Speciální pojistné podmínky pro Flexibilní životní pojištění JUNIOR

Tyto speciální pojistné podmínky (dále jen „SPP“) se řídí zákonem o pojistné smlouvě a Všeobecnými pojistnými podmínkami pro pojištění spojená s investičními fondy OSOINV 5 ze dne 1. ledna 2011 (dále jen „VPP“) a jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy (dále jen „smlouvy“).

ČLÁNEK 1
Základní pojmy

Pro účely sjednávaného pojištění platí tento výklad pojmů:

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 určená na pokrytí počátečních nákladů (např. provize, počáteční administrativní náklady, zdravotní ocenění) – viz platný přehled poplatků a parametrů produktu.
Běžná alokace – průběžná alokace určená na běžné správní náklady – viz platný přehled poplatků a parametrů produktu.

b) **Flexibilní životní pojištění JUNIOR** (dále jen „JUNIOR“) – kombinace pojištění a investic do kapitálové hodnoty smlouvy sjednávaná ve prospěch pojištěného dítěte. Pojistné částky jsou pevně dány smlouvou a částka určená k výplatě při dožití konce pojištění, resp. v případě předčasného ukončení smlouvy, je dána aktuální výší kapitálové hodnoty smlouvy.
- V případě běžně placeného pojistného může pojištění JUNIOR uzavřít dospělý pojištěný (pojistník) se vstupním věkem od dovršených 18 let do 70 let, pro pojištěné dítě se vstupním věkem od 0 let do nedovršených 18 let, na dobu minimálně 5 let; maximální doba trvání pojištění může být do roku, ve kterém se pojištěné dítě dožije minimálně 19 let a maximálně 25 let, při zachování maximálního výstupního věku pojistníka 75 let.
- V případě jednorázově placeného pojistného může pojištění JUNIOR uzavřít dospělý pojištěný (pojistník) se vstupním věkem od dovršených 18 let (horní hranice není omezena), pro pojištěné dítě se vstupním věkem od 0 let do nedovršených 18 let, na dobu minimálně 5 let; maximální doba trvání pojištění může být do roku, ve kterém se pojištěné dítě dožije minimálně 19 let a maximálně 25 let.

c) **Garantovaný fond** – fond s garantovanou výší minimálního zhodnocení ceny jednotky.

d) **Hodnota fondu u smlouvy** – počet podílových jednotek k dané pojistné smlouvě a k danému fondu vynásobený jejich prodejní cenou.

e) **Hotovost** – částka určená k vyrovnání zaokrouhlovacích rozdílů při převodu na podílové jednotky, případně k držení záporné kapitálové hodnoty.

f) **Kapitálová hodnota smlouvy** – pojistná rezerva stanovená platnými pojistně-technickými postupy pro jednotlivou smlouvu, vyjádřená v Kč. Garantovaná výše pravidelného růstu kapitálové hodnoty (zhodnocení) je uvedena v pojistce a v přehledu poplatků a parametrů produktu.

g) **Nákupní cena jednotky** – cena, za kterou pojistitel prodává jednotky k pojistné smlouvě (v okamžiku úhrady pojistného). Pojistitel může stanovit několik nákupních cen jednotek v závislosti na typu alokovaného pojistného (poplatek „marže“).

h) **Oceňovací den** – den, ke kterému pojistitel stanoví nákupní a prodejní cenu podílových jednotek jednotlivých fondů.

i) **Odkupní hodnota** – kapitálová hodnota pojistné smlouvy upravená o možné poplatky a srážky.

j) **Podílová jednotka** (dále jen „jednotka“) – identická část fondu představující podíl z jeho hodnoty.

k) **Pojištěné riziko** – riziko, které je definováno typem pojištění a pojistnou částkou.

l) **Prodejní cena jednotky** – cena, za kterou pojistitel odkoupí jednotky z pojistné smlouvy (v okamžiku ukončení pojistné smlouvy nebo výplaty části kapitálové hodnoty).

m) **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
Pojistné plnění pro pojištěné dítě

a) Při dožití se sjednaného konce pojištění bude pojištěnému dítěti vyplacena kapitálová hodnota smlouvy.

b) V případě úmrtí pojištěného dítěte pojištění zaniká a pojistníkovi bude vyplacena kapitálová hodnota smlouvy platná ke dni nahlášení pojistné události, snížená o částečné výplaty provedené po nahlášení úmrtí.
V případě úmrtí pojištěného dítěte, které se stalo v průběhu trvání pojištění pojistníkem, vyplatí pojistitel kapitálovou hodnotu smlouvy platnou ke dni nahlášení pojistné události, sníženou o částečné výplaty provedené po nahlášení úmrtí dle ustanovení článku 11 odst. 2 VPP.

ČLÁNEK 3
Pojistné

a) Pojistné lze zaplatit najednou za celou dobu, na kterou bylo pojištění sjednáno (jednorázové pojistné).

b) Pojistné lze platit za dohodnutá pojistná období (běžné pojistné).

c) Pojistník může kdykoliv v době trvání pojištění zaplatit mimořádné pojistné, tj. jednorázově zaplatit pojistné nad rámec sjednaného běžného pojistného nebo počátečního jednorázového pojistného.

d) Pojistník si může kdykoliv v době trvání smlouvy předplatit pojistné, tj. zaplatit najednou jednu nebo více plateb běžného pojistného před datem jejich splatnosti. K předplacení plateb běžného pojistného slouží účet, variabilní symbol a specifický symbol, který je určen k platbám běžného pojistného.

e) Pojistník může kdykoliv v době trvání smlouvy zaplatit mimořádné pojistné v minimální výši stanovené pojistitelem. Mimořádné pojistné zvyšuje kapitálovou hodnotu smlouvy. Zaplacení mimořádného pojistného nemá vliv na povinnost pojistníka platit sjednané běžné pojistné. Pojistitel je oprávněn použít část mimořádného pojistného na pokrytí dlužného běžného pojistného k datu připsání mimořádného pojistného na účet pojistitele. Mimořádné pojistné je možno uhradit na základě pokynů uvedených v pojistce. K úhradě mimořádného pojistného je určen zvláštní variabilní symbol. Pojistitel je oprávněn odmítnout mimořádné pojistné zaplacené pod stanovenou minimální hranici.

f) Běžné pojistné, jednorázové pojistné i mimořádné pojistné se používá podle platných pojistně-technických pravidel k navyšování kapitálové hodnoty smlouvy.

g) Pojistitel zaúčtuje jednorázové, běžné a mimořádné pojistné bez zbytečného odkladu, nejdříve však v den, kdy jsou peníze připsány a identifikovány na účtu pojistitele. Pojistitel není zodpovědný za zpoždění identifikace platby (za škodu vzniklou uvedením chybného čísla účtu a/nebo variabilního symbolu a/nebo specifického symbolu), kterou zavinil pojistník nebo jiná osoba.

ČLÁNEK 4
Náklady, poplatky a cena pojištění

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

a) 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 níže uvedené technické poplatky, kalkulované podle platných pojistně-technických zásad pojistitele. Snížení 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 pojistitel od těchto pravidel odchýlit.

b) Alokace – pojistitel snižuje běžné pojistné v prvních letech trvání pojistné smlouvy o poplatek na pokrytí počátečních nákladů spojených se vznikem pojistné smlouvy, vč. nákladů na akvizici v prvních letech trvání pojištění (počáteční alokace). V průběhu trvání pojistné smlouvy snižuje pojistitel kapitálovou hodnotu o poplatek na pokrytí běžných správních nákladů (běžná alokace). V případě navýšení běžně placeného pojistného má právo pojistitel z navýšené části pojistného (rozdílu mezi novou a původní výší pojistného) účtovat poplatek na pokrytí nákladů spojených s úpravou a změnou pojistné smlouvy.

c) Marže –poplatek z pojistného při připisování pojistného do kapitálové hodnoty smlouvy.

d) Poplatek z pojistné částky – snížení kapitálové hodnoty na počátku pojistné smlouvy o poplatek stanovený z výše pojistné částky pro případ smrti. V případě navýšení pojistné částky pro případ smrti má pojistitel právo účtovat poplatek z navýšené pojistné částky (rozdílu mezi novou a původní výší pojistné částky) na pokrytí nákladů spojených s úpravou a změnou pojistné smlouvy.

e) Administrativní poplatek – poplatek za správu a vedení pojistné smlouvy; poplatek se účtuje stržením částky z kapitálové hodnoty pojistné smlouvy.

f) Poplatek za správu kapitálové hodnoty (management fee) – použití části hodnoty fondu na pokrytí nákladů spojených s provozováním tohoto fondu.

g) Inkasní poplatky – poplatky účtované v závislosti na způsobu a technice úhrady pojistného z uhrazené platby; poplatek se účtuje stržením příslušné částky z kapitálové hodnoty smlouvy.

h) Poplatek za zrušení pojistné smlouvy – snížení výplaty odkupného v prvních dvou letech trvání pojistné smlouvy.

i) Za provedení změny do smlouvy – poplatek stržený z kapitálové hodnoty pojistné smlouvy v případě vystavení dodatku k pojistné smlouvě.

j) Za výplatu části kapitálové hodnoty – pojistitel má právo v případě požadavku (realizovaného i nerealizovaného) na výplatu části kapitálové hodnoty účtovat poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy.

k) Za vystavení druhopisu – za vystavení druhopisu pojistníkem požadovaného dokumentu (např. pojistky, dodatku) účtovat poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy.

l) Za sdělení aktuální výše kapitálové hodnoty smlouvy – v případě požadavku na sdělení aktuální výše kapitálové hodnoty smlouvy účtovat poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy.

m) Za sdělení výše odkupného – v případě požadavku na sdělení výše odkupného účtovat poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy.

Výše a rozsah poplatků se řídí platným přehledem poplatků a parametrů produktu. Platný přehled poplatků a parametrů produktu je k dispozici na internetových stránkách pojistitele a na všech jeho obchodních místech.

ČLÁNEK 5
Volitelné parametry v průběhu trvání pojištění

Změny v pojistné smlouvě

a) Pojistník může požádat o zvýšení nebo snížení běžného pojistného.

b) Pojistník může požádat o změnu v technice a frekvenci placení pojistného.

c) Pojistník může požádat o zvýšení, popř. snížení pojistné částky. Při zvýšení pojistné částky má pojistitel právo provést dodatečné zdravotní posouzení pojištěného.

d) Pojistník může v případě běžně placeného pojistného požádat pojistitele o dočasné přerušení placení pojistného. K dočasnému přerušení placení pojistného může dojít pouze v případě takového stavu kapitálové hodnoty smlouvy, která bude postačovat na pokrytí technických poplatků (viz 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 zaplaceno běžné pojistné.

e) K pojištění JUNIOR si v případě běžně placeného pojistného může pojistník dodatečně sjednat, popř. z něho vyloučit, pojištění pro případ smrti nebo pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky, pokud není zároveň pojištěným dítětem.

f) V pojištění JUNIOR může pojistník pro pojištěné dítě dodatečně sjednat, popř. z něho vyloučit, pojištění velmi vážných onemocnění, pojištění denního odškodného – úraz, vč. připojištění k dennímu odškodnému a hospitalizaci – úraz nebo nemoc.

g) V pojištění JUNIOR lze zažádat o změnu pojistníka, vyjma v době trvání fixace. V době žádosti o změnu pojistníka musí mít osoba, která se má stát novým pojistníkem, dovršených 18 let a se změnou musí souhlasit. Pojištěné dítě se může stát novým pojistníkem pouze v případě jednorázově zaplaceného pojistného.

h) Pojistník může kdykoliv požádat o změnu doby trvání pojištění (konec trvání pojištění pro pojištěné dítě je 19 let – 25 let).

i) Všechny změny provedené na základě písemné žádosti pojistníka vstupují v platnost dnem uvedeným na dodatku (zpravidla prvním dnem následujícího pojistně-technického období po vystavení dodatku ke smlouvě).

j) V souvislosti s výše uvedenými změnami má pojistitel právo zvýšit, popř. snížit, výši pojistné částky (platí pro pojištění pro případ smrti a pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky). Dále má právo zvýšit běžné pojistné na úroveň danou platnými pojistně-technickými pravidly.

k) Pojistitel má právo za provedené změny (vystavení dodatku) účtovat pojistníkovi technický poplatek (viz platný přehled poplatků a parametrů produktu).

l) Při jakékoliv provedené technické změně, která může ovlivnit výši pojistného, pojistitel vzhledem k charakteru pojištění pojistné automaticky nesnižuje na minimální výši postačitelnosti. Ke snížení pojistného může dojít výhradně na základě písemné žádosti pojistníka.

m) Pojistník je povinen seznámit zákonného zástupce pojištěného dítěte (resp. pojištěné dítě po dosažení jeho zletilosti) s obsahem pojistné smlouvy.

Výplata kapitálové hodnoty smlouvy

Pojistník může požádat pojistitele o výplatu části kapitálové hodnoty smlouvy, pokud tato částka dosáhne minimální výše stanovené pojistitelem. K uskutečnění této výplaty může dojít nejdříve v roce, ve kterém pojištěné dítě dosáhne 19 let. Další podmínkou uskutečnění této výplaty je postačitelnost výše běžně placeného pojistného a zůstatku kapitálové hodnoty smlouvy pro pokrytí sjednaného rizikového pojistného a technických poplatků za správu smlouvy do konce trvání smlouvy. Při splnění výše uvedených podmínek bude provedena výplata části kapitálové hodnoty nejdříve po dvou pracovních dnech a současně nejpozději do čtyř týdnů ode dne doručení žádosti na centrálu pojistitele. Pojistitel je oprávněn při vyřizování žádosti o výplatu části kapitálové hodnoty účtovat pojistníkovi pojistně-technický poplatek (viz platný přehled poplatků a parametrů produktu). Pokud pojistník požaduje výplatu části kapitálové hodnoty smlouvy na účet, musí být na žádosti provedeno ověření identifikačních údajů pojistníka.

ČLÁNEK 6
Fixace pojistné smlouvy

V případě jednorázově zaplaceného pojistného bude pojistná smlouva zafixována, pokud dojde k úmrtí dospělého pojištěného (pojistníka) a jednorázové pojistné bylo uhrazeno.
V případě běžně placeného pojistného bude pojistná smlouva zafixována, pokud dojde k úmrtí dospělého pojištěného (pojistníka) a byly splněny podmínky pro zproštění od placení běžného pojistného.
Pojistná smlouva bude zafixována k datu nahlášení úmrtí dospělého pojištěného (pojistníka) do předem sjednaného konce pojištění.

a) V pojistné smlouvě nebude možné provádět technické změny.

b) Pojistnou smlouvu nelze pojistníkem vypovědět.

c) Nelze zažádat o výplatu odkupného dle zákona o pojistné smlouvě.

d) O výplatu části kapitálové hodnoty smlouvy může požádat pouze pojištěné dítě (pojistník). Podmínky pro výplatu části kapitálové hodnoty smlouvy jsou uvedeny v článku 5.

e) Odchylně od článku 16 VPP bude veškerá písemná komunikace po dobu fixace pojistné smlouvy adresována pojištěnému dítěti. Zákonný zástupce je povinen hlásit každou změnu adresy pojištěného dítěte.

f) V pojištění JUNIOR neplatí článek 17 odst. 3 VPP.

ČLÁNEK 7
Rozsah pojištění

V případě jednorázově zaplaceného pojistného pro dospělého pojištěného (pojistníka) nelze sjednat žádné pojištění. Pro pojištěné dítě se povinně sjednává pojištění trvalých následků úrazu a dále lze volitelně sjednat pojištění velmi vážných onemocnění, pojištění denního odškodného, vč. připojištění k dennímu odškodnému, a pojištění hospitalizace.

V případě běžně placeného pojistného se pro dospělou pojištěnou osobu (pojistníka) sjednává pojištění zproštění od placení pojistného v případě smrti dospělé pojištěné osoby dle bodu A tohoto článku. A dále lze sjednat pojištění pro případ smrti a pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky. Pro pojištěné dítě se povinně sjednává pojištění trvalých následků úrazu a dále lze sjednat pojištění velmi vážných onemocnění, pojištění denního odškodného, vč. připojištění k dennímu odškodnému, a pojištění hospitalizace.

A. POJIŠTĚNÍ ZPROŠTĚNÍ OD PLACENÍ POJISTNÉHO PRO PŘÍPAD SMRTI DOSPĚLÉ POJIŠTĚNÉ OSOBY (POJISTNÍKA)

Pojištění je sjednáno pro osobu ve věku od 18 let do 70 let. Pojistné krytí končí nejpozději v roce, ve kterém se dospělý pojištěný dožije 75 let.

a) Pokud v průběhu trvání pojištění dojde k úmrtí dospělého pojištěného, dochází ke zproštění od povinnosti platit běžné pojistné. Povinnost platit běžné pojistné ve sjednané výši přechází v případě zproštění na pojistitele v rozsahu aktuálně platném na pojistné smlouvě do původně sjednaného konce pojištění.

b) Zproštění od placení běžného pojistného se nevztahuje na případy, kdy dospělý pojištěný zemře do doby dvou let od počátku pojištění následkem jakéhokoliv onemocnění, které nastalo nebo bylo diagnostikováno před počátkem pojištění nebo v případě sebevraždy. Pojistná smlouva bude ukončena a pojistitel vyplatí pojištěnému dítěti kapitálovou hodnotu smlouvy platnou ke dni nahlášení úmrtí. Pokud nebyla vytvořena kladná kapitálová hodnota smlouvy, zaniká pojištění bez náhrady.

c) Zproštění od placení běžného pojistného počíná ode dne nejbližší splatnosti pojistného po datu úmrtí dospělého pojištěného. Zproštění od placení běžného pojistného končí nejpozději uplynutím doby, na kterou bylo pojištění zproštění od placení běžného pojistného sjednáno.

B. POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD SMRTI DOSPĚLÉ POJIŠTĚNÉ OSOBY (POJISTNÍKA)

Pojištění může být sjednáno pro osobu ve věku od 18 let do 70 let. Pojistné krytí končí nejpozději v roce, ve kterém se dospělý pojištěný dožije 75 let.

a) Při úmrtí dospělého pojištěného z jakýchkoliv příčin vyplatí pojistitel pojištěnému dítěti pojistné plnění ve výši 30 % pojistné částky platné ke dni úmrtí dospělého pojištěného. Pojistné plnění ve výši 70 % pojistné částky, platné ke dni úmrtí dospělého pojištěného, bude převedeno do kapitálové hodnoty smlouvy.
V případě zjištění dlužného pojistného na pojistné smlouvě před výplatou pojistného plnění bude toto dlužné pojistné strženo ještě před rozdělením pojistného plnění na 30 % a 70 %. Před výplatou pojistného plnění budou strženy zjištěné dluhy u dospělého pojištěného (pojistníka) a zjištěné dluhy pojistného na jiných pojistných smlouvách u pojištěného dítěte (příjemce pojistného plnění).

b) Smrtí dospělého pojištěného končí všechna jeho sjednaná pojištění.

c) Pokud k úmrtí pojistníka dojde před počátkem pojištění, pojistná smlouva bude ukončena před tímto počátkem, a v případě, že bylo uhrazeno pojistné, bude toto pojistné nahlášeno do dědického řízení.

C. POJIŠTĚNÍ INVALIDITY S JEDNORÁZOVOU VÝPLATOU POJISTNÉ ČÁSTKY DOSPĚLÉ POJIŠTĚNÉ OSOBY (POJISTNÍKA)

1. Pojištění může být sjednáno pro osobu ve věku od 18 let do 62 let, je-li současně sjednáno pojištění pro případ smrti. Pojistné krytí končí nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se dospělý pojištěný dožije 65 let.
2. Předpoklady pro přiznání invalidity
Pojištěný je ve smyslu tohoto pojištění invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti 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 vyšetření; přitom se bere v úvahu, zda jde o zdravotní postižení trvale 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.
3. Pojistné plnění z pojištění invalidity pojistitel poskytne, pokud dojde ke splnění následujících podmínek:
   a) Dospělý pojištěný se stal trvale a nezvratně neschopným a tímto nezpůsobilým k výkonu práce nebo jiné výdělečné činnosti. O splnění této podmínky rozhodne pojistitel na základě odborné lékařské expertizy od smluvního lékaře.
   b) Dospělý pojištěný byl během trvání pojištění, nejdříve však po dvou letech trvání od počátku pojištění, uznán ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení invalidním.
   c) Splnění podmínky dvou let podle bodu C, odst. 3, písm. b) tohoto článku se nevyžaduje, pokud byl uznán invalidním výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo v době trvání pojištění.
   d) Dospělý pojištěný vyvine na požádání pojistitele přiměřenou potřebnou součinnost.
4. V případě, kdy došlo v posledních dvou letech před uznáním pojištěného invalidním ke zvýšení pojistné částky pro případ invalidity, vyplatí pojistitel pojistnou částku platnou před jejím zvýšením. Jestliže byl pojištěný uznán invalidním výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo v době trvání pojištění, vyplatí pojistitel pojistnou částku platnou po jejím zvýšení.
5. Pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky pro případ invalidity bude vyplaceno dospělému pojištěnému (pojistníkovi).
6. Vyplacením sjednané pojistné částky pro případ invalidity pojištění zaniká. Ostatní pojištění, pokud byla sjednána, zůstávají v platnosti.

DĚTSKÁ POJIŠTĚNÍ

V pojištění JUNIOR se pro pojištěné dítě sjednává pojištění trvalých následků úrazu. K pojištění trvalých následků úrazu lze u pojištěného dítěte sjednat tato pojištění:
- pojištění velmi vážných onemocnění
- pojištění denního odškodného – úraz, vč. připojištění k dennímu odškodnému
- pojištění hospitalizace – úraz nebo nemoc

1. Pojištění se sjednává pro dítě ve věku od 0 let do nedovršených 18 let. Pojistné krytí končí ve 24 hodin dne předcházejícího výročnímu dni trvání pojištění v kalendářním roce, ve kterém se pojištěné dítě dožije věku stanoveného v pojistné smlouvě, minimálně 19 let věku a maximálně 25 let věku.
2. Pojistné plnění vyplatí pojistitel na základě hlášení pojistné události pojištěnému dítěti.

A. POJIŠTĚNÍ TRVALÝCH NÁSLEDKŮ ÚRAZU DÍTĚTE

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

Po ustálení trvalých následků (nejpozději však před uplynutím promlčecí doby) je zákonný zástupce (resp. pojištěné dítě po dosažení jeho zletilosti) povinen nahlásit pojistnou událost pojistiteli, termín ohodnocení rozsahu trvalých následků stanoví pojistitel, zákonný zástupce (resp. pojištěné dítě po dosažení jeho zletilosti) je povinen o zajištění ohodnocení požádat pojistitele v termínu určeném pojistitelem.

Pojistná událost

a) Výši pojistného plnění za trvalé následky úrazu určuje pojistitel podle dále uvedených zásad a podle „Oceňovací tabulky plnění za trvalé následky úrazu“ (dále jen „oceňovací tabulka“) platných v době vzniku pojistné události (úrazu), do které má pojištěné dítě (v případě nezletilosti pojištěného dítěte zákonný zástupce) právo nahlédnout. Oceňovací tabulku může pojistitel doplňovat a měnit. Za trvalé následky úrazů, které nejsou uvedeny v oceňovací tabulce, pojistitel pojistné plnění neposkytuje. Opakované ohodnocení TN lze provést pouze u smluvního lékaře, kterého určí pojistitel, a to na náklady zákonného zástupce (resp. pojištěného dítěte po dosažení jeho zletilosti). 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 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.
b) Zanechá-li úraz pojištěnému dítěti trvalé následky, vyplatí pojistitel z pojistné částky (se zahrnutím progrese) tolik procent, kolika procentům odpovídá pro jednotlivá tělesná poškození podle oceňovací tabulky rozsah trvalých následků po jejich ustálení, a v případě, že se neustálily do tří let ode dne úrazu, kolika procentům odpovídá jejich stav ke konci této tříleté lhůty. Pojistitel nezohledňuje další změny ve zdravotním stavu pojištěného dítěte, které nastanou po ukončení této tříleté lhůty s výjimkou, kdy pojištěné dítě (resp. jeho zákonný zástupce) porušilo ustanovení VPP v článku 8, odst. B, bodu 1, písm. h) a i). Stanoví-li oceňovací tabulka procentní rozpětí, určí pojistitel výši plnění tak, aby v rámci daného rozpětí odpovídalo plnění povaze a rozsahu tělesného poškození způsobeného úrazem.
c) 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%, může pojistitel poskytnout pojištěnému dítěti na základě jeho písemné žádosti přiměřenou zálohu; pojistitel poskytne k jedné pojistné události maximálně jednu zálohu.
d) 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.
e) Způsobil-li jediný úraz pojištěnému dítěti několik trvalých následků, hodnotí pojistitel celkové trvalé následky součtem procent pro jednotlivé následky, nejvýše však do výše 100%.
f) 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 části.
g) Jestliže pojištěné dítě zemře následkem úrazu do jednoho roku ode dne, kdy k úrazu došlo, zaniká nárok na plnění za trvalé následky úrazu. Pojištění zaniká ke dni úmrtí pojištěného dítěte a pojistitel vyplatí pojistníkovi kapitálovou hodnotu smlouvy platnou ke dni nahlášení pojistné události sníženou o částečné výplaty provedené po nahlášení úmrtí.
h) Jestliže před výplatou pojistného plnění za trvalé následky úrazu pojištěné dítě 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, vyplatí pojistitel dědicům pojištěného dítěte částku, která odpovídá rozsahu trvalých následků úrazu pojištěného dítěte 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.
i) Pojistitel i pojistník jsou oprávněni upravit výši pojistné částky v průběhu trvání pojištění až na minimum stanovené pojistitelem.

B. POJIŠTĚNÍ VELMI VÁŽNÝCH ONEMOCNĚNÍ DÍTĚTE

Předmětem pojištění velmi vážných onemocnění jsou tyto diagnózy:

a) **rakovina** – přítomnost nekontrolovaného růstu a rozšiřování maligních buněk a jejich invaze do tkáně, termín „rakovina“ také zahrnuje leukémii, maligní lymfomy a Hodgkinovu chorobu.
Vyloučeny jsou:
- neinvazivní karcinomy in situ;
- lokalizované neinvazivní tumory vykazující jen rané maligní změny (dysplazie cervixu, rakovina cervixu klasifikace CIN-1-3, rakovina prostaty klasifikace T1a nebo T1b);
- všechny typy rakoviny kůže včetně maligního melanomu klasifikace 1A;
- všechny typy rakoviny za přítomnosti HIV infekce.

Diagnóza maligního růstu nebo tvorby metastáz musí být potvrzena histologickým vyšetřením.
b) **nitrolební (intrakraniální) nádor** – nitrolební (intrakraniální) nádory s klinickou symptomatologií, které je nutno řešit chirurgicky otevřeným přístupem (z kraniotomie), eventuelně stereotaktickým zákrokem. Přítomnost nádoru musí ohrožovat životní funkce a v případě, že je neoperabilní, musí způsobovat trvalé neurologické poškození. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem rozhodnutí odborného lékaře (neurologa, neurochirurga) o nutnosti (indikaci) operativního zákroku, eventuelně rozhodnutí o inoperabilitě nitrolebního nádorového procesu, případně prokázání již provedené operační léčby, chemoterapie nebo ozařování. Požaduje se průkaz nádoru na CT, MRI, EEG nebo PET.
c) **transplantace životně důležitých orgánů** – nezbytně nutná a lékařským nálezem indikovaná transplantace srdce, srdce a plic, jater, ledvin, 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, pokud k ní došlo po uplynutí tříměsíční čekací doby od počátku pojištění a zahrnuje pouze transplantace výše uvedených orgánů. Mezi kritéria plnění patří také přijetí do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci. Transplantace musí být z lékařského hlediska nezbytná a musí být objektivně potvrzeno selhání funkce příslušného orgánu.
d) **totální ledvinové selhání** – konečné stadium ledvinového selhávání následkem chronického a nezvratného selhání funkce obou ledvin; 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.
Vyloučena je pouze jednostranná nefrektomie a přechodná dialýza z důvodu akutního ledvinového selhání.
e) **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 a operační výkony na aortě provedené v důsledku úrazu. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem provedení operace, pokud k ní došlo na území členských států Evropské unie a po uplynutí tříměsíční čekací doby od počátku pojištění.
f) **slepota** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta zraku obou očí v důsledku onemocnění nebo úrazu; 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.
Pojistnou událostí není snížení visu (zraku) nižšího stupně. Stav nelze změnit lékařským zákrokem.
g) **hluchota** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta sluchu obou uší v důsledku onemocnění nebo úrazu; diagnóza musí být klinicky potvrzena audiometrickým vyšetřením, tympanometrií a vyšetřením akustického reflexu odborným lékařem pojistitele. Pojistnou událostí není snížení sluchu nižšího stupně. Stav nelze změnit lékařským zákrokem.
h) **paraplegie, tetraplegie, hemiplegie** – úplné a trvalé ochrnutí obou dolních, obou horních nebo všech končetin nebo 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 paraplegie, tetraplegie nebo hemiplegie příslušným klinickým pracovištěm. Vyloučena jsou částečná a vrozená ochrnutí končetin.
i) **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 zneužívání alkoholu nebo aplikace návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky. Dále pojistitel neplní za kóma vzniklé na podkladě úrazu v souvislosti s požitím alkoholu nebo aplikace návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky. Vyloučeno je též umělé kóma (dlouhodobá narkóza) navozené medikamentožně pro léčebné účely.
j) **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). Pojistnou událostí není paralýza trvající méně než tři měsíce a případy Guillain-Barrého syndromu.
k) **meningitida, encefalitida** – zánět mozkových blan nebo mozkové tkáně vyvolaný virovou nebo bakteriální infekcí; onemocnění může být prvotní nebo součástí jiného infekčního onemocnění (post infekční a parainfekční). Pojistnou událostí jsou pouze onemocnění vedoucí k závažným komplikacím trvajícím minimálně tři měsíce a trvalému neurologickému defektu se současně klinicky potvrzeným nálezem neurologa. Pojistitel dále plní za získané psychiatrické nemoci vedoucí k 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. Podmínkou vzniku pojistné události u onemocnění definovaných pod tímto písmenem je mimo uvedené nezbytné podmínky také detailní zpráva ošetřujícího lékaře pojištěného dítěte potvrzující splnění alespoň jedné z následujících podmínek po dobu minimálně šesti po sobě následujících měsíců a obsahující písemné vyjádření lékaře o očekávaném nezlepšování se současného stavu:
- pojištěné dítě dosáhlo věku tří let, ohrožuje samo sebe a/nebo své okolí,
- v důsledku svého duševního postižení potřebuje trvalý celodenní dohled,
- pojištěné dítě dosáhlo věku tří let, je trvale upoutáno na lůžko nebo židli, nemůže vstát bez asistence další osoby nebo musí být pod trvalým celodenním dohledem.

Nedosáhlo-li pojištěné dítě, v případě onemocnění definovaných pod tímto písmenem, věku tří let, vzniká nárok na pojistné plnění prokázáním splnění (včetně písemného vyjádření lékaře o očekávaném nezlepšování se současného stavu) alespoň jedné z podmínek uvedených v tomto bodě a po uplynutí doby minimálně šesti po sobě následujících měsíců, která začala běžet dnem, kdy se pojištěné dítě dožilo tří let věku.
l) **virová hepatitida** – virový zánět jaterní tkáně způsobený virem hepatitidy. Vyloučeno je infekční onemocnění virem hepatitidy typu A. Pro doložení onemocnění a podmínkou vzniku pojistné události je splnění těchto požadavků:
- 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 zjistitelná 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.
m) **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 granuly 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 opakující se alespoň tři měsíce,
  - pravidelná aplikace imunosupresivních látek opakující se alespoň tři měsíce,
  - transplantace kostní dřeně.

Pojistná událost nenastává, jedná-li se o aplastickou anémii, která je následkem terapie (např. antibiotiky, nesteroidními antirevmatiky, 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.
n) **diabetes mellitus I. typu s intenzifikovaným inzulínovým režimem (závislý na inzulinu)** – 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, přičemž tato léčba již trvá po dobu minimálně tří měsíců. Vyloučen je diabetes mellitus II. typu vzniklý na podkladě obezity.
o) **stavy vedoucí k syndromu krátkého střeva s nutností totální parenterální umělé výživy** – syndrom krátkého střeva souvisí s nedostatečnou délkou zažívacího 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 trvá alespoň 1 rok nebo je trvalé. Další podmínkou je doložení lékařské zprávy s popisem postižení (základní dg) a odůvodněním nutnosti podávání umělé parenterální výživy.
p) **operace srdeční chlopně** – pro účely pojištění se podle těchto SPP rozumí operace srdeční chlopně provedená přes otevřený hrudník za účelem léčebného zákroku na srdeční chlopni. 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. Výše pojistného plnění je rovna 100% pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění.
r) **získané chronické srdeční onemocnění** – pro účely pojištění se podle těchto SPP rozumí získané onemocnění srdce, které se projevuje trvalou funkční a/nebo morfologickou patologií srdeční tkáně (srdeční chlopně, endokard, myokard a/nebo perikard). Podmínkou vzniku pojistné události je, aby náležitá léčba získaného chronického srdečního onemocnění probíhala po dobu nejméně šesti měsíců, po celou tuto dobu dosahovalo onemocnění stupně II nebo vyššího podle NYHA klasifikace a přes náležitou léčbu nelze očekávat zlepšení. Pojistná událost nenastává, jedná-li se o získané chronické srdeční onemocnění:
- vzniklé v důsledku požívání alkoholu nebo aplikace omamných či návykových látek,
- vzniklé v důsledku defektu v srdečním septu,
- pokud byla u pojištěného dítěte diagnostikována revmatická horečka před počátkem pojištění velmi vážných onemocnění.

Výše pojistného plnění je závislá na stupni postižení dle NYHA klasifikace:
- stupeň IV dle NYHA klasifikace: 100% pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění,
- stupeň II nebo III dle NYHA klasifikace: 50% pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění.

s) **astma bronchialie** – je závažným onemocněním v případě současného splnění všech tří následujících kritérií trvajících déle než dvanáct měsíců:
- trvalé klinické příznaky (těžké a středně těžké perzistující astma) či záchvat více než jedenkrát týdně (lehké perzistující astma); časté noční příznaky;
- trvalá potřeba léčby bronchodilatačními léky (betamimetika, aminofylin) či trvalé podávání inhalačních kortikoidů;
- odchylky v plicním funkčním vyšetření – FEV, ≤60% náležité hodnoty.

t) **epilepsie** – pro účely pojištění se podle těchto SPP 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 byl splněn jeden z následujících požadavků:
- více než jeden záchvat tonicko-klonických křečí postihující všechny kosterní svaly a současná porucha vědomí (grand mal) častěji než jedenkrát za sedm dnů po dobu více než dvanáct měsíců. V případě takové pojistné události je výše pojistného plnění rovna 100% pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění.
- více než jeden záchvat tonicko-klonických křečí postihující všechny kosterní svaly a současná porucha vědomí (grand mal) častěji než jedenkrát za třicet dnů po dobu více než dvanáct měsíců. Po celou dobu musí být pojištěné dítě odpovídajícím způsobem léčeno a záchvaty musí být dokumentovány lékařskými zprávami.

V případě takové pojistné události je výše pojistného plnění rovna 25% pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění.
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 rodiče vědomi před počátkem pojištění:
- úraz hlavy,
- zánětlivé onemocnění a/nebo infekce mozku,
- chirurgický zákrok na mozku,
- nádor mozku,
- hypoxie během porodu pojištěného dítěte.

u) **revmatická horečka** – pro účely pojištění se podle těchto SPP rozumí revmatická horečka s přetrvávajícími srdečními komplikacemi. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby onemocnění vedlo k trvalému chronickému srdečnímu selhání, které dosahuje stupně II nebo vyššího podle NYHA klasifikace po dobu nejméně šesti měsíců, a přes náležitou léčbu nelze očekávat zlepšení. 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.
Výše pojistného plnění je závislá na stupni postižení dle NYHA klasifikace:
- stupeň IV dle NYHA klasifikace: 100% pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění,
- stupeň II nebo III dle NYHA klasifikace: 50% pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění.

v) **tetanus** – pro účely pojištění se podle těchto SPP rozumí akutní infekce způsobená bakterií Clostridium tetani. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby onemocnění vedlo ke svalové ochablosti a respirační nedostatečnosti trvající po dobu nejméně čtyř týdnů potvrzené odborným lékařem a byla nutná léčba pojištěného dítěte za hospitalizace. Pojistná událost nenastává, pokud pojištěné dítě nebylo řádně očkováno dle platného očkovacího kalendáře. Výše pojistného plnění je rovna 25% pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění.

2. Pojistná událost

a) Není-li u vyjmenovaných velmi vážných onemocnění v těchto podmínkách uvedeno jinak, pojistitel poskytne pojistné plnění i za velmi vážné onemocnění (potvrzení lékařské diagnózy), pokud vznikne v důsledku úrazu v době trvání pojištění.
b) Bylo-li ve smlouvě sjednáno pojištění velmi vážných onemocnění, je pojistitel povinen vyplatit, v případě splnění podmínek a vzniku pojistné události uvedených v části Dětská pojištění, bodu B tohoto článku, pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky pojištění velmi vážných onemocnění, nezávisle na případném dalším plnění z jakékoliv jiného pojištění sjednaného ve smlouvě.
c) Pojistné plnění bude pojištěnému dítěti vypláceno pouze za předpokladu jeho přežití alespoň 30 kalendářních dnů od potvrzené lékařské diagnózy, případně data provedení operačního nebo lékařského výkonu jednoho z velmi vážných onemocnění uvedených v části Dětská pojištění, bodu B tohoto článku.
d) Z pojištění velmi vážných onemocnění je pojistitel povinen vyplatit na základě písemné žádosti pojištěného dítěte (v případě nezletilosti pojištěného dítěte zákonného zástupce), pokud pojištěnému dítěti onemocněním vzniklo právo na plnění, smluvně dohodnutou pojistnou částku, došlo-li u pojištěného dítěte v době trvání pojištění k potvrzené lékařské diagnóze jednoho z velmi vážných onemocnění, vyjmenovaných v pojistné smlouvě, respektive k provedení některého z operačních zákroků vyjmenovaných a definovaných v pojistné smlouvě.
e) V pojištění velmi vážných onemocnění není pojistitel povinen plnit v případě potvrzené lékařské diagnózy, případně data provedení operačního nebo lékařského výkonu, jednoho z velmi vážných onemocnění u pojištěného dítěte do doby tří měsíců ode dne počátku tohoto pojištění, v případech velmi vážných onemocnění diagnostikovaných či léčených před počátkem pojištění a v případech souvisejících vrozených symptomů vzniklých před uzavřením pojištění. Pojištěné dítě (v případě nezletilosti pojištěného dítěte zákonný zástupce) je povinno onemocnění bez zbytečného odkladu nahlásit, a to nejdéle do jednoho měsíce od data potvrzené lékařské diagnózy onemocnění. Dojde-li k potvrzení více diagnóz velmi vážných onemocnění podle ustanovení části Dětská pojištění, bodu B tohoto článku současně, vyplatí pojistitel z těchto pojistných událostí pouze pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky pouze jednou, a to do maximální výše pojistné částky sjednané smlouvou.
f) Dojde-li k potvrzení lékařské diagnózy jednoho z velmi vážných onemocnění u pojištěného dítěte, vyplatí pojistitel pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky. Vyplacením pojistného plnění z pojištění velmi vážných onemocnění toto pojištění zaniká.
g) Jestliže před výplatou pojistného plnění z pojištění velmi vážných onemocnění pojištěné dítě zemře a vznikl-li nárok na pojistné plnění, vyplatí pojistitel pojistné plnění dědicům pojištěného dítěte.

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

C. POJIŠTĚNÍ DENNÍHO ODŠKODNÉHO - ÚRAZ

Pojištění denního odškodného za dobu nezbytného léčení v důsledku úrazu se sjednává na dobu jednoho roku a pokud žádná ze smluvních stran toto pojištění písemně nevypoví, a to nejpozději 6 týdnů před uplynutím této doby, prodlužuje se sjednaná doba trvání tohoto pojištění automaticky vždy o jeden rok, nejdéle však do doby sjednaného konce pojištění.

Pojistná událost

a) Výši pojistného plnění určuje pojistitel podle dále uvedených zásad.
b) 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), do které má pojištěné dítě (v případě nezletilosti pojištěného dítěte zákonný zástupce) právo nahlédnout. Oceňovací tabulku DO může pojistitel doplňovat a měnit.
c) V oceňovací tabulce DO je uveden maximální počet dnů, za které bude sjednané denní odškodné pro příslušnou diagnózu vyplaceno. Celkový počet dnů, za které bude pojistné plnění vyplaceno, se stanoví na základě lékařské zprávy o úrazu, maximálně však v počtu dnů uvedených v oceňovací tabulce DO.
Pokud je celková doba léčení kratší než 8 dnů, pojistné plnění za dobu nezbytného léčení úrazu (dále jen „doba léčení") se nevyplácí.
Pokud je celková doba léčení alespoň 8 dnů, vyplatí se denní odškodné za dobu léčení dle skutečného počtu dnů léčení, maximálně však do výše dle oceňovací tabulky DO.
d) Maximální počet dnů, za které poskytne pojistitel pojistné plnění, je 180 dnů.
e) V případě souběhu doby léčení více úrazů se započítává souběžná doba léčení pouze jednou.
f) Bylo-li pojištěnému dítěti způsobeno jedním úrazem několik tělesných poškození různých druhů, plní pojistitel pouze za dobu léčení u nejvážnějšího úrazu dle oceňovací tabulky DO.
g) V případě dlouhodobého léčení úrazu, lze-li jednoznačně určit, že vznikne nárok na pojistné plnění a lze určit jeho minimální výši, může pojistitel poskytnout pojištěnému dítěti na základě jeho písemné žádosti přiměřenou zálohu; pojistitel poskytne k jedné pojistné události maximálně dvě zálohy, a to nejdříve po třech měsících od vzniku pojistné události.
h) Do posledního dne roku, ve kterém pojištěné dítě dovrší 10 let věku, platí odlišně od Zvláštního ustanovení II., článku 3, odst. 3, písm. b) VPP, že za pojistné události jsou u dětí považovány i otravy v důsledku požití pevných nebo kapalných látek polknutím, s výjimkou otrav způsobených potravinami.
i) Děti nejsou zařazovány do rizikových skupin.
j) Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění.

Připojištění k dennímu odškodnému pro pojištěné dítě – denní odškodné nad limit stanovený oceňovací tabulkou DO.

a) Dojde-li k úrazu a vznikne nárok na pojistné plnění z denního odškodného podle ustanovení speciálních pojistných podmínek pro pojištění denního odškodného a celková doba léčení úrazu bude delší než maximální doba stanovená oceňovací tabulkou DO, vyplatí pojistitel za každý den nezbytného léčení úrazu nad maximální dobu stanovenou oceňovací tabulkou DO sjednané denní odškodné.
b) Maximální počet dnů, za které celkově pojistitel poskytne pojistné plnění, je 365 dnů.
c) Pokud je celková doba léčení úrazu ve srovnání s průměrnou délkou léčení pro uvedený úraz neúměrně dlouhá, stanoví konečný celkový rozsah pojistného plnění pojistitel na základě relevantních informací získaných od smluvního lékaře.

Pro toto připojištění dále platí:

- V případě souběhu doby léčení více úrazů se započítává souběžná doba léčení pouze jednou.
- Bylo-li pojištěnému způsobeno jedním úrazem několik tělesných poškození různých druhů, plní pojistitel pouze za dobu léčení u nejvážnějšího úrazu dle oceňovací tabulky DO.
- V případě dlouhodobého léčení úrazu, lze-li jednoznačně určit, že vznikne nárok na pojistné plnění a lze určit jeho minimální výši, může pojistitel poskytnout pojištěnému na základě jeho písemné žádosti přiměřenou zálohu; pojistitel poskytne k jedné pojistné události maximálně dvě zálohy, a to nejdříve po třech měsících od vzniku pojistné události.
- Výplata pojistného plnění z připojištění k dennímu odškodnému končí nejpozději se zánikem pojištění.

Připojištění k dennímu odškodnému lze sjednat pouze tehdy, pokud je sjednáno pojištění denního odškodného.

D. POJIŠTĚNÍ HOSPITALIZACE – ÚRAZ NEBO NEMOC

Pojistitel poskytne pojistné plnění z pojištění hospitalizace pojištěného dítěte z důvodu úrazu nebo nemoci.

1. Maximální počet dnů, za které celkově pojistitel poskytne pojistné plnění, je 365 dnů.
2. Pojištění pobytu v nemocnici zahrnuje v případě pojistné události výplatu pojistného plnění od prvního dne léčení za každý započatý den z lékařského hlediska nutné hospitalizace (vč. svátků, sobot a neděli). Podmínkou výplaty je hospitalizace dosahující minimálně 24 hodin. Dále pojistitel vyplatí pojistné plnění za každý den hospitalizace v prvních třech letech ode dne zahájení léčení úrazu nebo nemoci.
3. V případě hospitalizace při porodu je pojistné plnění omezeno na 7 dnů, v důsledku těhotenských komplikací v průběhu jednoho těhotenství na max. 28 dnů.
4. Pojistnou událostí je nemoc, která nastala po sjednané čekací době a jejímž důsledkem je z lékařského hlediska nutná hospitalizace pojištěného dítěte. Čekací doba začíná běžet dnem počátku pojištění. Základní čekací doba trvá 2 měsíce, není-li ve smlouvě uvedeno jinak.
5. Zvláštní čekací doba v délce 8 měsíců je stanovena pro případ hospitalizace výlučně z důvodu:
   - těhotenství nebo porodu,
   - zubního ošetření, zhotovení zubních náhrad a úkonů chirurgie a ortopedie čelisti.
6. Pokud dojde ke zvýšení pojistné částky tohoto pojištění, platí ode dne změny ustanovení o nové dvouměsíční čekací době pro dodatečnou část zvýšeného pojistného krytí.
7. Do posledního dne roku, ve kterém pojištěné dítě dovrší 10 let věku, platí odlišně od Zvláštního ustanovení II., článku 3, odst. 3, písm. b) VPP, že za pojistné události jsou u dětí považovány i otravy v důsledku požití pevných nebo kapalných látek polknutím, s výjimkou otrav způsobených potravinami.
8. Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění.

Pro toto pojištění dále platí:

– 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 ošetřovatelskou službou a pracující dle všeobecně uznávaných poznatků vědy.
– Pojištěné dítě (v případě nezletilosti pojištěného dítěte zákonný zástupce) je povinno předložit pojistiteli řádně vyplněné hlášení pojistné události, včetně kopie dokladu s potvrzením doby hospitalizace.
– Pojištěné dítě (v případě nezletilosti pojištěného dítěte zákonný zástupce) je povinno a 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 opatřené překladem úředně uznávanou osobou); je povinno dodržovat stanovený léčebný režim, rady lékaře a všemi způsoby napomáhat svému celkovému uzdravení.
– Pojištěné dítě je povinno se na požádání podrobit dodatečnému vyšetření u smluvního lékaře pojistitele.

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 závislostí, s výjimkou případů, kdy pojistitel s tímto typem léčby vyjádřil předem písemně souhlas, dále hospitalizace související pouze s pečovatelskou péčí, jakož i ve speciálních dětských zařízeních a ústavech sociální péče,
b) poruch duševních a poruch chování – 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,
d) hospitalizace z důvodu vrozených vad.