

# Speciální pojistné podmínky Investičního životního pojištění FLEXI INVEST 2008

speciální pojistné podmínky (dále jen „SPP“) se řídí zákonem o pojistné smlouvě a všeobecnými pojistnými podmínkami pro pojištění spojená s investičními fondy ČSOBNV Z dne 1. dubna 2007 (dále jen „VPP“) a jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy (dále jen „smlouvy“).

## ČLÁNEK 1

### Základní pojmy

Pro účely sjednávání pojistných platí tento výklad poujím:

- Alokace pojistného** (dále jen „alokace“) – nákup podílových jednotek ve výši pojistného upraveného dle platných pojistně-technických pravidel.
- Alokace počáteční** – snížená alokace pojistného v prvních letech trvání určená na pokrytí počátečních nákladů (provoze, počáteční administrativní náklady, underwriting) – viz platný sazebník poplatků.
- Alokace běžná** – standardní alokace se srážkou 1 % nebo 5 % určenou na běžné správní náklady – viz platný sazebník poplatků.
- Hodnota fondu u smlouvy** – počet podílových jednotek k dané smlouvě a k danému fondu vynásobený jejich prodejní cenou.
- Hotovost** – určena k vyrovnání zaokrouhlovacích chyb při převodu na podílové jednotky, případně k držení záporné kapitálové hodnoty.
- Indexace pojistné smlouvy** – navyšování běžné placené hodnoty pojistného a vybraných pojistných částek navrhované a prováděné pojistitelem s ohledem na index růstu spotřebitelských cen vydávaný Českým statistickým úřadem.
- Investiční životní pojištění** (dále jen „FLEXI INVEST“) – komplexní spojení životního pojištění, doplňkových a úrazových pojištění a investic do investičních podílových fondů. Pojistné částky jednotlivých pojistných rizik jsou pověřeny danými pojistnou smlouvou a částka určená k výplatě dožije se konce pojištění, resp. v případě ukončení smlouvy, je dána aktuální výší kapitálové hodnoty smlouvy.
- Kapitálová hodnota smlouvy** – součet hodnot fondu u smlouvy a hotovosti, je vyjádřena v Kč, může nabývat i záporné hodnoty.
- Nákupní cena jednotky** – cena, za kterou pojišťovna prodává jednotky ke smlouvě. Pojišťovna může stanovit několik nákupních cen jednotek v závislosti na typu alokovaného pojistného.
- Technické změny** – změny na smlouvě nemající vliv na alokace, odkupy, pojistné (např. změna adresy).
- Oceňovací den** – den, ke kterému pojistitel stanoví nákupní a prodejní cenu podílových jednotek jednotlivých podílových fondů.
- Odkupní hodnota** – kapitálová hodnota smlouvy upravená o možné poplatky a srážky.
- Odkupní poměr** – je využíván pro odkupní transakce s využitím aktuálního poměru rozložených kapitálových hodnot jednotlivých fondů.
- Podílová jednotka** (dále jen „jednotka“) – identifická část investičního podílového fondu představující podíl z jeho hodnoty.
- Podílový investiční fond** (dále jen „fond“) – soubor finančních instrumentů a investic spravovaný pojištelem nebo pojištelem pověřenou osobou, sloužící k uložení kapitálových hodnot pojistných smluv. Charakter fondů se navzájem liší umístěním finančních prostředků, dosahovaným výnosem a mírou rizika.
- Pojistné riziko** – riziko, které je určeno typem pojištění a pojistnou částkou.
- Poměr rozdělení pojistného do investičních fondů** (dále jen „rozdělení pojistného“) – pojistníkem zvolený celočíslný poměr v procentech (v celkovém součtu 100%), v jakém pojišťovna rozdělí inkasované pojistné do příslušných fondů.
- Prodejní cena jednotky** – cena, za kterou pojišťovna odkoupí jednotky ze smlouvy.
- Realokace** – převedení kapitálové hodnoty mezi fondy; za realokaci si pojistitel může účtovat poplatek dle platného sazebníku poplatků.
- Technické změny** – změny na smlouvě s vlivem na alokace a odkupy, výši pojistného, pojistné rizika apod.
- Investiční životní pojištění** se uzavírá pro osoby ve vstupním věku od dovršených 18 let do 70 let (včetně) ve volitelném rozsahu na dobu minimálně 3 let, maximálně do roku, ve kterém se pojištění dožije 75 let. Pro osoby ve vstupním věku nad 70 let (max. do 97 let) se pojištění uzavírá pouze v omezeném rozsahu stanoveném pojistitelem vždy na dobu 3 let – na základě žádosti klienta je možné sjednat pojistnou dobu prodloužit, maximální doba trvání pojištění může být do roku, ve kterém se pojištění dožije 100 let.

## ČLÁNEK 2

### Pojistné plnění

- Při smrti pojistného vyplátí pojistitel obmyšlenému (v případě, že v době pojistné události není určen nebo nenabude-li práva na pojistné plnění, postupuje pojistitel dle Obecných ustanovení, článku 1.1, odst. 2, VPP) pojistnou částku platnou ke dni úmrtí nebo kapitálovou hodnotu smlouvy platnou ke dni nahášení pojistné události, je-li vyšší.
- Je-li v případě smrti pojistná částka vyšší než kapitálová hodnota smlouvy, bude vyplacena pojistná částka snížená o částecí výplaty provedené po datu úmrtí. Pokud bude kapitálová hodnota smlouvy nižší než pojistná částka, bude vyplacena kapitálová hodnota snížená o částecí výplaty provedené po nahášení úmrtí. Jestliže bude pojistná událost uznaná pojistitelem za likvidní, bude ve prospěch obmyšleného vyplacena kapitálová hodnota smlouvy.
- FLEXI INVEST smrti pojistného zaniká.
- Při dožití se sjednaného konce FLEXI INVEST bude pojištěnému vyplacena kapitálová hodnota smlouvy.

## ČLÁNEK 3

### Pojistné

- Pojistník si může kdykoliv v době trvání smlouvy předplatit běžné pojistné, tj. zaplatit nejednou jednu nebo více plateb běžného pojistného před datem jejich splatnosti. K předplacení plateb běžného pojistného slouží účty, variabilní symbol a specifický symbol, který je určen k platbám běžného pojistného. V případě ukončení pojistné smlouvy podle článku 2 písm. c) těchto SPP nevrací pojistitel předplacené běžné pojistné a výplaci pojistné plnění způsobem stanoveným článkem 2 písm. a) a b) těchto SPP. V případě ukončení pojistné smlouvy podle článku 13 bodu 4) a článku 14 VPP pojistitel nevrací předplacené pojistné. Pojistitel je těchto případech vrací pojistné uhrané po datu ukončení nebo po dni provedení ukončení pojištění, s výjimkou případů důlného 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 mimořádného pojistného na pokrytí důlného běžného pojistného k datu připsání mimořádného pojistného na účet pojistitele. Mimořádné pojistné je možno uhradit na základě pokynu uvedených ve smlouvě. K uhradě mimořádného pojistného jsou určeny zvláštní variabilní symboly. Pojistitel je oprávněn odmítnout mimořádné pojistné zaplacené pod stanovenou minimální hranici.
  - Běžné pojistné, jednorázové pojistné i mimořádné pojistné se používá podle platných pojistně-technických pravidel k navyšování kapitálové hodnoty smlouvy.
  - Pojistitel zaúčtuje jednorázové, běžné a mimořádné pojistné bez zbytečného odkladu nejdříve všem v den, kdy jsou peníze připsány a identifikovány na účtu pojistitele. Pojistitel není zodpovědný za zpoždění identifikace platby (za škodu vzniklou uvedením chybného čísla účtu a/nebo variabilního symbolu a/nebo specifického symbolu), kterou zaviniil pojistník nebo jiná osoba.
  - Platby je možné umisťovat do konkrétního předem nesjednaného fondu dle podmínek stanovených pojistitelem.
- Pojistitel naloží s inkasovanými pojistnými postupně dle následujících pravidel:
- Alokace pojistného (technický postup):
    - pojistné je upraveno o příslušný poplatek počáteční alokace,
    - pojistné je sečteno s aktuálním zůstatkem hotovosti, výsledný součet je dále považován za pojistné,
    - pojistné je rozděleno na díly dle sjednaného poměru rozdělení pojistného do fondů,
    - každý díl pojistného je celočíslně přepočten na podílové jednotky příslušného fondu s využitím nákupní ceny jednotky,
    - nově nakupené jednotky jsou přičteny ke stávajícím stavům jednotek,

- je vypočtena nová hotovost jako zaokrouhlovací rozdíl vzniklý předchozími kroky.
- II. Alokace pojistného (časový postup):
- pojistné může být alokováno nejdříve v první den platnosti smlouvy (nejdříve v den počátku pojištění),
  - pojistné je alokováno v nákupní ceně jednotky platné v den provedení alokace,
  - při splnění všech předepsaných podmínek (výše platby a její správná identifikace) je pojistné alokováno bez zbytečného odkladu v závislosti na provozních a technických podmínkách pojistitele.

## ČLÁNEK 4

### Náklady, poplatky a cena pojištění

- Cena pojištění (pojistné) – pojistitel má právo za každé pojistně-technické období snížitvat kapitálovou hodnotu smlouvy o částku potřebnou ke krytí sjednaného rozsahu pojistného rizika a o dále uvedené technické poplatky, kalkulované podle platných pojistně-technických zásad pojistitele. Snížení kapitálové hodnoty smlouvy je prováděno na počátku každého pojistně-technického období v ceně jednotky platné v den, kdy byly poplatky a rizikové pojistné strženy. V odůvodněných případech se může pojistitel od těchto pravidel odchýlit.
  - Alokace – pojistitel má právo běžné pojistné v prvních letech trvání smlouvy snížit o poplatek na pokrytí počátečních nákladů spojených se vznikem smlouvy. V případě navyšování běžné placené hodnoty pojistného má právo pojistitel z navyšované části pojistného (rozdílu mezi novou a původní výší pojistného) účtovat poplatek na pokrytí nákladů spojených s úpravou a změnou smlouvy.
  - Marže – pojistitel má právo účtovat poplatek z pojistného při připsávání pojistného do kapitálové hodnoty smlouvy.
  - Poplatek z pojistné částky – pojistitel má právo na počátku smlouvy snížit kapitálovou hodnotu o poplatek z hodnoty pojistné částky pro případ smrti. V případě navyšování pojistné částky pro případ smrti má právo pojistitel účtovat poplatek z navyšované pojistné částky (rozdílu mezi novou a původní výší pojistné částky) na pokrytí nákladů spojených s úpravou a změnou smlouvy.
  - Admistrativní poplatek – pojistitel má právo, zpravidla měsíčně, účtovat poplatek za správu a vedení pojistné smlouvy; poplatek se účtuje stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy.
  - Poplatek za správu kapitálové hodnoty (management fee) – pojistitel má právo použít část hodnoty fondu na pokrytí nákladů s provozováním fondu
  - Inkasi poplatky – pojistitel má právo v závislosti na způsobu a technice úhrady pojistného účtovat poplatek z uhrané platby; poplatek se účtuje stržením příslušné částky z kapitálové hodnoty smlouvy.
  - Poplatek za zrušení pojistné smlouvy – pojistitel má právo při výplatě odkupného v prvních dvou letech trvání snížit výplatu o poplatek za předčasné zrušení pojištění.
  - Poplatek za provedení změny do smlouvy – pojistitel má právo v případě vystavení dodatku účtovat poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy.
  - Poplatek za realokaci – pojistitel má právo v případě požadavku na provedení realokace účtovat poplatek za provedenou, resp. nerealizovanou transakci stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy.
  - Poplatek za výběr částí kapitálové hodnoty – pojistitel má právo v případě požadavku (realizovaného i nerealizovaného) na výběr částí kapitálové hodnoty účtovat poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy.
  - Poplatek za vystavení druhopisu – pojistitel má právo za vystavení druhopisu pojistníkem požadovaného dokumentu (např. pojistky, dodatku) účtovat poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy.
  - Poplatek za sdělení aktuální výše kapitálové hodnoty smlouvy – pojistitel má právo v případě požadavku na sdělení aktuální výše kapitálové hodnoty smlouvy účtovat poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy.
  - Poplatek za sdělení výše odkupného – pojistitel má právo v případě požadavku na sdělení výše odkupného účtovat poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy.
- Výše a rozsah poplatků se řídí platným sazebníkem poplatků. Platný sazebník poplatků je k dispozici na internetových stránkách pojistitele a na všech jeho obchodních místech.

## ČLÁNEK 5

### Změny u pojistné smlouvy

- Pojistník může kdykoliv požádat o zvýšení nebo snížení běžného pojistného.
- Pojistník může kdykoliv požádat o změnu v technice a frekvenci plateb pojistného.
- Pojistník může 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 články 4 těchto SPP) i zůstatkové pojistné po dobu přerušeni placení pojistného. Dočasné přerušeni placení pojistného vstupuje v platnost prvním dnem pojistného období následujícího po pojištěném období, za které bylo naposledy zaplacené běžné pojistné.
- Pojistník může požádat pojistitele o výplatu části kapitálové hodnoty smlouvy, pokud tato částka dosáhne minimální výše stanovené pojistitelem. Výplata části kapitálové hodnoty se provádí formou odcerpání podílových jednotek ze zvolených fondů provedením na hotovost v j. prodejních cenách jednotky platných ke dni provedení výplaty. Pojistník v žádosti o výplatu část kapitálové hodnoty může určit, z jakého ze zvolených fondů má být proveden odkup, případně v jakém poměru z jednotlivých fondů mají být podílové jednotky odcerpány; jestliže toto v žádosti o výplatu není určeno, provede se odkup v aktuálním poměru kapitálových hodnot fondů na smlouvě. Podminkou uskutečnění této výplaty je postáctelnost 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 nejdříve po dvou pracovních dnech a současně nejdříve do čtyř týdnů ode dne doručení žádosti na centrálu pojisořny. Jestliže z některého ze sjednaných fondů nebude možné provést požadované odcerpání podílových jednotek, nebude žádost o výplatu části kapitálové hodnoty vřizena. Pojistitel je oprávněn při vřizování žádosti o výplatu části kapitálové hodnoty účtovat pojistníkovi pojistně-technický poplatek (viz platný sazebník poplatků). Žádost lze podat pouze na formuláři pojistitele Z0021, kde musí být provedeno ověření identifikačních údajů pojistníka.
- Pojistník může požádat o realokaci, tj. převedení podílových jednotek mezi fondy. Pojistitel je oprávněn při vřizování žádosti o realokaci účtovat pojistníkovi pojistně-technický poplatek (viz platný sazebník poplatků). Žádost lze podat pouze na formuláři pojistitele Z0021, kde musí být provedeno ověření identifikačních údajů pojistníka.
- Pojistník může kdykoliv požádat o změnu alokačního poměru, tj. o změnu poměru zaúčtování zaplaceného pojistného (běžného i mimořádného) do zvolených podílových fondů. Na základě žádosti bude provedeno ověření identifikačních údajů pojistníka.
- Pojistník může požádat o realokaci, tj. převedení podílových jednotek mezi fondy. Pojistitel je oprávněn při vřizování žádosti o realokaci účtovat pojistníkovi pojistně-technický poplatek (viz platný sazebník poplatků). Žádost lze podat pouze na formuláři pojistitele Z0021, kde musí být provedeno ověření identifikačních údajů pojistníka.
- Pojistník může kdykoliv požádat o změnu doby trvání pojištění.
- Všechny změny provedené na základě písemné žádosti pojistníka vstupují v platnost dnem uvedeným na dodatku (zpravidla prvním dnem následujícího pojistně-technického období po vystavení dodatku ke smlouvě).
- V souvislosti s výše uvedenými změnami má pojistitel právo zvýšit běžné pojistné na úroveň danou platnými pojistně-technickými pravidly.
- Pojistitel má právo za provedené změny (vystavení dodatku) účtovat pojistníkovi technický poplatek (viz platný sazebník poplatků).
- Při jakékoliv provedené technické změně, která může ovlivnit výši pojistného, pojistitel vzhledem k charakteru pojištění pojistné automaticky nesnižuje na minimální výši postáctelnosti.

- K FLEXI INVEST si může pojistník dodatečně sjednat, popř. zrušit indexaci dle čl. 10 těchto SPP.

## ČLÁNEK 6

### Doplňková pojištění

V rámci FLEXI INVEST lze sjednat tato doplňková pojištění:

#### A. Pojištění velmi vážných onemocnění

Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od 18 do 64 let. Pojistné krytí končí nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištění dožije 65 let.

#### 1. Předět a rozsah pojištění

V pojištění velmi vážných onemocnění se vymezují následující pojmy:

- infarkt myokardu** – nezvratné poškození části srdeční svaloviny (transmurální infarkt), které je způsobeno nedostatečným krevním zásobením dané oblasti; nárok na pojistné plnění vzniká, jestliže odborná kardiologická a interní klinika, resp. příslušný odborný lékař stanoví potvrzenou diagnózu; diagnóza musí být potvrzena následujícími kritérii:
    - čerstvé změny na EKG,
    - charakteristická lokalizace bolesti a
    - zvýšení hladiny srdečních enzymů.Musí jít o první výskyt tohoto onemocnění u pojištěného. Angina pectoris je z pojistného plnění vyloučena.
  - rakovina** – přítomnost nekrolizovaného růstu a rozšiřování maligních buněk k jejich invazi do tkáně, termin „rakovina“ také zahrnuje leukémie, lymfomy a Hodgkinovu chorobu. Vyloučeny jsou:
    - neinvazivní karcinom 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.Diagnóza musí být potvrzena histologickým vyšetřením.
  - náhá čevní mozková příhoda** – jakákoliv čevní 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 náhle čevní mozkové příhody vzniklé následkem úrazu a tranzitorní ischemická ataka.
  - totální ledvinové selhání** – konečné stadium ledvinového selhání následkem chronického a nezvratného selhání funkce obou ledvin; pojištění může 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** – nezbytně nutná a lékařským nálezem indikovaná transplantace srdce, srdce a plic, játer, ledvin, kdy je příjemcem pojištěný. Operace musí být provedena na území členských států Evropské unie lékařským pracovištěm, které je oprávněno tyto operace provádět. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem provedení operace, pokud k ní došlo po uplynutí tříměsíční čekací doby 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 rozsového zúžení; vyloučeny jsou operace na větvičce 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 členských států Evropské unie a po uplynutí tříměsíční čekací doby od počátku pojištění.
  - nitrolební (intrakraniální) nádor** – nitrolební (intrakraniální) nádory s klinickou symptomatologií, které je nutno řešit chirurgicky otevřeným přístupem (z kraniotomie), eventuelně stereotaktickým zákrokem. Přítomnost nádoru musí ohrožovat životní funkce a v případě, že je neoperabilní, musí způsobovat trvale neurologické poškození. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem rozhodnutí odborného lékaře (neurologa, neurochirurga) o nutnosti (indikaci) operativního zákroku, eventuelně rozhodnutí o neoperabilnosti nitrolebního nádorového procesu.
  - slepotá** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta zraku obou očí v důsledku onemocnění nebo úrazu; diagnóza musí být klinicky potvrzena odborným lékařem. Stav nelze změnit žádným lékařským zákrokem.
  - hluchotá** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta sluchu obou uší v důsledku onemocnění nebo úrazu; diagnóza musí být klinicky potvrzena odborným lékařem. Stav nelze změnit žádným lékařským zákrokem.
  - paraplegie, tetraplegie** – úplná a trvalá ochrnutí obou dolních, obou horních nebo všech končetin s úplným a trvalým přerušením vodivosti míchy pro vlákná zajišťující hybnost. Povinnost pojistitele plnit vzniká nejdříve 6 měsíců od počátku onemocnění po stanovení diagnózy paraplegie nebo tetraplegie příslušným klinickým pracovištěm.
  - 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 nálezu. Povinnost pojistitele plnit začíná dnem potvrzení diagnózy a trvalého neurologického poškození příslušným klinickým pracovištěm. Vyloučeno je koma vzniklé následkem zneužívání alkoholu nebo aplikace návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky.
  - demence včetně Alzheimerovy choroby** – výrazný úbytek nebo úplná ztráta mentálních a sociálních schopností důsledkem nezvratného selhání funkce mozku. Zdravotní stav nemocného musí vyžadovat trvalý dohled. Diagnóza musí být potvrzena standardními psychodiagnostickými testy a dotazníky pro diagnózu Alzheimerovy choroby nebo jiných druhů demenci a dále musí být potvrzena odborným klinickým neurologickým pracovištěm. Vyloučena je demence v důsledku zneužívání alkoholu nebo aplikace návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky, demence v důsledku choroby AIDS a demence následkem úrazu.
- Bylo-li ve smlouvě sjednáno pojištění velmi vážných onemocnění, je pojistitel povinen vyplatit, v případě splnění podmínek a vzniku pojistné události uvedených v bodu A, odst. 1 tohoto článku, pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky pojištění velmi vážných onemocnění, nezávisle na případném dalším plnění za základní životní pojištění nebo jakékoliv jiné pojištění sjednané ve smlouvě.

#### 2. Pojistné událost

Z pojištění velmi vážných onemocnění je pojistitel povinen vyplatit na základě písemné žádosti pojištěného, kterému onemocněním vzniklo právo na plnění, smluvně dohodnutou pojistnou částku, došlo-li u pojištěného v době trvání pojištění k potvrzení lékařské diagnóze jednoho z velmi vážných onemocnění vjmenovaných v pojistné smlouvě, respektive k provedení některého z operačních zákroků vjmenovaných a definovaných v pojistné smlouvě.

Pojistné plnění bude pojištěnému vyplaceno pouze za předpokladu jeho přežití alespoň 30 kalendářních dní od potvrzení lékařské diagnózy jednoho z velmi vážných onemocnění (bod A, odst. 1, písm. a) – d, j) u tohoto článku, resp. od data operačního výkonu (bod A, odst. 1, písm. e) a f) tohoto článku).

V pojištění velmi vážných onemocnění není pojistitel povinen plnit v případě potvrzení lékařské diagnózy, resp. data operace jednoho z velmi vážných onemocnění u pojištěného do doby tří měsíců ode dne počátku tohoto pojištění. Vyplacením pojistného plnění z doplňkového pojištění velmi vážných onemocnění toto pojištění zaniká.

V případě, kdy došlo v posledních třech měsících před stanovením diagnózy, příp. operací, velmí vážného onemocnění, vyplátí pojistitel pojistnou částku pro velmí vážného onemocnění, vyplátí pojistitel pojistnou částku platnou před jejím vznikem.

Pojistění velmí vážného onemocnění se nevztahuje na nemoci, které byly diagnostikovány nebo léčeny před počátkem pojištění.

## B. Pojištění plně invalidity

- Pojistění může být sjednáno pro osoby ve věku od 18 do 64 let. Pojistné krytí končí nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištění dožije 65 let.
- Předpoklady pro přiznání plně invalidity:
  - Pojistění je plně invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepřetržitě zdravotního stavu
  - a) poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 66 %, nebo
  - b) je schopen pro zdravotní postižení soustavné výdělečné činnosti jen za zcela mimořádných podmínek.Při určování poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti pojistného se vychází z jeho zdravotního stavu doloženého výsledky funkčních vyšetření a z jeho schopnosti vykonávat práce odpovídající zachovaným tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k výdělečným činnostem, které vykonával předtím, než k takovému poklesu došlo, a k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem; přitom se bere v úvahu, zda ide o zdravotní postižení trvale ovlivňující schopnost výdělečné činnosti pojistného, zda je postižen pouze na své zdravotní postižení adaptován, a schopnost rekvilifikace pojistného na jiný druh výdělečné činnosti, než dosud vykonával.
- Pojistné plnění z pojištění plně invalidity pojistitel poskytne, pokud dojde ke splnění následujících podmínek:
  - Pojistný se stal trvale, plně a nezvratně neschopným a tímto nezpůsobilým k výkonu práce nebo jiné výdělečné činnosti. O splnění této podmínky rozhodne pojistitel na základě odborné lékařské expertizy od smluvního lékaře.
  - Pojistný byl trvale invalidní, nejde však po dvou letech trvání od počátku pojištění, uznan ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení plně invalidním.
  - Splnění podmínek dvou let podle bodu B, odst. 3, písm. b) tohoto článku se nevztahuje, pokud byl uznan plně invalidním výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo v době trvání pojištění.
  - Pojistný vyvine na požádání pojistitele příslušnou potřebnou součinnost.
- Vyplacením sjednané pojistné částky pro případ plně invalidity pojištění zaniká. Pojistitel neplní v případech vzniklých následkem onemocnění a následkem úrazů, které nastaly, byly diagnostikovány nebo léčeny před počátkem pojištění.

## C. Pojištění zprůstřednění placení pojistného

- Pojistění může být sjednáno pro osoby ve věku od 18 do 64 let. Pojistné krytí končí nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištění dožije 65 let.
- V případě sjednání pojištění zprůstřednění od placení pojistného je pojistník, pokud je současně i pojištěným, zprůstředněn od povinnosti platit běžné pojistné, jestliže během trvání pojištění, nejde však po dvou letech od počátku tohoto pojištění, byl uznan plně invalidním, a to ve smyslu platných předpisů o sociálním (pro zprůstřednění od placení pojistného platí obdobné podmínky uvedené v bodě B tohoto článku). Povinnost platit pojistné přechází na pojistitele v rozsahu původně sjednaném na pojistné smlouvě. Pojistné zprůstřednění od placení pojistného musí vzniknout nejpozději do dosažení 65 let věku pojistného.
- Pojistění zprůstřednění od placení pojistného nemůže být sjednáno a nárok na zprůstřednění od placení vzniká, jsou-li pojistník a pojištěný různé osoby.
- Splnění podmínek dvou let podle bodu C, odst. 1, písm. a) tohoto článku se nevztahuje, pokud byl uznan plně invalidním výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo v době trvání pojištění.
- Zprůstřednění od placení pojistného od placení pojistného splnitelnosti pojištění po přiznání plně invalidity a týká se pojistného za jeden rok trvání pojištění. Zprůstřednění se prodlužuje vždy na další rok, prokáže-li pojistník, že je stále plně invalidní, nebo pojistitel prodlouží platnost odborného posudku o jeho zdravotním stavu. Zprůstřednění od placení pojistného končí nejpozději uplynutím doby, na kterou bylo placení pojistného sjednáno, nebýlo-li ve smlouvě dohodnuto jinak.
- Byla-li ve smlouvě sjednána i další pojistění (doplňkové nebo úrazové pojištění), vztahuje se zprůstřednění od placení pojistného i na tato pojištění.
- Na žádost pojistitele je pojistník povinen prokázat, že je stále plně invalidní.
- Pojistník, který je zprůstředněn od placení pojistného, je povinen bez zbytečného odkladu pojistitele informovat o skutečnosti, že již není uznan plně invalidním nebo o výrazném zlepšení svého zdravotního stavu. Jestliže se pojistitel dozví, že pojistník tyto informace zatají, bude na pojistné, od jehož placení byl pojistník neoprávněně zprůstředněn, uplatňovat ustanovení uvedené v Obecných ustanoveních, článku 13, odst. 1 VPP.
- V případě ukončení zprůstřednění od placení pojistného (pojištěný nebyl uznan plně invalidním), může pojistník, pokud je současně i pojištěným, písemně požádat o opětovné sjednání pojištění zprůstřednění od placení pojistného.
- Pojistitel neplní v případech vzniklých následkem onemocnění a následkem úrazů, které nastaly, byly diagnostikovány nebo léčeny před počátkem pojištění.
- V době trvání zprůstřednění od placení pojistného nelze provádět technické změny ve smlouvě.

## D. Pojištění kapitálové hodnoty

- Pojistění může být sjednáno pro osoby ve věku od 18 do 70 let. Pojistné krytí končí nejpozději v roce, ve kterém se pojištění dožije 75 let.
- Pojistná částka pro pojištění kapitálové hodnoty je ve stejné výši jako pojistná částka sjednaná pro pojištění pro případ smrti z jakýchkoli příčin.
- V případě smrti pojistného, vyplatí pojistitel kapitálovou hodnotu smrti platnou ke dni nahlášení pojistné události, maximálně však do výše pojistné částky platné ke dni úmrtí.

## E. Pojištění pracovní neschopnosti

- Pojistění pracovní neschopnosti z důvodu nemoci a pojištění pobytu v nemocnici z důvodu nemoci. Pojištění pracovní neschopnosti z důvodu nemoci se sjednává na dobu jednoho roku. Pokud žádná ze smluvních stran toto pojištění písemně nevypoví, a to nejpozději 6 týdnů před uplynutím této doby, prodlužuje se sjednaná doba trvání tohoto pojištění automaticky vždy o jeden rok, maximálně však do posledního dne měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištění dožije 70 let. Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od 18 do 64 let, které jsou v trvalém pracovním poměru nebo mají pravidelné příjmy ze samostatné výdělečné činnosti. Pojištění pracovní neschopnosti z důvodu nemoci se nevztahuje na případy vzniklé následkem onemocnění a následkem úrazů, které nastaly, byly diagnostikovány nebo prvotně léčeny před počátkem pojištění (např. onemocnění a úrazy kloubů, páteře, chronická onemocnění atd.). Nárok na pojistné plnění vzniká i v nemoci, které vznikly v důsledku úrazu a dále ani v případech zhoršení onemocnění následkem úrazu.

### 1. Předmět a rozsah pojištění

- V tomto pojištění vyplatí pojistitel v případě pracovní neschopnosti v důsledku nemoci pojistné plnění ve smluvně stanoveném denním rozsahu následně od 15. dne trvání pracovní neschopnosti.

**Pokud je celková doba léčby kratší než 15 dnů,** pojistné plnění za dobu pracovní neschopnosti z důvodu nemoci (dále jen „pracovní neschopnost“) se nevypláčí. Je-li však v takovém případě pojištěný hospitalizován, vyplátí se za dobu pobytu v nemocnici z důvodu nemoci (dále jen „hospitalizace“) dvojnásobek sjednané pojistné částky dle počtu dnů hospitalizace.

**Pokud je celková doba léčby alespoň 15 dnů,** vyplátí se pojistné plnění následně od 15. dne pracovní neschopnosti za každý den pracovní neschopnosti, včetně soboty, neděle a svátků (za prvních 14 dnů pojistitel pojistné plnění za pracovní neschopnost neposkytuje). K tomu navíc za hospitalizaci jednonásobek sjednané pojistné částky, a to za každý den hospitalizace nebo o dvojnásobek za období hospitalizace, které spadá do prvních 14 dnů pracovní neschopnosti. Maximální počet dnů, za které poskytne pojistitel pojistné plnění je 548 dnů.

- Pojistění pobytu v nemocnici zahrnuje v případě pojistné události vyplatu pojistného plnění za každý započatý den z lékařského hlediska nutné hospitalizace. Podmínkou výplaty je hospitalizace dosahující minimálně 24 hodin.
- V případě hospitalizace při porodu je pojistné plnění omezeno na 7 dnů, v důsledku těhotenských komplikací na 14 dnů.
- V případě dlouhodobého léčení úrazu, lze-li jednoznačně určit, že vznikne nárok na pojistné plnění a lze určit jeho minimální výši, může pojistitel poskytnout pojištěnému na základě jeho písemné žádosti přiměřenou zálohu; pojistitel poskytne k jedné pojistné události maximálně dvě zálohy, a to nejde po třech měsících od vzniku pojistné události.
- Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění.
- Pokud je vystavena pracovní neschopnost ve srovnání s průměrnou délkou léčení pro uvedené onemocnění neuměrně dlouhá, stanoví konečný celkový rozsah pojistného plnění pojistitel na základě relevantních informací získaných od smluvního lékaře.

## 2. Pojistná událost

- Pojistnou událostí je nemoc, která prvotně nastala po sjednané čekací době a jejíž důsledek je z lékařského hlediska nutné léčení pojistného, jehož průběh je lékařsky potvrzen vystavenou pracovní neschopností.
- Pracovní neschopnosti 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 samostatně výdělečnou, popř. řídicí nebo kontrolní činnost. Na základě tohoto lékařského rozhodnutí mu byl v souladu s platnými právními předpisy vystaven doklad o pracovní neschopnosti.
- Čekací doba začíná běžet dnem počátku pojištění. Základní čekací doba trvá 2 měsíce, není-li ve smlouvě uvedeno jinak.
- Zvláštní čekací doba v délce 8 měsíců je stanovena pro případ hospitalizace výlučně z důvodu:
  - těhotenství nebo porodu
  - zubního ošetření, zhotovení zubních náhrad a úkonů chirurgie a ortopedie čelistí.
- Pokud dojde ke zvýšení pojistné částky tohoto pojištění, platí ode dne změny ustanovení o nové čekací době (bod E, odst. 2, písm. c), d) tohoto článku) pro dodatečnou část zvýšeného pojistného krytí.
- Nemocníci se ve smyslu těchto podmínek rozumí státní, popř. soukromé zařízení s platnou registrací 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.
- V případě vzniku nové nemoci v době trvání pracovní neschopnosti pojistného, a vystavení nové pracovní neschopnosti, resp. prodloužení hospitalizace, je toto pojistnou událostí pouze v případě, kdy nová nemoc není v žádné příčinné souvislosti s již diagnostikovanou nemocí. Pokud došlo současně k pracovní neschopnosti, resp. hospitalizaci pro více nemocí, vyplatí pojistitel pojistné plnění maximálně do výše celkové doby léčby, a to pouze jednou.
- Pojistění je povinen předložit pojistiteli řádně vyplněné hlášení pojistné události, včetně kopie dokladu o pracovní neschopnosti potvrzené zaměstnavatelem, popř. potvrzení správy sociálního zabezpečení o čerpání nemocenských dávek nebo o odhlášení z placení nemocenského pojištění. V případě hospitalizace i potvrzení doby hospitalizace.
- Pojistění, kteří nemají nárok na výplatu dávek nemocenského za dobu léčby v pracovní neschopnosti (nejsou poplatníky sociálního pojištění), prokazují nárok na pojistné plnění smluvním lékařem o době léčby, pro které byl byla jím pracovní neschopnost vystavena. Osoby samostatně výdělečné činné dále musí doložit potvrzení správy sociálního zabezpečení, že nemají nárok na výplatu dávek nemocenského.
- Pojistění je povinen zabezpečit a postarat se, aby všechny doklady vyžadované pojistitelem byly vhotoveny a zaslány co možná nejrychleji. V českém jazyce a originální dokumenty pořizené v cizím jazyce opatřené překladem úředně uznanou osobou; je povinen dodržovat stanovený léčebný režim, rady lékaře a všemi způsoby napomáhat svému celkovému uzdravení.
- Pojistění je povinen se na požádání podrobit dodatečnému vyšetření u smluvního lékaře pojistitele.
- Pojistění je povinen nahlásit pojistiteli ukončení trvalého pracovního poměru, samostatné výdělečné činnosti, popř. odchod do starobního důchodu, plního invalidního důchodu nebo uznaní plně invalidity, a to do 15 dnů od data, kdy některý z výše uvedených důvodů nastal.

## 3. Výluky z pojistného plnění

### Pojistitel neplní v případě:

- alečebných pobytů v lázních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, psychiatrických léčebnách nebo zařízeních, zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie nebo závislosti, a to včetně následně pracovní neschopnosti, s výjimkou případů, kdy pojistitel s tímto typem léčby vyjádřil předem písemně souhlas.
- hospitalizace související pouze s pečovatelskou péčí, jakož i ve speciálních dětských zařízeních a ústavech sociální péče,
- pokusu o sebevraždu nebo úmyslného sebepoškození,
- poruchy důležitých a poruchy chování – MKN 10 (mezinárodní klasifikace nemocí) – diagnózy F00 – F99,
- e) při těhotenství, porodu, předčasném porodu, přerušení těhotenství, hrozícím potratu nebo potratu s výjimkou pojistného plnění za dobu hospitalizace,
- f) doby, kdy pojištěný není v trvalém pracovním poměru nebo není OSVČ (např. osoby na mateřské dovolené, nezaměstnané, důchodci, studenti) – s výjimkou pojistných plnění za dobu hospitalizace z důvodu nemoci,
- g) zákrkú a zásahů z lékařského hlediska ne nezbytných, které si pojištěný nechá provést na svém těle, jako např. zákruhy ošetření, chirurgie či ortopedie čelistí, kosmetické zákruhy, a to jak v případě pobytu v nemocnici, tak i při pracovní neschopnosti.

## ČLÁNEK 7 Úrazová pojištění

Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od 18 do 70 let. Úrazová pojištění se sjednávají na dobu jednoho roku. Pokud žádná ze smluvních stran tato pojištění písemně nevypoví, a to nejpozději 6 týdnů před uplynutím této doby, prodlužuje se sjednaná doba trvání těchto pojištění automaticky vždy o jeden rok, nejde však do doby ukončení základního životního pojištění pro případ smrti (max. v roce, ve kterém se pojištění dožije 75 let).

Úrazová pojištění se nevztahuje na případy vzniklé následkem onemocnění a následkem úrazů, které nastaly, byly diagnostikovány nebo prvotně léčeny před počátkem pojištění (např. onemocnění a úrazy kloubů, páteře atd.).

V úrazovém pojištění lze sjednat:

### A. Pojištění pro případ smrti následkem úrazu

Nastane-li u pojištěného smrt následkem úrazu, vyplatí pojistitel sjednanou pojistnou částku pro případ smrti následkem úrazu.

### Pojistná událost

- Byla-li úrazem způsobena pojištěnému smrt, která nastala nejpozději do tří let ode dne úrazu, vyplatí pojistitel obmysleně (v případě, že v době pojistné události není určen nebo nenabude-li práva na pojistné plnění postupuje pojistitel dle Obecných ustanovení, článku 11, odst. 2 VPP) pojistnou částku pro případ smrti následkem úrazu.
- Zemřel-li však pojištěný na následky úrazu a pojistitel již poskytl pojistné plnění za trvalé následky tohoto úrazu, vyplátí jen případný rozdíl mezi pojistnou částkou pro případ smrti následkem úrazu a částkou již vyplacenou.
- Nastane-li v důsledku úrazu smrt pojištěného, je obmysleně povinen to ohlásit bez zbytečného odkladu pojistiteli, a to i v případě, že úraz již byl ohlášen.

## B. Pojištění trvalých následků úrazu

Utrpěl-li pojištěný úraz, jehož trvalé následky dosáhnou minimálně 0,5 % trvalého tělesného poškození podle „Oceňovací tabulky plnění za trvalé následky úrazu“, vyplatí pojistitel po ustálení těchto následků příslušné procento ze sjednané pojistné částky pro případ trvalých následků úrazu, se zahrnutím progresivního plnění, v závislosti na rozsahu trvalého tělesného poškození. K ustálení trvalých následků úrazu dochází obvykle nejříve po jednom roce ode dne úrazu, s výjimkou případů, kdy je rozsah trvalého tělesného poškození jednoznačně zřejmý před uplynutím této doby.

Se zahrnutím progresu je pojistné plnění vypláceno takto: od 0,5% do 25 % včetně – příslušné % zjednonásobku pojistné částky, nad 25 % do 50 % včetně – příslušné % z dvojnásobku pojistné částky, nad 50 % do 75 % včetně – příslušné % z trojnásobku pojistné částky, nad 75 % do 100 % včetně – příslušné % z čtyřnásobku pojistné částky. Po ustálení trvalých následků (nejpozději však před uplynutím promlčecí lhůty) je klient povinen nahlásit pojistnou událost pojistiteli, termín ohodnocení rozsahu trvalých následků stanoví pojistitel, klient je povinen o zajištění ohodnocení požádat pojistitele v termínu určeném pojistitelem.

### Pojistná událost

- Výši pojistného 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 které má pojištěný právo nahliédnout. Oceňovací tabulku může pojistitel doplnovat a měnit. Za trvalé následky úrazu, které nejsou uvedeny v oceňovací tabulce, pojistitel pojistné plnění neposkytuje. Opakované ohodnocení trvalých následků lze provést pouze u smluvního lékaře, kterého určí pojistitel, a to na náklady klienta. Pokud je to nezbytné, získává pojistitel relevantní informace na základě odborné lékařské expertizy od smluvního lékaře. Smluvní lékař vyhotoví odbornou lékařskou expertizu, tj. zjištění zdravotního stavu nebo příčiny smrti na základě dodaných lékařských zpráv nebo zdravotnické dokumentace od ošetřujících lékařů a v případě potřeby prohlídkou nebo vyšetření.
- Zanechal-li úraz pojištěnému trvalé následky, vyplatí pojistitel z pojistné částky (se zahrnutím progresu) 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 tříleté lhůty; pojistitel nezohledňuje další změny ve zdravotním stavu klienta, které nastanou po ukončení této lhůty s výjimkou případů, kdy klient poruší ustanovení VPP v článku 8, odst. B, bodu 1, písm. h) a j). 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.
- Nemůže-li pojistitel plnit proto, že trvalé následky úrazu nejsou po uplynutí jednoho roku ode dne úrazu ještě ustáveny, avšak je již znám jejich minimální rozsah po ustálení a tento odpovídá min. 0,5 %, může pojistitel poskytnout pojištěnému na základě jeho písemné žádosti přiměřenou zálohu; pojistitel poskytne k jedné pojistné události maximálně jednu zálohu.
- Týkali-li se trvalé následky úrazu části těla nebo orgánů, které byly poškozeny již před úrazem, sníží pojistitel své pojistné plnění za trvalé následky o tolik procent, kolika procentům odpovídalo předcházející poškození, určené též podle oceňovací tabulky.
- Způsobí-li jediný úraz pojištěnému několik trvalých následků, hodnotí pojistitel celkové trvalé následky součtem procent pro jednotlivé následky, nejvíce však do výše 100 %.
- Týkali-li se jednotlivé trvalé následky po jednom nebo více úrazech téhož údu, orgánu nebo jejich části, hodnotí je pojistitel jako celek, a to nejvíce procentem stanoveným v oceňovací tabulce pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného údu, orgánu nebo jejich části.
- Jestliže pojištěný zemře následkem úrazu do jednoho roku ode dne, kdy k úrazu došlo, zaniká nárok na plnění za trvalé následky úrazu.
- Jestliže před plněním pojistného plnění za trvalé následky úrazu pojištěný zemřel, nikoliv však na následky tohoto úrazu, nebo pokud zemřel po uplynutí jednoho roku od úrazu z jakékoliv příčiny a pokud vznikl nárok na plnění za trvalé následky úrazu, vyplatí pojistitel dědicům pojištěného částku, která odpovídá rozsahu trvalých následků úrazu pojištěného v době jeho smrti, nejvíce však částku, odpovídající pojistné částce dohodnuté pro případ smrti následkem úrazu. Není-li možno zpětně získat relevantní informace nutné k posouzení trvalých následků, nárok na pojistné plnění za trvalé následky úrazu vzniká.

## C. Pojištění denního oškosdného

Pojištění denního oškosdného za dobu nezbytného léčení úrazu a za pobyt v nemocnici (hospitalizaci) v důsledku úrazu.

- Výši a rozsah pojistného plnění určuje pojistitel podle dále uvedených zásad.
- Pojistitel pojistitel poskytuje pojistné plnění, jsou přesně specifikovány tabulce „Maximální hodnoty plnění denního oškosdného za dobu léčby úrazu“ (dále jen „oceňovací tabulka DO“) platné v době vzniku pojistné události (úrazu). Oceňovací tabulku DO může pojistitel doplnovat a měnit a pojištěný má právo do oceňovací tabulky DO kdykoliv nahliédnout.
- V oceňovací tabulce DO je uveden maximální počet dnů, za které bude sjednané denní oškosdné pro příslušnou diagnózu vyplaceno. Celkový počet dnů, za které bude pojistné plnění vyplaceno, se stanoví na základě lékařského zprávy o úrazu, maximálně však v počtu dnů uvedených v oceňovací tabulce DO. Pokud je celková doba léčby kratší než 8 dnů, pojistné plnění za dobu nezbytného léčení úrazu (dále jen „doba léčby“) se nevypláčí s výjimkou případů, kdy byl pojištěný v prvních 8 dnech hospitalizován min. 24 hod.

V takovém případě se pojistné plnění za dobu léčby vyplácí od prvního dne léčení úrazu (vč. soboty, neděle a svátků) a pojistné plnění za pobyt v nemocnici v důsledku úrazu se vyplácí za každý den hospitalizace.

Pokud je celková doba léčby alespoň 8 dnů, vyplátí se denní oškosdné za dobu léčby dle skutečného počtu dnů léčení, maximálně však do výše dle oceňovací tabulky DO. K tomu navíc za hospitalizaci vyplatí pojistitel pojistné plnění za každý den hospitalizace, který nastane v prvních třech letech ode dne zahájení léčení úrazu a to bez ohledu na oceňovací tabulku DO. Pokud je jakékoliv tělesné poškození obsaženo v oceňovací tabulce DO, je pojistitel oprávněn stanovit výši pojistného plnění v souladu se smluvním lékařem pojistitele. K určení celkové výplaty pojistného plnění použije pojistitel hodnoty uvedené v oceňovací tabulce DO, které jsou danému poškození svou povahou nejnižší.

d) Maximální počet dnů, za které poskytne pojistitel pojistné plnění je 365 dnů.

e) V případě souběžné doby léčby více úrazů se započítává souběžná doba léčení pouze jednou.

f) Bylo-li pojištěnému způsobeno jedním úrazem několik tělesných poškození různých druhů, plní pojistitel pouze za dobu léčby u nejvýšejiho úrazu dle oceňovací tabulky DO.

g) V případě dlouhodobého léčení úrazu, lze-li jednoznačně určit, že vznikne nárok na pojistné plnění a lze určit jeho minimální výši, může pojistitel poskytnout pojištěnému na základě jeho písemné žádosti přiměřenou zálohu; pojistitel poskytne k jedné pojistné události maximálně dvě zálohy, a to nejde po třech měsících od vzniku pojistné události.

h) Výplata denního oškosdného končí nejpozději se zánikem pojištění.

**Připojištění k dennímu oškosdnému – denní oškosdné nad limit stanovený oceňovací tabulkou DO**

- Dojde-li k úrazu a vznikne nárok na pojistné plnění z denního oškosdného podle výše uvedených ustanovení bodu C tohoto článku a celková doba léčby úrazu bude delší než maximální doba stanovená oceňovací tabulkou DO, vyplatí pojistitel za každý den nezbytného léčení úrazu nad maximální dobu stanovenou oceňovací tabulkou DO sjednané denní oškosdné.
- Maximální počet dnů, za které celkové pojistitel poskytne pojistné plnění je 548 dnů.
- Pokud je celková doba léčby úrazu ve srovnání s průměrnou délkou léčení pro uvedený úraz neuměrně dlouhá, stanoví konečný celkový rozsah pojistného plnění pojistitel na základě relevantních informací získaných od smluvního lékaře.
- Pro toto připojištění platí ustanovení uvedená v bodě C, písm. e) až h) tohoto článku.



## ČLÁNEK 8 Dětská pojistění

Na jednu pojistnou smlouvu lze sjednat doplňkové a úrazová pojistění až pět dětí. Dítě může vstoupit do pojistění od 0 let do nedovršení 18 let. Pojistné krátkí končí nepozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojistné dítě dožije 25 let.

V rámci dětského doplňkového pojistění lze sjednat:

- pojistění velmi vážných onemocnění

### Předmětem pojistění velmi vážných onemocnění jsou tyto diagnózy:

a) **rakovina** – přítomnost nekontrolovaného růstu a rozšiřování maligních buněk a jejich invaze do tkáně, termín „rakovina“ také zahrnuje leukémie (vc, chronické lymfatické leukémie), maligní lymfomy a Hodgkinovu chorobu. Vyloučeny a za pojistné události se nepovažují:

- 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 14;
- všechny typy rakoviny za současného prokázání přítomnosti HIV infekce.

Pro doložení onemocnění musí být předložena potvrzená lékařská dokumentace s přehlednou klasifikací zhoubného novotvaru (nádrů).

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

c) **transplantace životně důležitých orgánů** – nezbytně nutná a lékařským nálezem indikovaná transplantace srdce, srdce a plic, jater, ledvin, kdy je příjemcem pojistného dítěte. Operace musí být provedena na území členských států Evropské Unie (nebylo-li před provedením s pojistitelem dohodnuto jinak) lékařským pracovištěm, které je oprávněno tuto operaci provádět. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem provedení operace, pokud k ní došlo po uplynutí tříměsíční čekací doby od počátku pojistění a zahrnuje pouze transplantace výše uvedených orgánů. Transplantace musí být z lékařského hlediska nezbytná a musí být objektivně potvrzeno selhání funkce příslušného orgánu.

d) **totální ledvinové selhání** – konečné stadium ledvinového selhávání následkem chronického a nezvratného selhání funkce obou ledvin; pojistné dítě musí podstupovat pravidelnou dialýzu nebo být po transplantaci ledviny. Za pojistnou událost se považuje také záření pojistného dítěte do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci ledviny po uplynutí čekací doby uvedené v odst. 2, písm. c) tohoto článku a jeho setrvání v seznamu po dobu minimálně šesti měsíců. Vyloučena je pouze jednostranná nefrektomie a přechodná dialýza z důvodu akutního ledvinového selhání. Pro doložení onemocnění musí být doloženo potvrzení nefrologa o nezbytnosti pravidelné dialýzy.

e) **operace aorty** – operaci výkon na aortě provedený v důsledku jejího roztržení, vzniku výdutě; vyloučeny jsou operace na větších aortě nebo by-passy vystupující za aortu a vedoucí krev do periferního řečiště a operační výkon na aortě provedené v důsledku úrazu. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem provedení operace, pokud k ní došlo na území členských států Evropské unie (nebylo-li před provedením s pojistitelem dohodnuto jinak) a po uplynutí tříměsíční čekací doby od počátku pojistění.

f) **šlepta** – úplná a/nebo částečná ztráta zraku obou očí v důsledku onemocnění nebu úrazu; diagnóza musí být klinicky potvrzena odborným lékařem (oftalmologem) pojistitele. Pojistnou událostí není snížení zraku (zraku) nižšího stupně.

g) **hluchota** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta sluchu obou usí v důsledku onemocnění nebo úrazu; diagnóza musí být klinicky potvrzena audiometrickým vyšetřením, tympanometrií a vyšetřením akustického reflexu odborným lékařem pojistitele. Pojistnou událostí není snížení sluchu nižšího stupně.

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

i) **koma** – stav hlubokého bezvědomí bez reakce na vnější či vnitřní podněty, který trvá nepřetržitě nejméně 96 hodin. Během této doby musí být uměle udržována některá ze základních životních funkcí. Následkem musí být trvale prokazatelně poškozeny v klinickém neurologickém nálezu. Povinnost pojistitele plnit začíná dnem potvrzení diagnózy a trvalého neurologického poškození příslušným klinickým pracovištěm. Vyloučeno je koma vzniklé následkem zneužívání alkoholu nebo aplikace narkotických látek nebo přípravků obsahujících návykové látky. Dále pojistitel neplní za koma vzniklé na podkladě úrazu v souvislosti s požitím alkoholu nebo aplikace návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky.

j) **mozková obrna** (poliomyelitida) – akutní infekce virem poliomyelitidy způsobující trvalé zdravotní postižení a vedoucí k trvalé paralyze projevující se poruchou pohybových funkcí nebo respirační nedostatečností; diagnóza musí být klinicky potvrzena neurologem a doložena průkazem infekce v séru a v likvornu (mozkomíšním moku). Pojistnou událostí není paralyza trvajících méně než tři měsíce a případy Guillain-Barrého syndromu.

k) **meningitida, oencefalitida** – zánět mozkových blan nebo mozkové tkáně vyvolaný virem nebo bakteriální infekcí; onemocnění může být prvotní nebo součástí jiného infekčního onemocnění (post infekční a parainfekční). Pojistnou událostí jsou pouze onemocnění vedoucí k závažným komplikacím trvajícím minimálně tři měsíce a trvalému neurologickému defektu se současně klinicky potvrzeným nálezem neurologa. Pojistitel dále plní za získané psychiatrické nemoci vedoucí k týž nebo podobným následkům, jako organická onemocnění mozku uvedené pod tímto písmenem. Podkladem pro poskytnutí plnění je lékařská zpráva a podrobný popis postižení. Vyloučeno je postižení vzniklé následkem infekce způsobené virem HIV.

Podmínkou vzniku pojistné události u onemocněním definovaných pod tímto písmenem je mimo uvedené nezbytné podmínky také detailní zpráva ošetřujícího lékaře pojistného dítěte potvrzující splnění alespoň jedné z následujících podmínek po dobu minimálně šesti po sobě následujících měsíců a obsahující písemné vyjádření lékaře o očekávaném nezlepšování se současného stavu:

- pojistné dítě dosáhlo věku tři let, ohrožuje samo sebe a/nebo své okolí
- v důsledku svého duševního postižení, potřebuje trvalý celodenní dohled,
- pojistné dítě dosáhlo věku tři let, je trvale upoutáno na lůžko nebo židli, nemůže vstát bez asistence další osoby nebo musí být pod trvalým celodenním dohledem.

Nedosašlo-li pojistné dítě, v případě onemocnění definovaných pod tímto písmenem, věku tří let, vzniká nárok na pojistné plnění prokázáním splnění včetně písemného vyjádření lékaře o očekávaném nezlepšování se současného stavu) alespoň jedné z podmínek uvedených v tomto bodě a po uplynutí doby minimálně šesti po sobě následujících měsíců, která začala běžet dnem, kdy se pojistné dítě dožilo tři let věku.

l) **virová hepatitida** - virový zánět jaterní tkáně způsobený virem hepatitidy. Vyloučeno je infekční onemocnění virem hepatitidy typu A. Pro doložení onemocnění a podmínkou vzniku pojistné události je splnění těchto požadavků:

- pojistné dítě je v době oznámení pojistné události infikováno virem hepatitidy, průkaz viru hepatitidy metodou PCR

- jaterní testy (ALT, AST) jsou zvýšeny nejméně čtyřikrát nad standardní fyziologickou hladinu v důsledku zánětu jater
- zvýšená hladina jaterních enzymů musí být zjištěnala v séru alespoň šest měsíců po skončení léčby virového zánětu jater a zároveň v době oznámení pojistné události

Onemocnění je doloženo také v případech, kdy byla hepatitida léčena interferonem, léčba skončila, k vyléčení došlo nedošlo a virem hepatitidy přetrvává v těle i po jednom roce od ukončení léčby interferonem

m) **aplastická anémie** - selhání funkce kostní dřeně (porucha krve tvorby), v jejímž důsledku je v cirkulující krvi nedostatek červených a bílých krvinek a krevních destiček. Podmínkou vzniku pojistné události je splnění všech následujících požadavků:

- diagnóza aplastické anémie je potvrzena na základě výsledku punkce kostní dřeně,
- křivočárce granulocytů (bílé krvinečky s vyzrálými granulami v cytoplasmě) k krvi je nižší než 500 na mm<sup>3</sup> a krevních destiček nižší než 20 000 na mm<sup>3</sup>,
- je prokázána anémie a retikulocytopenie,
- léčení je prováděno minimálně jedním z následujících způsobů: - pravidelné krevní transfúze opakující se alespoň tři měsíce, - pravidelná aplikace imunosupresivních látek opakující se alespoň tři měsíce,
- transplantace kostní dřeně.

Pojistná událost nenastává, jedná-li se o aplastickou anémii, která je následkem terapie (např. antibiotiky, nesteroidními antirevmatiky, záletem, radiačním zářením nebo chemoterapii), o některou z forem vrozené aplastické anémie nebo o aplastickou anémii, pokud bylo u pojistného dítěte diagnostikováno nádorové onemocnění před uzavřením tohoto pojistění. Pojistná událost také nenastává v případě, že diagnóza aplastické anémie byla poprvé stanovena během prvích dvou let od sjednání pojistění a současně toto onemocnění souviselo s chronickou anémií, které si byl pojistné dítě nebo jeho zákonní zástupci vědomi před uzavřením tohoto pojistění.

n) **diabetes mellitus I. typu s intenzifikovaným inzulínovým režimem (závislý na inzulínu)** - diabetesem se pro účely pojistění rozumí získané chronické onemocnění, v jehož důsledku vznikne stav chronické hyperglykémie. Podmínkou vzniku pojistné události je doložení lékařské zprávy pojistiteli s potvrzenou diagnózou diabetes mellitus I. typu, která pro svou závažnost vyžaduje léčení pravidelnými aplikacemi inzulínových injekcí, přičemž tato léčba již trvá po dobu minimálně tří měsíců. Vyloučeni je diabetes mellitus I. typu vzniklý na podkladě obezity.

o) **stavy vedoucí k syndromu krátkého střeva s nutností totální parenterální umělé výživy** - syndrom krátkého střeva souvisí s nedostatečnou délkou zaživého traktu vzniklou po opakovaných resekcích (chirurgických výkonech na střevě s odnětím části střeva). Důsledky pro organismus jsou různé podle odnětého segmentu střeva a podle zbylé délky tenkého střeva. Nedochází ke správnému vstřebávání živin. Následně vzniká podvýživa, kterou není možno řešit jinak než umělou parenterální výživou. Podmínkou pro poskytnutí pojistného plnění je, že podávání umělé parenterální výživy trvá alespoň 1 rok nebo je trvalé. Další podmínkou je doložení lékařské zprávy s popisem postižení (základní dáta) a odůvodněním nutnosti podávání umělé parenterální výživy.

### 2. Pojistná událost

a) Nežli je v vymenovaných velmi vážných onemocněních v těchto podmínkách uvedeno jinak, pojistitel poskytne pojistné plnění za velmi vážné onemocnění (potvrzení lékařské diagnózy), pokud vznikne v důsledku úrazu v době trvání pojistění.

b) Bylo-li ve smlouvě sjednáno pojistění velmi vážných onemocnění, je pojistitel povinen vypláti, v případě splnění podmínek a vzniku pojistné události uvedené v tomto článku, pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky pojistění velmi vážných onemocnění, nezávisle na případném dalším plnění z jakéhokoli jiného pojistění sjednaného ve smlouvě.

c) Pojistné plnění bude pojistnému dítěti vyplaceno pouze za předpokladu jeho přežití alespoň 30 kalendářních dnů od potvrzení lékařské diagnózy, případné data provedení operačního nebo lékařského výkonu jednoho z velmi vážných onemocnění uvedených v tomto článku.

d) Z pojistění velmi vážných onemocnění je pojistitel povinen vypláti na základě písemné žádosti pojistného dítěte (v případě nezletilosti pojistného dítěte zákonného zástupce), pokud pojistnému dítěti onemocněním vzniklo právo na plnění, smluvně dohodnutou pojistnou částku, došlo-li u pojistného dítěte v době trvání pojistění k potvrzení lékařské diagnózy jednoho z velmi vážných onemocnění, vymenovaných v pojistné smlouvě, respektive k provedení některého z operačních zákroků vymenovaných a definovaných v pojistné smlouvě.

e) V pojistění velmi vážných onemocnění není pojistitel povinen plnit v případě potvrzení lékařské diagnózy, případné data provedení operačního nebo lékařského výkonu jednoho z velmi vážných onemocnění u pojistného dítěte do doby tří měsíců ode dne počátku tohoto pojistění, v případech velmi vážných onemocnění diagnostikovaných či léčených před počátkem pojistění a v případech souvisejících vrozených symptomů vzniklých před uzavřením pojistění. Pojistné dítě (v případě nezletilosti pojistného dítěte zákonný zástupce) je povinno onemocněním bez zbytečného odkladu nahlásit, a to nejedle do jednoho měsíce od data potvrzení lékařské diagnózy onemocnění. Dojde-li k potvrzení výše diagnóz velmi vážných onemocnění, které uvádí tento článek, současně, vypláti pojistitel z těchto pojistných událostí pouze pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky pouze jednou, a to do maximálně výše pojistné částky sjednané smlouvou.

f) Dojde-li k potvrzení lékařské diagnózy jednoho z velmi vážných onemocnění u pojistného dítěte, vypláti pojistitel pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky. Vypálením pojistného plnění z pojistění velmi vážných onemocněním toto pojistění zaniká.

g) Jestliže před vyplátním pojistného plnění z pojistění velmi vážných onemocnění pojistné dítě zemře a vznik-li nárok na pojistné plnění, vypláti pojistitel pojistné plnění dědicům pojistného dítěte.

h) V případě, kdy došlo v posledních třech měsících před stanovením diagnózy, příp. operace velmi vážného onemocnění ke zvýšení pojistné částky pro případ velmi vážných onemocnění, vypláti pojistitel pojistnou částku platnou před jejím zvýšením

Pojistění velmi vážných onemocnění se nevztahuje na nemoci, které byly diagnostikovány nebo léčeny před počátkem pojistění.

V rámci dětského úrazového pojistění lze sjednat:

- pojistění pro případ smrti následkem úrazu
- pojistění velmi vážných následků úrazu
- pojistění denního odškodného
- pripojštění k dennímu odškodnému - denní odškodné nad limit stanovený oceňovací tabulkou DO

Pro dětské úrazové pojistění platí zásady uvedené v bodech A až C článku 7. Pro dětské úrazové pojistění se dále sjednává:

- Do posledního dne roku, ve kterém dítě dovrší 10 let věku, platí odlišně od Zvláštní ustanovení II., článku 8, odst. 3, písm. b) VPP, že za pojistné události jsou u dětí považovány i otravy v důsledku požití vejných nebo kapalných látek pokrmů, s výjimkou otrav způsobených potravinami.

- b) Pro pojistné plnění z pojistění pro případ smrti následkem úrazu dítěte je obmysleným pojistníkem.

- c) Děti nejsou zařazovány do rizikových skupin.

- d) Pojistitel poskytne pojistné plnění z pojistění denního odškodného i v případě hospitalizace pojistného dítěte z důvodu nemoci (s výjimkou hospitalizace z důvodu vrozených vad); pojistitel poskytne

- pojistné plnění v případě hospitalizace z důvodu nemoci, která nastane nejdříve po dožití 1 roku věku dítěte (pro toto pojistné plnění platí obdobné podmínky uvedené v bodě E článku 6).

- e) Maximální počet dnů za denní odškodné, za které poskytne pojistitel pojistné plnění je 180 dnů.

- f) Maximální počet dnů pro pripojštění k dennímu odškodnému - denní odškodné nad limit stanovený oceňovací tabulkou DO, za které celkově pojistitel poskytne pojistné plnění, je max. 365 dnů.

## ČLÁNEK 9 Rizikové skupiny

Vykonává-li pojistění povolání, sportovní nebo jinou zájmovou činnost se zvýšeným rizikem úrazu, je pojistné za úrazové pojistění upraveno podle stupně nebezpečnosti vykonávané činnosti.

### 1. riziková skupina

Veškerá povolání v nevýrobní oblasti, popř. ve výrobní oblasti s podobnými riziky úrazu a povolání s převážující duševní činností, popř. malým podílem manuální práce (např. úředníci, prodáváci, učitelé, lékaři, architekti). Dále sem patří sporty vykonávané rekreačně (vyjma sportů uvedených ve 4. rizikové skupině).

### 2. riziková skupina

Všechna povolání ve výrobní oblasti a v oblasti s převážujícím podílem manuální práce, popř. se zvýšeným rizikem úrazu, které nepatří do RS 1 a RS 3, včetně vojáku z povolání a soukromých podnikatelů (pokud neppracují převážně v administrativě) a vedoucích pracovníků firm. Patří sem např. číšníci, instalatři, dělníci, příslušníci policie, novináři). Dále sem patří sporty vykonávané registrované ve sportovních organizacích na úrovni krajského přeboru a nižší (vyjma sportů uvedených ve 4. rizikové skupině) a sporty vykonávané profesionálně, u kterých není zvýšené riziko úrazu (např. šachy, golf, bowling) a sporty vykonávané rekreačně, u kterých je zvýšené riziko úrazu (vyjma sportů uvedených ve 4. rizikové skupině) a sporty vykonávané profesionálně, u kterých není zvýšené riziko úrazu (např. šachy, golf, bowling).

### 3. riziková skupina

Povolání, sportovní nebo jiná zájmová činnost s velmi vysokým rizikem úrazu (např. hasiči, lesní dělníci, členové jednotek rychlého nasazení, osoby pracující ve výškách, důlní práce, práce s jedy nebo výbušninami apod.). Dále sem patří sporty vykonávané registrované ve sportovních organizacích na úrovni vyšší, než je krajský přebor (vyjma sportů uvedených ve 4. rizikové skupině a sportů vykonávaných profesionálně).

### 4. riziková skupina

Všechny práce nebo činnosti s extrémním, velmi vysokým stupněm ohrožení zdraví (např. činnosti při zařizování motorových vozidel a jejich typových zkušáckách, tovární jezdič motorových vozidel, plavci, kaskadéři a všechna sportovní odvětví uvedená ve 2.RS a 3.RS vykonávaná profesionálně nebo za uplatnění hlavního příjmu). Dále sem patří všechny sporty s velmi vysokým rizikem úrazu (horolezcství, bungee jumping, potápění s kyslíkovým přístrojem, rafting, box, bojové sporty, letecké sporty a všechny adrenalinové sporty. Dále motorické sporty a služba v ozbrojených silách mimo území ČR. Dále veškerá práce a činnost, ke které je vystaveno zvláštní ujednání (odchytky od VPP, SPP).

Klient se může sám rozhodnout, jestli chce být zařazen do rizikové skupiny odpovídající jeho povolání nebo odpovídající vykonávané sportovní či jiné zájmové činnosti. V případě, že dojde k úrazu a pojistné je zařazen do nižší rizikové skupiny, než která náleží k příslušnému povolání, sportovní či jiné zájmové činnosti, při které k úrazu došlo, snižuje se pojistné plnění v poměru pojistného, které má být placeno a pojistného, které bylo placeno.

## ČLÁNEK 10 Indexace

a) Byla-li v pojistné smlouvě sjednána indexace, navrhne pojistitel úpravu běžné placené pojistného a vybraných pojistných částek tak, aby reálná hodnota pojistění zůstala zachována. Pojistitel může stanovit limity pojistných částek pro jednotlivá rizika, které nemohou být indexací pojistné částky překročeny. Pojistná částka může být zvýšena maximálně na hodnotu tohoto limitu.

b) Indexace běžné placené pojistného a vybraných pojistných částek se provádí vždy k výročnímu dni počátku pojistění. Indexace se vztahuje vždy na pojistnou částku pro případ smrti z jakýchkoli příčin, dále na pojistnou částku velmi vážných onemocnění, plné invalidity, smrti následkem úrazu a trvalých následků úrazu, pokud jsou tato rizika v pojistné smlouvě sjednána. Indexace se vztahuje pouze na pojistné částky dospělého pojistného.

c) Indexace běžné placené pojistného a vybraných pojistných částek bude prováděna nejdříve po dvou letech od počátku pojistění ve výši stanovené pojistitelem v souladu s růstem Indexu spotřebitelských cen, min. však o 5 %. Vybrané pojistné částky budou navýšeny podle pojistně-technických a kalkulačních zásad v odpovídající výši k indexaci běžné placené pojistného, max. však o stanovenou výši indexace běžné placené pojistného. Minimální výši běžného pojistného, při které se indexace provádí, stanovuje pojistitel.

d) Indexace se provádí bez dalšího zkoumáním zdravotního stavu pojistného. Při uplatnění pojistné částky pro případ velmi vážného onemocnění nebude uplatňována čekací doba na rozli mezi původně sjednanou pojistnou částkou a indexovanou pojistnou částkou pro velmi vážné onemocnění.

e) Pojistitel zašle pojistníkovi v souladu s poskytnutým písemným souhlasem v návrhu na uzavření pojistné smlouvy nabídku rozsahu indexace pojistné smlouvy a k výročnímu dni počátku pojistění vystaví dodatek k pojistné smlouvě, ve kterém bude uvedeno upravené pojistné a pojistné částky. Pojistník má právo pro dané období indexaci písemně odmítnout. Písemně odmítnuti musí být pojistiteli doručeno nepozději 15 dnů před výročním dnem počátku pojistění. Odmítnutí indexace doručené pojistiteli po tomto termínu není pojistitel povinen akceptovat. Neodmítní-li pojistník indexaci písemným zasíláním svého odmítnutí, má se za to, že s indexací souhlasí v souladu s poskytnutým písemným souhlasem v pojistné smlouvě (dle ustanovení VPP čl. 16 – Doručování a sdělení).

f) O trvalé odmítnutí indexace musí pojistník požádat písemnou formou žádosti o změnu pojistné smlouvy. Přijetí žádosti bude potvrzeno vystavením dodatku k pojistné smlouvě.

g) Pojistitel nebude provádět indexaci pojistění:

- v případě vzniku nároku na zproštění od placení pojistného;
- bylo-li vyplaceno pojistné plnění z pojistění velmi vážných onemocnění a/nebo z pojistění plné invalidity a/nebo trvalých následků úrazu.

h) Pojistitel nebude provádět indexaci pojistění u pojistných smluv u nichž je:

- sjednan příspěvek zaměstnavatele v jakékoli variantě příspěvků;
- v době ode dne zasílání nabídky rozsahu indexace pojistné smlouvy do dne vystavení dodatku k pojistné smlouvě týkající se této indexace provedena pojistně-technická změna (dle ustanovení SPP čl. 5 – Změny v pojistné smlouvě);
- předplaceno běžné pojistné či dohodnuto přerušení placení pojistného, a to nejedle na dobu 3 následujících měsíců od výročního dne počátku pojistění.

V případě existence předplaceného pojistného na dobu nejedle 3 měsíců od výročního dne počátku pojistění, bude předplaceno pojistné automaticky převedeno jako mimořádné pojistné a indexace bude provedena v navrhované výši a rozsahu.

Neprovedení indexace v uvedených případech bude pouze dočasné (pro nejbližší nadcházející období). Pro další období může být pojistitelem indexace opět nabídnuta.