

Speciální pojistné podmínky pro FLEXI životní pojištění

Pojištění se řídí pojistnou smlouvou, Všeobecnými pojistnými podmínkami pro pojištění spojená s investičními fondy OSOINV 12 ze dne 1. prosince 2016 (dále jen „VPP“) a těmito speciálními pojistnými podmínkami (dále jen „SPP“). Pojištění je dále upraveno zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů, a dalšími obecně závaznými právními předpisy České republiky.

ČLÁNEK 1 Základní pojmy

Pro účely sjednávajícího pojištění platí tento výklad pojmů (abecedně řazený):

- a) **Alokace pojistného** (dále jen „alokace“) – rozdělení pojistného na pokrytí jednotlivých položek spojených s poskytovanou finanční službou podle podmínek pojistné smlouvy.
Počáteční alokace – snížená alokace pojistného v prvních letech trvání pojištění, určená na pokrytí pořizovacích nákladů (např. odměna zprostředkovateli, počáteční administrativní náklady, zdravotní ocenění) – viz platný Přehled poplatků a parametrů produktu (dále jen „PPPP“).
- b) **Dopravní nehoda** – dopravní nehodou se rozumí nehoda na pozemní komunikaci, v dráží, ve vodní či v letecké dopravě.
- c) **Celkové pořizovací náklady**
 - u běžně placených smluv – počáteční alokace a poplatek ze zaplaceného běžného pojistného,
 - u jednorázově zaplacených smluv – poplatek ze zaplaceného jednorázového pojistného.
- d) **Fondy** – soubor finančních instrumentů a investic spravovaný pojistitelem nebo pojistitelem pověřenou osobou, sloužící k uložení kapitálových hodnot pojistných smluv.
Garantovaný fond – fond s garantovanou výší minimálního zhodnocení finančních prostředků. Garantovaný fond je rozdělen na garantovaný fond tvořený platbami běžného pojistného a na garantovaný fond tvořený platbami jednorázového a mimořádného pojistného.
Investiční podílový fond – charakter fondů se navzájem liší umístěním finančních prostředků, dosahovaným výnosem a mírou rizika. Investiční riziko nese plně pojistník.
- e) **Hodnota fondu u smlouvy** – počet podílových jednotek k dané pojistné smlouvě a k danému fondu vynásobený jejich prodejní cenou.
- f) **Hotovost** – částka určená k vyrovnání zaokrouhlovacích rozdílů při převodu na podílové jednotky, případně k evidování záporné kapitálové hodnoty.
- g) **Indexace pojistné smlouvy** – navýšení běžně placeného pojistného a vybraných pojistných částek navrhované pojistitelem s ohledem na index růstu spotřebitelských cen vydávaný Českým statistickým úřadem.
- h) **Individuální konec pojistného rizika ve věku** – u vybraných rizik lze pojistníkem sjednat kratší dobu trvání pojištění, než je stanovený konec doby trvání pojistné smlouvy, resp. konec pojistného rizika.
- i) **FLEXI životní pojištění** – komplexní spojení životního pojištění, doplňkové a úrazové složky pojištění a investic do fondů nabízených pojistitelem. Pojistné částky jednotlivých pojistných rizik jsou pevně dány pojistnou smlouvou a částka určená k výplatě při dožití se konce pojištění, resp. v případě ukončení pojistné smlouvy, je dána aktuální výší kapitálové hodnoty pojistné smlouvy.
- j) **FLEXI životní pojištění** se uzavírá pro max. dvě dospělé osoby se vstupním věkem od dovršených 18 let do 70 let (včetně) ve volitelném rozsahu, maximálně do roku, ve kterém se pojištěný (mladší z dvojice) dožije 80 let. Doba trvání je stanovena na minimálně 3 roky pro běžně placenou smlouvu a na minimálně 5 let pro jednorázově uhrazenou smlouvu. Do pojistné smlouvy je možné sjednat pojištění až pěti dětí se vstupním věkem od 0 let do nedovršených 18 let. Pojistné krytí končí poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěné dítě dožije 25 let.
Pro osoby se vstupním věkem nad 70 let (max. do 95 let) se pojištění uzavírá pouze v omezeném rozsahu stanoveném pojistitelem vždy na dobu 5 let – na základě žádosti pojistníka je možné sjednanou pojistnou dobu prodloužit, maximální doba trvání pojištění může být do roku, ve kterém se pojištěný dožije 100 let.
- k) **Kapitálová hodnota pojistné smlouvy** – součet hodnot jednotlivých fondů sjednaných v pojistné smlouvě a hotovosti vyjádřené v Kč.
- l) **Klesající pojistná částka** – u vybraných rizik lze sjednat či dodatečně požádat o sjednání klesající pojistné částky.
Pojistná částka daného pojištění se během trvání pojištění od jeho počátku, dodatečného sjednání nebo změny snižuje, a to vždy pravidelně ročně, k výročnímu dni počátku trvání jednotlivého rizika, v závislosti na dohodnuté pojistné době daného rizika.
Na pojištění s klesající pojistnou částkou se nevztahuje indexace.
Lineárně klesající pojistná částka klesá tak, že první rok trvání pojištění je nastavena ve výši 100 % pojistné částky, každý rok potom klesá o 1/n pojistné částky a poslední rok je ve výši 1/n pojistné částky, přičemž „n“ je počet let trvání daného pojištění.
Anuitně klesající pojistná částka je v prvním roce trvání pojištění nastavena ve výši 100 % pojistné částky a následně kopíruje svým klesáním anuitní splácení úvěru podle úrokové míry sjednané v pojistné smlouvě.

- Možné procentuální rozmezí této úrokové míry je uvedeno v platném PPPP.
- m) **Nákupní cena jednotky** – cena, za kterou pojistitel prodává jednotky k pojistné smlouvě. Nákupní cena jednotky se rovná prodejní ceně jednotky.
 - n) **Oceňovací den** – den, ke kterému pojistitel stanoví nákupní a prodejní cenu podílových jednotek jednotlivých fondů.
 - o) **Odkupné** – kapitálová hodnota pojistné smlouvy upravená o možné poplatky a srážky. Při výpočtu odkupného pojistitel v prvních pěti letech ode dne vzniku pojištění odečte za každý započatý měsíc trvání tohoto pojištění nejvýše jednu šedesátinu z celkových pořizovacích nákladů pojistitele souvisejících s tímto pojištěním.
 - p) **Odkupní poměr** – je využíván pro odkupní transakce s využitím aktuálního poměru rozložení kapitálových hodnot jednotlivých fondů.
 - q) **Podílová jednotka** (dále jen „jednotka“) – identická část fondu představující podíl z jeho hodnoty.
 - r) **Pojistně-technické období** – časové období, ve kterém platí parametry smlouvy; pro pojištění spojená s investičními fondy je pojištění-technickým obdobím kalendářní měsíc. Pojistné za sjednaná pojištění a poplatky jsou strženy podle pojištění-technických pravidel z kapitálové hodnoty smlouvy vždy na počátku pojištění-technického období.
 - s) **Pojistný rok** – doba dvanácti měsíců začínající v den počátku pojištění nebo ve výroční den počátku pojištění.
 - t) **Pojištěné riziko** – riziko, které je definováno typem pojištění a pojistnou částkou.
 - u) **Poměr rozdělení pojistného do jednotlivých fondů** (dále jen „rozdělení pojistného“) – pojistníkem zvolený celočíselný poměr v procentech (v celkovém součtu 100 %), v jakém pojistitel rozdělí inkasované pojistné do příslušných fondů.
 - v) **Prodejní cena jednotky** – cena, za kterou pojistitel odkoupí jednotky z pojistné smlouvy.
 - w) **Předběžné krytí** – pojištění, které je sjednané na pojistnou dobu od 00:00 hodin třetího dne od podpisu nabídky do 24:00 hodin dne předcházejícího dni uvedenému v pojistné smlouvě jako počátek pojištění, nejvýše však na dobu 29 dnů (prvním dnem se rozumí den podpisu).
 - x) **Převod podílových jednotek** – převedení kapitálové hodnoty mezi fondy; za převod podílových jednotek si pojistitel může účtovat poplatek dle platného PPPP.
 - y) **Renta** – částka vyplácená v dohodnutých obdobích pojištěnému podle podmínek stanovených pojistitelem.
 - z) **Program InSpiral** – úprava platné stávající pojistné smlouvy staršího typu flexi na pojistnou smlouvu s novými pojistnými podmínkami, úpravu lze provést na základě pojistníkem předložené nabídky na úpravu pojistné smlouvy.
 - aa) **Zamykání výnosů** – automatický přesun podílových jednotek z investičních podílových fondů do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné za účelem ochrany části dosaženého zhodnocení.
 - bb) **Změny**
 - Technické změny* – změny na smlouvě s vlivem na alokace, odkupy, výši pojistného, pojištěná rizika apod.
 - Netechnické změny* – změny na smlouvě nemající vliv na alokace, odkupy, pojistné (např. změna adresy).

ČLÁNEK 2 Základní pojištění

A. Pojištění pro případ dožití se sjednaného konce pojištění

Při dožití se sjednaného konce pojištění bude pojištěnému vyplacena kapitálová hodnota pojistné smlouvy ve formě jednorázové výplaty nebo ve formě renty doživotní či renty na přesně stanovenou dobu (minimálně na dobu 5 let; o způsobu výpočtu výše renty bude klient informován).

Způsob výplaty kapitálové hodnoty bude před dožitím se sjednaného konce pojištění zvolen na základě písemné žádosti pojištěného na formuláři k výplatě pojistného plnění, a to dle aktuální nabídky pojistitele. V případě, že pojištěný nezvolí jeden z nabízených způsobů výplaty pojistného plnění, bude kapitálová hodnota pojistné smlouvy vyplacena jednorázově.

V případě dvojice, která se dožije konce pojištění současně, bude možné zvolit jen jednorázovou výplatu a kapitálová hodnota bude rozdělena rovným dílem.

B. Základní pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin

Při smrti pojištěného vyplatí pojistitel oprávněné osobě pojistnou částku platnou ke dni úmrtí nebo kapitálovou hodnotu pojistné smlouvy platnou ke dni nahlášení pojistné události, je-li vyšší.

Pro porovnání obou částek budou případné poplatky (vyjma měsíčního administrativního poplatku) a platby pojistného, které byly uhrazeny po datu úmrtí pojištěného na období po jeho smrti, odalokovány z předpisů pojistného a poplatků (vyjma měsíčního administrativního poplatku) v ceně jednotky platné ke dni nahlášení pojistné události.

V případě, že před datem nahlášení úmrtí byla smlouva ukončena (např. předčasně ukončení pojistné smlouvy z důvodu výpovědi, zánik uplynutím doby, zánik pro neplacení pojistného), je pro výpočet kapitálové hodnoty platná cena jednotky ke dni původního ukončení pojistné smlouvy.

V případě pojištění dvou osob a smrti jedné z nich bude vyplacena pojistná částka platná ke dni úmrtí pojištěného ve prospěch oprávněné osoby a pojištění druhé osoby pokračuje. Dojde-li ke smrti obou pojištěných, bude vyplacena pojistná částka platná ke dni úmrtí a částka vyšší hodnoty vycházející z porovnání pojistné částky platné ke dni úmrtí a kapitálové hodnoty pojistné smlouvy ke dni nahlášení pojistné události. Pojistné plnění za každou pojištěnou osobu bude vyplaceno ve výši poloviny součtu obou těchto částek.

- b) Je-li v případě smrti pojistná částka vyšší než kapitálová hodnota pojistné smlouvy, bude vyplacena pojistná částka snížená o částečné výplaty provedené po datu úmrtí. Pokud bude kapitálová hodnota pojistné smlouvy vyšší než pojistná částka, bude vyplacena kapitálová hodnota snížená o částečné výplaty provedené po datu nahlášení úmrtí. V případě, že byl výběr části kapitálové hodnoty vyšší než pojistná částka, bude vyplacena zbývající část kapitálové hodnoty. Jestliže nebude pojistná událost uznána pojistitelem za likvidní, bude ve prospěch pojistníka, resp. obmyšleného, vyplacena kapitálová hodnota pojistné smlouvy.
- c) Smrtí pojištěného (jednoho pojištěného), popř. smrtí obou pojištěných (v pojištění dvojic), pojištění zaniká.
- d) Pro toto pojištění je možné sjednat individuální konec pojistného rizika ve stanoveném věku. Po dovršení sjednaného věku bude pojistná částka pro případ smrti automaticky snížena na 10 000 Kč a bude platit do konce trvání pojistné smlouvy, pokud nebude vystavením dodatku k pojistné smlouvě dohodnuto jinak. Pojistitel má právo automaticky upravit dobu trvání pojistného rizika tak, aby byla shodná s koncem trvání pojistné smlouvy v případě, že doba trvání pojištění neodpovídá podmínkám pro sjednání tohoto pojištění. V případě pojištění dvojice končí pojistné krytí poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se mladší ze dvojice dožije tohoto věku.

ČLÁNEK 3 Program InSpiral

Pojistník může předložit nabídku na úpravu platné pojistné smlouvy staršího typu flexi v programu InSpiral.

Pro upravovanou smlouvu platí:

- a) Ke dni účinnosti dodatku končí platnost sjednaných pojistných podmínek upravované smlouvy a v platnost vstupují pojistné podmínky uvedené v nabídce na úpravu pojistné smlouvy v programu InSpiral.
- b) K datu účinnosti dodatku se všechna ustanovení pojistných podmínek s uvedením podmínky dodržení minimální doby trvání od počátku pojištění vztahují k původně sjednanému počátku pojištění na upravované smlouvě, s výjimkou ujednání článku 6 těchto SPP.
- c) Výročním dnem je den a měsíc účinnosti dodatku uvedený v nabídce na úpravu pojistné smlouvy.

ČLÁNEK 4

Pojistné a stanovení investiční strategie, zamykání výnosů

A. Pojistné

- a) Pojistné je umísťováno do fondů sjednaných v pojistné smlouvě. Jakékoliv běžné pojistné uhrazené pojistníkem nad sjednanou výši pojistného bude do výše stanovené pojistitelem v PPPP připisováno formou mimořádného pojistného do kapitálové hodnoty smlouvy. Vše nad výši stanovenou pojistitelem v PPPP bude vráceno.
- b) Pojistník může kdykoliv v době trvání pojistné smlouvy zaplatit mimořádné pojistné v minimální výši stanovené pojistitelem. Zaplacení mimořádného pojistného nemá vliv na povinnost pojistníka platit sjednané běžné pojistné. Pojistitel je oprávněn použít část mimořádného pojistného na pokrytí dlužného běžného pojistného k datu připsání mimořádného pojistného na účet pojistitele. Mimořádné pojistné je možno uhradit na základě pokynů uvedených ve smlouvě. K úhradě mimořádného pojistného jsou určeny zvláštní variabilní symboly. Pojistitel je oprávněn odmítnout mimořádné pojistné zaplacené pod stanovenou minimální hranici.
- c) 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 však v den, kdy jsou platby 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 zavinil pojistník nebo jiná osoba.
- e) Platby je možné umísťovat také do konkrétního předem nesjednaného fondu dle podmínek stanovených pojistitelem.

Pojistitel nakládá s inkasovaným pojistným postupně dle následujících pravidel:

I. Alokace pojistného:

- a) pojistné je sníženo o příslušný poplatek počáteční alokace,
- b) takto alokované pojistné je sečteno s aktuálním zůstatkem hotovosti, výsledný součet je dále považován za pojistné,
- c) dále je pojistné použito na díly dle sjednaného poměru rozdělení pojistného do fondů,
- d) každý díl pojistného je celočíselně přepočten na podílové jednotky příslušného fondu s využitím ceny jednotky,
- e) nově nakoupené jednotky jsou přičteny ke stávajícím stavům jednotek,
- f) je vypočtena nová hotovost jako zaokrouhlovací rozdíl vzniklý předchozími kroky.

II. Alokace pojistného (časový postup):

- a) pojistné může být alokováno nejdříve v den počátku pojištění,
- b) pojistné je alokováno zpravidla v ceně jednotky platné následující den po datu úmrtí pojištěného,
- c) 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.

B. Stanovení investiční strategie

a) Garantovaný fond

Fond je rozdělen na garantovaný fond běžného pojistného (zhodnocení kapitálové hodnoty fondu je garantováno po celou dobu trvání pojištění a je uvedeno v pojistce, v PPPP a na internetových stránkách pojistitele) a na garantovaný fond jednorázového a mimořádného pojistného (zhodnocení kapitálové hodnoty fondu je vyhlášováno v termínech stanovených pojistitelem a je uvedeno na internetových stránkách pojistitele). Do garantovaného fondu běžného pojistného lze vkládat pouze běžné pojistné. Jiným způsobem nelze peněžní prostředky do tohoto fondu převést (převedení podílových jednotek – čl. 8, písm. f). Do garantovaného fondu mimořádného pojistného lze vkládat jednorázové a libovolné mimořádné pojistné. Při správě podkladových aktiv garantovaného fondu pojistitel postupuje podle pravidel skladby finančních umístění, definovaných zákonem o pojišťovnictví.

b) Investiční podílový fond

Do těchto fondů je vkládáno běžné, jednorázové i mimořádné pojistné dle pravidel stanovených pojistitelem.

Pojistitel je oprávněn, při současném zachování povahy podkladových aktiv fondů, měnit podkladová aktiva investičního podílového fondu pouze v případě, že dojde ke změně těchto aktiv ze strany jejich emitenta, stejně tak je oprávněn měnit jmenovitě označení těchto fondů.

Při správě podkladových aktiv investičního podílového fondu pojistitel postupuje v souladu s investičním profilem pojistníka a pojistníkem stanovenou investiční strategií v pojistné smlouvě. Provede-li emitent spojení podkladového aktiva s jiným aktivem, pojistitel nahradí podkladové aktivum podkladovým aktivem vzniklým v důsledku spojení aktiv. Provede-li emitent zrušení podkladového aktiva, pojistitel nahradí podkladové aktivum podkladovým aktivem se srovnatelným investičním profilem od emitenta a se srovnatelnou finanční stabilitou. O provedených změnách podkladových aktiv investičního podílového fondu pojistitel informuje pojistníka na svých webových stránkách a v přehledu stavu pojistné smlouvy. Nebude-li pojistník souhlasit se změnou podkladového aktiva provedenou pojistitelem při spojení nebo zrušení původního podkladového aktiva, může převodem podílových jednotek a změnou poměru zaúčtování zaplaceného pojistného zdarma upravit investiční strategii v pojistné smlouvě.

C. Řízené programy investování

- a) Pojistník si může za účelem ochrany investice před výkyvy na finančních trzích sjednat v pojistné smlouvě řízený program investování. Do řízeného programu investování je vždy nutné poměr rozdělení pojistného stanovit ve výši 100 %. Řízené programy investování jsou investiční programy, které slouží k automatickému výběru fondů pro alokování inkasovaného pojistného a převodu kapitálové hodnoty k výročnímu dni trvání pojistné smlouvy, a to v závislosti na investičním horizontu pojistné smlouvy.
- b) Investiční horizont je doba trvání pojistné smlouvy od nastalého výročního dne pojistné smlouvy v aktuálním kalendářním roce do sjednaného konce pojistné smlouvy. Takto stanovený investiční horizont platí vždy od výročního dne v aktuálním kalendářním roce do dne předcházejícího výročnímu dni v následujícím kalendářním roce.
- c) Bude-li v pojistné smlouvě sjednán řízený program investování, bude vždy v pojistně-technickém období, do kterého spadá výroční den pojistné smlouvy, automaticky převedena kapitálová hodnota smlouvy mezi fondy dle rozložení uvedeného v řízeném programu investování pro aktuální investiční horizont. Převod kapitálové hodnoty bude v ceně jednotky platné ke dni převedení.
- d) V rámci řízených programů investování není převáděno mimořádné pojistné uhrazené do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné a částka převedená do tohoto fondu v rámci zamykání výnosů.
- e) Řízené programy investování stanovuje pojistitel a je oprávněn je měnit dle aktuálního vývoje na finančních trzích. Aktuální struktura řízených programů investování pro jednotlivé investiční horizonty je k dispozici na internetových stránkách pojistitele a na všech jeho obchodních místech.
- f) Pojistník si může v rámci řízených programů investování sjednat Konzervativní program řízení investic, nebo Vyvážený program řízení investic, nebo Dynamický program řízení investic, nebo Program CONSEQ (pojistitelem aktuálně nabízené řízené programy investování jsou uvedeny v platném PPPP).

D. Zamykání výnosů

Pojistník si může za účelem ochrany části dosaženého zhodnocení v pojistné smlouvě sjednat zamykání výnosů.

- a) Bude-li v pojistné smlouvě k 31. prosinci daného roku sjednáno zamykání výnosů, budou výnosy za tento rok zamykány, a to za předpokladu, že bude roční zhodnocení finančních prostředků v daném fondu vyšší než procento stanovené pojistitelem. Roční zhodnocení, rozhodné pro zamykání výnosů, se řídí platným PPPP, který je k dispozici na internetových stránkách pojistitele a na všech jeho obchodních místech.
- b) Zamykání výnosů se vztahuje na všechny investiční podílové fondy definované pojistitelem. Zamykání výnosů se vztahuje i na řízené programy investování (resp. na jednotlivé fondy programu).
- c) Zhodnocení jednotlivých fondů se bude vyhodnocovat vždy za uplynulý kalendářní rok. Vyhodnocovacím dnem je 1. leden následujícího roku.

Přesáhne-li roční zhodnocení fondu procento stanovené pojistitelem, bude hodnota fondu, odpovídající ročnímu zhodnocení fondu na dané smlouvě nad stanovené procento, automaticky převedena do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné. K převodu do garantovaného fondu dojde v měsíci lednu v ceně jednotky platné ve vyhodnocovací den. Jestliže částka k převodu z daného fondu bude nižší než limit stanovený pojistitelem v PPPP, nedojde k jejímu převedení do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné a výnos tohoto fondu nebude zamknut. Do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné bude převedena aktuální hodnota daného fondu v den převodu.

ČLÁNEK 5

Náklady, poplatky a cena pojištění

Pojstitel má právo stanovit výši nákladů, poplatků a ceny pojištění:

- Cena pojištění (pojistné) – za každé pojistně-technické období je snižována kapitálová hodnota pojistné smlouvy o částku potřebnou ke krytí sjednaného rozsahu pojištěného rizika a o dále uvedené poplatky, kalkulované podle platných pojistně-technických zásad pojistitele. Snižování kapitálové hodnoty pojistné 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 pojstitel od těchto pravidel odchýlit.
- Alokace – pojstitel snižuje běžné pojistné v prvních letech trvání pojistné smlouvy o poplatek na pokrytí počátečních nákladů spojených se vznikem pojištění, vč. nákladů na akvizici v prvních letech trvání pojištění (počáteční alokace). V případě navýšení běžně placeného pojistného má právo pojstitel z navýšené části pojistného (rozdílu mezi novou a původní výší pojistného) účtovat poplatek na pokrytí nákladů spojených s úpravou a změnou pojistné smlouvy.
- Poplatek ze zaplaceného pojistného – při přepisování běžného, mimořádného nebo jednorázového pojistného do kapitálové hodnoty pojistné smlouvy. Poplatek se účtuje stržením příslušné částky z kapitálové hodnoty smlouvy.
- Administrativní poplatek – poplatek za správu a vedení pojistné smlouvy; poplatek se účtuje stržením částky z kapitálové hodnoty pojistné smlouvy.
- Poplatek za správu kapitálové hodnoty (management fee) – použití části hodnoty fondu na pokrytí nákladů spojených s provozováním tohoto fondu.
- Inkasní poplatek – poplatek účtovaný v závislosti na způsobu a technice úhrady pojistného z uhrazené platby; poplatek se účtuje stržením příslušné částky z kapitálové hodnoty pojistné smlouvy.
- Poplatek za provedení změny do smlouvy – poplatek stržený z kapitálové hodnoty pojistné smlouvy v případě vystavení dodatku k pojistné smlouvě.
- Poplatek za převod podílových jednotek – v případě požadavku na převedení podílových jednotek je účtován poplatek za provedení transakce stržením částky z kapitálové hodnoty pojistné smlouvy.
- Poplatek za výplatu části kapitálové hodnoty – v případě realizovaného požadavku na výplatu části kapitálové hodnoty je účtován poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty pojistné smlouvy.
- Poplatek za vystavení druhopisu – za vystavení druhopisu pojistníkem požadovaného dokumentu (např. pojistky, dodatku) je účtován poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty pojistné smlouvy.
- Poplatek za odstoupení od smlouvy ze strany pojistitele – poplatek na úhradu nákladů spojených se správou a ukončením pojistné smlouvy.
- Poplatek za předčasné ukončení pojistné smlouvy – poplatek na úhradu nákladů spojených se správou a ukončením pojistné smlouvy.
- Poplatek za zálohu na pojistné plnění – v případě požadavku na výplatu druhého a každého následného zálohového pojistného plnění je účtován poplatek stržením částky z vypláceného pojistného plnění.
- Poplatek za výplatu pojistného plnění/kapitálové hodnoty/odkupného poštovní poukázkou – v případě požadavku na výplatu pojistného plnění/ kapitálové hodnoty/odkupného prostřednictvím poštovní poukázky je účtován poplatek stržením částky z vyplácených prostředků.

Výše a rozsah poplatků se řídí platným PPPP, který je k dispozici na internetových stránkách pojistitele a na všech jeho obchodních místech. PPPP platný k datu sjednání nabídky na uzavření pojistné smlouvy, je součástí předsmulovní dokumentace.

ČLÁNEK 6

Bonusy

A. Bonus za bezeškodní průběh

K pojistným smlouvám, které splňují dále uvedené podmínky, je v obdobích stanovených pojistitelem připisován bonus za bezeškodní průběh.

- Bonus za bezeškodní průběh (dále jen „bonus“) je připisován k pojistným smlouvám, u kterých v uplynulém pojistném roce a současně v uplynulých letech sledovaného období nenastala pojistná událost.
- Za pojistnou událost se v případě posuzování nároku na bonus nepovažuje pojistná událost z pojištění doživotní kapitálové renty.
- Sledovaným obdobím pro posouzení nároku na bonus je vždy pětileté období počítané od počátku pojistné smlouvy (tzn. první období je 1. až 5. rok trvání pojistné smlouvy, druhé období je 6. až 10. rok trvání pojistné smlouvy, obdobně další období), vyjma posledního sledovaného období, které může být kratší.
- Pojstitel stanoví bonus v procentuální výši z celkového rizikového pojistného za uplynulý pojistný rok. Výše bonusu se řídí platným PPPP, který je k dispozici na internetových stránkách pojistitele a na všech jeho obchodních místech.
- Celkovým rizikovým pojistným se rozumí souhrn předpisů rizikového pojistného v daném období uplynulého pojistného roku.
- Bonus bude připisován k pojistné smlouvě vždy v následujícím pojistně-technickém období po uplynutí pojistného roku. Pokud bonus nedosáhne minimální výše stanovené pojistitelem v platném PPPP, nebude za uplynulý pojistný rok připisán.
- Připsaný bonus bude vždy po uplynutí sledovaného období automaticky převeden

do kapitálové hodnoty smlouvy a stane se její standardní součástí. K převodu dojde v následujícím pojistně-technickém období po uplynutí sledovaného období. Při převodu do kapitálové hodnoty smlouvy bude bonus sečten s aktuálním zůstatkem hotovosti a výsledný součet bude alokován do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné v ceně jednotky platné ke dni převodu. Do okamžiku převodu do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné se připsaný bonus nezhodnocuje a nelze s ním disponovat.

- Pokud je sledovaným obdobím dojde k pojistné události, nevzniká v tomto období na bonus nárok a případný do té doby připsaný bonus ve sledovaném období bude z pojistné smlouvy odebrán. V případě, že se pojstitel dozví o pojistné události vzniklé ve sledovaném období až po vyhodnocení tohoto období a převodu bonusu do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné, bude kapitálová hodnota snížena o celou výši převedeného bonusu za sledované období, ve kterém k pojistné události došlo. Kapitálová hodnota bude snížena formou odčerpání podílových jednotek z garantovaného fondu pro mimořádné pojistné. Jestliže nebude v tomto fondu dostatek podílových jednotek, bude částka, na kterou nepostačují jednotky v garantovaném fondu pro mimořádné pojistné, odečtena z kapitálové hodnoty v aktuálním poměru kapitálových hodnot na smlouvě. V případě, že se pojstitel dozví o pojistné události až po ukončení pojistné smlouvy, bude o bonus připsaný ve sledovaném období, ve kterém vznikla pojistná událost, poníženo vyplácené pojistné plnění. Bude-li připsaný bonus vyšší než vyplácené pojistné plnění, je pojstník povinen uhradit pojstiteli rozdíl těchto částek.
- Za poslední rok trvání pojistné smlouvy před sjednaným koncem pojistné smlouvy se bonus nepřipisuje.
- Dojde-li k odstoupení od pojistné smlouvy ze strany pojstníka či pojstitele (dle čl. 10 VPP) nebo bude-li pojistná smlouva z důvodu její neplatnosti ukončena před počátkem (dle čl. 3 VPP), nárok na bonus nevzniká a případný již vyplacený bonus bude pojstitelem odečten od vráceného pojistného při ukončení pojistné smlouvy. Bude-li vyplacený bonus vyšší než částka vráceného pojistného, je pojstník povinen uhradit pojstiteli rozdíl těchto částek.
- Dojde-li k předčasnému ukončení pojistné smlouvy z jiného důvodu, než který je uvedený v písm. j) tohoto článku, nevzniká nárok na bonus za sledované období, ve kterém nastane konec pojistné smlouvy, a případný připsaný bonus bude z pojistné smlouvy odebrán.
- Jestliže je pojistná smlouva ve stavu zproštění od placení pojistného, nevzniká po tuto dobu nárok na bonus.

B. Bonus za věrnost

K pojistným smlouvám, které splňují dále uvedené podmínky, bude v obdobích stanovených pojistitelem připisován bonus za věrnost.

- Bonus za věrnost je připisován za období prvních patnácti let od počátku pojistné smlouvy ke všem pojistným smlouvám, u kterých byla sjednána doba trvání pojistné smlouvy v minimální délce dvacet let. V případě kratší sjednané doby trvání se bonus za věrnost nepřipisuje (resp. na něj nevzniká nárok).
- Bonus za věrnost je v procentuální výši, kterou stanoví pojstitel, z celkového sjednaného a uhrazeného běžného pojistného v prvních patnácti letech trvání pojistné smlouvy. Výše bonusu se řídí platným PPPP, který je k dispozici na internetových stránkách pojistitele a na všech jeho obchodních místech.
- Bonus za věrnost bude připisován k pojistné smlouvě vždy v následujícím pojistně-technickém období po uplynutí pojistného roku v procentuální výši (stanovené pojstitelem) z běžného pojistného uhrazeného v uplynulém pojistném roce.
- Následující pojistně-technické období po uplynutí patnácti let od počátku pojistné smlouvy bude celý připsaný bonus za věrnost automaticky převeden do kapitálové hodnoty smlouvy a stane se její standardní součástí. Při převodu do kapitálové hodnoty smlouvy bude bonus sečten s aktuálním zůstatkem hotovosti a výsledný součet bude alokován do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné v ceně jednotky platné ke dni převodu. Do okamžiku převodu do garantovaného fondu se připsaný bonus za věrnost nezhodnocuje a nelze s ním disponovat.
- Dojde-li v prvních patnácti letech trvání pojistné smlouvy ke zkrácení sjednané doby trvání pojistné smlouvy pod dvacet let, bude celý připsaný bonus za věrnost z pojistné smlouvy odebrán. Dojde-li v prvních patnácti letech k prodloužení sjednané doby trvání pojistné smlouvy na dvacet let a více, vzniká nárok na bonus za věrnost ode dne účinnosti prodloužení doby trvání pojistné smlouvy do dne uplynutí patnácti let od počátku pojistné smlouvy.
- Pokud v prvních patnácti letech trvání pojistné smlouvy dojde k ukončení pojistné smlouvy, bude celý připsaný bonus za věrnost ze smlouvy odebrán.
- Dojde-li po patnácti letech trvání pojistné smlouvy k odstoupení od pojistné smlouvy ze strany pojstníka či pojstitele (dle čl. 10 VPP) nebo bude-li pojistná smlouva z důvodu její neplatnosti ukončena před počátkem (dle čl. 3 VPP), nárok na bonus za věrnost nevzniká a případný vyplacený bonus za věrnost bude pojstitelem odečten od vráceného pojistného při ukončení pojistné smlouvy. Bude-li vyplacený bonus za věrnost vyšší než částka vráceného pojistného, je pojstník povinen uhradit pojstiteli rozdíl těchto částek.

ČLÁNEK 7

Zanik pojištění

- Při předčasném ukončení kdykoliv v průběhu trvání pojištění (pro neplacení pojistného, výpověď či dohodu) se pojstníkovi vyplácí odkupné vypočtené podle pojistně-technických zásad, pokud nárok na odkupné vznikl. Odkupné neodpovídá celkovému zaplacenému pojistnému, ale kapitálové hodnotě neplatné k datu ukončení pojistné smlouvy, snižené o poplatek za předčasné ukončení (dle písm. b) a c) tohoto článku). Výplata odkupného je možná pouze za předpokladu kladné kapitálové hodnoty smlouvy. Nebyla-li vytvořena kladná kapitálová hodnota smlouvy, zaniká pojištění bez náhrady.

- V prvním roce trvání, pokud není uhrazeno mimořádné pojistné nebo počáteční jednorázové pojistné, nárok na výplatu odkupného nevzniká.
- b) V případě běžného pojistného má pojistitel při předčasném ukončení pojištění od dvou měsíců od uzavření má na poměrnou část pojistného odpovídající délce trvání pojištění a na poplatek na úhradu nákladů spojených se správou pojištění (viz platný PPPP), pokud je v tomto případě na pojistnou smlouvu uhrazeno mimořádné pojistné, vrací jej pojistitel zpět. Při předčasném ukončení po dvou měsících od uzavření má pojistitel právo na poplatek (viz platný PPPP).
- c) V případě jednorázového pojistného má pojistitel při předčasném ukončení kdykoliv v průběhu trvání pojištění právo na poplatek na úhradu nákladů spojených se správou pojištění (viz platný PPPP).
- d) Při předčasném ukončení pojistné smlouvy nebo při zániku pojištění uplynutím pojistné doby (tj. uplynutím dne, který je ve smlouvě uveden jako konec pojištění) je pojistník povinen uhradit dlužné pojistné. Je-li k datu ukončení absolutní hodnota záporné kapitálové hodnoty smlouvy nižší než dlužné pojistné, je pojistník povinen uhradit pouze tuto nižší částku. Případný přeplatek pojistného bude pojistníkovi vrácen do 30 dnů po datu provedení ukončení pojistné smlouvy.

ČLÁNEK 8 Změny v pojistné smlouvě

- A. Pojistník může požádat pojistitele o:
- a) zvýšení nebo snížení běžného pojistného,
- b) změnu v technice a frekvenci placení pojistného,
- c) zvýšení, popř. snížení pojistné částky; při zvýšení pojistné částky má pojistitel právo provést dodatečně zdravotní posouzení pojištěného,
- d) dočasné přerušení placení pojistného; k dočasnému přerušení placení pojistného může dojít pouze v případě takového stavu kapitálové hodnoty pojistné smlouvy, která bude postačovat na pokrytí poplatků (viz článek 4 těchto SPP) a rizikového pojistného po dobu přerušení placení pojistného. Dočasné přerušení placení pojistného vstupuje v platnost prvním dnem pojistného období následujícího po pojistném období, za které bylo naposledy zapláceno běžné pojistné.
- e) výplatu části kapitálové hodnoty pojistné smlouvy, pokud tato částka dosáhne minimální výše stanovené pojistitelem. Výplata části kapitálové hodnoty se provádí formou odčerpání podílových jednotek ze zvolených fondů převedením na hotovost v cenách jednotky platných ke dni provedení výplaty. Pojistník v žádosti o výplatu části kapitálové hodnoty může určit, z jakých fondů má být proveden odkup, případně v jakém poměru z jednotlivých fondů mají být podílové jednotky odčerpány; jestliže toto v žádosti o výplatu není určeno, provede se odkup v aktuálním poměru kapitálových hodnot fondů na smlouvě. Pojistník má právo odčerpat podílové jednotky z garantovaného fondu mimořádného pojistného dle podmínek stanovených pojistitelem. Jestliže na smlouvu bylo uhrazeno mimořádné pojistné, bude možné vyplatit toto mimořádné pojistné ponížené o případný pokles ceny jednotky a poplatky (vztahující se k jeho alokaci a výplatě). Z kapitálové hodnoty smlouvy, zbývající po případném odečtení částky k výplatě dle předchozí věty, bude možné provést výplatu za podmínky, že sjednaná výše běžně placeného pojistného a zůstatku kapitálové hodnoty smlouvy bude až do konce trvání smlouvy postačovat na pokrytí rizikového pojistného, poplatků a zajištění vývoje kapitálové hodnoty dle platných pojistně-technických zásad pojistitele. Podmínkou pro uskutečnění výplaty je ponechání zůstatku kapitálové hodnoty smlouvy ve výši sjednaného rizikového pojistného na následujících 6 měsících trvání pojištění od provedení výplaty a technických poplatků za správu smlouvy do konce doby trvání. Pokud do fondu, ze kterého je vyplácena část kapitálové hodnoty, bylo uhrazeno mimořádné pojistné, bude z tohoto fondu vždy nejprve odčerpáno toto mimořádné pojistné. Při splnění výše uvedených podmínek bude provedena výplata kapitálové hodnoty nejdříve po dvou pracovních dnech a současně nejpozději do čtyř týdnů ode dne doručení žádosti pojistiteli. Jestliže z některého ze sjednaných fondů nebude možné provést požadované odčerpání podílových jednotek, nebude žádost o výplatu části kapitálové hodnoty vyřízena. Pojistitel je oprávněn při vyřizování žádosti o výplatu části kapitálové hodnoty účtovat pojistníkovi poplatek (viz platný PPPP). Žádost lze podat pouze na formuláři pojistitele, kde musí být provedeno ověření identifikačních údajů pojistníka.
- f) převedení podílových jednotek mezi fondy. Pojistitel je oprávněn při vyřizování žádosti o převedení podílových jednotek účtovat pojistníkovi poplatek (viz platný PPPP). Žádost lze podat pouze na formuláři pojistitele, kde musí být provedeno ověření identifikačních údajů pojistníka. Při převodu podílových jednotek mezi fondy je postupováno podle platných pojistně-technických zásad pojistitele.
- g) změnu poměru zaúčtování zaplaceného pojistného (běžného, mimořádného) do zvolených fondů. Na základě žádosti bude vystaven dodatek s okamžitou platností a účinností od následující splátky běžného, resp. mimořádného pojistného.
- h) o dodatečné sjednání pojištění, popř. vyloučení doplňkové a úrazové složky pojištění nebo doplnění, popř. vyřazení dospělé pojištěné osoby nebo dítěte. Případný přeplatek pojistného je ponechán v kapitálové hodnotě pojistné smlouvy.
- i) změnu doby trvání pojištění,
- j) doplnění nebo zrušení individuálního konce, klesající pojistné částky (lineární nebo anuitně) a změnu výše úroku dle úvěru u anuitně klesající pojistné částky,
- k) dodatečné sjednání, popř. zrušení indexace dle čl. 14 těchto SPP,
- l) dodatečné sjednání, popř. zrušení řízeného programu investování dle čl. 4 bodu C těchto SPP,
- m) dodatečné sjednání, popř. zrušení zamykání výnosů dle čl. 4 bodu D těchto SPP.

- B. Pojistitel má právo:
- a) v souvislosti s výše uvedenými změnami zvýšit běžné pojistné na úroveň danou platnými pojistně-technickými pravidly,
- b) v případě, že situace na finančních trzích nebo statisticky významné změny v oceňování pojištěného rizika způsobí nedostatek finančních prostředků v kapitálové hodnotě pojistné smlouvy oproti stavu kapitálové hodnoty předpokládané při stanovování minimálního pojistného, upravit nově výši pojistného na další pojistné období,
- c) za provedené změny (vystavení dodatku) účtovat pojistníkovi poplatek (viz platný PPPP),
- d) stanovit výši pojistného s ohledem na změnu poplatků v průběhu trvání pojištění a s ohledem na započtení aktuální výše kapitálové hodnoty.

- C. Ostatní ustanovení
- a) Pojistník je povinen seznámit pojištěného (event. zákonného zástupce pojištěného dítěte) s obsahem pojistné smlouvy.
- b) Všechny změny provedené na základě písemné žádosti pojistníka vstupují v platnost dnem uvedeným na dodatku; změny v rozsahu pojištění jsou zpravidla účinné od 1. dne měsíce následujícího po doručení žádosti pojistiteli, pokud není dohodnuto jinak.
- c) Při jakékoliv provedené technické změně, která může ovlivnit výši pojistného, pojistitel pojistné, vzhledem k charakteru pojištění, automaticky nesnižuje na minimální výši postačitelosti. Ke snížení pojistného může dojít výhradně na základě písemné žádosti pojistníka.

ČLÁNEK 9 Sleva za komplexní rozsah pojištění

Pojistitel může přiznat slevu za komplexní rozsah pojištění (dále jen „sleva“), pokud na smlouvě dosáhne součet pojistných částek u vybraných pojistných rizik částky v celkové minimální výši stanovené pojistitelem. Sleva je uplatněna na rizikové pojistné jednotlivých pojistných rizik stanovených pojistitelem sjednávaných pro dospělé pojištěné osoby, a pro všechna tato pojistná rizika je ve stejné výši. Konkrétní výše slevy dle součtu pojistných částek pojistných rizik stanovených pojistitelem a uplatnění slevy na vybraná rizika jsou uvedeny v PPPP. Pojistitel může uvedené parametry v průběhu trvání pojištění měnit.

ČLÁNEK 10 Dopravní nehoda

Dopravní nehodu ve smyslu těchto SPP se rozumí:

Nehoda na pozemní komunikaci

Událost v provozu na pozemních komunikacích, například havárie nebo srážka, která se stala nebo byla započata na pozemní komunikaci a při níž dojde k usmrcení nebo zranění osoby v příčinné souvislosti s provozem vozidla v pohybu.

Pojištění nehody na pozemní komunikaci nezahrnuje:

- úrazy osob dopravovaných na částech motorového vozidla, které nejsou určeny k dopravě osob (blatníky, kapota apod.),
- úrazy při účasti motorového vozidla na rychlostních závodech (včetně tréninků),
- úrazy při provádění typových zkoušek rychlosti, brzd, zvratu a stability motorového vozidla, dojezdu z největší rychlosti, zajištění motorových vozidel apod.,
- úrazy osob dopravovaných ve vozidlech (s výjimkou řidiče), která neslouží k dopravě osob, např. silniční válce, buldozery,
- úrazy osob dopravovaných v nákladních automobilech v prostoru pro náklad, pokud není pro dopravu osob určen.

Drážní nehoda

Především železniční nehody a tramvajové nehody, případně nehody na jiných kolejových drahách (pozemní lanová dráha, metro), při kterých došlo ke srážce nebo vykolejení drážních vozidel v příčinné souvislosti s provozováním drážní dopravy, s následkem smrti či újmy na zdraví.

Do stejného právního režimu spadají i visuté lanové dráhy a také trolejbusová doprava.

Nehoda ve vodní dopravě

Událost, k níž došlo v provozu na vodní cestě, umělém či přírodním jezeře, moři, oceánu, nebo umělých plavebních kanálech a průplavech, a to na vodní hladině nebo pod hladinou, nebo v příčinné souvislosti s provozem. Následkem nehody je újma na zdraví nebo smrt účastníků provozu.

Nehoda v letecké dopravě

Událost spojená s provozem letadla, která se stala mezi dobou, kdy kterákoliv osoba nastoupila do letadla s úmyslem vykonat let a dobou, kdy všechny takové osoby letadlo opustily, a při které došlo ke smrtelnému nebo těžkému zranění kterékoliv osoby následkem přítomnosti v letadle, nebo přímého kontaktu s keroukoliv částí letadla, včetně částí, které se od letadla oddělily, dále přímým působením proudu plynů (vytvořených letadlem).

V případě, že je letadlo nezvěstné a cestující byli prohlášeni za mrtvé, mají oprávněné osoby nárok na pojistné plnění za nehodu v letecké dopravě.

Pojištění nehody ve vodní, letecké a drážní dopravě nezahrnuje:

- úrazy při účasti lodí nebo letadel na rychlostních nebo vytrvalostních závodech (včetně tréninků na ně),
- úrazy při provádění typových zkoušek všech druhů dopravních prostředků.

Pojistitel neposkytne dvojnásobné plnění za dopravní nehodu za případy zranění, které si způsobil sám pojištěný nebo které bylo způsobeno druhou osobou a které není v příčinné souvislosti s dopravní nehodou, ani za onemocnění, které nepropuklo v souvislosti s dopravní nehodou. Dále neposkytne pojistitel plnění, jestliže šlo o pasažéra ukrývajícího se mimo prostory normálně používané pro cestující a posádku.

Pojištění dopravní nehody se nevztahuje na úrazy vzniklé při provozování sportů a zájmových činností spadajících do 4. rizikové skupiny.

ČLÁNEK 11

Doplňková a úrazová složka pojištění

1. Pro FLEXI životní pojištění lze v souladu s Přílohou č. 1 k zákonu o pojišťovnictví v platném znění sjednat doplňkovou a úrazovou složku pojištění s těmito pojistnými riziky:

- A. Doplnkové pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin
- B. Pojištění vážných nemocí a úrazů, vč. připojištění na novotvary in situ
- C. Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče
- D. Pojištění zproštění od placení pojistného
- E. Pojištění kapitálové hodnoty
- F. Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s výplatou doživotní renty
- G. Pojištění doživotní kapitálové renty
- H. Pojištění pro případ smrti následkem úrazu
- I. Pojištění trvalých následků úrazu
- J. Pojištění denního odškodného – úraz s možností progresivního plnění
- K. Pojištění hospitalizace
- L. Pojištění pracovní neschopnosti – nemoc, vč. připojištění úrazu k pracovní neschopnosti

2. Předběžné krytí

V pojistné smlouvě je automaticky sjednáno předběžné krytí na pojistnou dobu od třetího dne od podpisu nabídky do dne uvedeného v nabídce jako počátek pojištění, maximálně však na dobu 29 dnů. Předběžné krytí je sjednáno pouze pro smlouvy, u kterých je počátek pojištění stanoven na 1. den následujícího měsíce po datu podpisu nabídky.

Predběžné krytí se vztahuje pouze na úrazový děj (vyjma základního a doplňkového pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin) a na ta z následujících pojištění, která jsou platná ke dni počátku pojištění:

základní pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin, doplňkové pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin, pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče vyjma pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče v dětském pojištění, pojištění pro případ smrti následkem úrazu, pojištění trvalých následků úrazu, pojištění denního odškodného – úraz s možností progresivního plnění, pojištění hospitalizace, připojištění úrazu k pracovní neschopnosti.

Predběžné krytí se sjednává za stejných podmínek a se stejnými parametry, jaké jsou u jednotlivých pojištění sjednaných v pojistné smlouvě, s výjimkou pojistných částek, jejichž výše je omezena hodnotami uvedenými v PPPP ke dni, kdy pojistná událost nastala. Pojistné plnění z předběžného krytí bude poskytnuto pouze v případě, že nabídka byla pojistitelem přijata.

3. Výluky z doplňkové a úrazové složky pojištění

V případě úrazu nebo onemocnění, které nastalo před počátkem pojištění, pojistitel postupuje v souladu s ustanovením čl. 16, bodu 2 VPP. Pojištěný však může být do pojištění přijat s vyloučením konkrétní části těla a/nebo diagnózy a/nebo tělesného orgánu a/nebo systému v rámci doplňkové a úrazové složky pojištění.

Výluky z doplňkové a úrazové složky se nevztahují na dětská pojištění.

Stanovenou výlukou je možné v průběhu trvání pojištění zrušit. Ke zrušení výluky může dojít výhradně na základě žádosti o netechnickou změnu od pojistníka, resp. pojištěného, ke které bude přiložena zdravotní dokumentace, z níž jednoznačně vyplývá zlepšení zdravotního stavu, kvůli kterému byla výluka původně nastavena.

A. DOPLŇKOVÉ POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD SMRTI Z JAKÝCHKOLIV PŘÍČIN

Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 let do 70 let. Pojištění končí nejdříve s ukončením základního životního pojištění pro případ smrti (max. v roce, ve kterém se pojištěný dožije 80 let).

Zemře-li pojištěný během trvání pojištění, vyplatí pojistitel oprávněné osobě pojistné plnění ve výši aktuálně platné pojistné částky k datu vzniku pojistné události.

Pojištění je možné sjednat s konstantní a/nebo klesající pojistnou částkou (varianta klesání lineárně nebo anuitně).

Pro toto pojištění je možné v rámci obou variant pojistné částky (konstantní/klesající) sjednat individuální konec pojistného rizika ve stanoveném věku. Pojištění je pak automaticky ukončeno poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období po dovršení sjednaného věku, nejpozději však s koncem trvání pojistné smlouvy. Pojistitel má právo automaticky upravit dobu trvání pojistného rizika tak, aby byla shodná s koncem trvání pojistné smlouvy, v případě že doba trvání pojištění neodpovídá podmínkám pro sjednání tohoto pojištění.

Smrtí pojištěného pojištění zaniká.

V případě tzv. **terminálního stadia onemocnění** má pojištěný právo na výplatu zálohy na pojistné plnění (dále jen „záloha“) ve výši 60 % z pojistné částky sjednané pro doplňkové pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin.

Terminální stadium se vyskytuje u různých onemocnění, jejichž průběh vede s vysokou pravděpodobností k úmrtí pojištěného do 12 měsíců od data stanovení prognózy.

Diagnóza onemocnění i prognóza terminálního stadia musí být stanovena příslušným lékařem specialistou (tj. onkologem, kardiologem apod.).

Datem pojistné události je den, kdy bylo terminální stadium daného onemocnění potvrzeno lékařem.

V případě, že pojištěný, kterému byla poskytnuta záloha za terminální stadium, přežije 12 měsíců ode dne potvrzení terminálního stadia onemocnění, poskytnutá záloha se nevrací.

V případě, že tento pojištěný zemře, je vyplacena obmyšlené osobě pojistná částka platná ke dni úmrtí ponižená o již vyplacenou zálohu.

Po vyplacení zálohy za terminální stadium onemocnění již není možné pojistnou částku zvyšovat ani měnit variantu pojistné částky, variantu klesání či prodlužovat

dobu trvání pojištění. Pojistné je poté i nadále inkasováno za sjednanou pojistnou částku, nikoliv za její zbývající část po odečtení zálohy.

Pojistitel neposkytne zálohu za terminální stadium onemocnění, nastane-li pojistná událost v období:

- a) dvou let ode dne počátku pojištění anebo
- b) kratším dvou let před koncem doby trvání tohoto pojištění.

V případě, kdy došlo v posledních dvou letech před stanovením prognózy terminálního stadia ke zvýšení pojistné částky doplňkového pojištění pro případ smrti, vyplatí pojistitel příslušné procento z pojistné částky platné před jejím zvýšením. Při následném úmrtí pojištěného bude vyplacena aktuální pojistná částka snížená o již vyplacenou zálohu.

Nárok na výplatu pojistného plnění za terminální stadium onemocnění vzniká pouze jednou za celou dobu trvání pojištění, a to za podmínky platnosti tohoto pojištění k datu nahlášení pojistné události.

B. POJIŠTĚNÍ VÁŽNÝCH NEMOCÍ A ÚRAZŮ

Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 do 65 let. Pojistné krytí končí nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěný dožije 70 let.

Pojištění je možné sjednat s konstantní a/nebo klesající pojistnou částkou (varianta klesání lineárně nebo anuitně). V každé variantě pojistné částky (konstantní/klesající) je nutné zvolit variantu pojištění základní (pojištění 4 diagnóz) či kompletní (pojištění 33 diagnóz).

Pro toto pojištění je možné v rámci obou variant pojistné částky sjednat individuální konec pojistného rizika ve stanoveném věku. Po dovršení stanoveného věku je pak pojištění automaticky ukončeno, a to nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěný dožije 69 let. Pojistitel má právo automaticky upravit dobu trvání pojistného rizika tak, aby byla shodná s koncem trvání pojistné smlouvy, max. do 70 let věku, v případě že při sjednání doby trvání pojistného rizika nebyl dodržen max. výstupní věk pro toto pojištění a v případě že doba trvání pojištění neodpovídá podmínkám pro sjednání tohoto pojištění.

1. Předmět a rozsah pojištění

Předmětem pojištění vážných nemocí a úrazů jsou v kompletní variantě tyto diagnózy:

a) **infarkt myokardu** – nezvratné poškození části srdeční svaloviny, které je způsobeno nedostatečným krevním zásobením dané oblasti; nárok na pojistné plnění vzniká potvrzením diagnózy stanovené odbornou kardiologickou a interní klinikou, resp. příslušným odborným lékařem.

Nárok na pojistné plnění vzniká i v případě cévních komplikací v návaznosti na diabetes mellitus, při splnění všech definovaných podmínek.

Z pojistného plnění je vyloučena Angina pectoris.

b) **rakovina (nádorová onemocnění)** – přítomnost nekontrolovaného růstu a rozšiřování maligních buněk a jejich invaze do tkáně, termín „rakovina“ také zahrnuje leukémii, maligní lymfomy vč. lymfomu kožního, Hodgkinovu chorobu, zhoubný nádor kostní dřene a sarkom.

Nárok na pojistné plnění vznikne i při životně nezbytné transplantaci kostní dřene, kdy příjemcem kostní dřene je pojištěný. Povinnost pojistitele plnit (pojistná událost) vzniká dnem provedení transplantace.

Vyloučeny jsou:

- neinvazivní karcinomy in situ,

- lokalizované neinvazivní tumory vykazující jen rané maligní změny (dysplazie cervixu, rakovina cervixu klasifikace CIN-1-3, rakovina prostaty klasifikace T1a nebo T1b),

- maligní melanom klasifikace IA a ostatní typy rakoviny kůže,

- všechny typy rakoviny za přítomnosti HIV infekce.

Diagnóza maligního růstu nebo tvorby metastáz musí být potvrzena histologickým vyšetřením.

c) **totální ledvinové selhání** – konečné stadium ledvinového selhávání následkem chronického a nezvratného selhání funkce obou ledvin; pojištěný musí podstupovat pravidelnou dialýzu nebo být po transplantaci ledviny. Za pojistnou událost se považuje také zařazení pojištěného do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci.

Nárok na pojistné plnění vzniká i v případě cévních komplikací v návaznosti na diabetes mellitus, při splnění všech definovaných podmínek.

d) **cévní mozková příhoda** – ložiskové mozkové poškození (s patologickým neurologickým nálezem) trvající déle než 24 hodin, které zahrnuje cévní mozkové příhody ischemické nebo hemoragické.

Jedná se buď o dokončený akutní ischemický iktus (uzávěr cévy trombem, embolem nebo jiným útvarem) nebo krvácení (intracerebrální, intraventriculární a subarachnoidální). Příčinou krvácení může být i prasklé aneurysma.

Musí být prokázáno trvalé neurologické postižení doložené objektivním nálezem lékaře specialisty v oboru neurologie. Diagnóza musí být potvrzena čerstvými změnami na CT nebo MRI.

Vyloučeny jsou cévní mozkové příhody vzniklé důsledkem úrazu, tranzitorní ischemická ataka a druhotné krvácení do již existující mozkové léze.

Nárok na pojistné plnění vzniká i v případě cévních komplikací v návaznosti na diabetes mellitus, při splnění všech definovaných podmínek.

e) **významné poškození mozku způsobené úrazem** – Klinická symptomatologie s prokázaným trvalým neurologickým postižením musí být doložena objektivním nálezem lékaře specialisty v oboru neurologie. Diagnóza musí být potvrzena čerstvými změnami na CT nebo MRI.

Vyloučeno je poškození mozku způsobené úrazem v souvislosti s požitím alkoholu a/nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky.

f) **transplantace životně důležitých orgánů** – životně nezbytná a lékařským nálezem indikovaná transplantace srdce, plic, jater, ledvin, slinivky břišní, 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. Mezi kritéria plnění patří také přijetí do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci. Transplantace musí být z lékařského hlediska nezbytně nutná a musí být objektivně potvrzeno selhání funkce příslušného orgánu odborným lékařem.

Právo na plnění nevznikne, jde-li o transplantace jiných orgánů, částí výše uvedených orgánů nebo tzv. kmenových buněk.

- g) **operace aorty** – operační výkon na aortě provedený v důsledku jejího roztržení, vzniku výdutě nebo jejího vrozeného zúžení; vyloučeny jsou operace na větvích aorty nebo bypassy vystupující z aorty a vedoucí krev do periferního řečiště (např. aortofemorální bypass). Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem provedení operace, pokud k ní došlo na území členských států Evropské unie.
- h) **nitrolební (intrakraniální) nádor** – nitrolební nádory s klinickou symptomatologií, které je nutno řešit chirurgickým zákrokem (otevřeným z kraniotomie, stereotaktickým, endonasálním apod.), a/nebo radioterapií a/ nebo chemoterapií. Přítomnost nádoru musí ohrožovat životní funkce a v případě, že je neoperabilní, musí způsobovat trvalé neurologické poškození. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem rozhodnutí odborného lékaře (neurologa, neurochirurga) o nutnosti (indikaci) operativního zákroku, eventuálně rozhodnutí o inoperabilitě nitrolebního nádorového procesu, případně prokázání již provedené operační léčby, chemoterapie nebo ozařování. Požaduje se prokázání na MRI nebo CT (případně PET).
- i) **slepot** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta zraku obou očí; patří sem i téměř úplná ztráta zraku s minimálním zbytkovým viděním (max. 3/60) nebo omezení zorného pole (pod 10 stupňů). Diagnóza musí být klinicky potvrzena odborným lékařem. Stav nelze změnit žádným lékařským zákrokem. Pojistnou událostí není snížení visu (zraku) nižšího stupně. Nárok na pojistné plnění vzniká i v případě cévních komplikací v návaznosti na diabetes mellitus, při splnění všech definovaných podmínek.
- j) **hluchota** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta sluchu obou uší; diagnóza musí být klinicky potvrzena audiometrickým vyšetřením, tympanometrií a vyšetřením akustického reflexu odborným lékařem pojistitele. Stav nelze změnit lékařským zákrokem. Pojistnou událostí není snížení sluchu nižšího stupně.
- k) **ztráta řeči** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta schopnosti řeči v důsledku nemoci nebo úrazu hlasivek. Diagnóza musí být potvrzena nálezem odborného lékaře, nejlépe ORL. Pojistná událost vzniká dnem, ke kterému byla stanovena diagnóza ztráty řeči a za předpokladu splnění uvedených podmínek. Za pojistnou událost je považován i stav po laryngektomii (odstranění hrtanu). Psychogenní ztráta schopnosti mluvit není kryta. Právo na pojistné plnění nevznikne, jde-li o vznik postižení v důsledku psychického stavu (tj. veškeré příčiny související s psychiatrickými diagnózami) a v případě, že příčinou vzniku onemocnění je kouření.
- l) **paraplegie** – úplné a trvalé ochrnutí dolní poloviny těla. Povinnost pojistitele plnit vzniká nejdříve 6 měsíců od počátku onemocnění po stanovení diagnózy paraplegie příslušným klinickým pracovištěm.
- m) **tetraplegie (kvadruplegie)** – úplné a trvalé ochrnutí všech čtyř končetin. Povinnost pojistitele plnit vzniká nejdříve 6 měsíců od počátku onemocnění po stanovení diagnózy tetraplegie příslušným klinickým pracovištěm.
- n) **hemiplegie** – úplné a trvalé ochrnutí pravé nebo levé poloviny těla s úplným a trvalým přerušením vodivosti míchy pro vlákná zajišťující hybnost. Povinnost pojistitele plnit vzniká nejdříve 6 měsíců od počátku onemocnění po stanovení diagnózy hemiplegie příslušným klinickým pracovištěm.
- o) **kóma** – stav hlubokého bezvědomí bez reakce na vnější či vnitřní podněty, který trvá nepřetržitě nejméně 96 hodin (do 8 bodů na Glasgowské stupnici kómatu). 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 kóma vzniklé následkem požívání alkoholu a/nebo aplikace návykových látek a/nebo přípravků obsahujících návykové látky. Dále pojistitel neplní za kóma vzniklé na podkladě úrazu v souvislosti s požitím alkoholu a/nebo aplikace návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky. Vyloučeno je též umělé kóma (dlouhodobá narkóza) navozené medikamentózně pro léčebné účely.
- p) **demence včetně Alzheimerovy choroby** – výrazný úbytek nebo úplná ztráta mentálních a sociálních schopností důsledkem nenávratného selhání funkce mozku. Zdravotní stav nemocného musí vyžadovat trvalý dohled. Diagnóza musí být potvrzena standardními psychodiagnostickými testy a dotazníky pro diagnózu Alzheimerovy choroby nebo jiných druhů demencí a dále musí být potvrzena odborným klinickým neurologickým pracovištěm. Vyloučena je demence v důsledku požívání alkoholu a/nebo aplikace návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky, demence v důsledku choroby AIDS.
- q) **Parkinsonova nemoc** – progredující neurologické onemocnění způsobené úbytkem buněk produkujících přenašeč dopamin. Nedostatek dopaminu vede k charakteristickým příznakům nemoci (rigidita svalů, poruchy držení těla, svalový třes, zpomalení volních pohybů). Následující kritéria se musí vyskytovat trvale: akinese plus rigor, klidový tremor nebo posturální instabilita. Patří sem oboustranné postižení od klinického stupně závažnosti 3 dle Hoehn a Yahr. Potvrzení neurologem a pomocí L-dopa testu, CT nebo MRI. Vyloučeny z plnění jsou sekundární parkinsonské příznaky.
- r) **operace věnčitých (koronárních) tepen z důvodu ischemické choroby srdeční** – je operační kardiologický výkon, při němž je pojištěnému voperován alespoň dvojnásobný koronární bypass (CABG, ACVB) s použitím transplantátu při otevřeném hrudníku pro funkčně významné postižení věnčitých tepen. Podkladem

pro indikaci operace musí být koronarograficky prokázána funkčně významná nedostatečnost (zúžení, uzávěr) věnčitých tepen a lékařská zpráva s přesnou diagnózou základní a operační.

Pojistná událost však nenastává, pokud je zpřůchodnění věnčitých tepen provedeno pomocí intraarteriálních katetrů, mezi které patří například angioplastika (PTCA), rotablance, laserové techniky nebo jakékoli jiné podobné procedury (tj. provedení zákroku bez otevření hrudníku).

Demem pojistné události je den provedení operace. Operace musí být provedena na území České republiky nebo na území členských států Evropské unie. V případě nesplnění této podmínky není pojistitel povinen vyplatit pojistné plnění.

- s) **náhrada jedné nebo více srdečních chlopní umělo chlopní** – náhrada z důvodu stenózy nebo nedomykavosti operační cestou. Kardiologický operační výkon zahrnuje náhradu aortální, mitrální, plicní nebo trikuspidální chlopně. Diagnóza a provedení operačního výkonu musí být potvrzeny odborným lékařem v oboru kardiologie včetně doložení operačního protokolu, operace musí být provedena na území ČR nebo na území členského státu EU. Pojistná ochrana se nevztahuje na jiné kardiologické zákroky a veškeré výměny chlopníových protěz. Vyloučeny jsou valvulotomie, valvuloplastiky a jiné operativní korekce chlopně, při nichž nedojde k její náhradě, dále jsou vyloučeny náhrady chlopně z důvodu infekční endokarditidy vzniklé z důvodu nitrožilního podávání drog.
- t) **primární kardiomyopatie** – onemocnění srdečního svalu provázené poruchou jeho funkce, a to bez průkazu jiné příčiny (onemocnění vzniká jako samostatná choroba). Diagnóza tohoto onemocnění musí splňovat jedno z následujících kritérií:
– dilatace (rozšíření) a systolická dysfunkce levé komory s ejekční frakcí pod 30 % potvrzené opakovaně s odstupem minimálně 6 měsíců (dilační kardiomyopatie),
– neadekvátní hypertrofie myokardu (zbytnění, zvláště přepážky) s diastolickou dysfunkcí (hypertrofická kardiomyopatie) vyžadující nefarmakologickou léčbu (např. implantace ICD, kardiostimulátoru, alkoholová ablace septikomorového septa)
– těžká diastolická dysfunkce, především na podkladě amyloidosy (restrikční kardiomyopatie),
– arytmogenní dysplasie pravé komory (nahrazování svaloviny pravé komory tukem a zvrátem).
Diagnóza musí být klinicky potvrzena odborným lékařem kardiologem vč. nálezem vyšetření EKG, echokardiografie, katetrizací, ev. MR srdečního svalu nebo biopsií (tato je vyžadována u restrikční kardiomyopatie a arytmogenní dysplasie pravé komory). Musí se jednat o postižení s výraznými klinickými příznaky – podle klasifikace NYHA třídy III–IV. Právo na plnění nevznikne, jde-li o kardiomyopatie vznikající sekundárně následkem jiného onemocnění jako je hypertenze, srdeční arytmie, chlopní vady, kardiomyopatie při svalové dystrofii, v těhotenství, způsobené toxickými vlivy (např. léky), alkoholické kardiomyopatie nebo při současné infekci virem HIV.
- u) **roztroušená skleróza** – je autoimunitní onemocnění bílé hmoty CNS (mozku) a míchy), které vede ke ztrátě myelinu v zánětlivých ložiscích (demyelinizace) a difúzní ztrátě axonů (neurodegenerace = postihuje i nervová vlákna). Projevuje se různými neurologickými příznaky (poruchy zraku, citlivosti, hybnosti apod.). Prokazuje se typickými nálezy při vyšetření CNS magnetickou rezonancí (MRI). Demem pojistné události je den stanovení jednoznačné a definitivní diagnózy podle revidovaných McDonaldových kritérií (průkaz roztroušenosti v čase i prostoru) odborným lékařem – neurologem. Za pojistnou událost se nepovažuje první akutní projev tohoto onemocnění, dále nejednoznačné neurologické diagnózy a ostatní zánětlivá onemocnění.
- v) **amyotrofická laterální skleróza** – progresivní degenerativní onemocnění centrálního i periferního motorického neuronu, projevující se rychlou progresí, s přítomností svalových obrn a atrofií s následkem postižení pojištěného. Tento stav musí být lékařsky dokumentován. Diagnóza musí být potvrzena klinickým neurologickým vyšetřením včetně uvedení nálezů EMG vyšetření a nálezů MR mozku a krční míchy, event. vyšetřením mozkomíšního moku. Demem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena diagnóza onemocnění motorického neuronu.
- w) **systémový lupus erythematodes** – multiorganové autoimunitní systémové onemocnění (difúzní onemocnění pojivové tkáně), které je charakterizováno tvorbou autoprotilátek působících proti různým strukturám buněčného jádra, projevující se specifickým organovým postižením kůže, kloubů, plic, srdce, ledvin, mozku, krevetvorby, cév. Diagnóza musí být klinicky potvrzena odborným lékařem revmatologem na podkladě průkazu čtyř nebo více klasifikačních kritérií ACR (American College of Rheumatology). Vyloučeny jsou onemocnění pouze s kožním postižením a jiná systémová onemocnění.
- x) **Chrohnova choroba** – závažné zánětlivé onemocnění střev nejasné příčiny. Diagnóza musí být stanovena odborným gastroenterologickým vyšetřením vycházejícím z výsledků doloženého endoskopického, histologického a laboratorního nálezů. Podmínkou tohoto onemocnění splňují pacienti s recidivující fistulující či stenózující formou onemocnění vyžadující opakovaně střevní resekce. Dále pacienti se závažným malabsorbčním syndromem vyžadující dlouhodobé nebo trvalé podávání parenterální výživy. Demem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena diagnóza gastroenterologem.
- y) **stavy vedoucí k syndromu krátkého střeva s nutností totální parenterální umělé výživy** – syndrom krátkého střeva souvisí s nedostatečnou délkou zaživacího traktu vzniklou po opakovaných resekcích (chirurgických výkonech na střevě s odnětím části střeva). Důsledky pro organismus jsou různé podle odňatého

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 je dlouhodobé nebo trvalé. Datem vzniku pojistné události je den, kdy byla stanovena diagnóza odborným lékařem se zdůvodněním nutnosti podávání umělé parenterální výživy.

z) klíčovou meningoencefalitidou (KE) se rozumí encefalitida a/nebo meningitida způsobená specifickými ARBO viry (rod Flavivirus).

Přenašečem je klíště. Vzácně je přenos možný alimentární cestou.

Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria:

- KE je řádně léčena během hospitalizace nebo ambulantně,
 - pojištěný doložil přítomnost protilátek proti klíčové meningoencefalitidě v séru a/nebo v mozkomíšním moku a zvýšení hladiny IgM protilátek prokazující akutní infekci,
 - závažné trvalé neurologické a/nebo psychiatrické následky klíčové meningoencefalitidy jsou potvrzeny příslušným odborným lékařem.
- Diagnóza musí být stanovena odborným lékařem a doložena v závislosti na onemocnění výše uvedeným způsobem.

aa) Lymeská nemoc (borrelióza) – zánětlivé onemocnění způsobené bakteriemi komplexu *Borrelia burgdorferi*, které má projevy kožní, neurologické, kloubní, kardiologické, oční a další.

Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria:

- pojištěný jednoznačně doložil přítomnost bakterie *Borrelia burgdorferi* (vyšetření z laboratorně molekulární biologie pomocí metody PCR),
- pojištěný doložil přítomnost specifických protilátek proti Lymeské nemoci v organismu (IgM a IgG prokazujících akutní infekci),
- pojištěný byl řádně dlouhodobě léčen,
- příznaky způsobené jednoznačně Lymeskou nemocí a závažnost jejich následků jsou potvrzeny příslušným odborným lékařem (psychosyndrom, parézy periferních i hlavových nervů, dysartrie, ataxie, poruchy kognitivních a paměťových funkcí, periferní neuropatie apod., těžké invalidizující postižení kloubů).

Pojistnou událostí při neurologických komplikacích jsou onemocnění s trvalým neurologickým defektem a současně klinicky potvrzeným nálezem neurologa. Postižení kloubů a invalidizace musí být potvrzena příslušným odborným lékařem. Diagnóza musí být stanovena odborným lékařem a doložena v závislosti na onemocnění výše uvedeným způsobem.

bb) meningitida (meningoencefalitida) – zánět mozkových blan vyvolaný infekční etiologií.

Pro plnění z meningitidy musí existovat alespoň tři z níže uvedených příznaků: poruchy sluchu, hemiparézy, epileptické záchvaty, ataxie, parézy mozkových nervů, poruchy zraku, neuropsychické potíže nebo Waterhaus-Friedrichsenův syndrom (krvácení do nadledvin při meningokokové sepsi).

Poškození musí být potvrzeno odborným lékařem neurologem na základě technické diagnostiky (CT, MRI, transkraniální duplexní sonografie), vyšetření mozkomíšního moku s typickým zánětlivým nálezem, průkazem agens, jejich antigenů nebo DNA bakterií v moku nebo krvi pomocí metody PCR.

Pojištětel dále plní za získané psychiatrické nemoci vedoucí k týmž nebo podobným následkům jako organická onemocnění mozku uvedená pod tímto písmenem. Podkladem pro poskytnutí plnění je lékařská zpráva a podrobný popis postižení. Vyloučeno je postižení vzniklé následkem infekce způsobené virem HIV.

cc) encefalitida (meningoencefalitida) – zánět mozkové tkáně vyvolaný infekční etiologií.

Pro plnění z encefalitidy je nutné mít potvrzeno odborným lékařem – neurologem – a s pomocí dalších vyšetřovacích metod (vyšetření moku, CT, MRI nebo EEG).

Pro plnění z encefalitidy jsou následující kritéria: trvalé kognitivní poruchy, poruchy sluchu, řeči, epilepsie, motorické výpadky, deficit v jemné motorice, ochrnutí mozkových nervů, demence. Pojištětel dále plní za získané psychiatrické nemoci vedoucí k týmž nebo podobným následkům jako organická onemocnění mozku uvedená pod tímto písmenem. Podkladem pro poskytnutí plnění je lékařská zpráva a podrobný popis postižení. Vyloučeno je postižení vzniklé následkem infekce způsobené virem HIV.

dd) aplastická anémie – selhání funkce kostní dřeně (porucha krvetvorby), v jejímž důsledku je v cirkulující krvi nedostatek červených i 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,
- počet granulocytů (bílé krvinky s vyzrálými granulami v cytoplasmě) v krvi je nižší než 500/mm³ (t.j. 0,5 x 10⁹/l) a krevních destiček nižší než 20 000/mm³ (t.j. 20 x 10⁹/l),
- je prokázána anémie a retikulocytopenie,
- léčení je prováděno minimálně jedním z následujících způsobů:
 - pravidelné krevní transfúze,
 - pravidelná aplikace imunosupresivních látek,
 - transplantace kostní dřeně.

Pojistná událost nenastává, jedná-li se o aplastickou anémii, která je následkem terapie (např. antibiotiky, nesteroidními antirevmatiky, zlatem, radiačním zářením nebo chemoterapií), o některou z forem vrozené aplastické anémie nebo o aplastickou anémii, pokud bylo u pojištěného diagnostikováno nádorové onemocnění před uzavřením tohoto pojištění.

Pojistná událost také nenastává v případě, že diagnóza aplastické anémie byla poprvé stanovena během prvních dvou let od sjednání pojištění a současně toto onemocnění souviselo s chronickou anémií, které si byl pojištěný vědom před uzavřením tohoto pojištění.

ee) Creutzfeldtova-Jakobova nemoc – vzácné přenosné onemocnění mozku, jednou z variant je vznik nemoci po požití hovězího masa nakaženého BSE.

Nemoc způsobuje ztrátu mozkových buněk, čímž vzniká trvalé poškození mozkové tkáně s rychlou ztrátou duševních schopností a koordinace volných pohybů. Pro plnění musí existovat dva z příznaků: motorické poruchy (myoklonie, ataxie), poruchy paměti, vnímání a bdělosti, zraku, změny osobnosti. Potvrzení neurologem s pomocí dalších vyšetřovacích metod (vyšetření moku, MRI, EEG, u BSE biopsie mandlí).

ff) těžké popáleniny – jsou popáleniny stupně IIb a III (hluboké popáleniny) s rozsahem nejméně 20 % povrchu těla. Doložení diagnózy: lékařská zpráva popisující lokalizaci, stupeň a rozsah popálenin.

gg) onemocnění plic způsobující dechovou nedostatečnost – je konečné stádium plicních onemocnění, která vedou k trvalému dechovému selhání (tj. globální chronické respirační insuficienci). Diagnóza musí být potvrzena splněním všech pěti následujících kritérií současně:

- hodnota FEV1 (při spirometrickém vyšetření) je trvale menší než 50 % náležité hodnoty;
- parciální tlak kyslíku (pO₂) při analýze krevních plynů je roven nebo nižší než 7,5 kPa;
- parciální tlak oxidu uhličitého (pCO₂) při analýze krevních plynů je trvale vyšší než 6,8 kPa;
- v souladu s výše uvedenými indikačními kritérii je nutná trvalá kyslíková terapie pro hypoxémii;
- je subjektivně pociťována klidová dušnost (samotná nemusí korelovat se změnami plicních funkcí).

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena diagnóza chronické respirační insuficience lékařem – pneumologem.

V základní variantě pojištění vážných nemocí a úrazů jsou obsaženy následující nemoci a úrazy: infarkt myokardu, rakovina (nádorová onemocnění), totální ledvinové selhání, cévní mozková příhoda.

Kompletní variantu pojištění vážných nemocí a úrazů dělíme do šesti skupin.

1. skupina – Selhání důležitých orgánů

- totální ledvinové selhání
- transplantace životně důležitých orgánů
- systémový lupus erythematoses
- aplastická anémie
- onemocnění plic způsobující dechovou nedostatečnost

2. skupina – Nervový systém

- významné poškození mozku způsobené úrazem
- paraplegie
- tetraplegie (kvadruplegie)
- hemiplegie
- kóma
- demence včetně Alzheimerovy choroby
- Parkinsonova nemoc
- roztroušená skleróza
- amyotrofická laterální skleróza
- klíčková meningoencefalitida
- Lymeská nemoc (borrelióza)
- meningitida (meningoencefalitida)
- encefalitida (meningoencefalitida)
- Creutzfeldtova-Jakobova nemoc

3. skupina – Kardiovaskulární systém

- infarkt myokardu
- cévní mozková příhoda
- operace aorty
- operace věnčitých (koronárních) tepen z důvodu ischemické choroby srdeční
- náhrada jedné nebo více srdečních chlopní umělou chlopní
- primární kardiomyopatie

4. skupina – Záněty

- Crohnova choroba
- stavy vedoucí k syndromu krátkého střeva s nutností totální parenterální umělé výživy

5. skupina – Nádory

- rakovina (nádorová onemocnění)
- nitrolební (intrakraniální) nádor

6. skupina – Ostatní

- slepota
- hluchota
- ztráta řeči
- těžké popáleniny

2. Pojistná událost

a) Pokud pojištěnému onemocněním či úrazem vzniklo právo na plnění, je pojištětel povinen na základě písemné žádosti vyplatit z pojištění vážných nemocí a úrazů smluvně dohodnutou pojistnou částku nezávisle na případném dalším plnění z jakéhokoliv jiného pojištění sjednaného ve smlouvě.

Nárok na plnění vzniká, došlo-li u pojištěného v době trvání pojištění k potvrzení diagnózy jedné z vážných nemocí vyjmenovaných a definovaných v pojistné smlouvě, respektive k provedení některého z operačních zákroků vyjmenovaných a definovaných v pojistné smlouvě, a zároveň byly splněny všechny podmínky stanovené pro danou diagnózu.

b) Pojistné plnění bude pojištěnému vyplaceno pouze za předpokladu jeho přežití alespoň 30 kalendářních dnů od potvrzení lékařské diagnózy, případně data provedení operačního nebo lékařského výkonu jedné z vážných nemocí uvedených v tomto článku.

- c) V pojištění vážných nemocí a úrazů není pojistitel povinen plnit v případě potvrzení lékařské diagnózy, případně data provedení operačního nebo lékařského výkonu jedné z vážných nemocí u pojištěného do doby tří měsíců ode dne počátku tohoto pojištění (tzv. čekací doba). Podmínka tří měsíců od počátku pojištění se nevztahuje na případy, kdy došlo k vážné nemoci výlučně v důsledku úrazu vzniklého nejdříve v den počátku pojištění.
- d) V případě, kdy došlo v posledních třech měsících před stanovením diagnózy, případně operace vážných nemocí ke zvýšení pojistné částky pro případ vážných nemocí a úrazů, vyplatí pojistitel pojistnou částku platnou před jejím zvýšením. Pokud došlo k dané vážné nemoci v důsledku úrazu, který nastal v době trvání pojištění, a po vzniku úrazu došlo ke zvýšení pojistné částky, vyplatí pojistitel pojistnou částku platnou ke dni vzniku úrazu.
- e) Čekací doba se neuplatní při změně varianty pojistné částky (konstantní/klesající) ani při změně varianty klesání (lineárně/anuitně), pokud zároveň nedojde k navýšení pojistné částky.

I. Ukončení v rámci základní varianty pojištění vážných nemocí a úrazů

Posledním dnem pojistně-technického období, ve kterém nastala pojistná událost, končí pojištění základní varianty.

II. Ukončení v rámci kompletní varianty pojištění vážných nemocí a úrazů

Posledním dnem pojistně-technického období, ve kterém nastala pojistná událost, končí pojištění diagnózy, za kterou bylo poskytnuto pojistné plnění, a zároveň končí pojištění skupiny diagnóz, které z lékařského hlediska souvisí s danou diagnózou (viz výčet skupin diagnóz výše).

Pojištění ostatních diagnóz pokračuje dál, pojistná částka a sazba pojistného zůstává beze změn.

Pojistitel poskytne pojistné plnění za maximálně tři pojistné události, které nastanou v průběhu trvání pojištění, a to vždy ve výši 100 % aktuálně platné pojistné částky ke dni vzniku pojistné události.

Mezi daty potvrzení diagnózy, resp. daty provedení operačního nebo lékařského výkonu pro jednotlivé pojistné události je stanovena doba 12 měsíců, kdy pojistitel neposkytne pojistné plnění. Pokud další pojistná událost nastane v této době, pojištění nezaniká, a z této pojistné události nárok na plnění nevzniká.

Dojde-li k souběhu více pojistných událostí najednou v rámci jedné skupiny, vyplatí pojistitel pojistné plnění jen jednou.

Posledním dnem pojistně-technického období, ve kterém nastala třetí pojistná událost, za kterou vzniká nárok na výplatu pojistného plnění, pojištění kompletní varianty vážných nemocí a úrazů končí.

3. Připojištění na novotvary in situ:

Novotvary in situ jsou karcinomem nebo melanom, ohraničený zhoubný nádor, lokalizovaný v místě svého vzniku, který se dá z těla odstranit chirurgickou cestou, např. ve sliznici daného orgánu nebo na kůži, bez přesahu do dalších vrstev (neinvasivní nádor). Podle Mezinárodní klasifikace nemocí se jedná o kódy diagnóz: (MKN 10) D00.0 – D09.9, současně je histologický nález popsán čtyřmístným morfologickým kódem M 8000 – 9999 a na pátém místě je kód biologického chování novotvaru v podobě číslice 2. Neinvazivní nádory plněné tímto benefitem jsou omezeny na následující tumory léčené chirurgickým odstraněním:

D01 karcinom in situ jiných a neurčených trávicích orgánů (D01.0 – D01.9), D03 melanom in situ (D03.0 – D03.9), D05 karcinom in situ prsu (D05.0 – D05.9), D06 karcinom in situ hrldla děložního – cervicis uteri (D06.0 – D06.9), D07 karcinom in situ jiných a neurčených pohlavních orgánů (D07.0 – D07.6), D09 karcinom in situ jiných a neurčených lokalizací (D09.0 – D09.9), dále maligní melanom stádia IA podle TNM a primární karcinom prostaty (C61) stádia pod T2N0M0 (T1a, T1b, T1c) (D07, C61). Vyloučeny jsou všechny typy kožních karcinomů, dg C44 a D04, mimo melanomu stádia IA, a všechny nádory u HIV.

Datem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena diagnóza příslušným odborným lékařem na základě histologického vyšetření svědčícího pro zhoubné onemocnění s příslušným výše uvedeným kódováním. Plní se 30 % pojistné částky pro vážné nemoci a úrazy platné k datu vzniku pojistné události. Připojištění zaniká posledním dnem pojistně-technického období, ve kterém nastala pojistná událost.

Připojištění může být sjednáno pouze současně s pojištěním vážných nemocí a úrazů. Při ukončení základní varianty pojištění vážných nemocí a úrazů končí vždy i připojištění na novotvary in situ.

Pokud z kompletní varianty pojištění vážných nemocí a úrazů skončí pojištění 5. skupiny, pak automaticky končí i připojištění na novotvary in situ. Pokud bude v případě kompletní varianty ukončena jakákoliv jiná skupina diagnóz, pak připojištění pokračuje dál.

Toto připojištění dále končí v případě ukončení kompletní varianty pojištění vážných nemocí a úrazů.

Je-li u pojištění vážných nemocí a úrazů sjednán individuální konec pojistného rizika ve věku, platí tento individuální konec i pro připojištění na novotvary in situ.

C. POJIŠTĚNÍ INVALIDITY NEBO DLOUHODOBÉ PĚČE

Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 do 65 let. Pojistné krytí končí nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technického období, ve kterém se pojištěný dožije 70 let.

Pojištění zahrnuje pojištění pro případ invalidity 1. stupně a/nebo 2. stupně a/nebo 3. stupně. Pojištění 3. stupně automaticky zahrnuje i pojištění pro případ dlouhodobé péče ve stupni závislosti II a vyšším. V případě uznání invalidity nebo přiznání příspěvku na péči během trvání pojištění vyplatí pojistitel pojištěnému pojistné plnění ve výši aktuálně platné pojistné částky k datu vzniku pojistné události.

Pojištění je možné sjednat s konstantní a/nebo klesající pojistnou částkou (varianta klesání lineárně nebo anuitně). Zvolená varianta klesání platí pro všechny sjednané stupně invalidity v rámci klesající pojistné částky. V každé variantě pojistné částky (konstantní/klesající) je nutné zvolit variantu pojištění následkem úrazu či následkem

úrazu nebo nemoci. Pojistná částka pro jednotlivé stupně může být sjednána rozdílná. Pro nižší stupeň však musí být vždy sjednán i následující vyšší stupeň a pojistná částka pro nižší stupeň může být maximálně ve výši pojistné částky vyššího stupně.

Pro toto pojištění je možné v rámci obou variant pojistné částky sjednat individuální konec pojistného rizika ve stanoveném věku – stanovený individuální konec pak platí pro všechny sjednané stupně v rámci dané varianty pojistné částky (konstantní/klesající). Po dovršení stanoveného věku je pak pojištění automaticky ukončeno, a to nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěný dožije 69 let.

Pojistitel má právo automaticky upravit dobu trvání pojistného rizika tak, aby byla shodná s koncem trvání pojistné smlouvy, max. do 70 let věku, v případě že při sjednání doby trvání pojistného rizika nebyl dodržen max. výstupní věk pro toto pojištění a v případě že doba trvání pojištění neodpovídá podmínkám pro sjednání tohoto pojištění.

Byl-li v době trvání pojištění způsoben pojištěnému úraz při dopravní nehodě dle ustanovení článku 10 těchto SPP, pro jehož následky je pojištěný uznán invalidním 3. stupně, a to ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení a příslušných SPP, nebo je mu přiznán příspěvek na péči z důvodu uznání stupně závislosti II a vyššího v souladu se zákonem o sociálních službách, pojistitel poskytne kromě plnění za pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče navíc i plnění za invaliditu nebo dlouhodobou péči z důvodu úrazu při dopravní nehodě.

Plnění bude poskytnuto ve výši pojistné částky pro pojištění invalidity 3. stupně nebo dlouhodobé péče, sjednané v pojistné smlouvě ke dni vzniku pojistné události (resp. ke dni vzniku úrazu), maximálně však 1 mil. Kč (platí pro součet konstantní a klesající pojistné částky).

1. Předmět a rozsah pojištění

Předpoklady pro uznání invalidity:

Pojištěný je ve smyslu tohoto pojištění invalidní, jestliže z důvodu nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 35 %.

Jestliže pracovní schopnost pojištěného poklesla

- nejméně o 35 %, avšak nejvíce o 49 %, jedná se o invaliditu 1. stupně,
- nejméně o 50 %, avšak nejvíce o 69 %, jedná se o invaliditu 2. stupně,
- nejméně o 70 %, jedná se o invaliditu 3. stupně.

Pracovní schopností se rozumí schopnost pojištěného vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem. Poklesem pracovní schopnosti se rozumí pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových a duševních schopností ve srovnání se stavem, který byl u pojištěného před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

Při určování poklesu pracovní schopnosti se vychází ze zdravotního stavu pojištěného doloženého výsledky funkčních šetření; přitom se bere v úvahu, zda jde o zdravotní postižení ovlivňující pracovní schopnost, zda se jedná o stabilizovaný zdravotní stav, zda a jak je pojištěný na své zdravotní postižení adaptován, schopnost rekvalifikace pojištěného na jiný druh výdělečné činnosti, než dosud vykonával, a v případě poklesu pracovní schopnosti nejméně o 70 % též to, zda je pojištěný schopen výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek.

Za zdravotní postižení se pro účely posouzení poklesu pracovní schopnosti považuje soubor všech funkčních poruch, které s ním souvisejí.

2. Pojistná událost

- Pojistitel poskytne pojistné plnění, dojde-li ke splnění následujících podmínek:

V případě invalidity

- pojištěný byl uznán invalidním 1., 2., nebo 3. stupně, a to ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení a těchto pojistných podmínek.

V případě dlouhodobé péče

- byl pojištěnému přiznán příspěvek na péči z důvodu uznání stupně závislosti II a vyššího (dále jen „příspěvek na péči“) v souladu se zákonem o sociálních službách. Pojistitel může poskytnout pojistné plnění i v případě, že pojištěnému nebyl přiznán příspěvek na péči, ale pojištěný není schopen samostatně (tzn. bez pomoci jiné fyzické osoby) dlouhodobě vykonávat aktivity běžného života (pečovat o vlastní osobu), a to ve stupni závislosti II a vyšším.

- Další podmínkou pro vyplacení pojistného plnění je, že k uznání invalidity 3. stupně nebo přiznání příspěvku na péči nebo uznání invalidity 2. stupně dojde v průběhu trvání pojištění, nejdříve však po jednom roce od počátku pojištění.

Podmínkou pro vyplacení pojistného plnění z pojištění invalidity 1. stupně je, že k uznání invalidity dojde v průběhu trvání pojištění, nejdříve však po dvou letech od počátku pojištění.

Splnění podmínky jednoho roku, respektive dvou let, se nevyžaduje, pokud k uznání invalidity nebo přiznání příspěvku na péči došlo výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo v době trvání pojištění.

Splnění podmínky jednoho roku, respektive dvou let, se dále nevyžaduje v případě, kdy pojištěný jednoznačně prokáže, že onemocněl, pro které byl uznán invalidním příslušného stupně, resp. pro které mu byl přiznán příspěvek na péči, nastalo a bylo diagnostikováno po počátku pojištění. O splnění této podmínky má právo rozhodnout pojistitel na základě odborné lékařské expertizy zpracované a získané od smluvního lékaře pojistitele.

- V případě, kdy došlo v posledním roce před uznáním pojištěného invalidním 3. stupně nebo před přiznáním příspěvku na péči nebo před uznáním pojištěného invalidním 2. stupně, respektive v posledních dvou letech před uznáním pojištěného invalidním 1. stupně, a to z důvodu nemoci, ke zvýšení pojistné částky, vyplatí pojistitel pojistnou částku platnou před jejím zvýšením.

Jestliže byl pojištěný uznán invalidním v jakémkoliv stupni nebo mu byl přiznán příspěvek na péči, a to výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo v době trvání pojištění, a po vzniku úrazu došlo ke zvýšení pojistné částky, vyplatí pojistitel pojistnou částku platnou ke dni vzniku úrazu.

- d) Splnění podmínky jednoho roku, respektive dvou let, není vyžadováno při změně varianty pojistné částky (konstantní/klesající) ani při změně varianty klesání (lineárně/anuitně), pokud zároveň nedojde ke zvýšení pojistné částky.
- e) Výplatu pojistného plnění za uznaný stupeň invalidity nebo za dlouhodobou péči zaniká pojištění daného stupně a zároveň nižšího stupně / nižších stupňů, a to v obou variantách pojištění (úraz / úraz nebo nemoc), pokud jsou tyto na smlouvě sjednány. Pojištění končí posledním dnem pojistně-technického období, ve kterém nastala pojistná událost, a pojištění vyššího stupně pokračuje dál.

Po vyplacení pojistného plnění za uznaný stupeň invalidity již není možné zvyšovat pojistnou částku ani měnit variantu pojistné částky (konstantní/klesající), variantu pojištění (úraz / úraz nebo nemoc), variantu klesání (lineárně/anuitně) či prodlužovat dobu trvání pojištění.

- f) V případě invalidity 3. stupně nebo dlouhodobé péče poskytne pojistitel plnění i za diagnózy F00 - F99 - poruchy duševní a poruchy chování dle MKN 10 (mezinárodní klasifikace nemocí) vyjma diagnóz vzniklých v příčinné souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo psychoaktivních látek.
- V případě invalidity 1. nebo 2. stupně poskytne pojistitel plnění za organické duševní poruchy (diagnózy F00 - F09 dle MKN 10), které jsou dle vyšetření jednoznačně prokazatelné, vyjma diagnóz vzniklých v příčinné souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo psychoaktivních látek. Za diagnózy F10 - F99 pojistitel plnění neposkytne.
- g) Pojištěný, popř. pojistník je povinen na požádání pojistitele vyvinout přiměřenou a potřebnou součinnost při řešení pojistné události. Pojistitel má právo pozastavit šetření pojistné události odložením věci v případě neposkytnutí potřebné součinnosti pojištěného při řešení pojistné události až do doby poskytnutí součinnosti.

D. POJIŠTĚNÍ ZPROŠTĚNÍ OD PLACENÍ POJISTNÉHO

Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 do 62 let. Pojistné krytí končí nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěný dožije 65 let.

1. Předmět a rozsah pojištění, pojistná událost

- a) V případě sjednání pojištění zproštění od placení pojistného je pojistník, pokud je současně i pojištěným 1, zproštěn od povinnosti platit běžné pojistné, jestliže během trvání pojištění, nejdříve však po jednom roce od počátku tohoto pojištění, byl uznán invalidním, nebo mu byl přiznán příspěvek na péči, a to ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení a těchto pojistných podmínek uvedených v čl. 11 v bodě C odst. 1. Invaliditou se pro toto pojištění rozumí výhradně a pouze invalidita 3. stupně.
- Povinnost platit pojistné přechází na pojistitele v rozsahu původně sjednaném na pojistné smlouvě; nárok na zproštění od placení pojistného musí vzniknout nejpozději do dosažení 65 let věku pojištěného.
- b) Pojištění zproštění od placení pojistného nemůže být sjednáno a nárok na zproštění od placení nevzniká, jsou-li pojistník a pojištěný různé osoby.
- c) Splnění podmínky jednoho roku dle písm. a) se nevyžaduje, pokud byl pojištěný uznán invalidním nebo mu byl přiznán příspěvek na péči výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo v době trvání pojištění.
- Splnění podmínky jednoho roku dle písm. a) se dále nevyžaduje v případě, kdy pojištěný jednoznačně prokáže, že onemocnění, pro které byl uznán invalidním, resp. pro které mu byl přiznán příspěvek na péči, nastalo a bylo diagnostikováno po počátku pojištění. O splnění této podmínky má právo rozhodnout pojistitel na základě odborné lékařské expertizy zpracované a získané od smluvního lékaře pojistitele.
- d) V případě, kdy došlo v posledním roce před uznáním pojištěného invalidním nebo před přiznáním příspěvku na péči ke zvýšení běžného pojistného, bude pojištěný zproštěn v rozsahu pojistného platném před jeho zvýšením. Jestliže byl pojištěný uznán invalidním nebo mu byl přiznán příspěvek na péči, a to výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo v době trvání pojištění, a po vzniku úrazu došlo ke zvýšení běžného pojistného, bude zproštěn v rozsahu pojistného platného ke dni vzniku úrazu.
- e) Zproštění od placení pojistného počíná ode dne nejbližší splatnosti pojistného po uznání invalidity nebo po přiznání příspěvku na péči a týká se pojistného za jeden rok trvání pojištění. Zproštění se prodlužuje vždy na další rok, prokáže-li pojistník, že je stále invalidní, že stále pobírá příspěvek na péči, nebo pojistitel prodlouží platnost odborného posudku o jeho zdravotním stavu. Pojistník, který odejde do starobního důchodu a tuto skutečnost nahlásí pojistiteli, již nemusí potvrzení o trvání invalidity nebo o příspěvku na péči předkládat. Zproštění od placení pojistného končí nejpozději uplynutím doby, na kterou bylo placení pojistného sjednáno, nebylo-li ve smlouvě dohodnuto jinak.
- f) Byla-li ve smlouvě sjednána i další pojištění (z doplňkové a úrazové složky pojištění), vztahuje se zproštění od placení pojistného i na tato pojištění.
- g) Na žádost pojistitele je pojistník povinen prokázat, že je stále invalidní nebo že stále pobírá příspěvek na péči.
- h) Pojistník, který je zproštěn od placení pojistného, je povinen bez zbytečného odkladu pojistitele informovat o skutečnosti, že již není uznán invalidním, nebo o výrazném zlepšení svého zdravotního stavu (nebo že mu byl odejmut příspěvek na péči). Jestliže se pojistitel dozví, že pojistník tyto informace zatajil, bude na pojistné, od jehož placení byl pojistník neoprávněně zproštěn, uplatňovat ustanovení uvedené v čl. 19, odst. 3 VPP.
- i) V případě ukončení zproštění od placení pojistného (pojištěný nebyl uznán invalidním nebo mu byl odejmut příspěvek na péči), může pojistník, pokud je současně i pojištěným 1, písemně požádat o opětovné sjednání pojištění zproštění od placení pojistného.
- j) V době trvání zproštění od placení pojistného nelze provádět technické změny ve smlouvě.
- k) V případě invalidity 3. stupně nebo dlouhodobé péče poskytne pojistitel plnění i za diagnózy F00 - F99 - poruchy duševní a poruchy chování dle MKN 10

(mezinárodní klasifikace nemocí) vyjma diagnóz vzniklých v příčinné souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo psychoaktivních látek.

E. POJIŠTĚNÍ KAPITÁLOVÉ HODNOTY

Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 do 70 let. Pojištění končí nejdříve s ukončením základního životního pojištění pro případ smrti (max. v roce, ve kterém se pojištěný dožije 80 let).

Předmět a rozsah pojištění, pojistná událost

- a) Pojistná částka pro pojištění kapitálové hodnoty je ve stejné výši jako pojistná částka sjednaná pro pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin.
- b) V případě smrti poslední dospělé pojištěné osoby vyplátí pojistitel kapitálovou hodnotu pojistné smlouvy platnou ke dni nahlášení pojistné události, maximálně však do výše pojistné částky platné ke dni úmrtí.

F. POJIŠTĚNÍ INVALIDITY NEBO DLOUHODOBÉ PÉČE S VÝPLATOU DOŽIVOTNÍ RENTY

Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 let do 62 let. Pojištění končí nejpozději posledním dnem měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěný dožije 65 let.

1. Předmět a rozsah pojištění, pojistná událost

- a) Pro toto pojištění platí podmínky uvedené v odst. 1 a 2 bodu C tohoto článku. Invaliditou se pro toto pojištění rozumí výhradně a pouze invalidita 3. stupně.
- b) V případě splnění podmínek uvedených v odst. 1 a 2 bodu C tohoto článku začne pojistitel od následujícího kalendářního měsíce po přiznání nároku vyplácet v obdobích dohodnutých v pojistné smlouvě sjednanou rentu. Renta bude vyplácena po dobu jednoho roku. Výplata renty se prodlužuje vždy na další rok, prokáže-li pojištěný, že je stále invalidní nebo stále není schopen samostatně vykonávat aktivity běžného života nebo pojistitel prodlouží platnost odborného posudku o jeho zdravotním stavu. Pojištěný, který odejde do starobního důchodu a tuto skutečnost nahlásí pojistiteli, již nemusí potvrzení o trvání invalidity předkládat. V případě, že pojištěný přestane být invalidní nebo již bude schopen samostatně vykonávat aktivity běžného života, bude renta vyplacena naposledy za období, ve kterém k této skutečnosti došlo. Jestliže v průběhu výplaty renty pojištěný nepřestane být invalidní nebo nezačne být schopen samostatně vykonávat aktivity běžného života, bude renta vyplácena trvale, maximálně však do data úmrtí pojištěného. V případě, že si pojištěný nevzvedne tři po sobě jdoucí platby vyplácené renty, může pojistitel rozhodnout o pozastavení výplaty, a to až do doby, dokud pojištěný nepředloží, že výplata této renty může pokračovat. Renta bude vyplacena naposledy za období, ve kterém dojde k úmrtí pojištěného.
- c) Na žádost pojistitele je pojištěný povinen prokázat, že je ve smyslu těchto pojistných podmínek stále invalidní nebo že stále není schopen samostatně vykonávat aktivity běžného života.
- d) Pojištěný, kterému je vyplácena renta, je povinen bez zbytečného odkladu pojistitele informovat o skutečnosti, že již není uznán invalidním nebo již je schopen samostatně vykonávat aktivity běžného života, nebo o výrazném zlepšení svého zdravotního stavu.
- e) Před zahájením výplaty renty lze požádat o změnu sjednaného měsíčního období pro výplatu renty na období čtvrtletní, pololetní nebo roční. Po zahájení výplaty renty již nelze žádat o změnu období pro výplatu renty.
- f) V případě smrti pojištěného bude výplata renty ukončena bez náhrady. Nárok na výplatu renty zaniká ke dni úmrtí pojištěného.
- g) Podle pojistně-technických zásad pojistitele se každoročně zvyšuje výše vyplácené renty o podíl na výnosech z rozdělení pojistně-technických přebytků fondu rezerv pojistného. Tyto podíly zvyšují vyplácenou rentu.
- h) Zahájením výplaty renty zaniká pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s výplatu doživotní renty.
- i) V případě ukončení výplaty renty (pojištěný ve smyslu těchto pojistných podmínek přestal být invalidním nebo je již schopen samostatně vykonávat aktivity běžného života), lze písemně požádat o opětovné sjednání pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s výplatu doživotní renty.

2. Výluky z pojistného plnění

Pojistitel neplní v případě poruchy duševní a poruchy chování - MKN 10 (mezinárodní klasifikace nemocí) - diagnózy F00 - F99.

G. POJIŠTĚNÍ DOŽIVOTNÍ KAPITÁLOVÉ RENTY

Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 let do 59 let. Pojištění končí posledním dnem měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěný dožije 60 let.

Předmět a rozsah pojištění, pojistná událost

- a) Pojistnou událostí je dožití se pojištěného dne uvedeného v pojistné smlouvě jako konec pojištění renty.
- b) V případě dožití se pojištěného sjednaného konce pojištění renty začne pojistitel od následujícího kalendářního měsíce vyplácet v dohodnutých obdobích dle pojistné smlouvy rentu. V případě, že si pojištěný nevzvedne tři po sobě jdoucí platby vyplácené renty, může pojistitel rozhodnout o pozastavení výplaty, a to až do doby, dokud pojištěný nedoloží, že výplata této renty může pokračovat. Renta bude vyplácena trvale, maximálně však do data úmrtí pojištěného. Renta bude vyplacena naposledy za období, ve kterém dojde k úmrtí pojištěného.
- c) Výše renty uvedená v pojistné smlouvě není pojistitelem garantována. Na začátku výplaty je hodnota renty vypočítána pomocí aktuálních úmrtnostních a úrokových předpokladů a pojistně-technických zásad pojistitele. Pokud nebude možné, vzhledem k aktuální výši kapitálové hodnoty pojistné smlouvy ke dni počátku výplaty renty, začít vyplácet pojištěnému rentu ve výši uvedené v pojistné smlouvě,

bude výše renty přepočítána a vyplácena v této nově stanovené výši. Jestliže nově stanovená výše renty nedosáhne minimální výše stanovené pojistitelem pro měsíční výplatu renty, bude renta vyplácena čtvrtletně.

- d) Ke dni počátku výplaty renty bude kapitálová hodnota pojistné smlouvy jednorázově ponižena o částku potřebnou k výplatě renty.
- e) Před zahájením výplaty renty lze požádat o změnu sjednaného měsíčního období pro výplatu renty na období čtvrtletní, pololetní nebo roční. Žádost o změnu musí být doručena pojistiteli nejpozději 30 dnů před sjednaným koncem pojištění renty. Po zahájení výplaty renty již nelze změnit období pro výplatu renty.
- f) V případě smrti pojištěného bude výplata renty ukončena bez náhrady. Nárok na výplatu renty zaniká ke dni úmrtí pojištěného.
- g) Jestliže pojištěný nesdělí pojistiteli nejpozději 30 dnů před sjednaným koncem pojištění renty údaje s pokyny o způsobu výplaty renty, začne pojistitel vyplácet rentu způsobem, který oznámí pojištěnému na jeho adresu evidovanou v pojistné smlouvě.
- h) Pojistník ani pojištěný nemohou požádat o dřívější výplatu renty, o odklad výplaty renty ani o výplatu jednorázového pojistného plnění místo výplaty renty.
- i) Podle pojistně-technických zásad pojistitele se každoročně může zvýšit výše vyplácené renty o podíl na výnosech z rozdělení pojistně-technických přebytků fondu rezerv pojistného. Tyto podíly zvyšují vyplácenou rentu.
- j) O ukončení pojištění renty může požádat pojistník kdykoliv v průběhu trvání tohoto pojištění. Žádost o ukončení musí být doručena pojistiteli nejpozději 30 dnů před sjednaným koncem pojištění renty.

H. POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD SMRTI NÁSLEDKEM ÚRAZU

Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 do 70 let. Pojištění končí nejdříve s ukončením základního životního pojištění pro případ smrti (max. v roce, ve kterém se pojištěný dožije 80 let).

Předmět a rozsah pojištění, pojistná událost

- a) Byla-li úrazem způsobena pojištěnému smrt, která nastala v době trvání pojištění a zároveň nejpozději do tří let ode dne úrazu, vyplátí pojistitel obmyšlenému (v případě, že v době pojistné události není určen nebo nenabude-li práva na pojistné plnění, postupuje pojistitel dle ustanovení čl. 17. odst. 3 VPP) pojistnou částku pro případ smrti následkem úrazu.
- b) Nastane-li v důsledku úrazu smrt pojištěného, je obmyšlený povinen to ohlásit bez zbytečného odkladu pojistiteli, a to i v případě, že úraz již byl ohlášen.
- c) Byl-li v době trvání pojištění způsoben pojištěnému úraz při dopravní nehodě dle ustanovení článku 10 těchto SPP, na jehož následky pojištěný do tří let ode dne úrazu zemře, pojistitel poskytne kromě plnění za pojištění pro případ smrti následkem úrazu uvedeného v bodě a) navíc i plnění za smrt následkem úrazu při dopravní nehodě. Plnění bude poskytnuto ve výši pojistné částky pro případ smrti následkem úrazu, sjednané v pojistné smlouvě ke dni vzniku pojistné události, maximálně však 1 mil. Kč.

I. POJIŠTĚNÍ TRVALÝCH NÁSLEDKŮ ÚRAZU

Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 do 70 let. Pojištění končí nejdříve s ukončením základního životního pojištění pro případ smrti (max. v roce, ve kterém se pojištěný dožije 80 let).

Předmět a rozsah pojištění, pojistná událost

- a) Pojištění trvalých následků úrazu lze sjednat ve variantě s progresivním plněním od 0,5 % a/nebo od 10 %. Každou z těchto variant je možné sjednat se čtyřnásobnou, nebo desetinásobnou progresí. Pro každou variantu může být dále sjednána rozdílná pojistná částka.
- b) Utrpí-li pojištěný úraz, jehož trvalé následky dosáhnou minimálně 0,5 % a/nebo 10 % trvalého tělesného poškození podle „Oceňovací tabulky plnění za trvalé následky úrazu“ (dále jen „oceňovací tabulka“), vyplátí 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.
- c) Se zahrnutím čtyřnásobné progresie je pojistné plnění vypláceno takto:
 - od 0,5 % a/nebo od 10 % do 25 % včetně – příslušné % z jednonásobku pojistné částky,
 - nad 25 % do 50 % včetně – příslušné % z dvojnásobku pojistné částky,
 - nad 50 % do 75 % včetně – příslušné % z trojnásobku pojistné částky,
 - nad 75 % do 100 % včetně – příslušné % ze čtyřnásobku pojistné částky.
- d) Se zahrnutím desetinásobné progresie je pojistné plnění vypláceno takto:
 - od 0,5 % a/nebo od 10 % do 25 % včetně – příslušné % z jednonásobku pojistné částky,
 - nad 25 % do 50 % včetně – příslušné % z dvojnásobku pojistné částky,
 - nad 50 % do 75 % včetně – příslušné % z trojnásobku pojistné částky,
 - nad 75 % do 90 % včetně – příslušné % ze čtyřnásobku pojistné částky,
 - nad 90 % do 95 % včetně – příslušné % ze šestinásobku pojistné částky,
 - nad 95 % do 99,99 % včetně – příslušné % z osminásobku pojistné částky,
 - 100 % – příslušné % z desetinásobku pojistné částky.
- e) Výši pojistného plnění za trvalé následky úrazu určuje pojistitel podle dále uvedených zásad a podle oceňovací tabulky platné v době vzniku pojistné události (úrazu). Oceňovací tabulka, kterou má pojistitel právo doplňovat a měnit, je součástí pojistné smlouvy a je k dispozici na internetových stránkách pojistitele. Nejsou-li jakékoliv trvalé následky úrazů obsaženy v oceňovací tabulce, je pojistitel oprávněn stanovit výši pojistného plnění v součinnosti se smluvním lékařem pojistitele. K určení celkové výplaty pojistného plnění použije pojistitel hodnoty uvedené v oceňovací tabulce pro trvalé následky, které jsou daným trvalým následkům svou povahou nejbližší.

- f) Zanechá-li úraz pojištěnému trvalé následky, vyplátí pojistitel z pojistné částky (se zahrnutím progresie) tolik procent, kolika procentům v souhrnu odpovídá pro jednotlivá tělesná poškození podle oceňovací tabulky rozsah trvalých následků po jejich ustálení, a v případě, a v případě, že se neustálily do tří let ode dne úrazu, kolika procentům v souhrnu odpovídá jejich stav ke konci této tříleté lhůty; pojistitel nezohledňuje další změny ve zdravotním stavu pojištěného, které nastanou po ukončení této tříleté lhůty s výjimkou případů, kdy pojištěný porušil ustanovení VPP v článku 9, odst. 2, písm. a) a f). 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.
- g) Po ustálení trvalých následků (nejpozději však před uplynutím promlčecí doby) je pojištěný povinen nahlásit pojistnou událost pojistiteli, termín ohodnocení rozsahu trvalých následků stanoví pojistitel. Pojištěný je povinen o zajištění ohodnocení požádat pojistitele v termínu určeném pojistitelem.
- h) Opakované ohodnocení trvalých následků lze provést pouze u smluvního lékaře, kterého určí pojistitel, a to na náklady pojištěného. 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 i prohlídkou nebo vyšetřením. Konečná výše rozsahu trvalých následků úrazu je stanovena pojistitelem.
- i) K ustálení trvalých následků úrazu dochází obvykle nejdříve po jednom roce ode dne úrazu, s výjimkou případů, kdy je rozsah trvalého tělesného poškození jednoznačně zřejmý před uplynutím této doby. Nemůže-li pojistitel plnit proto, že trvalé následky úrazu nejsou po uplynutí jednoho roku ode dne úrazu ještě ustáleny, avšak je již znám jejich minimální rozsah po ustálení a tento odpovídá min. 0,5 % a/nebo 10 %, může pojistitel poskytnout pojištěnému na základě jeho písemné žádosti přiměřenou zálohu; pojistitel poskytne k jedné pojistné události maximálně jednu zálohu. Jestliže pojištěný zemře následkem úrazu do jednoho roku ode dne, kdy k úrazu došlo, a doposud nebylo vyplaceno pojistné plnění, nárok na plnění za trvalé následky úrazu zaniká.
- j) Týkají-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.
- k) Způsobí-li jediný úraz pojištěnému několik trvalých následků, hodnotí pojistitel celkové trvalé následky součtem procent pro jednotlivé následky, nejvýše však do výše 100 %.
- l) Týkají-li se jednotlivé trvalé následky po jednom nebo více úrazech téhož údu, orgánu nebo jejich částí, hodnotí je pojistitel jako celek, a to nejvýše procentem stanoveným v oceňovací tabulce pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného údu, orgánu nebo jejich částí.
- m) Jestliže před výplatou pojistného plnění za trvalé následky úrazu pojištěný zemře, nikoliv však na následky tohoto úrazu, nebo pokud zemře po uplynutí jednoho roku od úrazu z jakékoliv příčiny a pokud vznikl nárok na plnění za trvalé následky úrazu, vyplátí pojistitel částku, která odpovídá rozsahu trvalých následků úrazu pojištěného v době jeho smrti. Není-li možno zpětně získat relevantní informace nutné k posouzení trvalých následků, nárok na pojistné plnění za trvalé následky úrazu nevzniká.

J. POJIŠTĚNÍ DENNÍHO ODŠKODNĚNÍ – ÚRAZ S MOŽNOSTÍ PROGRESIVNÍHO PLNĚNÍ

Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 do 70 let. Pojištění končí nejdříve s ukončením základního životního pojištění pro případ smrti (max. v roce, ve kterém se pojištěný dožije 80 let).

Předmět a rozsah pojištění, pojistná událost

Výši a rozsah pojistného plnění určuje pojistitel podle dále uvedených zásad.

- a) Pojištění denního odškodného za dobu nezbytného léčení v důsledku úrazu (dále jen „doba léčení“) lze sjednat ve variantě s dobou léčení min. 8 dní a/nebo s dobou léčení min. 29 dní (pojistné plnění pojistitel poskytne zpětně od 1 dne léčení). Každou z těchto variant je dále možné sjednat bez progresie, nebo s progresí.
- b) Nezbytným léčením se rozumí doba léčení odborným lékařem, který s obvyklou frekvencí realizuje adekvátní a nezbytné úkony a terapie, z odborného hlediska nutné ke zlepšení zdravotního stavu.
- c) Úrazy, za které pojistitel poskytuje pojistné plnění, jsou přesně specifikovány v tabulce „Maximální hodnoty plnění denního odškodného za dobu léčení úrazu“ (dále jen „oceňovací tabulka DO“) platné v době vzniku pojistné události (úrazu). Oceňovací tabulka DO, kterou má pojistitel právo doplňovat a měnit, je součástí pojistné smlouvy a je k dispozici na internetových stránkách pojistitele.
- d) Není-li jakékoliv tělesné poškození obsaženo v oceňovací tabulce DO, je pojistitel oprávněn stanovit výši pojistného plnění v součinnosti se smluvním lékařem pojistitele. K určení celkové výplaty pojistného plnění použije pojistitel hodnoty uvedené v oceňovací tabulce DO, které jsou danému poškození svou povahou nejbližší.
- e) V oceňovací tabulce DO je uveden maximální počet dnů, za které bude sjednané denní odškodné pro příslušnou diagnózu vypláceno v rámci jedné pojistné události. Celkový počet dnů, za které bude pojistné plnění v rámci jedné pojistné události vypláceno, se stanoví na základě lékařské zprávy o úrazu, maximálně však v počtu dnů uvedených v oceňovací tabulce DO.
- f) Se zahrnutím progresie je pojistné plnění vypláceno takto:
 - následně od 85. dne léčení úrazu – jako dvojnásobek sjednané pojistné částky,
 - následně od 183. dne léčení úrazu – jako trojnásobek sjednané pojistné částky.

- g) Maximální počet dnů, za které poskytne pojistitel pojistné plnění v rámci jedné pojistné události, je 365 dnů, včetně varianty s progresivním plněním.
- h) Pokud je celková doba léčení kratší než 8 dnů, resp. 29 dnů (podle zvolené varianty), pojistné plnění za dobu léčení úrazu se nevyplácí. Pokud je doba léčení podle oceňovacích tabulek alespoň 8 dnů, resp. 29 dnů, vyplátí se denní odškodné za dobu léčení dle skutečného počtu dnů léčení, maximálně však do výše dle oceňovací tabulky DO.
- i) V případě souběhu doby léčení více úrazů se započítává souběžná doba léčení pouze jednou.
- j) Bylo-li pojištěnému způsobeno jedním úrazem několik tělesných poškození různých druhů, plní pojistitel pouze za dobu léčení u nejzávažnějšího úrazu dle oceňovací tabulky DO, s výjimkou plnění za polytraumata, kdy pojistitel postupuje dle konkrétního kódu uvedeného v oceňovací tabulce DO.
- k) V případě dlouhodobého léčení úrazu, lze-li jednoznačně určit, že vznikne nárok na pojistné plnění, a lze-li určit jeho minimální výši, může pojistitel na základě písemné žádosti pojištěného poskytnout přiměřenou zálohu. O zálohu je možné požádat nejdříve po jednom měsíci od vzniku pojistné události. Pojistitel může poskytnout zálohu za každý ukončený měsíc léčení úrazu, záloha bude vyplacena do maximálního počtu dní, za které má pojištěný nárok na pojistné plnění v souladu s ostatními ustanoveními SPP. Spolu s každou žádostí musí být doloženy kopie lékařských zpráv dokládajících průběh léčení úrazu. Pojistitel má právo za druhou a každou následnou vyplacenou zálohu na pojistné plnění účtovat pojištěnému poplatek (viz platný PPPP).
- l) V případech nastoupení profesionálního sportovce v době léčení úrazu k zápasu nebo soutěži nevzniká nárok na výplatu pojistného plnění. Pojistné plnění je v těchto případech vyplaceno pouze za lékařem potvrzenou dobu léčení, max. však do dne předcházejícího dni, ve kterém pojištěný jednoznačně vykonával svou pracovní činnost.
- m) Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění, vyjma ukončení uplynutím doby trvání pojištění.
- n) Pojistitel je oprávněn zkoumat výši příjmu pojištěné osoby při vstupu do pojištění i při likvidaci pojistné události a má právo krátit pojistné plnění v případě snížení příjmu pojištěné osoby a tomu neodpovídající pojistné částce stanovené v závislosti na průměrném čistém měsíčním příjmu. Tabulka pro stanovení maximální výše pojistné částky je k dispozici na internetových stránkách pojistitele.

K. POJIŠTĚNÍ HOSPITALIZACE

Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 do 70 let. Pojištění hospitalizace úraz nebo nemoc končí nejpozději poslední den měsíce předcházejícímu pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěný dožije 75 let. Pojištění hospitalizace úraz končí nejdříve s ukončením základního životního pojištění pro případ smrti (max. v roce, ve kterém se pojištěný dožije 80 let).

1. Předmět a rozsah pojištění, pojistná událost

- a) Pojištění hospitalizace (pobytu v nemocnici) lze sjednat jako pojištění hospitalizace následkem úrazu, a/nebo jako pojištění hospitalizace následkem úrazu nebo nemoci.
- b) Pojistnou událostí je z lékařského hlediska nutný pobyt pojištěného v nemocnici, který nastal prvotně po sjednané čekací době za účelem vyšetření, stanovení diagnózy, nemoci, těhotenství, potratu, porodu, nebo úrazu, který nastal v době trvání pojištění.
- c) Pojistnou událostí se také rozumí pobyt v nemocnici za účelem preventivních léčebných zákroků z důvodu genetických předpokladů rakoviny, přičemž nárok na výplatu pojistného plnění vzniká nejdříve po dvou letech od počátku tohoto pojištění. Pojistné plnění se nevztahuje na zjištěné faktory ovlivňující zdravotní stav dle MKN 10 (mezinárodní klasifikace nemocí) před počátkem pojištění.
- d) Podmínkou výplaty je hospitalizace dosahující minimálně 24 hodin. Pojistitel pak vyplátí od prvního dne léčení (vč. sobot, nedělí a svátků) za každý den hospitalizace pojistné plnění ve smluvně stanoveném rozsahu. Dále pojistitel vyplátí pojistné plnění za každý den hospitalizace, která nastane v prvních třech letech ode dne zahájení léčení úrazu nebo nemoci.
- e) Maximální počet dnů, za které poskytne pojistitel pojistné plnění v rámci jedné pojistné události, je 730 dnů.
- f) V případě dlouhodobého pobytu v nemocnici, lze-li jednoznačně určit, že vznikne nárok na pojistné plnění, a lze-li určit jeho minimální výši, může pojistitel na základě písemné žádosti pojištěného poskytnout přiměřenou zálohu. O zálohu je možné požádat nejdříve po jednom měsíci od vzniku pojistné události. Pojistitel může poskytnout zálohu za každý ukončený měsíc pobytu v nemocnici, záloha bude vyplacena do maximálního počtu dní, za které má pojištěný nárok na pojistné plnění v souladu s ostatními ustanoveními SPP. Spolu s každou žádostí musí být doloženo potvrzení lékaře o trvání pobytu v nemocnici z důvodu léčení a důvod hospitalizace. Pojistitel má právo za druhou a za každou následnou vyplacenou zálohu na pojistné plnění účtovat pojištěnému poplatek (viz platný PPPP).
- g) Základní čekací doba pro hospitalizaci z důvodu nemoci je dva měsíce od počátku tohoto pojištění. Zvláštní čekací doba v délce tří měsíců je stanovena pro případ hospitalizace výlučně z důvodu těhotenství, v délce osmi měsíců pro případ hospitalizace výlučně z důvodu porodu nebo zubního ošetření, zhotovení zubních náhrad a úkonů chirurgie a ortopedie čelisti.
- h) Pokud dojde ke zvýšení pojistné částky tohoto pojištění, platí ode dne změny ustanovení o nové dvouměsíční (resp. tříměsíční/osmiměsíční) čekací době pro dodatečnou část zvýšeného pojistného krytí. V případě navýšení pojistné částky bude za onemocnění, které nastalo, bylo diagnostikováno nebo prvotně léčeno již před tímto navýšením, plněno ve výši původně sjednané pojistné částky.
- i) Nemocnicí 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.

- j) Pojištěný je povinen předložit pojistiteli řádně vyplněné hlášení pojistné události, včetně kopie dokladu s potvrzením doby hospitalizace.
- k) Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění, vyjma ukončení uplynutím doby trvání pojištění.

2. Výluky z pojistného plnění

Pojistitel neplní v případě:

- a) léčebných pobytů v lázních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, s výjimkou případů, kdy pobyt bezprostředně navazuje na hospitalizaci a je nezbytný pro další léčení z důvodu vážných stavů po nemoci, úrazu a vážných pooperačních stavů. Maximální počet dnů za následnou rehabilitaci v rámci jedné pojistné události je 14 dnů (pobyty ze sociálních důvodů jsou vyloučeny). Dále pojistitel neplní za pobyty v psychiatrických léčebnách nebo zařízeních, zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie nebo závislosti, a to včetně následné pracovní neschopnosti, a dále pobytů v zařízeních souvisejících s pečovatelskou službou, jakož i ve speciálních dětských zařízeních a v ústavech sociální péče,
- b) poruchy duševní a poruchy chování z důvodu nemoci – MKN 10 (mezinárodní klasifikace nemocí) – diagnózy F00 – F99,
- c) zákroků a zásahů z lékařského hlediska ne nezbytných, které si pojištěný nechal provést na svém těle, jako např. zubní ošetření, chirurgie či ortopedie čelisti, kosmetické zákroky.

L. POJIŠTĚNÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI – NEMOC

Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 do 70 let, které jsou v pracovním poměru nebo vykonávají práci na základě dohody o pracovní činnosti nebo mají pravidelné příjmy ze samostatné výdělečné činnosti. Pojistné krytí končí nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technického období, ve kterém se pojištěný dožije 75 let.

Pro toto pojištění je možné v rámci obou variant pojistné částky (následně od 15., 29., 57. dne/ zpětě od 1.dne) sjednat individuální konec pojistného rizika ve stanoveném věku. Po dovršení stanoveného věku je pak pojištění automaticky ukončeno, a to nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěný dožije 74 let věku.

1. Předmět a rozsah pojištění

- a) Pro pojištění pracovní neschopnosti je možné sjednat denní rozsah následně od 15. (resp. od 29., resp. od 57.) dne trvání pracovní neschopnosti. Pojištění pracovní neschopnosti může být sjednáno na jeden zvolený rozsah nebo i více rozsahů zároveň, vždy však se stejnou pojistnou částkou.

V tomto pojištění vyplácí pojistitel v případě pracovní neschopnosti pojistné plnění za každý zvolený rozsah ve smluvně stanoveném denním rozpětí následně od 15. (resp. od 29., resp. od 57.) dne trvání pracovní neschopnosti.

Pokud je celková doba léčení kratší než 15 (resp. 29, resp. 57) dnů, pojistné plnění za dobu pracovní neschopnosti se nevyplácí.

Pokud je celková doba léčení alespoň 15 (resp. 29, resp. 57) dnů, vyplátí pojistitel pojistné plnění následně od 15. (resp. od 29., resp. od 57.) dne pracovní neschopnosti za každý den pracovní neschopnosti, včetně sobot, nedělí a svátků.

Maximální počet dnů, za které poskytne pojistitel pojistné plnění v rámci jedné pojistné události, je 548 dnů.

- b) Vedle variant pojištění pracovní neschopnosti uvedených výše v bodě a) je možné zároveň sjednat i pojištění pracovní neschopnosti s pojistným plněním zpětně od 1. dne pracovní neschopnosti.

V tomto pojištění vyplácí pojistitel pojistné plnění v případě splnění podmínky trvání pracovní neschopnosti min. 64 dnů.

Pokud je celková doba léčení kratší než 64 dnů, pojistné plnění za dobu pracovní neschopnosti se nevyplácí.

Pokud je celková doba alespoň 64 dnů, vyplátí pojistitel pojistné plnění zpětně od 1. dne pracovní neschopnosti za každý den pracovní neschopnosti, včetně sobot, nedělí a svátků.

Maximální počet dnů, za které poskytne pojistitel pojistné plnění v rámci jedné pojistné události, je 548 dnů.

2. Pojistná událost

- a) Pojistnou událostí je nemoc, která prvotně nastala po sjednané čekací době a jejímž důsledkem je z lékařského hlediska nutné léčení pojištěného, jehož průběh je lékařsky potvrzen vystavenou pracovní neschopností.

- b) Pracovní neschopností se ve smyslu těchto podmínek rozumí situace, kdy pojištěný nemůže dle lékařského rozhodnutí žádným způsobem, a to ani přechodně, vykonávat a ani nevykonávat své obvyklé povolání 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.

- c) Základní čekací doba je dva měsíce od počátku tohoto pojištění. Zvláštní čekací doba v délce osmi měsíců je stanovena pro případ pracovní neschopnosti z důvodu zubního ošetření, zhotovení zubních náhrad a úkonů chirurgie a ortopedie čelisti.

- d) Pokud dojde ke zvýšení pojistné částky tohoto pojištění, platí ode dne změny ustanovení o nové čekací době (bod L, odst. 2, písm. c) tohoto článku) pro dodatečnou část zvýšeného pojistného krytí. V případě navýšení pojistné částky bude za onemocnění, které nastalo, bylo diagnostikováno nebo prvotně léčeno již před tímto navýšením, plněno ve výši původně sjednané pojistné částky.

- e) V případě dlouhodobého léčení nemocí pracovní neschopnosti, lze-li jednoznačně určit, že vznikne nárok na pojistné plnění, a lze-li určit jeho minimální výši, může pojistitel na základě písemné žádosti pojištěného poskytnout přiměřenou zálohu. O zálohu je možné požádat nejdříve po jednom měsíci od vzniku pojistné události. Pojistitel může poskytnout zálohu za každý ukončený měsíc léčení nemocí

v pracovní neschopnosti, záloha bude vyplacena do maximálního počtu dní, za které má pojištěný nárok na pojistné plnění v souladu s ostatními ustanoveními SPP. Spolu s každou žádostí musí být doloženo potvrzení lékaře o trvání léčeni diagnostikované nemoci v pracovní neschopnosti. Pojistitel má právo za druhou a za každou následnou vyplacenou zálohu na pojistné plnění účtovat pojištěnému poplatek (viz platný PPPP).

- f) Pokud je vystavená pracovní neschopnost ve srovnání s průměrnou délkou léčeni pro uvedené onemocnění neúměrně dlouhá, stanoví konečný celkový rozsah pojistného plnění pojistitel na základě relevantních informací získaných od smluvního lékaře.
- g) V případě vzniku nové nemoci v době trvání pracovní neschopnosti pojištěného je toto novou pojistnou událostí pouze v případě, kdy nová nemoc není v žádné příčinné souvislosti s již diagnostikovanou nemocí (pojistné plnění se vyplácí následně dle zvolené varianty od 15., 29., 57. dne, resp. trvání min. 64 dnů). Pokud došlo současně k pracovní neschopnosti pro více nemocí, vyplácí pojistitel pojistné plnění maximálně do výše celkové doby léčeni, po kterou vznikl nárok na plnění, a to pouze jednou.
- h) Opakované léčeni totožné diagnózy nemoci, pro kterou byla v průběhu trvání pojištění vystavena pracovní neschopnost, je považováno za jednu pojistnou událost. Maximální počet dnů, za které pojistitel poskytne v součtu pojistné plnění, je 548 dnů.
- i) Pojistitel poskytne pojistné plnění za onemocnění, která se dostavila jako následek úrazu, jen v případě, že se sjednáno pojištění pracovní neschopnosti – nemoc a jsou splněny podmínky pro výplatu z tohoto pojištění. Datem pojistné události je den, kdy bylo onemocnění diagnostikováno. Za onemocnění následkem úrazu nelze v žádném případě poskytnout pojistné plnění souběžně (za stejné kalendářní dny) za období, za které je vypláceno pojistné plnění za dobu léčeni úrazu, ani za dobu léčeni následující poté, co již bylo přiznáno pojistné plnění za trvalé následky úrazu, jenž byl příčinou onemocnění.
- j) Pojištěný 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. Osoby pracující na dohodu o pracovní činnosti dokládají kopii dohody o pracovní činnosti.
- k) Pojištění, kteří nemají nárok na výplatu dávek nemocenského pojištění za dobu léčeni v pracovní neschopnosti (nejsou poplatníky nemocenského pojištění), prokazují nárok na pojistné plnění potvrzením lékaře o době léčeni, na kterou by jinak pracovní neschopnost vystavena byla. Osoby samostatně výdělečně činné dále musí doložit potvrzení správy sociálního zabezpečení, že nemají nárok na výplatu dávek nemocenského, osoby na rodičovské dovolené a starobní důchodci musí navíc doložit potvrzení o aktivním podnikání ke dni vzniku pojistné události.
- l) Pojištěný je povinen zabezpečit a postarat se, aby všechny doklady vyžádané pojistitelem byly vyhotoveny a zaslány co možná nejdříve v českém jazyce (originální dokumenty pořízené v cizím jazyce aby byly opatřeny překladem úředně uznávanou osobou); je povinen dodržovat stanovený léčebný režim, rady lékaře a všemi způsoby napomáhat svému celkovému uzdravení.
- m) Pojištěný je povinen se na požádání podrobit dodatečnému vyšetření u smluvního lékaře pojistitele.
- n) Pojištěný je povinen nahlásit pojistiteli změnu nebo ukončení pracovního poměru, samostatně výdělečně činnosti, popř. odchod do starobního důchodu, invalidního důchodu nebo uznání invalidity, a to do 15 dnů od data, kdy některý z výše uvedených důvodů nastal.
- o) Pojistitel je oprávněn zkoumat výši příjmu pojištěné osoby při vstupu do pojištění i při likvidaci pojistné události a má právo krátit pojistné plnění v případě snížení příjmu pojištěné osoby a tomu neodpovídající pojistné částce stanovené v závislosti na průměrném čistém měsíčním příjmu. Tabulka pro stanovení maximální výše pojistné částky je k dispozici na internetových stránkách pojistitele.
- p) Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění, vyjma ukončení uplynutím doby trvání pojištění.

3. Výluky z pojistného plnění

Pojistitel neplní v případě:

- a) léčebných pobytů v lázních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, psychiatrických léčebnách nebo zařízeních, zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie nebo závislosti, a to včetně následné pracovní neschopnosti, a dále pobytů v zařízeních souvisejících s pečovatelskou službou, jakož i ve speciálních dětských zařízeních a v ústavech sociální péče,
- b) poruchy duševní a poruchy chování – MKN 10 (mezinárodní klasifikace nemocí) – diagnózy F00 – F99,
- c) těhotenských komplikací, porodu, předčasném porodu, přerušení těhotenství, hrozcím potratu nebo potratu,
- d) doby, kdy pojištěný není v pracovním poměru, a to i v případě, že pojistná událost vznikla v ochranné lhůtě dle zákona o nemocenském pojištění, nebo nevykonává práci na základě dohody o pracovní činnosti nebo není aktivní OSVČ ke dni vzniku pojistné události (např. osoby na rodičovské dovolené, nezaměstnaní, důchodci, studenti), OSVČ, které nejsou plátcí nemocenského pojištění, jsou povinny na výzvu pojistitele věrohodně prokázat (například prostřednictvím faktur či pokladních dokladů) skutečnosti týkající se jejich samostatně výdělečné činnosti před pojistnou událostí, v jejím průběhu a po jejím ukončení.
- e) zákroků a zásahů z lékařského hlediska ne nezbytných, které si pojištěný nechal provést na svém těle, jako např. zubní ošetření, chirurgie či ortopedie čelisti, kosmetické zákroky při pracovní neschopnosti.

Připojištění úrazu k pracovní neschopnosti

Připojištění úrazu k pracovní neschopnosti může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 do 70 let, které jsou v pracovním poměru nebo vykonávají práci na základě dohody o pracovní činnosti nebo mají pravidelné příjmy ze samostatné výdělečné činnosti. Max. výstupní věk je v roce, ve kterém se pojištěný dožije 75 let věku.

Připojištění úrazu k pracovní neschopnosti je možné sjednat pouze tehdy, je-li sjednáno pojištění pracovní neschopnosti – nemoc v libovolné variantě.

1. Předmět a rozsah pojištění, pojistná událost

- a) Pojistnou událostí je v tomto připojištění úraz, který prvotně nastal v době trvání pojištění a v jehož důsledku je z lékařského hlediska nutné léčeni pojištěného v pracovní neschopnosti.
- b) Dojde-li k úrazu a pojištěný je z důvodu tohoto úrazu v pracovní neschopnosti, vznikne nárok na pojistné plnění za dobu léčeni úrazu v pracovní neschopnosti ve smluvně stanoveném denním rozsahu, a to ve výši pojistné částky a denního rozsahu sjednaných pro pojištění pracovní neschopnosti – nemoc.
- c) Pro toto připojištění platí pojistná částka a denní rozsah dle pojištění pracovní neschopnosti – nemoc.
- d) Pokud dojde ke zvýšení pojistné částky pro pojištění pracovní neschopnosti – nemoc, platí pro toto připojištění zvýšené pojistné krytí ode dne účinnosti vystaveného dodatku.
- e) Čekací doba se na pracovní neschopnost z důvodu úrazu nevztahuje.
- f) Pokud je vystavená pracovní neschopnost ve srovnání s průměrnou délkou léčeni pro uvedený úraz neúměrně dlouhá, stanoví konečný celkový rozsah pojistného plnění pojistitel na základě relevantních informací získaných od smluvního lékaře.
- g) V případě vzniku nového úrazu v době trvání pracovní neschopnosti pojištěného je toto pojistnou událostí pouze v případě, kdy nový úraz není v žádné příčinné souvislosti s již vzniklým úrazem. Pokud došlo současně k pracovní neschopnosti pro více úrazů, vyplácí pojistitel pojistné plnění maximálně do výše celkové doby léčeni, po kterou vznikl nárok na plnění, a to pouze jednou.
- h) Opakované léčeni totožné diagnózy úrazu, pro kterou byla v průběhu trvání pojištění vystavena pracovní neschopnost, je považováno za jednu pojistnou událost. Maximální počet dnů, za které pojistitel poskytne pojistné plnění v rámci jedné pojistné události, je 548 dnů.
- i) V případě dlouhodobého léčeni úrazu v pracovní neschopnosti, lze-li jednoznačně určit, že vznikne nárok na pojistné plnění, a lze-li určit jeho minimální výši, může pojistitel na základě písemné žádosti pojištěného poskytnout přiměřenou zálohu. O zálohu je možné požádat nejdříve po jednom měsíci od vzniku pojistné události. Pojistitel může poskytnout zálohu za každý ukončený měsíc léčeni úrazu v pracovní neschopnosti, záloha bude vyplacena do maximálního počtu dnů, za které má pojištěný nárok na pojistné plnění v souladu s ostatními ustanoveními SPP. Spolu s každou žádostí musí být doloženo potvrzení lékaře o trvání léčeni diagnostikovaného úrazu v pracovní neschopnosti. Pojistitel má právo za druhou a za každou následnou vyplacenou zálohu na pojistné plnění účtovat pojištěnému poplatek (viz platný PPPP).
- j) V případě, že dojde k souběhu pracovní neschopnosti z důvodu nemoci a úrazu, započítává se souběžná doba léčeni v pracovní neschopnosti pouze jednou. Výše uvedená se vztahuje na případy, kdy je nemoc v příčinné souvislosti s úrazem.
- k) Výplata pojistného plnění z připojištění úrazu k pracovní neschopnosti končí nejpozději se zánikem pojištění pracovní neschopnosti – nemoc, vyjma ukončení uplynutím doby trvání pojištění.

2. Výluky z pojistného plnění

Pro toto připojištění platí výluky uvedené v bodě L, odst. 3, písm. a), b), d), e).

ČLÁNEK 12 Dětská pojištění

V jedné pojistné smlouvě lze sjednat v rámci dětské doplňkové a úrazové složky pojištění až pro pět dětí. U všech pojištěných dětí lze sjednat různý rozsah pojištění. Dítě může vstoupit do pojištění od 0 let do nedovršených 18 let. Pojistné krytí končí nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěné dítě dožije 25 let. Pojištěný, který dosáhl věku 18 let a na smlouvě je stále veden jako pojištěné dítě, se nemůže stát zároveň dospělým pojištěným na téže smlouvě.

V rámci dětské doplňkové a úrazové složky pojištění lze sjednat:

- A. pojištění vážných nemocí a úrazů
B. ostatní doplňkovou a úrazovou složku pojištění
- pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče
 - pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin
 - pojištění trvalých následků úrazu
 - pojištění denního odškodného – úraz s možností progresivního plnění
 - pojištění hospitalizace – úraz nebo nemoc
 - pojištění ošetřování dítěte – úraz nebo nemoc

Pojistné plnění vyplácí pojistitel na základě hlášení pojistné události pojištěnému dítěti, v případě nezletilosti pojištěného dítěte jeho zákonnému zástupci, který je zároveň pojistníkem. Pokud není zákonný zástupce pojistníkem na pojistné smlouvě, pak mu pojistitel vyplácí plnění, jen když pojistnou událost nahlásil a uvedl správné číslo pojistné smlouvy.

A. POJIŠTĚNÍ VÁŽNÝCH NEMOCÍ A ÚRAZŮ

1. Předmět a rozsah pojištění

Předmětem pojištění vážných nemocí a úrazů jsou tyto diagnózy:

a) **rakovina (nádorová onemocnění)** – přítomnost nekontrolovaného růstu a rozšiřování maligních buněk a jejich invaze do tkáně, termín „rakovina“ také zahrnuje leukémii, maligní lymfomy vč. lymfomu kožního, Hodgkinovu chorobu, zhoubný nádor kostní dřene a sarkom.

Nárok na pojistné plnění vznikne i při životně nezbytné transplantaci kostní dřene, kdy příjemcem kostní dřene je pojištěné dítě. Povinnost pojistitele plnit (pojistná událost) vzniká dnem provedení transplantace.

Vyloučeny jsou:

- neinvazivní karcinomy in situ;
- lokalizované neinvazivní tumory vykazující jen rané maligní změny (dysplazie cervixu, rakovina cervixu klasifikace CIN-1-3, rakovina prostaty klasifikace T1a nebo T1b);
- maligní melanom klasifikace IA a ostatní typy rakoviny kůže;
- všechny typy rakoviny za přítomnosti HIV infekce.

Diagnóza maligního růstu nebo tvorby metastáz musí být potvrzena histologickým vyšetřením.

b) **totální ledvinové selhání** – konečné stadium ledvinového selhávání následkem chronického a nezvratného selhání funkce obou ledvin; pojištěné dítě musí podstupovat pravidelnou dialýzu nebo být po transplantaci ledviny. Za pojistnou událost se považuje také zařazení pojištěného dítěte do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci.

Nárok na pojistné plnění vzniká i v případě cévních komplikací v návaznosti na diabetes mellitus, při splnění všech definovaných podmínek.

c) **transplantace životně důležitých orgánů** – životně nezbytná a lékařským nálezem indikovaná transplantace srdce, plic, jater, ledvin, slinivky břišní, střeva, kdy je příjemcem pojištěné dítě. 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. Mezi kritéria plnění patří také přijetí do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci. Transplantace musí být z lékařského hlediska nezbytně nutná a musí být objektivně potvrzeno selhání funkce příslušného orgánu odborným lékařem. Právo na plnění nevznikne, jde-li o transplantaci jiných orgánů, částí výše uvedených orgánů nebo tzv. kmenových buněk.

d) **operace aorty** – operační výkon na aortě provedený v důsledku jejího roztržení, vzniku výdutě; vyloučeny jsou operace na větvích aorty nebo bypassy vystupující z aorty a vedoucí krev do periferního řečiště. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem provedení operace, pokud k ní došlo na území členských států Evropské unie.

e) **nitrolební (intrakraniální) nádor** – nitrolební nádory s klinickou symptomatologií, které je nutno řešit chirurgickým zákrokem (otevřeným z kraniotomie, stereotaktickým, endonasálním apod.), a/nebo radioterapií a/nebo chemoterapií.

Přítomnost nádoru musí ohrožovat životní funkce a v případě, že je neoperabilní, musí způsobovat trvalé neurologické poškození.

Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem rozhodnutí odborného lékaře (neurologa, neurochirurga) o nutnosti (indikaci) operativního zákroku, eventuálně rozhodnutí o inoperabilitě nitrolebního nádorového procesu, případně prokázání již provedené operační léčby, chemoterapie nebo ozařování.

Požaduje se prokázání na MRI nebo CT (případně PET).

f) **slepota** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta zraku obou očí; patří sem i téměř úplná ztráta zraku s minimálním zbytkovým viděním (max. 3/60) nebo omezení zorného pole (pod 10 stupňů). Diagnóza musí být klinicky potvrzena odborným lékařem. Stav nelze změnit lékařským zákrokem.

Pojistnou událostí není snížení visu (zraku) nižšího stupně.

Nárok na pojistné plnění vzniká i v případě cévních komplikací v návaznosti na diabetes mellitus, při splnění všech definovaných podmínek.

g) **hluchota** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta sluchu obou uší; diagnóza musí být klinicky potvrzena audiometrickým vyšetřením, tympanometrií a vyšetřením akustického reflexu odborným lékařem. Stav nelze změnit lékařským zákrokem. Pojistnou událostí není snížení sluchu nižšího stupně.

h) **ztráta řeči** – úplná, trvalá a nevratná ztráta schopnosti řeči v důsledku nemoci nebo úrazu hlasivek. Diagnóza musí být potvrzena nálezem odborného lékaře, nejlépe ORL. Pojistná událost vzniká dnem, ke kterému byla stanovena diagnóza ztráty řeči a za předpokladu splnění uvedených podmínek. Za pojistnou událost je považován i stav po laryngektomii (odstranění hrtanu).

Psychogenní ztráta schopnosti mluvit není kryta. Právo na pojistné plnění nevznikne, jde-li o vznik postižení v důsledku psychického stavu (tj. veškeré příčiny související s psychiatrickými diagnózami) a v případě, že příčinou vzniku onemocnění je kouření.

i) **paraplegie** – úplné a trvalé ochrnutí dolní poloviny těla. Povinnost pojistitele plnit vzniká nejdříve 6 měsíců od počátku onemocnění po stanovení diagnózy paraplegie příslušným klinickým pracovištěm. Vyloučena jsou částečná a vrozená ochrnutí končetin.

j) **tetraplegie (kvadruplegie)** – úplné a trvalé ochrnutí všech čtyř končetin. Povinnost pojistitele plnit vzniká nejdříve 6 měsíců od počátku onemocnění po stanovení diagnózy tetraplegie příslušným klinickým pracovištěm. Vyloučena jsou částečná a vrozená ochrnutí končetin.

k) **hemiplegie** – úplné a trvalé ochrnutí poloviny těla s úplným a trvalým přerušením vodivosti míchy pro vlákna zajišťující hybnost. Povinnost pojistitele plnit vzniká nejdříve 6 měsíců od počátku onemocnění po stanovení diagnózy hemiplegie příslušným klinickým pracovištěm. Vyloučena jsou částečná a vrozená ochrnutí končetin.

l) **kóma** – stav hlubokého bezvědomí bez reakce na vnější či vnitřní podněty, který trvá nepřetržitě nejméně 96 hodin (do 8 bodů na Glasgowské stupnici kómatu). Během této doby musí být uměle udržována některá ze základních životních funkcí.

Následkem musí být trvale prokazatelné poškození v klinickém neurologickém nález. Povinnost pojistitele plnit začíná dnem potvrzení diagnózy a trvalého neurologického poškození příslušným klinickým pracovištěm. Vyloučeno je kóma vzniklé následkem požívání alkoholu a/nebo aplikace návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky. Dále pojistitel neplní za kóma vzniklé na podkladě úrazu v souvislosti s požitím alkoholu a/nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky. Vyloučeno je též umělé kóma (dlouhodobá narkóza) navozené medikamentózně pro léčebné účely.

m) **operace srdeční chlopně** – pro účely pojištění podle těchto SPP se rozumí operace srdeční chlopně provedená přes otevřený hrudník za účelem léčebného zákroku na srdeční chlopně. Operace srdeční chlopně musí být lékařsky nezbytná a musí být v lékařské dokumentaci řádně zdůvodněna.

Pojistná událost nenastává v případě, že k operaci došlo v důsledku získaného onemocnění zapříčiněného požíváním alkoholu a/nebo aplikací omamných či návykových látek.

n) **získané chronické srdeční selhání** – pro účely pojištění podle těchto SPP se rozumí získané selhání srdce, které se projevuje trvalou funkční a/nebo morfologickou patologií srdeční tkáně (srdeční chlopně, endokard, myokard a/nebo perikard). Podmínkou vzniku pojištěné události je, aby nemocnění vedlo k trvalému chronickému srdečnímu selhání stupně II až IV podle NYHA klasifikace. Pojistná událost nenastává, jedná-li se o získané chronické srdeční selhání:

- vzniklé v důsledku požívání alkoholu a/nebo aplikace omamných či návykových látek,

- vzniklé v důsledku defektu v srdečním septu,

- pokud byla u pojištěného dítěte diagnostikována revmatická horečka před počátkem pojištění vážných nemocí a úrazů.

o) **roztroušená skleróza** – je autoimunitní onemocnění bílé hmoty CNS (mozku i míchy), které vede ke ztrátě myelinu v zánětlivých ložiscích (demyelinizace) a difúzní ztrátě axonů (neurodegenerace = postihuje i nervová vlákna).

Projevuje se různými neurologickými příznaky (poruchy zraku, citlivosti, hybnosti apod.).

Prokazuje se typickými nálezy při vyšetření CNS magnetickou rezonancí (MRI).

U pacientů ve věku 10–12 let je nutná magnetická rezonance.

Datum pojistné události je den stanovení jednoznačné a definitivní diagnózy podle revidovaných McDonaldových kritérií (příznak roztroušenosti v čase i prostoru) odborným lékařem - neurologem.

Za pojistnou událost se nepovažuje první akutní projev tohoto onemocnění, dále nejednoznačné neurologické diagnózy a ostatní zánětlivá onemocnění.

p) **mozková obrna (poliomyelitida)** – akutní infekce virem poliomyelitidy způsobující trvalé zdravotní postižení a vedoucí k trvalé paralýze projevující se poruchou pohybových funkcí nebo respirační nedostatečností; diagnóza musí být klinicky potvrzena neurologem a doložena průkazem infekce v séru a v likvoru (mozkomíšním moku). O pojistnou událost se nejedná, pokud pojištěné dítě nebylo řádně očkováno dle platného očkovacího kalendáře povinných očkování. Pojistnou událostí není paralýza trvající méně než tři měsíce a případy Guillain-Barrého syndromu.

q) **klíšťovou meningoencefalitidou (KE)** se rozumí encefalitida a/nebo meningitida způsobená specifickými ARBO viry (rod Flavivirus).

Přenašečem je klíště. Vzácně je přenos možný alimentární cestou.

Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria:

- KE je řádně léčena během hospitalizace nebo ambulantně,

- pojištěný doložil přítomnost protilátek proti klíšťové meningoencefalitidě v séru a/nebo v mozkomíšním moku a zvýšení hladiny IgM protilátek prokazující akutní infekci,

- závažné trvalé neurologické a/nebo psychiatrické následky klíšťové meningoencefalitidy jsou potvrzeny příslušným odborným lékařem.

Diagnóza musí být stanovena odborným lékařem a doložena v závislosti na onemocnění výše uvedeným způsobem.

r) **Lymeská nemoc (borrelióza)** – zánětlivé onemocnění způsobené bakteriemi komplexu *Borrelia burgdorferi*, které má projev kožní, neurologické, kloubní, kardiologické, oční a další.

Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria:

- pojištěný jednoznačně doložil přítomnost bakterie *Borrelia burgdorferi* (vyšetření z laboratoře molekulární biologie pomocí metody PCR),

- pojištěný doložil přítomnost specifických protilátek proti Lymeské nemoci v organismu (IgM a IgG prokazujících akutní infekci),

- pojištěný byl řádně dlouhodobě léčen,

- příznaky způsobené jednoznačně Lymeskou nemocí a závažnost jejich následků jsou potvrzeny příslušným odborným lékařem (psychosyndrom, parézy periferních i hlavových nervů, dysartrie, ataxie, poruchy kognitivních a paměťových funkcí, periferní neuropatie apod., těžké invalidizující postižení kloubů).

Pojistnou událostí při neurologických komplikacích jsou onemocnění s trvalým neurologickým defektem a současně klinicky potvrzeným nálezem neurologa. Postižení kloubů a invalidizace musí být potvrzena příslušným odborným lékařem. Diagnóza musí být stanovena odborným lékařem a doložena v závislosti na onemocnění výše uvedeným způsobem.

s) **meningitida (meningoencefalitida)** – zánět mozkových blan vyvolaný infekční etiologií.

Pro plnění z meningitidy musí existovat alespoň tři z níže uvedených příznaků: poruchy sluchu, hemiparézy, epileptické záchvaty, ataxie, parézy mozkových nervů, poruchy zraku, neuropsychické potíže nebo Waterhaus-Friedrichsenův syndrom (krvácení do nadledviny při meningokokové sepsi).

Podmínkou vzniku pojistné události u tohoto onemocnění je také detailní zpráva ošetřujícího lékaře pojištěného dítěte potvrzující splnění alespoň jedné z následujících podmínek a obsahující písemné vyjádření lékaře o očekávaném

nezlepšování se současného stavu:

- pojištěné dítě ohrožuje samo sebe a/nebo své okolí v důsledku svého duševního postižení,
- potřebuje trvalý celodenní dohled,
- je trvale upoutáno na lůžko nebo židli, nemůže vstát bez asistence další osoby. Poškození musí být potvrzeno odborným lékařem neurologem na základě technické diagnostiky (CT, MRI, transkraniální duplexní sonografie), vyšetření mozkomíšního moku s typickým zánětlivým nálezem, průkazem agens, jejich antigenů nebo DNA bakterií v moku nebo krvi pomocí metody PCR. Pojistitel dále plní za získané psychiatrické nemoci vedoucí k týmž nebo podobným následkům jako organická onemocnění mozku uvedená pod tímto písmenem. Podkladem pro poskytnutí plnění je lékařská zpráva a podrobný popis postižení. Vyloučeno je postižení vzniklé následkem infekce způsobené virem HIV.

t) **encefalitida (meningoencefalitida)** – zánět mozkové tkáně vyvolaný infekční etiologií.

Pro plnění z encefalitidy je nutné mít potvrzeno odborným lékařem – neurologem – a s pomocí dalších vyšetřovacích metod (vyšetření moku, CT, MRI nebo EEG). Pro plnění z encefalitidy jsou následující kritéria: trvalé kognitivní poruchy, poruchy sluchu, řeči, epilepsie, motorické výpadky, deficit v jemné motorice, ochrnutí mozkových nervů, demence.

Podmínkou vzniku pojistné události u tohoto onemocnění je také detailní zpráva ošetřujícího lékaře pojištěného dítěte potvrzující splnění alespoň jedné z následujících podmínek a obsahující písemné vyjádření lékaře o očekávaném nezlepšování se současného stavu:

- pojištěné dítě ohrožuje samo sebe a/nebo své okolí v důsledku svého duševního postižení,
- potřebuje trvalý celodenní dohled,
- je trvale upoutáno na lůžko nebo židli, nemůže vstát bez asistence další osoby. Pojistitel dále plní za získané psychiatrické nemoci vedoucí k týmž nebo podobným následkům jako organická onemocnění mozku uvedená pod tímto písmenem. Podkladem pro poskytnutí plnění je lékařská zpráva a podrobný popis postižení. Vyloučeno je postižení vzniklé následkem infekce způsobené virem HIV.

u) **aplastická anémie** – selhání funkce kostní dřeně (porucha krvetvorby), v jejímž důsledku je v cirkulující krvi nedostatek červených i 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,
- počet granulocytů (bílé krvinky s vyzrálými granulami v cytoplasmě) v krvi je nižší než $500/\text{mm}^3$ (t.j. $0,5 \times 10^9/\text{l}$) a krevních destiček nižší než $20\,000/\text{mm}^3$ (t.j. $20 \times 10^9/\text{l}$),
- je prokázána anémie a retikulocytopenie,
- léčení je prováděno minimálně jedním z následujících způsobů:
 - pravidelné krevní transfuze,
 - pravidelná aplikace imunosupresivních látek,
 - transplantace kostní dřeně.

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

v) **virová hepatitida** – virový zánět jaterní tkáně způsobený virem hepatitidy. Pro doložení onemocnění a podmínkou vzniku pojistné události je splnění těchto požadavků:

- pojištěné 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 zjištělná v séru alespoň šest měsíců po skončení léčení 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 dosud nedošlo a virus hepatitidy přetrvává v těle i po jednom roce od ukončení léčby interferonem. Datem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena diagnóza odborným lékařem. Vyloučeno je infekční onemocnění virem hepatitidy typu A a typu B. Vyloučen je také vertikální přenos z matky na dítě u hepatitidy typu C.

w) **diabetes mellitus I. typu s intenzifikovaným inzulínovým režimem (závislý na inzulínu)** – diabetem se pro účely pojištění 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. Vyloučen je diabetes mellitus II. typu vzniklý na základě obezity.

x) **Crohnova choroba** – závažné zánětlivé onemocnění střev nejasné příčiny. Diagnóza musí být stanovena odborným gastroenterologickým vyšetřením vycházejícím z výsledků doloženého endoskopického, histologického a laboratorního nálezu. Podmínkou tohoto onemocnění splňují pacienti s recidivující fistulující či stenozující formou onemocnění vyžadující opakované střevní resekce. Dále pacienti se závažným malabsorbčním syndromem vyžadující dlouhodobé nebo trvalé podávání parenterální výživy.

Datem vzniku pojistné události je den, ke kterému byla stanovena diagnóza gastroenterologem.

y) **stavy vedoucí k syndromu krátkého střeva s nutností totální parenterální umělé výživy** – syndrom krátkého střeva souvisí s nedostatečnou délkou zaživacího traktu vzniklou po opakovaných resekcích (chirurgických výkonech na střevě s odnětím části střeva). Důsledky pro organismus jsou různé podle odňaté 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 je dlouhodobé nebo trvalé. Datem vzniku pojistné události je den, kdy byla stanovena diagnóza odborným lékařem se zdůvodněním nutnosti podávání umělé parenterální výživy.

z) **astma bronchiale** – je závažným onemocněním za splnění některého z následujících kritérií:

- trvalé klinické příznaky (těžké a středně těžké perzistující astma) či časté záchvaty (lehké perzistující astma); časté noční příznaky;
- trvalá potřeba léčby bronchodilatačními léky (beta-mimetika, aminofylin) či trvalé podávání inhalačních kortikoidů.

aa) **epilepsie** – pro účely pojištění podle těchto SPP se rozumí záchvatovitá přechodná porucha mozkové činnosti, která se projevuje poruchou vědomí. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby provedené EEG vyšetření vykazovalo patologickou epileptickou aktivitu mozku a zároveň došlo k více než jednomu záchvatu tonicko-klonických křečí postihující všechny kosterní svaly a současně poruše vědomí (grand mal) minimálně jedenkrát za sedm dnů.

Pojistná událost nenastává v případě, že diagnóza epilepsie byla poprvé stanovena během prvních dvou let od počátku pojištění a současně toto onemocnění souviselo s níže uvedenými příčinami a symptomy, kterých si byli pojištěné dítě a/nebo jeho zákonní zástupci vědomi před počátkem pojištění:

- úraz hlavy,
- zánětlivé onemocnění a/nebo infekce mozku,
- chirurgický zákrok na mozku,
- nádor mozku,
- hypoxie během porodu pojištěného dítěte.

bb) **revmatická horečka** – pro účely pojištění podle těchto SPP se rozumí revmatická horečka s přetrvávajícími srdečními komplikacemi.

Podmínkou vzniku pojistné události je, aby onemocnění vedlo k trvalému chronickému srdečnímu selhání stupně II až IV podle NYHA klasifikace. Diagnóza revmatické horečky musí být potvrzena kardiologem a musí být prokázáno splnění všech diagnostických kritérií podle Jonese. Pojistná událost nenastává, trpělo-li pojištěné dítě chlopenní vadou jakéhokoli původu před počátkem pojištění.

cc) **tetanus** – pro účely pojištění podle těchto SPP se rozumí akutní infekce způsobená bakterií Clostridium tetani. Podmínkou vzniku pojistné události je generalizovaný tetanus s nutností léčby na jednotce intenzivní péče (JIP) včetně umělé plicní ventilace. Onemocnění dítěte musí být potvrzeno odborným lékařem. Pojistná událost nenastává, pokud pojištěné dítě nebylo řádně očkováno dle platného očkovacího kalendáře.

dd) **významné poškození mozku způsobené úrazem** – Klinická symptomatologie s prokázaným trvalým neurologickým postižením musí být doložena objektivním nálezem lékaře specialisty v oboru neurologie. Diagnóza musí být potvrzena čerstvými změnami na CT nebo MRI.

Vyloučeno je poškození mozku způsobené úrazem v souvislosti s požitím alkoholu a/nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky.

Pojištění vážných nemocí a úrazů dělíme do šesti skupin.

1. skupina – Selhání důležitých orgánů

- totální ledvinové selhání
- transplantace životně důležitých orgánů
- aplastická anémie
- diabetes mellitus I. typu s intenzifikovaným inzulínovým režimem (závislý na inzulínu)

2. skupina – Nervový systém

- paraplegie
- tetraplegie (kvadruplegie)
- hemiplegie
- kóma
- roztroušená skleróza
- mozková obrna (poliomyelitida)
- klíšťová meningoencefalitida
- Lymeská nemoc (borrelióza)
- meningitida (meningoencefalitida)
- encefalitida (meningoencefalitida)
- epilepsie
- tetanus

- významné poškození mozku způsobené úrazem

3. skupina – Kardiovaskulární systém

- operace aorty
- operace srdeční chlopně
- získané chronické srdeční selhání
- revmatická horečka

4. skupina – Záněty

- virová hepatitida
- Crohnova choroba
- stavy vedoucí k syndromu krátkého střeva s nutností totální parenterální umělé výživy
- astma bronchiale

5. skupina – Nádory

- rakovina (nádorová onemocnění)
- nitrolební (intrakraniální) nádor

6. skupina – Ostatní

- slepota
- hluchota
- ztráta řeči

2. Pojistná událost

- a) Pokud pojištěnému dítěti onemocněním či úrazem vzniklo právo na plnění, je pojistitel povinen na základě písemné žádosti vyplatit z pojištění vážných nemocí a úrazů smluvně dohodnutou pojistnou částku nezávisle na případném dalším plnění z jakéhokoliv jiného pojištění sjednaného ve smlouvě. Nárok na plnění vzniká, došlo-li u pojištěného dítěte v době trvání pojištění k potvrzení diagnózy jedné z vážných nemocí vyjmenovaných a definovaných v pojistné smlouvě, respektive k provedení některého z operačních zákroků vyjmenovaných a definovaných v pojistné smlouvě, a zároveň byly splněny všechny podmínky stanovené pro danou diagnózu.
- b) Pojistné plnění bude vyplaceno pouze za předpokladu přežití pojištěného dítěte alespoň 30 kalendářních dnů od potvrzené lékařské diagnózy, případně data provedení operačního nebo lékařského výkonu jedné z vážných nemocí uvedených v tomto článku.
- c) V pojištění vážných nemocí a úrazů není pojistitel povinen plnit v případě potvrzení lékařské diagnózy, případně data provedení operačního nebo lékařského výkonu jedné z vážných nemocí u pojištěného dítěte do doby tří měsíců ode dne počátku tohoto pojištění. Podmínka tří měsíců od počátku pojištění se nevztahuje na případy, kdy došlo k vážné nemoci výlučně v důsledku úrazu vzniklého nejdříve v den počátku pojištění.
- d) V případě, kdy došlo v posledních třech měsících před stanovením diagnózy, případně operace vážné nemoci ke zvýšení pojistné částky pro případ vážných nemocí a úrazů, vyplatí pojistitel pojistnou částku platnou před jejím zvýšením. Pokud došlo k dané vážné nemoci v důsledku úrazu, který nastal v době trvání pojištění, a po vzniku úrazu došlo ke zvýšení pojistné částky, vyplatí pojistitel pojistnou částku platnou ke dni vzniku úrazu.
- e) Posledním dnem pojistně-technického období, ve kterém nastala pojistná událost, končí pojištění diagnózy, za kterou bylo poskytnuto pojistné plnění a zároveň končí pojištění skupiny diagnóz, které z lékařského hlediska souvisí s danou diagnózou (viz výčet skupin diagnóz výše). Pojištění ostatních diagnóz pokračuje dál, pojistná částka a sazba pojistného zůstává beze změn. Pojistitel poskytne pojistné plnění za maximálně tři pojistné události, které nastanou v průběhu trvání pojištění, a to vždy ve výši 100 % aktuálně platné pojistné částky ke dni vzniku pojistné události. Mezi daty potvrzení diagnózy, resp. daty provedení operačního nebo lékařského výkonu pro jednotlivé pojistné události je stanovena doba 12 měsíců, kdy pojistitel neposkytne pojistné plnění. Pokud další pojistná událost nastane v této době, pojištění nezaniká, a z této pojistné události nárok na plnění nevzniká. Dojde-li k souběhu více pojistných událostí najednou v rámci jedné skupiny, vyplatí pojistitel pojistné plnění jen jednou. Posledním dnem pojistně-technického období, ve kterém nastala třetí pojistná událost, za kterou vzniká nárok na výplatu pojistného plnění, pojištění vážných nemocí a úrazů končí.

B. OSTATNÍ DOPLŇKOVÁ A ÚRAZOVÁ SLOŽKA POJIŠTĚNÍ

Pro **pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče** platí ustanovení bodu C článku 11 těchto SPP vyjma možnosti sjednat:

- pojištění invalidity 1. a 2. stupně,
- pojištění pouze z důvodu úrazu,
- klesající pojistné částky,
- individuální konec pro toto pojištění.

Pojistné krytí z pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče se nevztahuje na vrozené vady dítěte, které se projeví do 1 roku věku dítěte.

V případě úmrtí dítěte z jakýchkoliv příčin vyplatí pojistitel pojistnou částku **pro pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin** platnou k datu úmrtí dítěte. Obmyšleným je v tomto případě pojistník. Výluky pro dané riziko platí dle ustanovení VPP, vyjma výplaty kapitálové hodnoty v případě úmrtí v prvních dvou letech trvání pojištění následkem jakéhokoliv onemocnění, které nastalo nebo bylo diagnostikováno před počátkem pojištění, kdy odchýlně od ustanovení VPP pojištění pro případ smrti dítěte z jakýchkoliv příčin zaniká bez náhrady.

Pro **pojištění trvalých následků úrazu** platí ustanovení bodu I článku 11 těchto SPP, vyjma možnosti sjednat:

- pojištění trvalých následků úrazu s progresivním plněním od 10 %,
- desetinásobnou progresi.

Pro **pojištění denního odškodného** platí ustanovení bodu J článku 11 těchto SPP, vyjma možnosti sjednat pro pojištěné dítě variantu pojištění denního odškodného s celkovou dobou léčení alespoň 29 dnů.

Pro **pojištění hospitalizace** platí ustanovení bodu K článku 11 těchto SPP, vyjma možnosti sjednat pojištění hospitalizace pouze následkem úrazu a vyjma pobytu v nemocnici za účelem preventivních léčebných zákroků z důvodu genetických předpokladů rakoviny. Maximální počet dnů pojištění hospitalizace dítěte, za které pojistitel poskytne pojistné plnění v rámci jedné pojistné události, je 365 dnů.

Z pojištění hospitalizace pojistitel vyplatí dvojnásobek pojistné částky za hospitalizaci

pojištěného dítěte v doprovodu zákonného zástupce. Dvojnásobné plnění pojistitel vyplatí následně od 15. dne za každý započatý den trvání pobytu zákonného zástupce v nemocnici, a to max. do dovršení 7 let věku dítěte. Pojistitel má právo stanovit max. počet dní, za které bude dvojnásobné plnění vyplaceno (viz platný PPPP).

Z **pojištění ošetřování dítěte** poskytne pojistitel pojistné plnění v případě úrazu nebo nemoci pojištěného dítěte, a to za podmínky, že ošetřující lékař rozhodl o vzniku potřeby nepřetržitého ošetřování pojištěného dítěte. Pokud je ošetřující osoba nepřetržitě přítomna v nemocnici s dítětem, pak pojistitel vyplatí pojistné plnění i za hospitalizaci dítěte. Rozhodnutí ošetřujícího lékaře má pojistitel právo prověřit na základě odborného posouzení zpracovaného smluvním lékařem pojistitele.

Odlíšně od ostatních rizik může být pojištění ošetřování dítěte sjednáno pro dítě ve věku od 2 let (dovršených) do 17 let (celorok). Pojištění končí nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technického období, ve kterém se pojištěné dítě dožije 18 let. Pojistné plnění vyplatí pojistitel následně od 29. dne ošetřování dítěte z důvodu úrazu nebo nemoci dítěte. Maximální počet dnů, za které poskytne pojistitel plnění v rámci jedné pojistné události, je 365 dnů. Výplata pojistného plnění z pojištění ošetřování dítěte končí nejpozději se zánikem pojištění ošetřování dítěte, vyjma ukončení uplynutím doby trvání pojištění.

Opakované léčebné či tožné diagnózy nemocí nebo úrazu, pro kterou je stanoveno ošetřování dítěte, je považováno za jednu pojistnou událost.

V případě vzniku nové nemoci či úrazu v době trvání ošetřování dítěte je toto novou pojistnou událostí pouze v případě, kdy nová nemoc či úraz není v žádné přičinné souvislosti s již diagnostikovanou nemocí či úrazem (plnění se vyplácí od 29. dne následně). Pojistitel vyplatí pojistné plnění maximálně do výše celkové doby léčení, po kterou vznikl nárok na plnění, a to pouze jednou.

V případě souběhu doby léčení více úrazů nebo nemocí se započítává souběžná doba léčení pouze jednou.

V případě dlouhodobého ošetřování dítěte, lze-li jednoznačně určit, že vznikne nárok na pojistné plnění, a lze-li určit jeho minimální výši, může pojistitel na základě písemné žádosti pojištěného poskytnout přiměřenou zálohu. O zálohu je možné požádat nejdříve po dvou měsících od vzniku pojistné události. Pojistitel může poskytnout zálohu za každý ukončený měsíc ošetřování dítěte, záloha bude vyplacena do maximálního počtu dní, za které má pojištěný nárok na pojistné plnění v souladu s ostatními ustanoveními SPP. Spolu s každou žádostí musí být doloženo potvrzení lékaře o trvání nutnosti nepřetržitého ošetřování dítěte z důvodu léčení úrazu či nemoci. Pojistitel má právo za druhou a za každou následnou vyplacenou zálohu na pojistné plnění účtovat pojištěnému poplatek (viz platný PPPP).

Základní čekací doba pro ošetřování dítěte z důvodu nemoci je dva měsíce od počátku tohoto pojištění. Zvláštní čekací doba pro ošetřování dítěte v délce osmi měsíců je stanovena z důvodu zubního ošetření, zhotovení zubních náhrad a úkonů chirurgie a ortopedie čelisti.

Výluky z pojistného plnění u pojištění ošetřování dítěte

Pojistitel neplní v případě:

- doprovodu při léčebných pobytech v lázních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, s výjimkou případů, kdy pobyt bezprostředně navazuje na hospitalizaci a je nezbytný pro další léčení z důvodu vážných stavů po nemoci, úrazu a vážných pooperačních stavů (vyloučeny jsou pobyty ze sociálních důvodů). Dále pojistitel neplní za doprovod při pobytu dítěte v psychiatrických léčebnách nebo zařízeních, zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie nebo závislosti a dále při pobytech v zařízeních souvisejících s pečovatelskou službou, jakož i ve speciálních dětských zařízeních a v ústavech sociální péče,
- poruchy duševní a poruchy chování z důvodu nemoci – MKN 10 (mezinárodní klasifikace nemocí) – diagnózy F00 – F99,
- zákroků a zásahů z lékařského hlediska ne nezbytných, které si pojištěný nechal provést na svém těle, jako např. zubní ošetření, chirurgie či ortopedie čelisti, kosmetické zákroky,
- těhotenských komplikací, porodu, předčasném porodu, přerušení těhotenství, hrozcím potratu nebo potratu.

Pro výše uvedená dětská pojištění se dále sjednává:

- Do posledního dne roku, ve kterém dítě dovrší 10 let věku, platí odchýlně od ustanovení čl. 16, odst. 12, písm. d) VPP, že pojistitel může poskytnout pojistné plnění z úrazové složky i za otravy v důsledku požití pevných nebo kapalných látek polknutím.
- Děti nejsou zařazovány do rizikových skupin.

ČLÁNEK 13 Rizikové skupiny

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

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

1. riziková skupina

Veškerá povolání v nevýrobní oblasti, popř. ve výrobní oblasti s minimálními riziky úrazu, a povolání s převažující duševní činností, popř. malým podílem manuální práce (např. architekt, lékař, prodávač, učitel, úředník). Do této rizikové skupiny se zařazují povolání typu manažer, obchodní zástupce, soukromý podnikatel aj., pokud u vykonávané činnosti převažuje administrativní práce v kanceláři. 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 převažujícím podílem manuální práce, popř. se zvýšeným rizikem úrazu, která nepatří do 1. RS ani 3. RS, včetně vojáku

z povolání. Patří sem např. dělník, hasič, instalatér, pokrývač, příslušník policie. Dále sem patří sporty vykonávané registrované ve sportovních organizacích (vyjma sportů uvedených ve 4. rizikové skupině) a sporty vykonávané profesionálně, u kterých není zvýšené riziko úrazu (např. bowling, golf, šachy).

3. riziková skupina

Povolání s velmi vysokým rizikem úrazu (např. lesní dělník, člen jednotky rychlého nasazení, osoba pracující ve výškách, důlní práce, práce s jedy nebo výbušninami apod.).

4. riziková skupina

Všechny práce nebo činnosti s extrémním, velmi vysokým stupněm ohrožení zdraví, např. činnosti při zajištění motorových vozidel a jejich typových zkouškách, tovární jezdci motorových vozidel, plavidel, kaskadéři a všechna sportovní odvětví vykonávaná profesionálně. Za profesionálního sportovce je považován klient, který má se sportovním klubem či jiným subjektem v této oblasti sepsanou profesionální smlouvu a/nebo vykonává sportovní činnost za úplatu, která je hlavním nebo převažujícím příjmem, a/nebo vykonává sportovní činnost min. 28 hodin týdně (včetně víkendu), včetně tréninku. Nepatří sem profesionální sporty spadající do 2. RS. Dále sem patří všechny sporty s velmi vysokým rizikem úrazu (horolezectví, bungee jumping, potápění s dýchacím přístrojem, rafting, box, bojové sporty, letecké sporty a všechny adrenalinové sporty), včetně motoristických sportů (motoristickým sportem se rozumí i použití dopravního prostředku na účelové komunikaci nebo jakéhokoliv jiného dopravního prostředku mimo pozemní komunikaci).

Motorové vozidlo je pro účely pojištění považováno za dopravní prostředek pouze při použití na pozemní komunikaci. V případě pojistné události je nutné doložit usnesení policie o dopravní nehodě.

Pojištěný se může sám rozhodnout, jestli chce být zařazen do rizikové skupiny odpovídající jeho vykonávané sportovní či jiné zájmové činnosti; v rámci povolání není možné se rozhodnout. Konečné rozhodnutí o zařazení do rizikové skupiny je v kompetenci pojistitele.

V případě, že dojde k úrazu a pojištěný je zařazen do nižší rizikové skupiny, než která náleží ke 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.

B. Rizikové rekreační sporty

K níže uvedeným rizikům doplňkové a úrazové složky pojištění lze sjednat bez navýšení stávajícího pojistného pojištění rizikových rekreačních sportů.

Na rizikovou činnost spojenou s rekreačními sporty lze na každé smlouvě vyčerpat za jeden kalendářní rok limit stanovený pojistitelem v platném PPPP. Informaci o počátku a konci období, na které by měla platit rozdílná (vyšší) riziková skupina, než která je sjednaná v pojistné smlouvě, podá pojistník pojistiteli prostřednictvím SMS zprávy.

Limit na pojištění rizikových rekreačních sportů lze poprvé čerpat až od data počátku pojištění (nevztahuje se na předběžné krytí).

Pojištění rizikových rekreačních sportů lze aktivovat od aktuálního dne. Pojištění začne platit dvě hodiny po doručení SMS zprávy pojistiteli a jejím následném potvrzení.

Pojištění rizikových rekreačních sportů lze sjednat k následujícím úrazovým rizikům: pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče, pojištění pro případ smrti následkem úrazu, pojištění trvalých následků úrazu, pojištění denního odškodného – úraz s možností progresivního plnění, pojištění hospitalizace, připojištění úrazu k pracovní neschopnosti.

Pojištění rizikových rekreačních sportů se nevztahuje na činnosti, při kterých se pojištěný účastní sportovních soutěží či závodů, a dále na činnosti, které pojištěný vykonává za úplatu.

ČLÁNEK 14 Indexace

- a) Byla-li v pojistné smlouvě sjednána indexace, navrhne pojistitel úpravu běžně placeného pojistného a vybraných pojistných částek tak, aby reálná hodnota pojištění 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 se vztahuje pouze na rizika dospělého pojištěného stanovená pojistitelem v platném PPPP (vyjma pojištění s klesající pojistnou částkou).
- c) Indexace běžně placeného pojistného a vybraných pojistných částek se provádí vždy k výročnímu dni počátku pojištění, a to nejdříve po dvou letech od počátku pojištění 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 běžně placeného pojistného, max. však o stanovenou výši indexace běžně placeného pojistného. Minimální výši běžného pojistného, při které se indexace provádí, stanovuje pojistitel.
- d) Indexace se provádí bez dalšího zkoumání zdravotního stavu pojištěného.
- e) Pojistitel zašle pojistníkovi v souladu s poskytnutým písemným souhlasem v nabídce na uzavření pojistné smlouvy nabídku rozsahu indexace pojistné smlouvy a k výročnímu dni počátku pojištění vystaví dodatek k pojistné smlouvě, ve kterém bude uvedeno upravené pojistné a pojistné částky. Pojistník má právo pro dané období indexaci písemně odmítnout. Písemné odmítnutí musí být pojistiteli doručeno nejpozději 15 dnů před výročním dnem počátku pojištění. Odmítnutí indexace doručené pojistiteli po tomto termínu není pojistitel povinen akceptovat. Neodmítne-li pojistník indexaci písemným zasláním svého odmítnutí, má se za to, že s indexací souhlasí v souladu s poskytnutým písemným souhlasem v pojistné smlouvě (dle ustanovení VPP čl. 23 Doručování).
- 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 pojištění v případě vzniku nároku na zproštění od placení pojistného. V tomto případě dojde k automatickému vyřazení indexace z pojistné smlouvy.
- h) Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění u pojistných smluv, u nichž je:
 - sjednán příspěvek zaměstnavatele v jakémkoliv variantě příspěvků;
 - v době ode dne zaslání nabídky rozsahu indexace pojistné smlouvy do dne vystavení dodatku k pojistné smlouvě týkající se této indexace provedena pojistně-technická změna (dle ustanovení SPP čl. 8 – Změny v pojistné smlouvě);
 - dohodnuto přerušení placení pojistného, a to nejdéle na dobu 3 následujících měsíců od výročního dne počátku pojištění.

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