

schválené představenstvem České pojišťovny a.s. dne 14. 9. 2004 pod č. j. 4

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro úrazové pojištění, které sjednává Česká pojišťovna a.s. (dále jen „pojišťovna“), se použije právní řád České republiky a platí příslušná ustanovení zákona o pojistné smlouvě č. 37/2004 Sb. (dále „ZPS“). Součástí pojistné smlouvy jsou tyto všeobecné pojistné podmínky.

Pojištěním se rozumí soukromé pojištění podle ZPS (dále jen „pojištění“). Úrazové pojištění sjednává pojištěním je pojištěním obnosovým.

OBECNÁ USTANOVENÍ

DRUHY POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Článek 1 Druhy pojistného plnění

- Pojišťovna poskytuje z úrazového pojištění pojistné plnění – za dobu nezbytného léčení (článek 18), – za hospitalizaci následkem úrazu (článek 19), – za trvalé následky úrazu (článek 20), – za smrt způsobenou úrazem (článek 21).
- Pojišťovna může z úrazového pojištění poskytovat i jiné druhy pojistných plnění. Pokud takové druhy pojistných plnění nejsou upraveny zvláštními předpisy nebo pojistnou smlouvou, platí pro ně ustanovení těchto pojistných podmínek, která jsou mu povahou a účelem nejbližší.
- Pro to, zda se pojištění vztahuje na všechny uvedené druhy pojistných plnění nebo jen na některé z nich, je rozhodující obsah pojistné smlouvy.

Článek 2

Úrazové pojištění lze sjednat v jedné pojistné smlouvě i s dalšími druhy pojištění. Pro ně pak platí všeobecné pojistné podmínky příslušného druhu pojištění.

VZNIK A SPRÁVA POJISTĚNÍ

Článek 3 Pojistná doba, počátek pojištění, konec pojištění

- Pojistnou dobou se rozumí doba, na kterou bylo pojištění sjednáno. Pojistnou dobu lze sjednat buď na přesně stanovenou dobu (se sjednaným koncem pojištění) nebo na dobu neurčitou.
- Pojištění začíná v 00 hodin dne sjednaného jako počátek pojištění, nebylo-li účastníky dohodnuto, že začne již uzavřením pojistné smlouvy.
- U pojištění sjednaných na přesně stanovenou dobu končí pojištění ve 24 hodin dne sjednaného jako konec pojištění.
- Pokud je úrazové pojištění za běžné pojistné sjednáno v jedné pojistné smlouvě s jiným druhem pojištění, v němž je doba placení pojistného kratší než pojistná doba, zaniká úrazové pojištění uplynutím dohodnuté doby placení pojistného.

Článek 4 Pojistné částky

Pojišťovna má právo stanovit pro jednotlivé sazby úrazového pojištění a druhy pojistných plnění maximální a minimální pojistné částky, na které lze pojištění sjednat.

Článek 5 Pojistné

- Výše a splatnost pojistného je uvedena v pojistné smlouvě. Výše pojistného se určuje podle sazebníku pojistného stanoveného pojištěním pro jednotlivé druhy a sazby pojištění s ohledem na povolání pojištěného a vykonávanou sportovní činnost.
- Pokud výše pojistného závisí na věku pojištěného, považuje se pro účely stanovení pojistného za jeho věk rozdíl mezi kalendářním rokem počátku pojištění a kalendářním rokem narození pojištěného (vstupní věk pojištěného).
- Je-li pojišťovna v prodloužení s placením pojistného, je pojišťovna oprávněna požadovat úrok z prodloužení.

ZMĚNA POJISTĚNÍ

Článek 6 Změna pojištění

Pokud se účastníci dohodnou o změně rozsahu pojištění již sjednaného, plní pojišťovna ze změněného pojištění až z po-

jistných událostí, které nastanou od smluvně stanoveného dne, nejdříve však v 00 hodin dne následujícího po uzavření dohody.

ODKUPNÉ

Článek 7 Odkupné

- Pokud bylo u pojištění za jednorázové pojistné, sjednaného na dobu delší než 1 rok, zapláceno pojistné, má pojišťovna právo, aby na jeho žádost pojišťovna pojištění zrušila s výplatou odkupného.
- Výši odkupného pojišťovna stanoví podle pojistné technických zásad.
- Pojištění zaniká dnem, kdy pojišťovna odkupné vyplatila v hotovosti, vystavila šek nebo dal příkaz k provedení výplaty peněžnímu ústavu.

DŮSLEDKY NEPLACENÍ POJISTNÉHO

Článek 8 Důsledky neplacení pojistného

Pro neplacení pojistného pojištění zaniká bez náhrady.

PŘERUŠENÍ POJISTĚNÍ

Článek 9

U úrazového pojištění nenastává přerušování pojištění ve smyslu § 18 ZPS.

ZÁNİK POJISTĚNÍ

Článek 10 Zánik pojištění

- K zániku pojištění může dojít:
 - uplynutím doby,
 - nezaplacením pojistného,
 - dohodou, která musí obsahovat způsob vzájemného vypořádání závazků a okamžik zániku soukromého pojištění,
 - výpovědí pojišťovny nebo pojištěného ke konci pojistného období,
 - výpovědí pojišťovny nebo pojištěného do dvou měsíců od uzavření pojistné smlouvy,
 - výpovědí pojištěného nebo pojištěného do 3 měsíců ode dne doručení oznámení vzniku pojistné události,
 - výpovědí pojištěného do 1 měsíce ode dne doručení sdělení o převodu pojistného kmene nebo jeho části podle zvláštního právního předpisu nebo do 1 měsíce ode dne zveřejnění oznámení o odnětí povolení k provozování pojišťovací činnosti pojišťovny,
 - odstoupením od pojistné smlouvy,
 - odmítnutím plnění,
 - vyplacením odkupného u pojištění za jednorázové pojistné sjednaného na dobu delší než 1 rok,
 - smrtí pojištěného fyzické osoby,
 - způsoby uvedenými v doplňkových nebo zvláštních pojistných podmínkách.Důvody jednotlivých zániků pojištění jsou uvedeny v ZPS, doplňkových nebo zvláštních pojistných podmínkách.
- Pokud pojištění zaniklo z jiných důvodů, než uvedených v odstavci 1 písm. b), h) a i), ne však proto, že pojistnou událostí odpadl důvod dalšího pojištění, je pojišťovna povinen vrátit zbývající část běžného pojistného.
- Pokud pojištění zaniklo odstoupením od pojistné smlouvy, tato smlouva se od počátku ruší. Pojišťovna je povinen bez zbytečného odkladu, nejpozději ve lhůtě do 30 dnů ode dne odstoupení od pojistné smlouvy, vrátit zaplacené pojistné, od kterého se odečte to, co již z pojištění plnil. V případě odstoupení pojištěného se od zaplaceného pojistného odečítají i náklady spojené se vznikem a správou pojištění. Pojišťovna nebo pojištěný, který není současně pojištěním, popřípadě obmyslený, je ve stejné lhůtě jako pojišťovna povinen pojišťovně vrátit částku vyplaceného pojistného plnění, která přesahuje výši zaplaceného pojistného.
- Pokud pojištění zaniklo odmítnutím plnění, zaplacené běžné pojistné pojišťovna nevrací.

POJISTNÁ UDÁLOST, POJISTNÉ PLNĚNÍ

Článek 11 Pojistná událost

- Pojištění se vztahuje na pojistné události, které nastanou během trvání pojištění. Územní platnost pojištění není omezena s výjimkou uvedenou v článku 19 odst. 2.

Všeobecné pojistné podmínky pro úrazové pojištění

- Pokud nebylo dohodnuto v pojistné smlouvě jinak, vztahuje se pojištění na úrazy pojištěného, ke kterým dojde při jakékoliv činnosti s výjimkou činností uvedených v článku 13.
- Pojistnou událostí v úrazovém pojištění je úraz pojištěného. Úrazem se rozumí neočekávané a náhle působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného, ke kterému došlo během trvání pojištění a kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt. Pro účely úrazového pojištění se poškozením zdraví rozumí tělesné poškození, které je uvedeno v oceňovacích tabulkách pojišťovny.
- Pojišťovna plní i za újmou na zdraví, které bylo pojištěnému způsobeno
 - nemocí vzniklou výlučně následkem úrazu,
 - zhoršením následků úrazu nemocí, jíž pojištěný trpěl před úrazem,
 - místním hnisáním po vniknutí choroboplodných zárodků do otevřené rány způsobené úrazem a nákazou tetanem při úrazu,
 - diagnostickými, léčebnými a preventivními zákroky provedenými za účelem léčení následků úrazu.

Článek 12 Výluky z pojištění

Pojistnou událostí není:

- vznik a zhoršení kýly (hernií), nádorů všeho druhu a původu, amocie sítnice, vznik a zhoršení aseptických zánětů pochev šlachových, úponů svalových, tíhových váček, synovitiid, epikondylitid a výhrých vertebratlové ploténky a s ním související obtíže, včetně vertebrálních algických syndromů, a to ani v případech, kdy vyvolávajícím momentem vyjmenovaných obtíží je úraz,
- infekční nemoc, i když byla přenesena zraněním, a pracovní úraz a nemoc z povolání, pokud nemají povahu úrazu podle článku 11,
- následek diagnostických, léčebných a preventivních zákroků, které nebyly provedeny za účelem léčení následků úrazu,
- dojde-li v důsledku úrazu ke zhoršení nebo projevení se nemoci, včetně zhoršení či projevení se obtíží majících původ v degenerativních změnách,
- sebevražda, pokus o ni ani úmyslné sebepoškození.

Článek 13 Pojišťovna neplní z události, k nimž dojde

- v důsledku nebo v souvislosti s občanskou válkou, válečnou událostí, válečnou invazí, vpádem zahraničního nepřítele, válečným stavem vyhlášeným nebo nevyhlášeným, revolučními událostmi, převraty, teroristickými útoky (tj. násilným jednáním motivovaným politicky, sociálně, ideologicky nebo nábožensky) a mezinárodní mírovou misí, teroristickými akty včetně kontaminace v důsledku teroristického aktu,
- v důsledku nebo v souvislosti s účastí pojištěného na straně iniciátora při občanských nepokojích, vnitrostátních násilných nepokojích a stávkách,
- přímým nebo nepřímým působením jaderné energie,
- v souvislosti s řízením motorového vozidla při automobilových nebo motocyklových soutěžích a při přípravě na ně. Pojišťovna není povinen plnit ani v případech, kdy se pojištěný zúčastní těchto soutěží nebo přípravy na ně jako spolujezdec,
- vykonává-li pojištěný funkci pilota nebo jiného člena posádky letadla s výjimkou toho, vykonává-li tuto činnost jako své povolání na palubě dopravního letadla letecké společnosti připravující osoby nebo náklad; při létání s bezmotorovými letadly, větroni s pomocným motorem a ultralehkými letadly, při závěsném létání, paraglidingu a létání v balonech, při seskocích a letech s padákem z letadla i z výšin,
- při výkonu horolezeckého sportu, vysokohorské turistice, při lovu spojeném s jízdou na koni, hloubkovém potápění s nutností dýchacího přístroje a při provozování extrémních, tzv. adrenalinových sportů jako je např. canyoning, sky-surfing, sky-bungee, bungee-jumping, shark-diving, mega-diving, rocket-bungee, heli-skiing (biking), rafting, black-water-rafting apod.,
- v důsledku nebo v souvislosti s řízením motorového vozidla, pro něž pojištěný neměl v době pojistné události řídičské oprávnění.

Článek 14 Pojistné plnění

- Pojistné plnění je splatné v České republice a v české měně, pokud není v pojistné smlouvě dohodnuto jinak.
- Pojistné plnění je splatné do patnácti dnů, jakmile pojišťovna skončí šetření nutné ke zjištění rozsahu povinnosti pojišťovny plnit. Pojišťovna poskytne pojištěnému, resp. oprávněné osobě na požádání ve smyslu § 16 odst. 3 ZPS přiměřenou zálohu.

3. Pojistitel poskytne pojistné plnění na základě písemného oznámení na tiskopisu pojistitele.
4. Pojistitel nenese náklady spojené s cestou pojištěného do zahraničí či ze zahraničí z důvodu zjištění rozsahu povinnosti pojistitele plnit.
5. Pojistitel nenese náklady na cestu ze zahraničí či do zahraničí vzniklé v souvislosti s úrazem pojištěného.

Článek 15 Výplata pojistného plnění

1. Z pojištěného pojistitel poskytne jednorázové plnění nebo vyplácí důchod, a to podle toho, co bylo dohodnuto v pojistné smlouvě nebo při šetření pojistné události.
2. Bylo-li sjednáno v pojistné smlouvě nebo při šetření pojistné události plnění ve formě důchodu, vyplácí se důchod v dohodnutých obdobích, a to předem.
3. Právo na výplatu důchodu vzniká prvního dne měsíce, který následuje po měsíci, ve kterém došlo k pojistné události.
4. Důchod se vyplácí pojištěnému nebo tomu, komu vzniklo právo na výplatu důchodu, po dohodnutou dobu v pojistné smlouvě nebo při šetření pojistné události.

Článek 16 Povinnosti pojištěného

1. Povinností pojištěného je bez zbytečného odkladu vyhledat po úrazu lékařské ošetření, léčit se podle pokynů lékaře a vyžaduje-li to pojistitel, dát se na jeho náklady vyšetřit lékařem, kterého pojistitel určí. V případě pozdního ošetření, které mělo vliv na délku léčby a rozsah trvalých následků, má pojistitel právo poskytnout pojistné plnění pouze za prokázanou dobu léčby dle pevně stanoveného procenta příslušné položky, u denního plnění nejvýše do maximálního počtu dní uvedeného u příslušné položky a pojistné plnění za trvalé následky adekvátně snížit.
2. V případě pochybností je povinností pojištěného prokázat, že k úrazu došlo.
3. V případě, že pojištěný požaduje kontrolní vyšetření, je povinen nést náklady tohoto vyšetření. Pokud na základě kontrolního vyšetření pojistitel poskytne další plnění, náklady na kontrolní vyšetření pojištěnému uhradí.
4. Při hodnocení trvalých následků je pojištěný povinen prokázat se občanským průkazem či jiným platným identifikačním dokladem.
5. Pojištěný je povinen při likvidaci pojistné události předložit doklady vyžádané pojistitelem v českém jazyce.

ZVLÁŠTNÍ USTANOVENÍ

Článek 17 Určení výše plnění

1. Výši plnění za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem a za trvalé následky úrazu určuje pojistitel podle zásad, uvedených dále v článku 18, 19 a 20, přepočtové tabulky a tabulek pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojištění (dále jen „oceňovací tabulky“), do kterých je možné nahlédnout na obchodních místech pojistitele.
2. Výši plnění určuje pojistitel podle oceňovacích tabulek platných k datu uzavření pojistné smlouvy.
3. Výši plnění za smrt následkem úrazu určuje pojistitel podle zásad uvedených v článku 21 a podle sjednané pojistné částky.

Článek 18 Plnění za dobu nezbytného léčení

A. Plnění za dobu nezbytného léčení stanovená v procentech (DNL-%)

1. Dojde-li k úrazu pojištěného a doba, které je podle poznatků vědy obvykle třeba ke zhojení nebo ustálení tělesného poškození způsobeného úrazem (dále jen „průměrná doba nezbytného léčení“), je delší než dva týdny, vyplácí pojistitel z pojistné částky tolik procent, kolika procentům podle oceňovací tabulky A odpovídá plnění za průměrnou dobu nezbytného léčení tohoto tělesného poškození.
2. V případech uvedených v odstavci 3 tohoto článku plní pojistitel podle počtu dní doby nezbytného léčení, která je přiměřená povaze a rozsahu tělesného poškození (dále jen „průměrná doba nezbytného léčení“). Plnění za přiměřenou dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem určí pojistitel ve výši tolika procent z pojistné částky, kolika procentům odpovídá přiměřená doba nezbytného léčení podle přepočtové tabulky.
3. Podle přiměřené doby nezbytného léčení pojistitel plní tedy, jestliže tato doba přesáhne dobu nezbytného léčení vlastního tělesného poškození způsobeného úrazem, a to
 - a) v případě uvedeném v článku 11 písm. a), b), d) o více než čtyři týdny,
 - b) pro celkový zdravotní stav pojištěného, který nemá povahu nemoci, o více než čtyři týdny.
4. Stanoví-li tabulka A procentní rozpětí, určí pojistitel výši

plnění podle přepočtové tabulky tak, aby v rámci daného rozpětí odpovídalo pojistné plnění povaze a rozsahu tělesného poškození, které bylo pojištěnému úrazem způsobeno.

5. Do doby nezbytného léčení se nezapočítává doba, ve které se pojištěný podroboval občasným zdravotním kontrolám, nebo rehabilitace, která byla zaměřena na zmírnění bolesti bez následné úpravy zdravotního stavu.
6. Bylo-li pojištěnému způsobeno jediným úrazem několik tělesných poškození, plní pojistitel jen za dobu nezbytného léčení toho poškození, které je hodnoceno nejvyšším procentem.
7. Pojistitel plní za průměrnou dobu nezbytného léčení, popřípadě za přiměřenou dobu nezbytného léčení, nejvýše za dobu jednoho roku.
8. Za dobu nezbytného léčení nevzniká právo na plnění, zemře-li pojištěný do jednoho měsíce od úrazu.
9. Právo na plnění za dobu nezbytného léčení stanovenou v procentech má pojištěný.

B. Plnění za dobu nezbytného léčení ve dnech (DNL-D)

1. Dojde-li k úrazu pojištěného a doba, která je podle poznatků vědy obvykle třeba ke zhojení nebo ustálení tělesného poškození způsobeného úrazem (dále jen „průměrná doba nezbytného léčení“), je delší než dva týdny, vyplácí pojistitel denní plnění za každý den doby nezbytného léčení, a to do maximálního rozsahu počtu dní, který odpovídá příslušnému tělesnému poškození, stanovenému v části pro denní plnění oceňovací tabulkou A.
2. Denní plnění vyplácí pojistitel načítaně v závislosti na délce doby nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem násobené příslušným přepočtovým koeficientem takto :
Délka nezbytného léčení Přepočtový koeficient
od 1. dne do 28. dne (včetně) 0,5
od 29. dne do 120. dne (včetně) 1
od 121. dne do 240. dne (včetně) 1,5
od 241. dne do 365. dne (včetně) 2

3. V případech uvedených v odstavci 4 tohoto článku plní pojistitel podle počtu dní doby nezbytného léčení, která je přiměřená povaze a rozsahu tělesného poškození (dále jen „průměrná doba nezbytného léčení“). Plnění za přiměřenou dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem určí pojistitel ve výši počtu dní, kolika dnům odpovídá přiměřená doba nezbytného léčení.
4. V případech prodloužené doby nezbytného léčení v důsledku újem na zdraví uvedených v článku 11 písm. a), b), d) nebo pro celkový zdravotní stav pojištěného, který nemá povahu nemoci, plní pojistitel i za dny doby nezbytného léčení, o které přiměřená doba nezbytného léčení nepřesáhne 20 % maximálního počtu dní stanoveného pro jednotlivá tělesná poškození v části pro denní plnění oceňovací tabulky A.

5. Pojistitel není povinen poskytnout denní plnění za dny přiměřené doby nezbytného léčení úrazu, o které tato doba nezbytného léčení vlastního tělesného poškození způsobeného úrazem přesáhne maximální počet dní stanovený pro jednotlivá tělesná poškození v části pro denní plnění oceňovací tabulky A.
6. Do doby nezbytného léčení se nezapočítává doba, ve které se pojištěný podroboval občasným zdravotním kontrolám, nebo rehabilitace, která byla zaměřena na zmírnění bolesti bez následné úpravy zdravotního stavu.
7. Bylo-li pojištěnému způsobeno jediným úrazem několik tělesných poškození, plní pojistitel denní plnění jen za dobu nezbytného léčení toho poškození, které je hodnoceno nejvyšším počtem dní v oceňovací tabulce A.

8. Pojistitel poskytuje denní plnění za dobu nezbytného léčení nejvýše za dobu jednoho roku.
9. Za dobu nezbytného léčení nevzniká právo na plnění, zemře-li pojištěný do jednoho měsíce od úrazu.
10. Právo na plnění za dobu nezbytného léčení ve dnech má pojištěný.

Článek 19 Denní plnění za hospitalizaci následkem úrazu

1. Pojistnou událostí je úraz, jehož následkem došlo z lékařského hlediska k nezbytnému poskytnutí nemocniční lůžkové péče (dále jen „hospitalizace“).
2. Pojištění pro případ hospitalizace následkem úrazu se vztahuje na hospitalizaci poskytnutou výhradně na území ČR.
3. Pojistitel poskytne plnění z pojištění denního plnění při hospitalizaci následkem úrazu na lůžkové části nemocnice, která je pod stálým lékařským dozorem, disponuje dostatečným diagnostickým, chirurgickým a terapeutickým zařízením, pracuje v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a její provozování je v souladu s příslušnými platnými právními předpisy.
4. Denní plnění při pobytu v nemocnici se poskytuje za každý kalendářní den hospitalizace následkem úrazu, která je z lékařského hlediska nezbytná. Hospitalizace z lékařského hlediska nezbytná je taková, kdy vzhledem k zá-

važnosti a charakteru úrazu musí být ošetření a léčení provedeno v nemocnici na lůžkové části.

5. Za lékařsky nezbytnou hospitalizaci se nepovažuje ústavní pobyt v případě, je-li odůvodněn pouze nedostatkem domácí péče či jinými osobními poměry pojištěného.
6. Ústavní pobyt (hospitalizace) k ošetření zubů a zákroky v oblasti zubní a čelistní chirurgie v důsledku úrazu se považují za lékařsky nezbytné pouze tehdy, jestliže z lékařských důvodů není možné ambulantní ošetření.
7. Denní plnění za hospitalizaci následkem úrazu poskytuje pojistitel s časovým omezením, maximálně po dobu 60 dnů v průběhu čtyř let od data pojistné události (úrazu).
8. Dojde-li v době hospitalizace v důsledku úrazu k dalšímu úrazu s nutností hospitalizace, (tj. v případě souběhu nezbytné hospitalizace v důsledku více úrazů s rozdílným datem počátku), započítává se hospitalizace ve dnech souběhu tak, že pojistitel poskytne denní plnění za každý den souběhu pouze jednou.
9. Právo na plnění nevzniká při hospitalizaci v důsledku úrazu za dny, kdy se pojištěný v nemocnici nezdržoval (přerušení hospitalizace) nebo jestliže nemocniční ošetřování trvalo méně než 24 hodin. Den, kdy byl pojištěný přijat do nemocničního ošetřování a den, kdy byl z tohoto ošetřování propuštěn se počítají a považují se za jeden den hospitalizace.
10. Pojistitel neposkytne denní plnění při hospitalizaci následkem úrazu, zemře-li pojištěný do jednoho měsíce od úrazu.
11. Právo na plnění nevzniká za denní plnění při hospitalizaci následkem úrazu za léčebné pobyt:
 - a) v lázeňských zařízeních, léčebnách, centrech a sanatoriích, zotavovných, dietetických zařízeních a zvláštních dětských zařízeních,
 - b) v rehabilitačních zařízeních a centrech, kromě hospitalizace ve speciálních rehabilitačních zařízeních, která pojistitel předem určí (do aktuálního seznamu těchto zařízení má pojištěný možnost nahlédnout u pojistitele),
 - c) při hospitalizaci z důvodů kosmetických úkonů provedených za účelem léčení následků úrazu, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné,
 - d) v zařízeních pro dlouhodobě nemocné, pro ošetřované z důvodu stáří, sešlosti, neduživosti nebo pro nedostatek domácí péče s potřebou pečovatelské a opatrovnické péče,
 - e) v psychiatrických léčebnách a jiných zdravotnických zařízeních v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu,
 - f) ve vojenských ošetřovněch a ve vězeňských nemocnicích,
 - g) při používání diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznány.
12. Právo na denní plnění za hospitalizaci následkem úrazu má pojištěný.

Článek 20 Plnění za trvalé následky úrazu

1. Zanechá-li úraz pojištěnému trvalé následky, vyplácí pojistitel z pojistné částky tolik procent, kolika procentům odpovídá pro jednotlivá tělesná poškození podle oceňovací tabulky B 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 tabulka B procentní rozpětí, určí pojistitel výši pojistného plnění tak, aby v rámci daného rozpětí odpovídalo pojistné plnění povaze a rozsahu tělesného poškození způsobeného úrazem.
2. Nemůže-li pojistitel plnit podle předchozího odstavce proto, že trvalé následky úrazu nejsou po uplynutí šesti měsíců ode dne úrazu ještě ustáleny, avšak je již známo, jaký bude jejich minimální rozsah, poskytne pojištěnému na jeho požádání přiměřenou zálohu.
3. Týkají-li se trvalé následky úrazu části těla nebo orgánu, které byly poškozeny již před úrazem, sníží pojistitel pojistné plnění za trvalé následky o tolik procent, kolika procentům odpovídalo předcházející poškození, určené též podle oceňovací tabulky B.
4. Způsobil-li jediný úraz pojištěnému několik trvalých následků, hodnotí pojistitel celkové trvalé následky součtem procent pro jednotlivé následky, nejvýše však 100%.
5. 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 B pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného údu, orgánu nebo jejich částí.
6. Jestliže před výplatou plnění za trvalé následky úrazu pojištěný zemře, nikoliv však na následky tohoto úrazu, vyplácí pojistitel jeho dědicům částku, která odpovídá rozsahu trvalých následků úrazu pojištěného v době jeho smrti, nejvýše však částku, odpovídající pojistné částce dohodnuté pro případ smrti následkem úrazu.
7. Právo na plnění za trvalé následky úrazu má pojištěný.

Článek 21

Plnění za smrt následkem úrazu

1. Byla-li úrazem způsobena pojištěnému smrt, která nastala nejpозději do tří let ode dne úrazu, vyplátí pojistitel pojistnou částku pro případ smrti následkem úrazu.
2. Právo na plnění má obmyšlený. Nebyl-li obmyšlený v pojistné smlouvě určen nebo nenabyl-li práva na plnění, nabývají ho osoby určené podle § 51 odst. 2 a 3 ZPS.
3. 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.

SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

Článek 22

Oprávnění pojistitele

1. Pojistitel je oprávněn požadovat údaje o zdravotním stavu a zjištění zdravotního stavu nebo příčiny smrti pojištěného, jsou-li pro to důvody související se stanovením výše pojistného rizika, výše pojistného a šetřením pojistné události, pokud k tomu byl pojistiteli dán souhlas pojištěného. Zjišťování zdravotního stavu nebo příčiny smrti se provádí na základě zpráv a zdravotnické dokumentace vyžádaných pojistitelem pověřeným zdravotnickým zařízením od ošetřujících lékařů, a v případě potřeby i prohlídkou nebo vyšetřením provedeným zdravotnickým zařízením.
2. Souhlas se zjišťováním a přezkoumáváním svého zdravotního stavu dávají pojištěný a pojistník podpisem pojistné smlouvy. Souhlas se zjišťováním a přezkoumáváním zdravotního stavu osoby, která není způsobila k právním úkonům, dává její zákonný zástupce nebo opatrovník podpisem pojistné smlouvy.
3. Skutečnosti, o kterých se pojistitel při zjišťování zdravotního stavu dozví, smí použít pouze pro svou potřebu.

Článek 23

Vinkulace

1. Lze dohodnout, že pojistné plnění nebo odkupné bude vinkulováno ve prospěch třetí osoby. Vinkulace znamená, že pojistné plnění nebo odkupné pojistitel vyplátí třetí osobě, v jejíž prospěch bylo plnění vinkulováno (vinkulační věřitel), pokud vinkulační věřitel nedá souhlas k vyplacení plnění oprávněné osobě podle pojistné smlouvy. Uhrazením plnění vinkulačnímu věřiteli, splní pojistitel svůj závazek vůči oprávněné osobě.
2. Vinkulace plnění může být provedena pouze na žádost pojistníka. Je-li pojistník odlišný od pojištěného, lze vinkulovat plnění jen se souhlasem pojištěného.

Článek 24

Doručování

1. Písemnost týkající se pojištění je doručována zpravidla prostřednictvím držitele poštovní licence podle zvláštního zákona na poslední pojistiteli známou adresu účastníka pojištění na území ČR, jemuž je určena. Písemnost může být doručena i zaměstnancem pojistitele nebo jinou pověřenou osobou.
2. Pojistník (pojištěný) je povinen pojistiteli oznámit změnu adresy, kam mu mají být písemnosti zaslány.
3. Nebyl-li adresát zastížen, doručovatel uloží písemnost pojistitele v místně příslušné provozovně držitele poštovní licence. Nevyzvedne-li adresát písemnost do 15 dnů od jejího uložení, považuje se poslední den této lhůty za den doručení, i když se adresát o uložení písemnosti nedozvěděl.
4. Odmítl-li adresát přijetí písemnosti, považuje se písemnost za doručenu dnem, kdy adresát její přijetí odmítl. O následcích odmítnutí musí být adresát poučen.
5. Pokud se adresát v místě doručení nezdržuje, aniž by o tom informoval pojistitele, je písemnost doručena dnem, kdy byla zásilka pojistiteli vrácena jako nedoručitelná.

Článek 25

Řešení sporů

1. Smluvní strany se dohodly, že všechny majetkové spory vzniklé z uzavřené pojistné smlouvy nebo v souvislosti s ní, které se týkají úplného i částečného nezaplacení běžného či jednorázového pojistného, jeho výše nebo splatnosti, budou rozhodovány s vyloučením pravomoci obecných soudů v rozhodčím řízení s výjimkou uvedenou v článku 25 odstavec 2 těchto pojistných podmínek. Tyto spory budou rozhodovány jedním rozhodcem jmenovaným Správcem Seznamu rozhodců, vedeném Společností pro rozhodčí řízení, a.s. IČ 26421381 se sídlem Praha 2, Sokolská 60, PSČ 120 00 (dále jen „Společnost“). Smluvní strany prohlašují, že jsou srozuměny s obsahem Jednacího řádu pro rozhodčí řízení Společnosti, Pravidly o nákladech rozhodčího řízení, Organizačním a Kancelářským řádem Společnosti. O právech a povinnostech plynoucích z těchto dokumentů se smluvní strany mohou rovněž informovat v sídle Společnosti, kde mohou též obdržet stejnopis Jednacího řádu a Pravidel o nákladech rozhodčího řízení po úhradě nákladů na pořízení kopie, nebo na internetové adrese: <http://www.rozhodci-rizeni.cz/>. Obě smluvní strany se dohodly a berou na vědomí, že rozhodčí řízení je neveřejné, zpravidla pouze písemné, a že nevyjádří-li se žalovaný do sedmi kalendářních dnů ode dne, kdy mu byla doručena žaloba, jsou skutečnosti vyjádřené a uvedené v žalobě považovány za nesporné. Jednáním místem je zpravidla sídlo Společnosti. Veškeré písemnosti jsou doručovány poštou, případně osobně. Při doručování poštou straně sporu, jež nebyla zastížena, ač-

koliv se v místě doručení zdržuje, se použije přiměřeně ustanovení občanského soudního řádu o doručování písemností do vlastních rukou, přičemž opětovné doručování zásilky se nevyžaduje a platí, že nevyzvedne-li si adresát zásilku do 10 dnů od uložení, považuje se poslední den této lhůty za den doručení, i když se adresát o doručení nedozvěděl. Písemnosti se doručují na adresu žalované strany, uvedenou v pojistné smlouvě, nedsdělí-li tato strana písemně adresu jinou, k čemuž se zavazuje, pokud chce, aby jí na tuto jinou adresu byly písemnosti doručovány. V případě, že žalovaná strana tuto svoji povinnost nesplní a zdržuje se na jiné adrese, budou v rozhodčím řízení písemnosti doručovány na žalobci známou adresu a žalovaná strana bere na vědomí, že se tak děje s účinky pro rozhodčí řízení rozhodnými, jako by se na této adrese zdržovala.

2. Smluvní strany se dohodly na tom, že rozhodčí doložka sjednaná v ustanovení článku 25 odstavec 1 těchto pojistných podmínek, se v rozsahu rozhodování konkrétního majetkového sporu, ve věci kterého nebylo dosud zahájeno rozhodčí řízení, ruší zahájením soudního řízení ve věci tohoto konkrétního majetkového sporu.
3. Všechny další spory, vzniklé z uzavřené pojistné smlouvy nebo v souvislosti s ní, které vzhledem k jejich předmětu nelze podřadit pod ustanovení článku 25 odstavec 1 těchto pojistných podmínek, budou rozhodovány obecnými věcně a místně příslušnými soudy.

Článek 26

Poplatky

Pojistitel je oprávněn účtovat pojistníkovi poplatky za mimořádné úkony, které provádí na žádost pojistníka a jsou uvedeny v Přehledu poplatků. Výši poplatků určuje pojistitel a je obsažena v aktuálním Přehledu poplatků přístupném na obchodních místech pojistitele. Úhrada poplatků se provádí započetím vzájemných pohledávek. Není-li započtení možno provést, je splatná předem.

Článek 27

Povinnosti oprávněné osoby

Oprávněná osoba je povinna předložit při likvidaci pojistné události doklady vyžádané pojistitelem v českém jazyce.

Článek 28

Výklad pojmů

Písemnými dotazy pojistitele týkajícími se sjednávaného pojištění jsou všechny dotazy nutné k uzavření pojistné smlouvy. Těmito dotazy se rozumí i dotazy týkající se zdravotního stavu pojištěného i pojistníka. Oprávněnou osobou v případě smrti pojištěného je obmyšlený. Nebyl-li obmyšlený v pojistné smlouvě určen nebo nenabyl-li práva na plnění, nabývají ho osoby určené podle § 51 odst. 2 a 3 ZPS.