46 - 50	140	174	208	294	380	551	723	1 238	1 752	3 377
51 - 55	151	189	227	322	417	607	798	1 368	1 939	3 802
56 - 60	158	199	239	340	442	645	847	1 454	2 061	4 087
61 - 65	172	217	261	373	485	710	934	1 607	2 280	4 524
66 - 70	245	315	384	558	732	1 079	1 427	2 468	3 510	6 984

Kompletní krytí

pojištění rizika smrti, velmi vážných onemocnění, plné invalidity, zproštění od placení pojistného a pojištění kapitálové hodnoty

Minimální doporučené měsíční pojistné pro vybrané pojistné částky

muži

max. krytí	30 000	40 000	50 000	75 000	100 000	150 000	200 000	350 000	500 000	1 000 000
15 - 20	119	145	172	238	304	435	567	960	1 355	2 597
21 - 25	131	161	191	266	341	492	642	1 093	1 544	2 969
26 - 30	145	180	215	301	388	562	736	1 258	1 780	3 429
31 - 35	163	204	244	344	446	648	850	1 458	2 065	3 989
36 - 40	183	230	276	394	512	747	982	1 687	2 394	4 639
41 - 45	202	257	311	446	581	850	1 120	1 928	2 737	5 326
46 - 50	219	279	340	490	639	939	1 240	2 140	3 039	5 955
51 - 55	229	293	356	516	675	994	1 313	2 269	3 225	6 375
56 - 60	237	303	370	536	703	1 035	1 368	2 367	3 366	6 695
61 - 65	256	330	403	585	769	1 134	1 500	2 598	3 696	7 355
66 - 70	343	444	547	802	1 057	1 566	2 077	3 607	5 137	10 237

ženy

max. krytí	30 000	40 000	50 000	75 000	100 000	150 000	200 000	350 000	500 000	1 000 000
15 - 20	94	112	130	175	219	309	398	668	936	1 759
21 - 25	102	122	143	194	245	348	450	756	1 063	2 004
26 - 30	111	135	158	217	276	393	510	862	1 214	2 298
31 - 35	122	150	177	244	312	448	583	990	1 397	2 653
36 - 40	135	167	198	276	354	512	668	1 137	1 608	3 068
41 - 45	149	184	219	308	397	575	754	1 288	1 823	3 498
46 - 50	156	195	234	332	430	626	822	1 410	1 998	3 881
51 - 55	161	201	243	345	448	653	858	1 474	2 090	4 105
56 - 60	164	206	249	354	461	672	884	1 520	2 156	4 275
61 - 65	178	227	274	392	510	747	985	1 694	2 405	4 773
66 - 70	253	325	397	576	756	1 115	1 475	2 554	3 633	7 229

Minimální celkové měsíční pojistné na jednu osobu je 200 Kč (v případě pojištění dvojice osob je minimální měsíční pojistné 400 Kč).
Pozn.: Minimální doporučené měsíční pojistné je stanoveno na maximální konec pojištění pro pojištěného v 75 letech.

Chcete-li stanovit konec pojištění dříve než v 75 letech, nutno ověřit postačitelnost dle SW na FŽP.

Pokud je sjednáván nemocenský tarif (Nx), nutno ověřit postačitelnost dle SW na FŽP.

B. FLEXIBILNÍ ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ S PŘÍSPĚVKEM ZAMĚSTNAVATELE

Formuláře pro sjednání: Z 0049, FŽP – návrh na uzavření pojistné smlouvy
Z 0089, Prohlášení pojistníka/pojištěného/poplatníka o výši pojistného a jeho plátcích

FŽP s příspěvkem zaměstnavatele je možno sjednat dvěma způsoby:

- jako nové pojištění, které se uzavírá na formulářích FŽP, ke kterým bude jako příloha neoddělitelně připojen formulář „Prohlášení pojistníka/pojištěného/poplatníka o výši pojistného a jeho plátcích k návrhu na pojištění č....“. Ve zvl. ujednání na návrhu FŽP je nutné psát poznámku „Příspěvek zaměstnavatele“.
- dodatkem k již existujícímu pojištění FŽP – na základě formuláře „Prohlášení pojistníka/pojištěného/poplatníka o výši pojistného a jeho plátcích k poj. smlouvě č....“, pokud toto již existující FŽP splňuje podmínky pro uplatnění daňového odpočtu (doba trvání, věk pojištěného) a pokud na smlouvě nejsou pojištěny 2 dospělé osoby.

Pokud zaměstnavatel na pojištění nepřispívá a daňový odpočet uplatňuje jen pojistník/pojištěný, na smlouvě může být pojištěna i druhá dospělá osoba.

1. POPIS PRODUKTU

Rozsah pojištění	základní pojištění pro případ jakéhokoliv úmrtí spořicí složka dle požadavku pojištěného možnost jakéhokoliv připojištění – pouze v případě varianty M
Pojištěná osoba	Pojištěný = pojistník = poplatník (dle znění zákona č. 586/1992 Sb. o daních z příjmů), jiné osoby než připojištěné děti (varianta příspěvků „M“) nemohou být současně s výše uvedenou osobou pojištěny
Doba trvání	pojištění se sjednává minimálně na dobu 5 let a zároveň do 60 let věku pojištěného, max. do 75 let pojištěného
Vstupní věk	18–70 let
Pojistná částka	minimálně 10 000 Kč, maximum není omezeno (dle jednotlivých typů formulářů)
Zdravotní zkoumání	standardní dle rozsahu pojištění
Pojistné	stanoveno dle vstupního věku (věkové skupiny klientů) a pohlaví
Platby pojistného	<p>měsíčně, čtvrtletně, pololetně nebo ročně s minimálním celkovým běžným měsíčním pojistným ve výši 200 Kč/osobu (dtto. čtvrtletní 600 Kč, pololetní 1 200 Kč, roční 2 400 Kč) Na placení pojistného se podílí:</p> <ol style="list-style-type: none">zaměstnavatel, který sjednané příspěvky pojistného zasílá pojišťovně převodem z účtu jednotlivě za každého zaměstnance zvlášť nebo hromadnou platbou (pokud Pojišťovně ČS platí příspěvky za 5 a více zaměstnanců a má o tuto formu placení zájem) – v tom případě platby provádí způsobem popsaným v příloze ke smlouvě o spolupráci. Formulář Smlouvy o spolupráci a pokyny k provádění hromadných plateb obdrží zaměstnavatel na písemné vyžádání od pojistitele z centrály v Pardubicích. Zaměstnavatel může pojistné platit převodem z účtu i za své zaměstnance – formou srážky ze mzdy, pokud se na tomto způsobu zaměstnanec a zaměstnavatel dohodnou.zaměstnanec může platby příspěvků pojistného platit sám – poštovními poukázkami, převodem z účtu, inkasem z účtu (pouze u varianty „M“). <p>Instrukce k placení pojistného budou uvedeny na pojistce nebo na dodatku k pojistné smlouvě, jejichž kopii musí předat pojistník svému zaměstnavateli.</p>

Za placení sjednaných pravidelných příspěvků pojistného odpovídá pojistník (tzn. zaměstnanec), přestože se jedná o pojištění, na které bude přispívat zaměstnavatel formou mimořádných vkladů (varianta M) nebo bude celé běžné pojistné platit zaměstnavatel (varianta B). Jiné varianty pojištění nejsou povoleny. Vedle výše popsaných sjednaných pravidelných příspěvků pojistného mohou obě strany (zaměstnanec i zaměstnavatel) kdykoliv zaplatit mimořádné pojistné v minimální výši 1 000 Kč, na upravený variabilní symbol (v případě zaměstnavatele je nutné uvádět specifický symbol 9999999999).

Varianty příspěvků

a) **Varianta „M“:** pojištěný zaměstnanec si může vybrat z celé kompletní nabídky jednotlivých pojištění, které mu FŽP umožňuje. **V rámci pojištění s příspěvkem zaměstnavatele může připojistit i děti, ne však další dospělou osobu** (bylo by to v rozporu s podmínkami stanovenými zákonem)
Minimální celkové postačitelné běžné pojistné za sjednaná rizika hradí sám pojistník, zaměstnavatel přispívá ve formě pravidelného mimořádného pojistného.

b) **Varianta „B“:** pojištění dalších rizik (kromě rizika smrti a spoření) není ve var. „B“ povoleno, protože celé běžné pojistné hradí zaměstnavatel, který může uplatnit daňový odpočet za zaměstnance jen na riziko smrti nebo dožití.

- Počáteční jednorázové pojistné není povoleno.
- Smlouvu lze vinkulovat.
- Není přípustné nabízet placení pojistného hned při sjednání návrhu příloženou poukázkou na číslo návrhu.
Pojistné se bude z důvodu rozlišení příspěvku zaměstnance a zaměstnavatele platit až po vystavení pojistky nebo dodatku ke smlouvě, takže u nové smlouvy FŽP s příspěvkem zaměstnavatele nelze uplatnit tzv. „předpředběžné krytí“.

Změny do pojistných smluv

K FŽP lze provádět kromě netechnických změn tyto další technické změny:

- doplnění příspěvku zaměstnavatele k FŽP
- změna varianty příspěvků (z „M“ na „B“ a opačně)
- změna výše příspěvku při zachování varianty
- zrušení příspěvků zaměstnavatele
- změna zaměstnavatele – příspěvatele, který nemusí mít uzavřenou smlouvu o spolupráci a bude platit pojistné dle pravidel pro jednotlivé platby

Zrušení příspěvku zaměstnavatele bude možno nahlásit na standardním změnovém formuláři (spolu s dalšími změnami do smlouvy, o které pojistník event. v souvislosti se zrušením příspěvku zaměstnavatele pojišťovnu požádá).

Na dodatky ke smlouvám s příspěvkem zaměstnavatele se bude vždy uvádět blok informací o způsobu placení příspěvků pojistného – dle zvolené varianty.

2. POTŘEBNÉ FORMULÁŘE

Formulář „Prohlášení pojistníka/pojištěného/poplatníka o výši pojistného a jeho plátcích“ (Z 0089)

Formulář se bude používat jako:

a) **Příloha nového návrhu FŽP:** v tom případě se na formuláři FŽP nebudou vyplňovat údaje o způsobu (frekvenci) placení a výši lhůtního pojistného. V případě, že bude sjednáván příspěvek zaměstnavatele ve variantě „B“, nelze sjednat způsob placení inkasem z účtu, ale je nutné sjednat jiným způsobem (tj. převodem z účtu, poštovní poukázkou apod.).
Údaje o výši pojistného a způsobu (frekvenci) jeho placení se na návrhu proškrtnou a vedle nich se uvede poznámka **„Příspěvek zaměstnavatele“**.

Varianta příspěvku	„M“ nebo „B“ ve variantě B nelze mít sjednáno jiné pojištění než stanovuje zákon pro možné odpočty, tedy pouze FS a spoření
Způsob placení	ročně, pololetně, čtvrtletně, měsíčně počáteční jednorázové pojistné se nepřipouští
Příspěvek pojistného	jedná se o sjednané pravidelné příspěvky pojistného vyjádřené ve lhůtním pojistném (měsíčně, čtvrtletně, pololetně, ročně), placené: a) zaměstnancem: pouze ve var. „M“, uvádí se v Kč, platba se zaúčtuje jako běžné pojistné, toto pojistné musí být alespoň ve výši min. postačitelného pojistného za sjednaná rizika, minimálně 200 Kč/měsíc b) zaměstnavatelem: – ve var. „M“: pevnou částkou v Kč nebo procentem, bez omezení výše příspěvku (platba se zaúčtuje jako mimořádné pojistné) – ve var. „B“: pouze pevnou částkou (platba se zaúčtuje jako běžné pojistné), toto pojistné musí být alespoň ve výši min. postačitelného pojistného za sjednaná rizika, minimálně 200 Kč/měsíc
Zdravotní zkoumání	standardně dle rozsahu flexibilního životního pojištění

b) **Formulář pro příspěvek zaměstnavatele k již existující smlouvě FŽP** (příspěvek zaměstnavatele nelze doplnit v případě, že se jedná o pojištění dvojice osob). V případě požadavku na další změny ve stávající pojistné smlouvě (např. změna výše pojistného, změna frekvence a způsobu placení apod.) je nutné spolu s „Prohlášením pojistníka/pojištěného/poplatníka o výši pojistného a jeho plátcích“ zaslat žádost o změnu v pojistné smlouvě.

Sjednání příspěvku zaměstnavatele případně další změny se provedou formou dodatku k pojistné smlouvě.

3. PLACENÍ POJISTNÉHO

Příspěvky od zaměstnance a od zaměstnavatele musíme od sebe umět oddělit.

Vzhledem k termínům pro placení pojistného zaměstnavatelem bude splatnost předpisu na pojistce stanovena na 30 dní.

Platby pojistného: na účet FŽP

Platby může poukazovat zaměstnanec i zaměstnavatel každý zvlášť a s jinou technikou placení (složenky, převodem z účtu, zaměstnanec i inkasem z účtu). Pokud bude mít zaměstnavatel u Pojišťovny ČS pojištěno 5 a více svých zaměstnanců (SŽP nebo FŽP), může poukazovat platby za zaměstnavatele převodem z účtu jako hromadnou platbu, může pojistné platit i souhrnně za zaměstnance a za zaměstnavatele (zaměstnanci se platba provádí srážkou ze mzdy) dle pravidel popsaných v příloze ke Smlouvě o spolupráci, pokud Smlouvu o spolupráci uzavře. Informace o tom, jak platit příspěvky pojistného, jsou podrobně popsány v pojistce.

Pro výraznější podporu prodeje a placení hromadnými platbami je možno nabídnout zaměstnavatelům zvláštní SW, který by jim umožňoval zpracovávat rozpis platby dle pravidel uvedených v příloze smlouvy – např. ve formě *.XLS souborů.

Odchytky v možnosti přednostně hradit dlužné běžné pojistné z MVKL:

- ve variantě „M“ nelze pravidelný příspěvek od zaměstnavatele zaúčtovaný jako mimořádné pojistné použít na přednostní úhradu event. dlužného běžného pojistného, které má platit zaměstnanec** (běžné pojistné lze ve var. „M“ doplatit jen z event. mimořádného vkladu od zaměstnance, který zaměstnanec zaplatil nad rámec sjednaných pravidelných příspěvků).
- Stejně tak MVKL zaplacený zaměstnancem nad rámec sjednaných pravidelných příspěvků ve variantě „B“ (běžné pojistné platí zaměstnavatel) nelze použít na úhradu dlužného běžného pojistného od zaměstnavatele.

Pojištění může v obou případech z důvodu neplacení pojistného zaniknout nebo být převedeno do redukovaného stavu.

Jinak platí stejná pravidla jako u standardního FŽP, včetně zaúčtování event. přeplatků do výše 100,- Kč za jedno poj. období jako mimořádný vklad – ovšem při této a podobných účet. operacích vždy platí, že pojistné musí být zaúčtováno tomu plátcí, který pojistné zaplatil (zaměstnanci nebo zaměstnavateli).

4. DAŇOVÉ VÝHODY, ZDANĚNÍ POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Daňové výhody pro zaměstnavatele

- příspěvek do 8 000 Kč ročně na zaměstnance je **daňově uznatelným nákladem** pro daň z příjmů právnických osob
- z příspěvku (bez ohledu na jeho výši) se neplatí **sociální a zdravotní pojištění**

Daňové výhody pro zaměstnance

- příspěvek zaměstnavatele do 12 000 Kč ročně je osvobozen **od daně z příjmů fyzických osob**
- z příspěvku (bez ohledu na jeho výši) se neplatí **sociální a zdravotní pojištění**

Daňová výhoda pro pojistníka

- od základu daně lze **odečíst zaplacené pojistné** na zdaňovací období do 12 000 Kč ročně

Zdanění pojistného plnění

a) ukončení pojištění ve sjednaném termínu (dožití se sjednaného konce pojištění)

Plnění z flexibilního životního pojištění se považuje za základ daně po snížení o zaplacené pojistné (zaměstnancem i zaměstnavatelem) – zdaněno srážkovou daní 15 %.

b) ukončení pojištění výpovědí (výplata odkupní hodnoty – odbytného)

Odbytné se pro zjištění základu daně nesnižuje o příspěvky zaplacené zaměstnavatelem za zaměstnance po 1. lednu 2001, snižuje se pouze o pojistné zaplacené zaměstnancem (pojistníkem) – zdaněno srážkovou daní 25 %.

Jestliže dojde k výpovědi (ukončení) pojištění dříve než po 60 měsících od uzavření smlouvy a/nebo dříve než v kalendářním roce, v jehož průběhu dosáhne poplatník věku 60 let, zaniká dle § 15 odst. 13 zákona o daních z příjmů nárok na uplatnění nezdanitelné části základu daně. Poplatník je povinen za zdaňovací období, ve kterém k této skutečnosti došlo, podat daňové přiznání a uvést v něm jako příjem podle §10 zákona částky, o které byl poplatníkovi v příslušných letech z důvodu zaplaceného pojistného základ daně snížen.

Prohlášení pojistníka/pojištěného/poplatníka o výši pojistného a jeho plátcích

Z0089

pro flexibilní životní pojištění nebo soukromé životní pojištění

☐ příloha k návrhu č.

☒ změna v příspěvku k pojistné smlouvě č.

5	5	1	1	9	9	3	4	1	5

Pojistník/pojištěný/poplatník

Příjmení

K U Č E R A

Jméno

V L A D I M Í R

Titul

M U D r.

Rodné číslo

6 5 1 1 0 8 1 0 0 5

Sjednané příspěvky pojistného a způsob jejich zúčtování

Do tabulky uvádějte pojistné dle frekvence placení (měsíční, čtvrtletní, pololetní, roční).

zvolená varianta*	příspěvek zaměstnance v Kč a způsob jeho zúčtování		příspěvek zaměstnavatele v Kč a způsob jeho zúčtování	
	jako běžné pojistné	jako mimořádné pojistné	jako běžné pojistné	jako mimořádné pojistné
M* <input checked="" type="checkbox"/>	3 5 0 0	X	X	8 0 0 0
B* <input type="checkbox"/>	X	X		X

* zvolenou variantu označte křížkem

Varianta M – zaměstnanec hradí celé běžné pojistné a zaměstnavatel přispívá formou mimořádného pojistného

Varianta B – zaměstnavatel hradí celé běžné pojistné

Na životní pojištění je možné kdykoliv zaplatit další mimořádné pojistné (min. 1 000 Kč) nad výši sjednaných příspěvků.

Způsob placení pojistného:

ročně ☒

pololetně ☐

čtvrtletně ☐

měsíčně ☐

Zaměstnavatel

F A K U L T N Í N E M O C N I C E

Rodné číslo/IČ

7 6 5 4 3 2 1 0

Sídlo zaměstnavatele

H R A D E C K R Á L O V Ě H R A D U B I C K Á 1 6 6 5

PSČ

5 0 0 0 9

Kontaktní adresa (tel., fax, e-mail)

D T T O 4 9 6 5 4 3 9 9 1 4 9 6 5 4 3 7 8 9

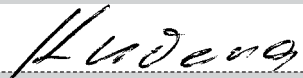
Kontaktní osoba (příjmení, jméno, titul)

K O P E C K Á A L E N A

Další ujednání

- Uvede-li pojistník/pojištěný jinou výši příspěvku, než je uvedena v jeho smlouvě o soukromém životním pojištění nebo flexibilním životním pojištění, musí současně vyplnit „Žádost o změnu v pojistné smlouvě“ a s platbou nového pojistného vyčkat do vystavení dodatku k pojistné smlouvě.
- Dodatek ke smlouvě se sjednává na dobu neurčitou. Změna smluvních podmínek je účinná od prvního dne kalendářního měsíce následujícího po vystavení dodatku k pojistné smlouvě.
- Pojistník/pojištěný svým podpisem potvrzuje správnost a úplnost údajů.

V HRADCI KRÁLOVÉ dne 1 8 0 2 2 0 0 4


podpis pojistníka (pojištěného)

Prohlašuji, že jsem ověřil(a)
správnost identifikačních údajů
pojistníka dle průkazu totožnosti

Pojišťovna České spořitelny, a.s.
centrála
30

razítko a podpis zplnomocněného zástupce
Pojišťovny České spořitelny, a.s.

Příjmení a jméno prodejce

K R Á L J I Ř Í

Osobní číslo prodejce

9 8 0 2 5

SOUKROMÉ ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

Soukromé životní pojištění s příspěvkem zaměstnavatele splňuje všechny podmínky dané zákonem č. 586/1992 Sb. o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů, pro uplatnění daňových úlev. Tento produkt je určen zaměstnancům a jejich zaměstnavatelům, kteří chtějí přispívat zaměstnancům na soukromé životní pojištění a využívat všech daňových úlev, které zákon o daních z příjmů umožňuje.

Soukromé životní pojištění se řídí Občanským zákoníkem, Obchodním zákoníkem, všeobecnými pojistnými podmínkami pojištění osob, speciálními pojistnými podmínkami soukromého životního pojištění a touto příručkou.

1. VÝKLAD ZÁKONA Č. 586/1992 Sb. O DANÍCH Z PŘÍJMŮ

V § 6, odst. 9, písm. y), je stanoveno, že „od daně z příjmu jsou osvobozeny i částky pojistného, které hradí zaměstnavatel pojišťovně za zaměstnance na pojištění pro případ dožití nebo pro případ smrti nebo dožití nebo na důchodové pojištění, a to i při sjednání dřívějšího plnění v případě vzniku nároku na starobní důchod nebo plný invalidní důchod, nebo v případě, stane-li se zaměstnanec plně invalidním podle zákona o důchodovém pojištění, nebo v případě smrti (dále jen soukromé životní pojištění), na základě pojistné smlouvy sjednané zaměstnancem jako pojistníkem za podmínky, že ve smlouvě byla sjednána výplata pojistného plnění až po 60 kalendářních měsících a současně nejdříve v roce dosažení věku 60 let, maximálně však do výše **12 000 Kč** ročně od téhož zaměstnavatele. Toto platí v případech, kdy má právo na plnění z těchto pojistných smluv pojištěný zaměstnanec, a je-li pojistnou událostí smrt pojištěného, osoby určené podle § 817 občanského zákoníku, kromě zaměstnavatele, který hradil pojistné.“

To znamená, že od daně z příjmu jsou osvobozeny částky pojistného, které hradí zaměstnavatel pojišťovně za zaměstnance (dle § 6, odst. 2 – příjmy ze závislé činnosti) na pojištění pro případ:

- dožití nebo
- smrti nebo dožití nebo
- na důchodové pojištění.

Tato pojistná smlouva musí být sjednána vždy mezi zaměstnancem jako pojistníkem a pojistitelem, to znamená, že nemůže smlouvu uzavřít zaměstnavatel přímo s pojistitelem.

Pojistná smlouva musí splňovat následující podmínky:

- 1) výplata pojistného plnění sjednána až po 60 kalendářních měsících a
- 2) současně nejdříve v roce dosažení věku 60 let

Od daně z příjmů je osvobozeno maximálně 12 000 Kč ročně od téhož zaměstnavatele. To platí i pro více zaměstnavatelů v jednom roce.

Výše uvedené platí dále za předpokladu, že:

- právo na plnění z těchto pojistných smluv má pojištěný zaměstnanec
- je-li pojistnou událostí smrt pojištěného, osoby určené podle § 817 o.z., kromě zaměstnavatele, který hradil pojistné.

V § 8, odst. 8 zákona je stanoveno, že „plnění ze soukromého životního pojištění se považuje za základ daně po snížení o zaplacené pojistné. U plnění ve formě dohodnutého důchodu (penze) se považuje za základ daně plnění z pojištění snížené o zaplacené pojistné, rovnoměrně rozdělené na období pobírání důchodu. Není-li pobírání důchodu vymezeno, stanoví se jako střední délka života účastníka podle úmrtnostních tabulek Českého statistického úřadu v době, kdy důchod začne poprvé pobírat. Odbytné se pro zjištění základu daně nesnižuje o příspěvky zaplacené zaměstnavatelem za zaměstnance po 1. lednu 2001“.

V § 15, odst. 13, který stanoví nezdánitelné části základu daně, je stanoveno:

„Od základu daně za zdaňovací období lze odečíst poplatníkem zaplacené pojistné na zdaňovací období na soukromé životní pojištění na základě pojistné smlouvy uzavřené mezi poplatníkem jako pojistníkem a pojišťovnou za předpokladu, že výplata pojistného plnění (důchodu nebo jednorázového plnění) je ve smlouvě sjednána až po 60 měsících po uzavření smlouvy a současně nejdříve v kalendářním roce, v jehož průběhu dosáhne poplatník věku 60 let. Maximální částka, kterou lze podle tohoto odstavce odečíst za zdaňovací období činí v úhrnu **12 000 Kč**, a to i v případě, že poplatník má uzavřeno více smluv s více pojišťovnami. Při nedodržení těchto podmínek z důvodu zániku pojištění nebo dodatečné změny doby trvání pojištění nárok na uplatnění odpočtu nezdánitelné části základu daně zaniká a poplatník je povinen za zdaňovací období, ve kterém k této skutečnosti došlo, podat daňové přiznání a uvést v něm jako příjem podle § 10 částky, o které byl poplatníkovi v příslušných letech z důvodu zaplaceného pojistného základ daně snížen.“

Pojistné plnění je dle § 15, odst. 13 zákona chápáno jako:

- důchod nebo
- jednorázové plnění.

Nejsou-li tyto podmínky dodrženy, a to z důvodů:

- zániku pojištění nebo
- dodatečné změny trvání pojištění,

potom poplatník musí podat daňové přiznání a v něm uvést a zdánit pojistné, které v minulých letech uplatnil jako položku snižující základ daně.

V § 24, odst. 2, písm. zo) je stanoveno, že „výdaji (náklady) vynaloženými na dosažení, zajištění a udržení příjmů je také pojistné, které hradí zaměstnavatel pojišťovně za zaměstnance na soukromé životní pojištění na základě pojistné smlouvy uzavřené mezi zaměstnancem jako pojistníkem a pojišťovnou, maximálně však do výše **8 000 Kč** za zdaňovací období nebo jeho část za podmínky, že ve smlouvě byla sjednána výplata pojistného plnění až po 60 kalendářních měsících a současně nejdříve v roce dosažení 60 let věku.“

§ 36 – sazby daně v případě ukončení pojistné smlouvy

„Zvláštní sazba daně z příjmů plynoucích ze zdrojů na území ČR činí:

- **15 %** z plnění ze soukromého životního pojištění a základ daně se snižuje i o pojistné zaplacené zaměstnavatelem
- **25 %** z příjmu plynoucího fyzické osobě při zániku smlouvy na soukromé životní pojištění ve formě odbytného, základ daně se nesnižuje o pojistné zaplacené zaměstnavatelem po 1. 1. 2001

V § 38I, odst. 1, písm. i) je upraven způsob uplatňování nezdanitelných částek. Tento paragraf stanoví, že „zaměstnanec bude uplatňovat daňové zvýhodnění smlouvou o soukromém životním pojištění a potvrzením pojišťovny o pojistném zaplaceném poplatníkem na soukromé životní pojištění na uplynulé zdaňovací období.“ V odst. 2 je pak uvedeno, že doklady platí trvale, nebyla-li jejich platnost časově omezena.

Daňové úlevy u Soukromého životního pojištění

Daňové úlevy lze rozdělit do tří oblastí:

Daňová úleva pro pojistníka (poplatníka)

Od základu daně z příjmů lze odečíst poplatníkem zaplacené pojistné na zdaňovací období na soukromé životní pojištění. Maximální částka, kterou lze za zdaňovací období odečíst, je 12 000 Kč, a to i v případě, že poplatník má uzavřeno více smluv s více pojišťovnami.

Daňová úleva pro zaměstnance

Částky pojistného, které hradí zaměstnavatel pojišťovně za zaměstnance na soukromé životní pojištění, jsou do výše 12 000 Kč ročně od téhož zaměstnavatele osvobozeny od daně z příjmu.

Daňová úleva pro zaměstnavatele

Pojistné, které hradí zaměstnavatel pojišťovně za zaměstnance na soukromé životní pojištění, je do výše 8 000 Kč (na jednoho zaměstnance) za zdaňovací období považováno za výdaje (náklady).

Další daňovou výhodou pro zaměstnance i zaměstnavatele je, že z částek pojistného (bez omezení výše), které hradí zaměstnavatel za zaměstnance na pojištění pro případ smrti nebo dožití, se neplatí sociální a zdravotní pojištění (nezahrnuje se do vyměřovacího základu pro výpočet sociálního a zdravotního pojištění) – dle znění zákona o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění a zákona o pojistném na sociální zabezpečení.

Povinnosti vyplývající z uplatnění daňových výhod pro:

a) pojistníka

Prokazuje finančnímu úřadu, popř. zaměstnavateli (pokud provádí daňové příznání za zaměstnance) uzavření pojištění smlouvou o soukromém životním pojištění a potvrzením pojišťovny o pojistném zaplaceném poplatníkem na soukromé životní pojištění na uplynulé zdaňovací období.

b) pojišťovnu

Vystavuje pojistníkovi potvrzení o pojistném zaplaceném poplatníkem na soukromé životní pojištění na uplynulé zdaňovací období.

2. OBECNÉ ZÁSADY

Formulář pro sjednání: Z 0054, SŽP – návrh na uzavření pojistné smlouvy

2.1. Popis produktu

Zajištění skupiny minimálně 5 zaměstnanců produktem, který splňuje podmínky pro uplatnění daňových výhod pro zaměstnance i pro zaměstnavatele, na druhou stranu i podmínky pro posuzování rizikovosti této skupiny jako celku bez nutnosti zdravotně zkoumat každého pojištěného jednotlivě, což předpokládá stejný rozsah pojištění s možností určených pojistných částek.

Rozsah pojištění

základní pojištění pro případ jakéhokoliv úmrtí na sjednanou pojistnou částku nebo pro případ dožití se konce pojištění s výplatou kapitálové hodnoty, jiné připojištění nelze sjednat spořicí složka dle požadavku pojištěného

Pojištěná osoba

Pojištěný = pojistník = poplatník (dle znění zákona č. 586/1992 Sb. o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů), jiné osoby nemohou být současně s výše uvedenou osobou pojištěny

Doba trvání	pojištění se sjednává minimálně na dobu 5 let a zároveň do 60 let věku pojištěného s možností prodloužení smlouvy na dobu až do 65 let pojištěného (pro klienty starší 60 let)
Vstupní věk Pojistná částka	18 let (již dovršených) – 60 let minimálně 10 000 Kč, maximálně 300 000 Kč včetně pojištění na vyšší pojistné částky, popř. pro starší klienty, budou sjednány standardním flexibilním pojištěním vč. zdravotního zkoumání
Zdravotní zkoumání	pojištění se sjednává bez jakéhokoliv zdravotního zkoumání pojištěný může mít maximálně 1 smlouvu typu SŽP riziko smrti se nebude posuzovat společně s dalším sjednaným pojištěním
Pojistné	stanoveno dle vstupního věku (věkové skupiny klientů) a pohlaví, sazby jsou stanoveny ve stejné výši jako u flexibilního pojištění, nelze sjednat počáteční jednorázový vklad
Příspěvky pojistného	<p>sjednané pravidelné příspěvky pojistného vyjádřené dle frekvence placení pojistného (měsíčně, čtvrtletně, pololetně nebo ročně) s běžným měsíčním pojistným alespoň ve výši minimálního postačitelého pojistného za sjednané riziko, minimálně ve výši 200 Kč/měsíc (dtto. čtvrtletní 600 Kč, pololetní 1 200 Kč, roční 2 400 Kč)</p> <p>zvolená varianta plateb sjednaných příspěvků – dle platby a způsobu jejího zúčtování volí pojistník jednu z možných variant;</p> <p>varianta M – pojistník (zaměstnanec) hradí celé běžné pojistné a zaměstnavatel přispívá formou mimořádného pojistného, vč. možnosti sjednat příspěvek ve výši % z hrubé mzdy zaměstnance.</p> <p>varianta B – pojistník (zaměstnanec) nehradí žádné běžné pojistné, zaměstnavatel hradí celé běžné pojistné</p> <p>Jiné varianty pojištění nejsou povoleny.</p> <p>Za placení sjednaných pravidelných příspěvků pojistného odpovídá pojistník, přestože se jedná o pojištění, na které bude přispívat zaměstnavatel formou mimořádného pojistného (varianta M) nebo bude celé běžné pojistné platit zaměstnavatel (varianta B). Vedle výše popsaných sjednaných pravidelných příspěvků pojistného mohou obě strany (zaměstnanec i zaměstnavatel) kdykoliv zaplatit mimořádné pojistné v minimální výši 1 000 Kč, na upravený variabilní symbol (v případě zaměstnavatele je nutné uvádět specifický symbol 9999999999).</p> <p>Pokyny pro poukazování sjednaných pravidelných příspěvků i plateb mimořádného pojistného jsou uvedeny na pojistce, každý pojistník (zaměstnanec) musí předat kopii pojistky svému zaměstnavateli, aby mohl zajistit pravidelné placení pojistného.</p>
Hromadné platby	jsou umožněny v případě uzavření Smlouvy o spolupráci v oblasti soukromého životního pojištění (smlouva musí být v případě SŽP vždy uzavřena), úhradu sjednaných pravidelných příspěvků pojistného provádí zaměstnavatel souhrnně, příspěvek zaměstnance je prováděn srážkou ze mzdy, informace jsou uvedeny v příloze ke Smlouvě o spolupráci
Technika placení	vždy převodem z účtu zaměstnavatele (souhrnně příspěvky od zaměstnance a zaměstnavatele) na inkasní účet č. 030015-1205841369/0800 vedený u ČS, a.s.
Změny	<p>kromě netechnických změn lze provádět tyto technické změny:</p> <ul style="list-style-type: none"> • změna varianty příspěvků (z „M“ na „B“ a opačně) • změna výše příspěvku při zachování varianty • změna zaměstnavatele – příspěvatele, který nemusí mít uzavřenou smlouvu o spolupráci a bude platit pojistné dle pravidel pro jednotlivé platby • změna doby trvání – možnost prodloužení maximálně do 65 let věku • změna frekvence placení • změna pojistné částky pro případ smrti (max. 300 000 Kč) • přerušení placení pojistného • převod do redukováného stavu na žádost pojistníka • zrušení příspěvků zaměstnavatele – pouze pro případ varianty B (provede se formou změny varianty na M) <p>Technické změny vstupují v platnost prvním dnem následujícího kal. měsíce po vystavení dodatku k poj. smlouvě.</p> <p>Nelze provádět:</p> <ul style="list-style-type: none"> – připojištění druhé dospělé osoby, popř. dětí – změny v rozsahu pojistného krytí (přidání jakéhokoliv připojištění) – výběry části kapitálové hodnoty v průběhu doby trvání <p>Pro změny týkající se změny varianty příspěvků pojistného je určen formulář „Prohlášení pojištěného/pojistníka/poplatníka“</p>

o výši pojistného a jeho plátcích“ (Z 0089). Bude-li se jednat o jiné změny je nutné vyplnit formulář „Žádost o změnu v pojistné smlouvě“ (Z 0011).

Při nedodržení podmínek zánikem pojištění nebo dodatečnou změnou doby trvání pojištění pod hranici 60 měsíců a pod věkovou hranici 60 let nárok na uplatnění odpočtu nezdanitelné části základu daně zaniká a poplatník je povinen za zdaňovací období, ve kterém k této skutečnosti došlo, podat daňové přiznání a uvést v něm jako příjem podle §10 částky, o které byl poplatníkovi v příslušných letech z důvodu zaplaceného pojistného základ daně snížen (§15 odst. 13).

Převod do redukováného stavu Na žádost pojistníka, popř. z jiných důvodů (neplacení pojistného), může být pojištění převedeno do redukováného stavu. Po převedení do redukováného stavu je pojistná částka pro případ smrti nulová. Pokud je pojištění v redukováném stavu, má pojistník právo zaplatit kdykoliv mimořádné pojistné, požadovat zrušení pojištění s výplatou odkupní hodnoty nebo požádat o odredukování pojistné smlouvy. Po dobu trvání pojištění v redukováném stavu bude kapitálová hodnota smlouvy dále snižována o technické poplatky a nebude-li postačovat kapitálová hodnota k pokrytí těchto poplatků, zanikne pojištění bez další náhrady.

Výplata odkupní hodnoty Neodpovídá zaplacenému pojistnému, ale kapitálové hodnotě smlouvy. Nárok na výplatu odkupní hodnoty vzniká nejdříve po 1 roce trvání pojištění (výjimkou je zaplacení mimořádného pojistného). Do doby dvou let od počátku pojištění je odkupní hodnota rovna 90 % kapitálové hodnoty smlouvy. Po uplynutí této doby je rovna kapitálové hodnotě smlouvy. Výpovědní lhůta je čtyřtydenní a začíná běžet od následujícího dne po doručení výpovědi pojistiteli. Pojištění končí posledním dnem pojistně-technického období (kalendářního měsíce) po uplynutí této lhůty.

Podíly na výnosech Kapitálová hodnota smlouvy je každý den přeceňována a za předpokladu řádně a včas placeného pojistného zaručuje Pojišťovna ČS pravidelný růst této hodnoty ve výši minimálně 2 % ročně (u pojistných smluv uzavřených do 31. 12. 2003 zaručuje Pojišťovna ČS pravidelný růst kapitálové hodnoty ve výši minimálně 3 % ročně).

Hlášení pojistné události Odpovědná osoba neprodleně hlásí pojistnou událost oddělení underwritingu a likvidace pojistných událostí úseku životního pojištění na centrálu do Pardubic, zajistí kopii dokladů o úmrtí pojištěné osoby (úmrtní list), zjistí jména a přesné adresy oprávněných osob a veškerou dokumentaci odesílá likvidátorovi na příslušné pracoviště, kde se provedou další šetření. Kompletní dokumentaci likvidátor odesílá na centrálu, případ je zrevidován a ukončen.

Zajištění závazku Pojistné plnění ze soukromého životního pojištění může být použito k zajištění závazku.

Zdanění pojistného plnění a) **ukončení pojištění ve sjednaném termínu (dožití se sjednaného konce pojištění)** Plnění z flexibilního životního pojištění se považuje za základ daně po snížení o zaplacené pojistné (zaměstnancem i zaměstnavatelem) – zdaněno srážkovou daní 15 %.

b) **ukončení pojištění výpovědí (výplata odkupní hodnoty – odbytného)** Odbytné se pro zjištění základu daně nesnižuje o příspěvky zaplacené zaměstnavatelem za zaměstnance po 1. lednu 2001, snižuje se pouze o pojistné zaplacené zaměstnancem (pojistníkem) – zdaněno srážkovou daní 25 %. Jestliže dojde k výpovědi (ukončení) pojištění dříve než po 60 měsících od uzavření smlouvy a/nebo dříve než v kalendářním roce, v jehož průběhu dosáhne poplatník věku 60 let, zaniká dle § 15 odst. 13 zákona o daních z příjmů nárok na uplatnění nezdanitelné části základu daně. Poplatník je povinen za zdaňovací období, ve kterém k této skutečnosti došlo, podat daňové přiznání a uvést v něm jako příjem podle §10 zákona částky, o které byl poplatníkovi v příslušných letech z důvodu zaplaceného pojistného základ daně snížen.

2.2. Placení pojistného

Dle zvolené varianty hradí celý sjednaný příspěvek zaměstnavatel (varianta B) nebo z části hradí sjednaný příspěvek zaměstnanec (alespoň v minimální výši vzhledem k postačitelnosti) a z části přispívá i zaměstnavatel (varianta M).

Ve variantě M lze platit příspěvek pojistného pevnou částkou v Kč nebo procentem z hrubého výdělku zaměstnance.

V průběhu trvání pojištění je možné kdykoliv investovat další finanční prostředky formou **mimořádného pojistného** (upravený v.s. – 54xxxxxxx) – platby od zaměstnavatele i od zaměstnance se musí odlišit specifickým symbolem platby takto:

- u mimořádného pojistného od zaměstnance se specifický symbol nevyplňuje
- u mimořádného pojistného od zaměstnavatele se použije kód 9999999999.

Příspěvky od zaměstnance a od zaměstnavatele musíme od sebe umět oddělit.

Předpisy pojistného se budou vystavovat stejně a ve stejných intervalech jako u FŽP, zaúčtování plateb se bude provádět podle stejných nákupních a prodejních cen.

Vzhledem k termínům pro placení pojistného zaměstnavatelem bude splatnost předpisu na pojistce stanovena na 30 dní.

Platby pojistného: na společný účet s FŽP.

Odchytky v možnosti přednostně hradit dlužné běžné pojistné z MVKL:

- a) ve variantě „M“ nelze pravidelný příspěvek od zaměstnavatele zaúčtovaný jako mimořádné pojistné použít na přednostní úhradu event. dlužného běžného pojistného, které má platit zaměstnanec (běžné pojistné lze ve var. „M“ doplatit jen z event. mimořádného vkladu od zaměstnance, který zaměstnanec zaplatil nad rámec sjednaných pravidelných příspěvků).
- b) Stejně tak MVKL zaplacený zaměstnancem nad rámec sjednaných pravidelných příspěvků ve variantě „B“ (běžné pojistné platí zaměstnavatel) nelze použít na úhradu dlužného běžného pojistného od zaměstnavatele.

Pojištění může v obou případech z důvodu neplacení pojistného zaniknout nebo být převedeno do redukovaného stavu.

Platby bude poukazovat zaměstnavatel převodem z účtu souhrnně za zaměstnance a za zaměstnavatele (zaměstnanci se platba provádí srážkou ze mzdy) dle pravidel popsanych v příloze ke Smlouvě o spolupráci v soukromém životním pojištění.

Pro firmy s počtem pojištěných zaměstnanců do 20 lidí umožníme na přechodnou dobu max. 3 měsíců od data účinnosti smlouvy o spolupráci posílat el. poštou rozpisy hromad. plateb ve formě Word-dokumentů, které se budou rozepisovat ručně.

Pro výraznější podporu prodeje a placení hromadnými platbami je možné nabídnout zaměstnavatelům zvláštní SW, který by jim umožňoval zpracovávat rozpisy plateb dle pravidel uvedených v příloze smlouvy – např. ve formě *.XLS souborů.

2.3. Potřebné formuláře

S každým jednotlivým zaměstnancem bude sepsán **návrh na uzavření soukromého životního pojištění s příspěvkem zaměstnavatele**, na základě kterého bude každému zaměstnanci vystavena pojistka jako potvrzení o pojištění.

S oslovenou firmou bude sepsána tzv. **Smlouva o spolupráci v oblasti soukromého životního pojištění**, ve které budou definovány práva a povinnosti obou smluvních stran (zaměstnavatele a pojistitele). Nedílnou součástí Smlouvy o spolupráci budou přesné informace o možnosti hrazení příspěvků zaměstnavatele i zaměstnance formou hromadných plateb.

Návrh na pojištění soukromého životního pojištění s příspěvkem zaměstnavatele

Návrh pojistné smlouvy je velikosti A4, kde 1.list je určen pro pojistitele, 2. list se ponechá pojistníkovi.

Nedílnou součástí návrhu jsou Informace pro pojistníka, Speciální pojistné podmínky SŽP a Všeobecné pojistné podmínky OSO 3.

Formuláře návrhů na pojištění budou předávány na centrálu v Pardubicích v jednom vyhotovení („POJISTITEL“) spolu se soupiskou předávaných návrhů, která je popsána v Metodickém pokynu 61/2002.

Číselná řada pro soukromé životní pojištění je vyčleněna od čísla 90 000 000 do 99 999 999.

Všechny údaje, které se vyplňují v návrhu na uzavření pojištění, je třeba vypisovat čitelnými tiskacími písmeny do předtištěných čtverečků.

Abecední údaje se zapisují do kolonek zleva, údaje pojistného a pojistné částky zprava.

Smlouva o spolupráci v oblasti soukromého životního pojištění

Popisuje práva a povinnosti obou smluvních stran v oblasti SŽP a v příloze je popsán způsob provádění plateb pojistného, ke kterému se zaměstnavatel podpisem smlouvy zavázal. V příloze jsou dále uvedeny kontaktní pracovníci obou smluvních stran a jsou zde uvedeny účty, na které bude pojišťovna poukazovat případné odměny pro zaměstnavatele a vracet případné přeplatky pojistného.

V příloze je firmě nabídnuta i možnost zpracovávat hromadné platby pojistného za podpory SW dodaného pojišťovnou.

Smlouva o spolupráci je k dispozici v podobě tiskopisu. Se zaměstnavatelem je možné uzavřít „Smlouvu o spolupráci s odměnou“ - formulář Z 0056 nebo „Smlouvu o spolupráci“ bez odměny – formulář Z 0055.

Postup od sjednání smlouvy až po její doručení oběma smluvními stranám

Do smlouvy o spolupráci je nutné doplnit následující údaje:

- RRRR/IC zaměstnavatele (RRRR je rok, ve kterém je sml. uzavírána)
- předepsané identifikační údaje o zaměstnavateli
- výše odměny pro zaměstnavatele (v případě smlouvy s odměnou – Z 0056)
- datum, kterým nabývá smlouva účinnosti (datum musí předcházet datu – nebo se max. může shodovat s datem – uzavření prvního návrhu na pojištění se zaměstnanci zaměstnavatele)
- kde a kdy byla smlouva zaměstnavatelem podepsána
- podpis a razítko zaměstnavatele

V příloze smlouvy se doplní následující údaje:

- oddíl C: kontaktní osoby za zaměstnavatele
- oddíl D: účet, na který se bude poukazovat odměna pro zaměstnavatele (v případě smlouvy s odměnou – Z 0056)
- oddíl E: účet, na který bude pojišťovna vracet případné přeplatky pojistného

Doplněnou smlouvu spolu s vyplněnou průvodkou zašle obchodní zástupce Pojišťovny ČS spolu s první dávkou sjednaných návrhů na pojištění zaměstnanců na centrálu v Pardubicích – oddělení centrální správy a klientského servisu. Tam bude smlouva co nejdříve podepsána zástupcem pojišťovny (ředitelem úseku životního pojištění), ve 2 vyhotoveních zaslána zpět druhé smluvní straně (zaměstnavateli) a ve dvou vyhotoveních, po pořízení údajů do informačního systému, založena na oddělení správy pojištění.

Upozornění: návrhy na SŽP nebude možno zadat do systému a vystavit k nim pojistky, dokud nebude v IS zaevidována Smlouva o spolupráci se zaměstnavatelem se všemi náležitostmi.

Výše popsaný postup se bude používat i v případě, že ke smlouvě o spolupráci bude sjednán dodatek nebo smlouva bude ukončena.

SPECIÁLNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY SOUKROMÉHO ŽIVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

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

ČLÁNEK 1 – Základní pojmy

Pro tyto SPP se vymezují následující pojmy:

- Soukromé životní pojištění: komplexní spojení životního pojištění a investice do kapitálové hodnoty smlouvy. Pojistná částka pro případ smrti je pevně dána smlouvou a částka určená k výplatě po dožití se konce pojištění, resp. v případě ukončení smlouvy, je dána aktuální výši kapitálové hodnoty smlouvy.
- Kapitálová hodnota smlouvy: pojistná rezerva stanovená platnými pojistně-technickými postupy pro jednotlivou smlouvu, vyjádřená v Kč; uzavřením smlouvy pojistitel zaručuje pravidelný růst ve výši minimálně 2 % ročně.
- Pojistně-technické období: časové období, ve kterém platí parametry smlouvy; v soukromém životním pojištění (dále jen „SŽP“) je pojistně-technickým obdobím kalendářní měsíc.
- Pojistné období: dohodnuté časové období, za které se platí pojistné
- Pojistná částka: částka uvedená ve smlouvě, která bude minimálně vyplacena v případě smrti pojištěného.
- Běžné pojistné: částka uvedená ve smlouvě, kterou má pojistník popř. zaměstnavatel pravidelně platit ve sjednaných pojistných obdobích.
- Mimořádné pojistné: uhrazené pojistné zaplacené mimo rámec sjednaných příspěvků pojistného.

ČLÁNEK 2 – Pojistné plnění

- Při smrti pojištěného vyplátí pojistitel pojistnou částku platnou ke dni úmrtí nebo kapitálovou hodnotu smlouvy platnou ke dni nahlášení pojistné události, je-li vyšší.
- Pokud bude v případě smrti pojistná částka vyšší než kapitálová hodnota smlouvy, bude vyplacena pojistná částka. Pokud bude kapitálová hodnota smlouvy vyšší než pojistná částka, bude vyplacena kapitálová hodnota. Jestliže nebude pojistná událost uznána pojistitelem za likvidní, bude ve prospěch pojistníka, resp. oprávněných osob vyplacena kapitálová hodnota smlouvy.
- SŽP smrti pojištěného zaniká.
- Po dožití se sjednaného konce SŽP bude pojištěnému vyplaceno pojistné plnění ve výši kapitálové hodnoty smlouvy.

ČLÁNEK 3 – Výjimky z pojistného plnění

Na rozdíl od ustanovení VPP, Zvláštních ustanovení I. – Životní pojištění, čl. 7, odst. 1 se na SŽP, vzhledem k podstatě pojištění, nevztahuje právo pojistníka být v případě plné invalidity zproštěn od povinnosti platit běžné pojistné.

ČLÁNEK 4 – Pojistné

- Pojistník je povinen platit běžné pojistné sjednané ve smlouvě za pojistné období. Pojistné období může být měsíční, čtvrtletní, pololetní nebo roční.
- Pojistník si může kdykoliv v době trvání smlouvy předplatit běžné pojistné, tj. zaplatit najednou jednu nebo více splátek běžného pojistného před datem jejich splatnosti. K předplacení plateb běžného pojistného slouží účet a variabilní symbol, který je určen k platbám běžného pojistného.
- Pojistník nebo zaměstnavatel může kdykoliv v době trvání smlouvy zaplatit mimořádné pojistné v minimální výši stanovené pojistitelem. Mimořádné pojistné zvyšuje kapitálovou hodnotu smlouvy. Zaplacení mimořádného pojistného nemá vliv na povinnost pojistníka platit sjednané běžné pojistné. Pojistitel je oprávněn použít část vkladu na pokrytí dlužného běžného pojistného k datu připsání mimořádného pojistného na účet pojistitele. Mimořádné pojistné je možno uhradit na základě pokynů uvedených ve smlouvě. K provedení mimořádného vkladu je určen zvláštní variabilní symbol. Pojistitel je oprávněn odmítnout mimořádné pojistné zaplacené pod stanovenou minimální hranici.
- Běžné i mimořádné pojistné se používá podle platných pojistně-technických pravidel k navyšování kapitálové hodnoty smlouvy.
- Za škodu vzniklou uvedením chybného čísla účtu, resp. variabilního symbolu pojistitel neodpovídá. Rozhodným dnem pro zúčtování zaplaceného pojistného je den, kdy pojistitel vystavil předpis pojistného.

ČLÁNEK 5 – Důsledky neplacení pojistného

- Nebylo-li zaplacené běžné pojistné za první pojistné období do tří měsíců od jeho splatnosti, běžné pojistné za následující pojistné období v prvním roce trvání pojištění do šesti měsíců od jeho splatnosti, zaniká pojištění bez náhrady.
- Bylo-li zaplacené běžné pojistné alespoň za jeden rok trvání pojištění (popř. bylo-li zaplacené mimořádné pojistné) a současně nebylo zaplacené následné běžné pojistné do šesti měsíců od jeho splatnosti, bude uplynutím této lhůty SŽP automaticky převedeno do redukováného stavu s účinností od následujícího pojistně-technického období za předpokladu kladné kapitálové hodnoty smlouvy.
- Pokud dojde k ukončení pojistné smlouvy a výše kapitálové hodnoty smlouvy je záporná, má pojistitel právo na zaplacení dlužného pojistného v absolutní výši této hodnoty.

ČLÁNEK 6 – Pojištění v redukováném stavu

- Na žádost pojistníka (dle čl. 9 těchto SPP), popř. z jiných důvodů (čl. 5 těchto SPP), může být pojištění převedeno do redukováného stavu.
- Od prvního dne následujícího pojistně-technického období po provedení změny – převedení smlouvy do redukováného stavu, je pojistná částka pro případ smrti nulová.
- Pokud je pojištění v redukováném stavu, má pojistník právo zaplatit kdykoliv mimořádné pojistné, požadovat zrušení pojištění s výplatou odkupní hodnoty nebo požádat o odredukování pojistné smlouvy.
- Po dobu trvání pojištění v redukováném stavu bude kapitálová hodnota smlouvy dále snižována o technické poplatky za náklady pojistitele. Nebude-li postačovat kapitálová hodnota k pokrytí těchto poplatků, zanikne pojištění v redukováném stavu bez náhrady.

ČLÁNEK 7 – Použití kapitálové hodnoty smlouvy

Pojistitel bude za každé pojistně-technické období snižovat kapitálovou hodnotu smlouvy o částku potřebnou ke krytí sjednaného rozsahu pojištěného rizika a o technické poplatky kalkulované podle platných pojistně-technických zásad pojistitele (měsíční administrativní poplatky, procentní poplatek z pojistného, snížení tvorba kapitálové hodnoty v období prvních 24 měsíců trvání smlouvy, technický poplatek za správu kapitálové hodnoty a inkasní poplatek v případě měsíčních plateb a plateb poštovním poukázkou – viz platný sazebník poplatků).

ČLÁNEK 8 – Výpověď ze strany pojistníka

- Pojistník má právo v případě běžně placeného pojistného kdykoliv po jednom roce trvání pojištění písemně požádat o ukončení smlouvy s výplatou odkupní hodnoty. Podmínka jednoho roku trvání pojištění neplatí v případě zaplacení mimořádného pojistného.
- Do doby dvou let od počátku pojištění je odkupní hodnota (forma obytného) rovna 90% kapitálové hodnoty smlouvy. Po uplynutí této doby je rovna kapitálové hodnotě smlouvy.
- Výpovědní lhůta je čtyřtydenní a začíná běžet od následujícího dne po doručení výpovědi pojistiteli. Pojištění končí, odchýlně od článku 10, bodu 6 VPP, posledním dnem pojistně-technického období po uplynutí této lhůty.

ČLÁNEK 9 – Změny ve smlouvě

- Pojistník může kdykoliv požádat o zvýšení nebo snížení pojistného.
- Pojistník dále může kdykoliv požádat o změnu ve způsobu placení, doby trvání, změnu zaměstnavatele poskytujícího příspěvek, o změnu varianty nebo o převod smlouvy do redukováného stavu.
- Pojistník má možnost kdykoliv požádat o zvýšení, popř. o snížení pojistné částky (max. 300 000 Kč).
- Pojistník může požádat pojistitele o dočasné přerušení placení pojistného. K dočasnému přerušení placení pojistného může dojít pouze v případě takového stavu kapitálové hodnoty smlouvy, která bude postačovat na pokrytí technických poplatků a rizikového pojistného (viz čl. 7 těchto SPP). Dočasné přerušení placení pojistného vstupuje v platnost prvním dnem pojistného období následujícího po pojistném období, za které bylo naposledy zaplacené běžné pojistné.
- Všechny změny provedené na základě písemné žádosti pojistníka vstupují v platnost prvním dnem následujícího pojistně-technického období po vystavení dodatku ke smlouvě.
- V souvislosti s výše uvedenými změnami má pojistitel právo zvýšit, popř. snížit výši pojistné částky nebo zvýšit, popř. snížit běžné pojistné na úroveň danou platnými pojistně-technickými pravidly. Změna v pojistné částce vstupuje v platnost prvním dnem následujícího pojistně-technického období po provedení změny. Ke změně ve sjednaném pojistném dojde od prvního dne následujícího pojistného období po vystavení dodatku.
- Pojistitel je oprávněn za provedené změny účtovat pojistníkovi pojistně-technický poplatek (viz platný sazebník poplatků).

Soukromé životní pojištění – návrh na uzavření pojistné smlouvy

Z0054

Číslo nadřazené smlouvy



Číslo smlouvy

Způsob uzavření smlouvy

Číslo návrhu 9 0 0 0 0 0 0 9 9

Pojistník/pojištěný/poplatník			POJISTITEL		
Příjmení		Jméno		Titul	
M I C H Á L E K		T O M Á Š			
Rodné číslo/IČ		Povolání		Telefon	
7 0 0 3 2 0 2 2 2		K O N S T R U K T É R		4 9 5 7 8 9 6 3 1	
Adresa trvalého bydliště					
Ulice				Č.p.	
Š I R O K Á				2 1 3 6	
PSČ		Obec			
5 0 0 0 2		H R A D E C K R Á L O V Ě			
Stát					
C Z					
Adresa pro písemný styk					
Ulice				Č.p.	
PSČ		Obec			
Zajištění závazku: NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>					
(pokud ANO, vyplňte vždy ve prospěch jakého subjektu)					
Oprávněné osoby v případě smrti pojištěného (příjmení, jméno, rodné číslo nebo pouze vztah k pojištěnému, podíl v %)					
M I C H Á L K O V Á D A N A				RČ	7 1 6 1 2 2 0 5 0 6 5 0 %
D Ě T I				RČ	5 0 %
Počátek pojištění den měsíc rok					
0 1 0 5 2 0 0 4					
Konec pojištění ve 24.00 hod. dne předcházejícího výročnímu					
dne 6 0 let věku (min. 60, max. 65)					
Způsob placení pojistného: ročně <input type="checkbox"/> pololetně <input type="checkbox"/> čtvrtletně <input checked="" type="checkbox"/> měsíčně <input type="checkbox"/>					
Pojištění pro případ smrti nebo dožití					
Pojistná částka (PČ) pro případ smrti 2 0 0 0 0 0 0 Kč Měsíční pojistné 4 0 0 Kč					
Minimální výše měsíčního pojistného je 200 Kč/měsíc (čtvrtletně 600 Kč, pololetně 1 200 Kč, ročně 2 400 Kč)					
Příspěvek zaměstnavatele – název A B E C E D A S. R. O. IČ 6 8 2 4 3 5 1 7					
Sjednané příspěvky pojistného					
Do tabulky uvádějte pojistné dle frekvence placení (měsíční, čtvrtletní, pololetní, roční).					
Úhrada sjednaných příspěvků bude prováděna souhrnně zaměstnavatelem, příspěvek zaměstnance je prováděn srážkou ze mzdy.					
zvolená varianta		příspěvek zaměstnance v Kč		příspěvek zaměstnavatele v Kč	
M <input checked="" type="checkbox"/>		1 2 0 0		2 0 0 0	
B <input type="checkbox"/>		X			

- Prohlašuji, že s uvedeným návrhem, všeobecnými pojistnými podmínkami, speciálními pojistnými podmínkami a smluvními ujednáními pro sjednaná pojištění souhlasím, potvrzují jejich převzetí a že všechny odpovědi na písemné dotazy pojistitele zde uvedené jsou pravdivé a úplné. V případě nepravdivých a neúplných odpovědí může ve smyslu § 802 občanského zákoníku pojistitel od pojistné smlouvy odstoupit nebo odmítnout plnění.
- Souhlasím s tím, aby Pojišťovna České spořitelny, a.s., zpracovávala ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), mé osobní údaje a citlivé údaje o zdravotním stavu (dále jen „osobní údaje“) v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací a zajišťovací činností podle ustanovení § 1 a § 2 zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích z tohoto smluvního vztahu. Dále souhlasím s tím, aby mé osobní údaje byly poskytnuty i ostatním subjektům podnikajícím v oblasti pojišťovnictví, bankovníctví a jiných peněžních služeb v rámci finanční skupiny České spořitelny a asociací těchto subjektů. Ve smyslu ustanovení § 27 zákona souhlasím s předáváním mých osobních údajů do jiných států. Poskytnuté údaje bude zpracovávat Pojišťovna České spořitelny, a.s., nebo zpracovatel registrovaný v souladu s ustanovením § 16 zákona Úřadem pro ochranu osobních údajů. Prohlašuji, že jsem byl/a ve smyslu ustanovení § 11 zákona řádně informován/a o zpracování mých osobních údajů, svých právech a povinnostech zpracovatelů údajů. Beru na vědomí, že odvolání tohoto souhlasu musí být písemné a jeho platnost a účinnost nabývá dnem jeho doručení Pojišťovně České spořitelny, a.s.
- Jsem si vědom, že dle ustanovení § 800, odst. 2 občanského zákoníku mohou obě smluvní strany toto pojištění do dvou měsíců od uzavření návrhu vypovědět s osmidení výpovědní lhůtou. Pojistitel má právo na poměrnou část pojistného odpovídající délce pojištění.
- Prohlašuji, že nejsem v současné době v pracovní neschopnosti.
- Pojistník je povinen o veškeré změny písemně požádat pojistitele a vyčkat instrukcí, zejména o platbách příspěvků pojistného, které mu budou dány formou dodatku k pojistné smlouvě.

V	HRADCI KRÁLOVÉ	dne	2 0 0 4 2 0 0 4	Prohlašuji, že jsem ověřil(a) správnost identifikačních údajů pojistníka dle:	
				OP	CP
				OST.	č.
					
podpis pojistníka (pojištěného)				razítko a podpis zplnomocněného zástupce Pojišťovny České spořitelny, a.s.	

VP	9 6 0 8 2	A. MACH	P	9 6 0 8 2	Z	9 6 0 8 2
NS	8 3 2 0 0	Jméno VP				

5. TABULKY SAZEB

Minimální doporučené měsíční pojistné za riziko smrti
muži – minimální pojistné pro vybrané pojistné částky

Vstupní věk	Pojistné částky v Kč						Výstupní věk
	10 000	50 000	100 000	150 000	200 000	300 000	
	Měsíční pojistné v Kč						
18 – 25	45	79	121	164	206	290	60
26 – 30	47	88	139	190	241	343	
31 – 35	50	100	163	226	288	415	
36 – 40	53	117	196	276	355	515	
41 – 45	57	140	243	347	450	656	
46 – 50	65	179	322	464	607	892	
51 – 55	86	283	529	776	1 021	1 513	
56	88	293	548	803	1 058	1 570	61
57	90	303	569	834	1 100	1 631	62
58	92	314	591	868	1 145	1 698	63
59	95	327	615	904	1 194	1 772	64
60	98	339	641	944	1 246	1 850	65

ženy – minimální pojistné pro vybrané pojistné částky

Vstupní věk	Pojistné částky v Kč						Výstupní věk
	10 000	50 000	100 000	150 000	200 000	300 000	
	Měsíční pojistné v Kč						
18 – 25	42	66	96	124	154	212	60
26 – 30	43	72	107	141	176	245	
31 – 35	45	79	122	165	208	293	
36 – 40	47	91	146	200	255	363	
41 – 45	52	109	182	254	326	471	
46 – 50	58	142	246	352	457	667	
51 – 55	77	237	437	637	836	1 236	
56	78	242	447	651	856	1 266	61
57	79	248	458	668	878	1 298	62
58	80	253	470	685	901	1 333	63
59	81	260	482	705	927	1 372	64
60	83	266	496	726	956	1 415	65

Minimální měsíční pojistné 200 Kč

V případech stanovení jiné než měsíční platby pojistného je čtvrtletní pojistné stanoveno jako trojnásobek měsíčního, pololetní pojistné jako šestnásobek měsíčního a roční pojistné jako dvanáctinásobek měsíčního pojistného.

Pokud bude mít prodejce k dispozici softwarový simulační program, může zvolit pro pojištěného pojistnou částku v povoleném rozmezí vždy po celé tisícikoruně, v takovém případě použije alespoň minimální pojistné stanovené programem (min. 200 Kč).

Upozornění: Sazby jsou odlišné od sazeb FŽP uvedených v této příručce z důvodu odlišné doby trvání pojištění (u SŽP je výstupní věk 60 let, resp. 61–65 let).

POJIŠŤOVNA ČESKÉ SPOŘITELNY, a.s.

Sídlo společnosti

nám. Republiky 115, 530 02 Pardubice

bezplatná linka: 800 207 207

e-mail: pojistovnacs@pojistovnacs.cz

www.pojistovnacs.cz