Speciální pojistné podmínky Flexibilního životního pojištění FLEXI 07 – 2007

Tyto speciální pojistné podmínky (dále jen „SPP“) se řídí zákonem o pojistné smlouvě a Všeobecnými pojistnými podmínkami pro pojištění spojená s investičními fondy OSOINV 2 ze dne 1. dubna 2007 (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) **Flexibilní životní pojištění** (dále jen „FLEXI“) – komplexní spojení životního pojištění, doplňkových pojištění, úrazových pojištění a investic do kapitálové hodnoty smlouvy. Pojistné částky jsou pevně dány smlouvou a částka určená k výplatě při dožití konce pojištění, resp. v případě ukončení smlouvy, je dána aktuální výší kapitálové hodnoty smlouvy.

b) **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 sazebníku poplatků.

c) **Netechnické změny** – změny na smlouvě nemající vliv na výši pojistného (např. změna adresy).

d) **Technické změny** – změny na smlouvě s vlivem na výši pojistného, pojištěná rizika apod.

e) **Pojištěné riziko** – riziko, které je určeno typem pojištění a pojistnou částkou.

f) **Flexibilní životní pojištění** se uzavírá pro jednu nebo dvě osoby se vstupním věkem od dovršených 18 let do 70 let (včetně) ve volitelném rozsahu na dobu minimálně 3 let, maximální doba trvání pojištění může být do roku, ve kterém se pojištěný dožije 75 let (resp. mladší ze dvojice pojištěných). Pro osoby se vstupním věkem nad 70 let (max. do 97 let) se pojištění uzavírá pouze v omezeném rozsahu stanoveném pojistitelem, pouze pro jednu osobu, vždy na dobu 3 let - na základě žádosti klienta je možné sjednanou pojistnou dobu prodloužit, maximální doba trvání pojištění může být do roku, ve kterém se pojištěný dožije 100 let.

ČLÁNEK 2
Pojistné plnění

a) Při smrti pojištěného vyplatí pojistitel obmyšlenému (v případě, že v době pojistné události není určen nebo nenabude-li práva na pojistné plnění, postupuje pojistitel dle Obecných ustanovení, článku 11, odst. 2 VPP) pojistnou částku platnou ke dni úmrtí nebo kapitálovou hodnotu smlouvy platnou ke dni nahlášení pojistné události, je-li vyšší. V případě pojištění dvou osob a smrti jedné z nich, bude vyplacena pojistná částka platná ke dni úmrtí ve prospěch obmyšleného a pojištění druhé osoby pokračuje. Dojde-li ke smrti obou pojištěných, bude vyplacena pojistná částka platná ke dni úmrtí a částka vyšší hodnoty vycházející z porovnání pojistné částky platné ke dni úmrtí a kapitálové hodnoty smlouvy ke dni nahlášení pojistné události.

b) Je-li v případě smrti pojistná částka vyšší než kapitálová hodnota smlouvy, bude vyplacena pojistná částka snížená o částečné výplaty provedené po datu úmrtí. Pokud bude kapitálová hodnota smlouvy vyšší než pojistná částka, bude vyplacena kapitálová hodnota snížená o částečné výplaty provedené po nahlášení úmrtí. Jestliže nebude pojistná událost uznána pojistitelem za likvidní, bude ve prospěch pojistníka, resp. obmyšleného, vyplacena kapitálová hodnota smlouvy.

c) FLEXI smrtí pojištěného (jednotlivého pojištěného), popř. smrtí obou pojištěných (v pojištění dvojic) zaniká.

d) Při dožití se sjednaného konce FLEXI bude pojištěnému vyplacena kapitálová hodnota smlouvy.

ČLÁNEK 3
Pojistné

a) Pojistník si může kdykoliv v době trvání smlouvy předplatit běžné 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. V případě ukončení pojistné smlouvy podle článku 2 písm. c) těchto SPP nevrací pojistitel předplacené běžné pojistné a vypláci pojistné plnění způsobem stanoveným článkem 2 (písm. a) a b) těchto SPP. V případě ukončení pojistné smlouvy podle článku 13 bodu 4) a článku 14 VPP pojistitel nevrací předplacené pojistné. Pojistitel v těchto případech vrací pojistné uhrazené po datu ukončení nebo po dni provedení ukončení pojištění, s výjimkou případů dlužného pojistného.

b) 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 ve smlouvě. K úhradě mimořádného pojistného je určen zvláštní variabilní symbol. 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.

d) 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

a) Cena pojištění (pojistné) – pojistitel má právo za každé pojistně-technické období snižovat kapitálovou hodnotu smlouvy o částku potřebnou ke krytí sjednaného rozsahu pojištěného rizika a o dále uvedené technické poplatky, kalkulované podle platných pojistně-technických zásad pojistitele. Snížení kapitálové hodnoty smlouvy je prováděno na počátku každého pojistně-technického období v ceně jednotky platné v den, kdy byly poplatky a rizikové pojistné strženy. V odůvodněných případech se může pojistitel od těchto pravidel odchýlit.

b) Alokace – pojistitel má právo běžné pojistné v prvních letech trvání smlouvy snížit o poplatek na pokrytí počátečních nákladů spojených se vznikem smlouvy. 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 smlouvy.

c) Marže – pojistitel má právo účtovat poplatek z pojistného při připisování pojistného do kapitálové hodnoty smlouvy.

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

e) Administrativní poplatek – pojistitel má právo, zpravidla měsíčně, účtovat poplatek za správu a vedení pojistné smlouvy; poplatek se účtuje stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy.

f) Poplatek za správu kapitálové hodnoty (management fee) – pojistitel má právo použít část výnosu z kapitálové hodnoty na pokrytí nákladů spojených s její správou.

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

h) Poplatek za zrušení pojistné smlouvy – pojistitel má právo při výplatě odkupného v prvních dvou letech trvání snížit výplatu o poplatek za předčasné zrušení pojištění.

i) Poplatek za provedení změny do smlouvy – pojistitel má právo v případě vystavení dodatku účtovat poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy.

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

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

l) Poplatek za sdělení aktuální výše kapitálové hodnoty smlouvy – pojistitel má právo v případě požadavku na sdělení aktuální výše kapitálové hodnoty smlouvy účtovat poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy

m) Poplatek za sdělení výše odkupného – pojistitel má právo v případě požadavku na sdělení výše odkupného účtovat poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy

Výše a rozsah poplatků se řídí platným sazebníkem poplatků. Platný sazebník poplatků je k dispozici na internetových stránkách pojistitele a na všech jeho obchodních místech.

ČLÁNEK 5
Změny v pojistné smlouvě

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

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

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

d) Pojistník může požádat pojistitele o dočasné přerušení placení pojistného. K dočasnému přerušení placení pojistného může dojít pouze v případě takového stavu kapitálové hodnoty smlouvy, která bude postačovat na pokrytí technických poplatků (viz 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) Pojistník může požádat pojistitele o výplatu části kapitálové hodnoty smlouvy, pokud tato částka dosáhne minimální výše stanovené pojistitelem. 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 pojišťovny. Pojistitel je oprávněn při vyřizování žádosti o výplatu části kapitálové hodnoty účtovat pojistníkovi pojistně-technický poplatek (viz platný sazebník poplatků). Pokud pojistník požaduje výplatu části kapitálové hodnoty smlouvy na účet, musí být na žádosti provedeno ověření identifikačních údajů pojistníka.

f) K FLEXI si může pojistník dodatečně sjednat, popř. z něj vyloučit doplňková a úrazová pojištění nebo doplnit, popř. vyřadit pojištěnou osobu nebo dítě. Případný přeplatek pojistného je ponechán v kapitálové hodnotě smlouvy.

g) Pojistník může kdykoliv požádat o změnu doby trvání pojištění.

h) 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).

i) V souvislosti s výše uvedenými změnami má pojistitel právo zvýšit, popř. snížit výši pojistné částky nebo zvýšit běžné pojistné na úroveň danou platnými pojistně-technickými pravidly.

j) Pojistitel je oprávněn za provedené změny (vystavení dodatku) účtovat pojistníkovi pojistně-technický poplatek (viz platný sazebník poplatků).

k) Při jakékoliv provedené technické změně, která může ovlivnit výši pojistného, pojistitel vzhledem k charakteru pojištění pojistné automaticky nesnižuje na minimální výši postačitelnosti.

ČLÁNEK 6
Doplňková pojištění

V rámci FLEXI lze sjednat tato doplňková pojištění:

A. Pojištění velmi vážných onemocnění

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

1. Předmět arozsah pojištění

V pojištění velmi vážných onemocnění se vymezují následující pojmy:

a) **infarkt myokardu** – nezvratné poškození části srdeční svaloviny (transmurální infarkt), které je způsobeno nedostatečným krevním zásobením dané oblasti; nárok na pojistné plnění vzniká, jestliže odborná kardiologická a interní klinika, resp. příslušný odborný lékař stanoví potvrzenou diagnózu; diagnóza musí být potvrzena následujícími kritérii:
– čerstvé změny na EKG,
– charakteristická lokalizace bolesti a
– zvýšení hladiny srdečních enzymů.
Musí jít o první výskyt tohoto onemocnění u pojištěného.
Angina pectoris je z pojistného plnění vyloučena.

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

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

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

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

f) **operace aorty** – operační výkon na aortě provedený v důsledku jejího roztržení, vzniku výdutě nebo jejího vrozeného zúžení; vyloučeny jsou operace na větvích aorty nebo by-passy vystupující z aorty a vedoucí krev do periferního řečiště a operační výkony na aortě provedené v důsledku úrazu. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem provedení operace, pokud k ní došlo na území členských států Evropské unie a po uplynutí tříměsíční čekací doby od počátku pojištění.

g) **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 neoperabilnosti nitrolebního nádorového procesu.

h) **slepota** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta zraku obou očí v důsledku onemocnění nebo úrazu; diagnóza musí být klinicky potvrzena odborným lékařem. Stav nelze změnit žádným lékařským zákrokem.

i) **hluchota** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta sluchu obou uší v důsledku onemocnění nebo úrazu; diagnóza musí být klinicky potvrzena odborným lékařem. Stav nelze změnit žádným lékařským zákrokem.

j) **paraplegie, tetraplegie** – úplné a trvalé ochrnutí obou dolních, obou horních nebo všech končetin 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 nebo tetraplegie příslušným klinickým pracovištěm.

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

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

Bylo-li ve smlouvě sjednáno pojištění velmi vážných onemocnění, je pojistitel povinen vyplatit, v případě splnění podmínek a vzniku pojistné události uvedených v bodu A, odst. 1 tohoto článku, pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky pojištění velmi vážných onemocnění, nezávisle na případném dalším plnění za základní životní pojištění nebo jakékoliv jiné pojištění sjednané ve smlouvě.

2. Pojistná událost

Z pojištění velmi vážných onemocnění je pojistitel povinen vyplatit na základě písemné žádosti pojištěného, kterému onemocněním vzniklo právo na plnění, smluvně dohodnutou pojistnou částku, došlo-li u pojištěného v době trvání pojištění k 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.

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

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

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

Pojištění pro případ velmi vážných onemocnění se nevztahuje na nemoci, které byly diagnostikovány nebo léčeny před počátkem pojištění.

B. Pojištění plné invalidity

1. Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od 18 do 64 let. Pojistné krytí končí nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěný dožije 65 let.
2. Předpoklady pro přiznání plné invalidity:
Pojištěný je plně invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu
a) poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 66 %, nebo
b) je schopen pro zdravotní postižení soustavné výdělečné činnosti jen za zcela mimořádných podmínek.
Při určování poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti pojištěného se vychází z jeho zdravotního stavu doloženého výsledky funkčních vyšetření a z jeho schopnosti vykonávat práce odpovídající zachovaným tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k výdělečným činnostem, které vykonával předtím, než k takovému poklesu došlo, a k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem; přitom se bere v úvahu, zda jde o zdravotní postižení trvale ovlivňující schopnost výdělečné činnosti pojištěného, zda a jak je pojištěný na své zdravotní postižení adaptován,

a schopnost rekvalifikace pojištěného na jiný druh výdělečné činnosti, než dosud vykonával.

3. Pojistné plnění z pojištění plné invalidity pojistitel poskytne, pokud dojde ke splnění následujících podmínek:
   a) Pojištěný se stal trvale, plně a nezvratně neschopným a tímto nezpůsobilým k výkonu práce nebo jiné výdělečné činnosti. O splnění této podmínky rozhodne pojistitel na základě odborné lékařské expertizy od smluvního lékaře.
   b) Pojištěný byl během trvání pojištění, nejdříve však po dvou letech trvání od počátku pojištění, uznán ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení plně invalidním.
   c) Splnění podmínky dvou let podle bodu B, odst. 3, písm. b) tohoto článku se nevyžaduje, pokud byl uznán plně invalidním výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo v době trvání pojištění.
   d) Pojištěný vyvine na požádání pojistitele přiměřenou potřebnou součinnost.
4. Vyplacením sjednané pojistné částky pro případ plné invalidity pojištění zaniká. Pojistitel neplní v případech vzniklých následkem onemocnění a následkem úrazů, které nastaly, byly diagnostikovány nebo léčeny před počátkem pojištění.

C. Pojištění zproštění od placení pojistného

1. Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od 18 do 64 let. Pojistné krytí končí nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěný dožije 65 let.
   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 dvou letech od počátku tohoto pojištění, byl uznán plně invalidním, a to ve smyslu platných předpisů o sociálním (pro zproštění od placení pojistného platí obdobně podmínky uvedené v bodě B tohoto článku). 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 1 různé osoby.
   c) Splnění podmínky dvou let podle bodu C, odst. 1, písm. a) tohoto článku se nevyžaduje, pokud byl uznán plně invalidním výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo v době trvání pojištění.
   d) Zproštění od placení pojistného počíná ode dne nejbližší splatnosti pojistného po uznání plné invalidity a týká se pojistného za jeden rok trvání pojištění. Zproštění se prodlužuje vždy na další rok, prokáže-li pojistník, že je stále plně invalidní, nebo pojistitel prodlouží platnost odborného posudku o jeho zdravotním stavu. Zproštění od placení pojistného končí nejpozději uplynutím doby, na kterou bylo placení pojistného sjednáno, nebylo-li ve smlouvě dohodnuto jinak.
   e) Byla-li ve smlouvě sjednána i další pojištění (doplňkové nebo úrazové pojištění), vztahuje se zproštění od placení pojistného i na tato pojištění.
   f) Na žádost pojistitele je pojistník povinen prokázat, že je stále plně invalidní.
   g) Pojistník, který je zproštěn od placení pojistného, je povinen bez zbytečného odkladu pojistitele informovat o skutečnosti, že již není uznán plně invalidním nebo o výrazném zlepšení svého zdravotního stavu. Jestliže se pojistitel dozví, že pojistník tyto informace zatajil, bude na pojistné, od jehož placení byl pojistník neoprávněně zproštěn, uplatňovat ustanovení uvedené v Obecných ustanoveních, článku 13, odst. 1 VPP.
   h) V případě ukončení zproštění od placení pojistného (pojištěný nebyl uznán plně invalidním), může pojistník, pokud je současně i pojištěným 1, písemně požádat o opětovné sjednání pojištění zproštění od placení pojistného.
   i) Pojistitel neplní v případech vzniklých následkem onemocnění a následkem úrazů, které nastaly, byly diagnostikovány nebo léčeny před počátkem pojištění.
   j) V době trvání zproštění od placení pojistného nelze provádět technické změny ve smlouvě.

D. Pojištění kapitálové hodnoty

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

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

E. Pojištění pracovní neschopnosti

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

1. **Předmět a rozsah pojištění**
   a) V tomto pojištění vyplácí pojistitel v případě pracovní neschopnosti v důsledku nemoci pojistné plnění ve smluvně stanoveném denním rozsahu následně od 15. dne trvání pracovní neschopnosti.
   Pokud je celková doba léčení kratší než 15 dnů, pojistné plnění za dobu pracovní neschopnosti z důvodu nemoci (dále jen „pracovní neschopnost“) se nevyplácí. Je-li však v takovém případě pojištěný hospitalizován, vyplatí se za dobu pobytu v nemocnici z důvodu nemoci (dále jen „hospitalizace“) dvojnásobek sjednané pojistné částky dle počtu dnů hospitalizace.
   Pokud je celková doba léčení alespoň 15 dnů, vyplatí se pojistné plnění následně od 15. dne pracovní neschopnosti za každý den pracovní neschopnosti, včetně sobot, nedělí a svátků (za prvních 14 dnů pojistitel pojistné plnění za pracovní neschopnost neposkytuje). K tomu navíc za hospitalizaci jednonásobek sjednané pojistné částky, a to za každý den hospitalizace nebo dvojnásobek za období hospitalizace, které spadá do prvních 14 dnů pracovní neschopnosti.
   Maximální počet dnů, za které poskytne pojistitel pojistné plnění je 548 dnů.
   b) Pojištění pobytu v nemocnici zahrnuje v případě pojistné události výplatu pojistného plnění za každý započatý den z lékařského hlediska nutné hospitalizace. Podmínkou výplaty je hospitalizace dosahující minimálně 24 hodin.
   V případě hospitalizace při porodu je pojistné plnění omezeno na 7 dnů, v důsledku těhotenských komplikací na 14 dnů.
   c) V případě dlouhodobého léčení nemoci, 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.
   d) Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění.
   e) Pokud je vystavená pracovní neschopnost ve srovnání s průměrnou délkou léčení pro uvedené onemocnění neúměrně dlouhá, stanoví konečný celkový rozsah pojistného plnění pojistitel na základě relevantních informací získaných od smluvního lékaře.
2. **Pojistná událost**
   a) Pojistnou událostí je nemoc, která nastala po sjednané čekací době a jejíž 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 nevykonává své zaměstnání nebo jakoukoliv jinou samostatně výdělečnou, popř. řídící nebo kontrolní činnost. Na základě tohoto lékařského rozhodnutí mu byl v souladu s platnými právními předpisy vystaven doklad o pracovní neschopnosti.
   c) Čekací doba začíná běžet dnem počátku pojištění. Základní čekací doba trvá 2 měsíce, není-li ve smlouvě uvedeno jinak.
   d) 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.
   e) Pokud dojde ke zvýšení pojistné částky tohoto pojištění, platí ode dne změny ustanovení o nové čekací době (bod E, odst. 2, písm. c), d) tohoto článku) pro dodatečnou část zvýšeného pojistného krytí.
   f) 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.
   g) V případě vzniku nové nemoci, v době trvání pracovní neschopnosti pojištěného, a vystavení nové pracovní neschopnosti, resp. prodloužení hospitalizace, je toto pojistnou událostí pouze v případě, kdy nová nemoc není v žádné příčinné souvislosti s již diagnostikovanou nemocí. Pokud došlo současně k pracovní neschopnosti, resp. hospitalizaci pro více nemocí, vyplatí pojistitel pojistné plnění maximálně do výše celkové doby léčení, a to pouze jednou.
   h) 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. V případě hospitalizace i potvrzení doby hospitalizace.
   i) Pojištění, kteří nemají nárok na výplatu dávek nemocenského za dobu léčení v pracovní neschopnosti (nejsou poplatníky sociálního pojištění), prokazují nárok na pojistné plnění potvrzením lékaře o době léčení, pro které by byla jinak pracovní neschopnost vystavena. Osoby samostatně výdělečně činné dále musí doložit potvrzení správy sociálního zabezpečení, že nemají nárok na výplatu dávek nemocenského.
   j) Pojištěný je povinen zabezpečit a postarat se, aby všechny doklady vyžádané pojistitelem byly vyhotoveny a zaslány co možná nejdříve, v českém jazyce a originální dokumenty pořízené v cizím jazyce opatřené překladem úředně uznávanou osobou; je povinen dodržovat stanovený léčebný režim, rady lékaře a všemi způsoby napomáhat svému celkovému uzdravení.
   k) Pojištěný je povinen se na požádání podrobit dodatečnému vyšetření u smluvního lékaře pojistitele.
   l) Pojištěný je povinen nahlásit pojistiteli ukončení trvalého pracovního poměru, samostatné výdělečné činnosti, popř. odchod do starobního důchodu, plného invalidního důchodu nebo uznání plné invalidity, a to do 15 dnů od data, kdy některý z výše uvedených důvodů nastal.
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 závislostí, a to včetně následné pracovní neschopnosti, s výjimkou případů, kdy pojistitel s tímto typem léčby vyjádřil předem písemně souhlas,
   b) hospitalizace související pouze s pečovatelskou péčí, jakož i ve speciálních dětských zařízeních a ústavech sociální péče,
   c) pokusu o sebevraždu nebo úmyslného sebepoškozování,
   d) poruchy duševní a poruchy chování – MKN 10 (mezinárodní klasifikace nemocí) – diagnózy F00 – F99,
   e) při těhotenství, porodu, předčasném porodu, přerušení těhotenství, hrozícím potratu nebo potratu s výjimkou pojistného plnění za dobu hospitalizace,
   f) doby, kdy pojištěný není v trvalém pracovním poměru nebo není OSVČ (např. osoby na mateřské dovolené, nezaměstnaní, důchodci, studenti) – s výjimkou pojistných plnění za dobu hospitalizace z důvodu nemoci,
   g) 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, a to jak v případě pobytu v nemocnici, tak i při pracovní neschopnosti.

ČLÁNEK 7
Úrazová pojištění

Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od 18 do 70 let. Úrazová pojištění se sjednávají na dobu jednoho roku. Pokud žádná ze smluvních stran tato pojištění písemně nevypoví, a to nejpozději 6 týdnů před uplynutím této doby, prodlužuje se sjednaná doba trvání těchto pojištění automaticky vždy o jeden rok, nejdéle však do doby ukončení základního životního pojištění pro případ smrti (max. v roce, ve kterém se pojištěný dožije 75 let).
Úrazová pojištění se nevztahují na případy vzniklé následkem onemocnění a následkem úrazů, které nastaly, byly diagnostikovány nebo prvotně léčeny před počátkem pojištění (např. onemocnění a úrazy kloubů, páteře atd.).
Při zániku úrazového pojištění zaniká toto pojištění bez náhrady.
V úrazovém pojištění lze sjednat:

A. Pojištění pro případ smrti následkem úrazu

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

Pojistná událost

a) Byla-li úrazem způsobena pojištěnému smrt, která nastala nejpozději do tří let ode dne úrazu, vyplatí pojistitel obmyšlenému (v případě, že v době pojistné události není určen nebo nenabude-li práva na pojistné plnění postupuje pojistitel dle Obecných ustanovení, článku 11, odst. 2 VPP) pojistnou částku pro případ smrti následkem úrazu.
b) Zemře-li však pojištěný na následky úrazu a pojistitel již poskytl pojistné plnění za trvalé následky tohoto úrazu, vyplatí jen případný rozdíl mezi pojistnou částkou pro případ smrti následkem úrazu a částkou již vyplacenou.
c) a) 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.

B. Pojištění trvalých následků úrazu

Utrpí-li pojištěný úraz, jehož trvalé následky dosáhnou minimálně 0,5 % trvalého tělesného poškození podle „Oceňovací tabulky plnění za trvalé následky úrazu“, vyplatí pojistitel po ustálení těchto následků příslušné procento ze sjednané pojistné částky pro případ trvalých následků úrazu, se zahrnutím progresivního plnění, v závislosti na rozsahu trvalého tělesného poškození. K ustálení trvalých následků úrazu dochází obvykle 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 lhůty) je klient povinen nahlásit pojistnou událost pojistiteli, termín ohodnocení rozsahu trvalých následků stanoví pojistitel, klient je povinen o zajištění ohodnocení požádat pojistitele v termínu určeném pojistitelem.

Pojistná událost

a) Výši pojistného plnění za trvalé následky úrazu určuje pojistitel podle dále uvedených zásad a „Oceňovací tabulky plnění za trvalé následky úrazu“ (dále jen „Oceňovací tabulka“) platných v době vzniku pojistné události (úrazu), do které má pojištěný právo nahlédnout. Oceňovací tabulku může pojistitel doplňovat a měnit. Za trvalé následky úrazů, které nejsou uvedeny v oceňovací tabulce, pojistitel pojistné plnění neposkytuje. Opakované ohodnocení trvalých následků lze provést pouze u smluvního lékaře, kterého určí pojistitel, a to na náklady klienta. Pokud je to nezbytné, získává pojistitel relevantní informace na základě odborné lékařské expertizy od smluvního lékaře. Smluvní lékař vyhotoví odbornou lékařskou expertizu, tj. zjištění zdravotního stavu nebo příčiny smrti na základě dodaných lékařských zpráv nebo zdravotnické dokumentace od ošetřujících lékařů a v případě potřeby i prohlídkou nebo vyšetřením.
b) Zanechá-li úraz pojištěnému 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 klienta, které nastanou po ukončení této tříleté lhůty s výjimkou případů, kdy pojištěný porušil 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 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 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 pojištěný zemře následkem úrazu do jednoho roku ode dne, kdy k úrazu došlo, zaniká nárok na plnění za trvalé následky úrazu.
h) 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, vyplatí pojistitel dědicům pojištěného částku, která odpovídá rozsahu trvalých následků úrazu pojištěného v době jeho smrti, nejvýše však částku, odpovídající pojistné částce dohodnuté pro případ smrti následkem úrazu. Není-li možno zpětně získat relevantní informace nutné k posouzení trvalých následků, nárok na pojistné plnění za trvalé následky úrazu nevzniká.

C. Pojištění denního odškodného

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

a) Výši a rozsah 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). Oceňovací tabulku DO může pojistitel doplňovat a měnit a pojištěný má právo do oceňovací tabulky DO kdykoliv nahlédnout.
c) V oceňovací tabulce DO je uveden maximální počet dnů, za které bude sjednané denní odškodné pro příslušnou diagnózu vypláceno. Celkový počet dnů, za které bude pojistné plnění vypláceno, 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 s výjimkou případů, kdy byl pojištěný v prvních 8 dnech hospitalizován min. 24 hod.
   V takovém případě se pojistné plnění za dobu léčení vyplácí od prvního dne léčení úrazu (vč. sobot, nedělí a svátků) a pojistné plnění za pobyt v nemocnici v důsledku úrazu se vyplácí za každý den hospitalizace.
   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. K tomu navíc za hospitalizaci vyplatí pojistitel pojistné plnění za každý den hospitalizace, který nastane v prvních třech letech ode dne zahájení léčení úrazu a to bez ohledu na oceňovací tabulku DO.
   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.
d) Maximální počet dnů, za které poskytne pojistitel pojistné plnění je 365 dnů.
e) V případě souběhu doby léčení více úrazů se započítává souběžná doba léčení pouze jednou.

f) Bylo-li pojištěnému způsobeno jedním úrazem několik tělesných poškození různých druhů, plní pojistitel pouze za dobu 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 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) Výplata denního odškodného končí nejpozději se zánikem pojištění.

Připojištění k dennímu odškodnému – denní odškodné nad limit stanovený oceňovací tabulkou DO
a) Dojde-li k úrazu a vznikne nárok na pojistné plnění z denního odškodného podle výše uvedených ustanovení bodu C tohoto článku 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 548 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.
d) Pro toto připojištění platí ustanovení uvedená v bodě C, písm. e) až h) tohoto článku.

ČLÁNEK 8
Dětská pojištění

Na jednu pojistnou smlouvu lze sjednat doplňkové a úrazová pojištění až pěti dětí. 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.

V rámci dětského **doplňkového pojištění** lze sjednat:
– pojištění velmi vážných onemocnění

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 (vč. chronické lymfatické leukémie), maligní lymfomy a Hodgkinovu chorobu.
Vyloučeny a za pojistné události se nepovažují:
– neinvazivní karcinomy in situ;
– lokalizované neinvazivní tumory vykazující jen rané maligní změny (dysplazie cervixu, rakovina cervixu klasifikace CIN-1-3, rakovina prostaty klasifikace T1a nebo T1b);
– všechny typy rakoviny kůže včetně maligního melanomu klasifikace 1A;
– všechny typy rakoviny za současného prokázání přítomnosti HIV infekce.
Pro doložení onemocnění musí být předložena potvrzená lékařská dokumentace s přehlednou klasifikací zhoubného novotvaru (nádoru).
b) **nitrolební (intrakraniální) nádor** - nitrolební (intrakraniální) nádory s klinickou symptomatologií, které je nutno řešit chirurgicky otevřeným přístupem (z kraniotomie), eventuelně stereotaktickým zákrokem. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem rozhodnutí odborného lékaře (neurologa, neurochirurga) o nutnosti (indikaci) operativního zákroku, eventuelně rozhodnutí o neoperabilnosti nitrolebního nádorového procesu.
c) **transplantace životně důležitých orgánů** – nezbytně nutná a lékařským nálezem indikovaná transplantace srdce, srdce a plic, jater, ledvin, kdy je příjemcem pojištěné dítě. Operace musí být provedena na území členských států Evropské Unie (nebylo-li před provedením s pojistitelem dohodnuto jinak) lékařským pracovištěm, které je oprávněno tyto operace provádět.
Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem provedení operace, pokud k ní došlo po uplynutí tříměsíční čekací doby od počátku pojištění a zahrnuje pouze transplantace výše uvedených orgánů. Transplantace musí být z lékařského hlediska nezbytná a musí být objektivně potvrzeno selhání funkce příslušného orgánu.
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 ledviny po uplynutí čekací doby uvedené v odst. 2, písm. c) tohoto článku a jeho setrvání v seznamu po dobu minimálně šesti měsíců. Vyloučena je pouze jednostranná nefrektomie a přechodná dialýza z důvodu akutního ledvinového selhání. Pro doložení onemocnění musí být doloženo potvrzení nefrologa o nezbytnosti pravidelné dialýzy.
e) **operace aorty** – operační výkon na aortě provedený v důsledku jejího roztržení, vzniku výdutě; vyloučeny jsou operace na větvích aorty nebo by-passy vystupující z aorty a vedoucí krev do periferního řečiště a operační výkony na aortě provedené v důsledku úrazu. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem provedení operace, pokud k ní došlo na území členských států Evropské unie (nebylo-li před provedením s pojistitelem dohodnuto jinak) a po uplynutí tříměsíční čekací doby od počátku pojištění.
f) **slepota** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta zraku obou očí v důsledku onemocnění nebo úrazu; diagnóza musí být klinicky potvrzena odborným lékařem (oftalmologem) pojistitele. Pojistnou událostí není snížení visu (zraku) nižšího stupně.
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.
h) **paraplegie, tetraplegie** – úplné a trvalé ochrnutí obou dolních, obou horních nebo všech končetin s úplným a trvalým přerušením vodivosti míchy pro vlákna zajišťující hybnost. Povinnost pojistitele plnit vzniká nejdříve šest měsíců od počátku onemocnění po stanovení diagnózy paraplegie nebo tetraplegie příslušným klinickým pracovištěm. Vyloučena jsou částečná a vrozená ochrnutí končetin.
i) **koma** – stav hlubokého bezvědomí bez reakce na vnější či vnitřní podněty, který trvá nepřetržitě nejméně 96 hodin. Během této doby musí být uměle udržována některá ze základních životních funkcí. Následkem musí být trvale prokazatelné poškození v klinickém neurologickém nálezu. Povinnost pojistitele plnit začíná dnem potvrzení diagnózy a trvalého neurologického poškození příslušným klinickým pracovištěm. Vyloučeno je koma vzniklé následkem zneužívání alkoholu nebo aplikace návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky. Dále pojistitel neplní za koma vzniklé na podkladě úrazu v souvislosti s požitím alkoholu nebo aplikace návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky.
j) **mozková otrna** (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,
• koncentrace granulocytů (bílé krvinky s vyzrálými granuly v cytoplasmě) v krvi je nižší než 500 na mm^3 a krevních destiček nižší než 20 000 na mm^3,
• 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)** – diabetesem 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.

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 uvedené v tomto článku, pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky pojištění velmi vážných onemocnění, nezávisle na případném dalším plnění z jakékoholiv jiného pojištění sjednaného ve smlouvě.
c) Pojistné plnění bude pojištěnému dítěti vyplaceno 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 tomto 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 od kladu nahlásit, a to nejdéle do jednoho měsíce od data potvrzené lékařské diagnózy onemocnění. Dojde-li k potvrzení více diagnóz velmi vážných onemocnění, které uvádí tento článek, 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 zpojištění 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
Pojištění velmi vážných onemocnění se nevztahuje na nemoci, které byly diagnostikovány nebo léčeny před počátkem pojištění.

V rámci dětského **úrazového pojištění** lze sjednat:
– pojištění pro případ smrti následkem úrazu
– pojištění trvalých následků úrazu
– pojištění denního odškodného
– připojištění k dennímu odškodnému – denní odškodné nad limit stanovený oceňovací tabulkou DO

Pro dětské úrazové pojištění platí zásady uvedené v bodech A až C článku 7. Pro dětské úrazové pojištění se dále sjednává:
a) Do posledního dne roku, ve kterém dítě dovrší 10 let věku, platí odlišně od Zvláštní 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.
b) Pro pojistné plnění z pojištění pro případ smrti následkem úrazu dítěte je obmyšleným pojistník.
c) Děti nejsou zařazovány do rizikových skupin.
d) Pojistitel poskytne pojistné plnění z pojištění denního odškodného i v případě hospitalizace pojištěného dítěte z důvodu nemoci (s výjimkou hospitalizace z důvodu vrozených vad); pojistitel poskytne pojistné plnění v případě hospitalizace z důvodu nemoci, která nastane nejdříve po dožití 1 roku věku dítěte (pro toto pojistné plnění platí obdobně podmínky uvedené v bodě E článku 6).
e) Maximální počet dnů za denní odškodné, za které poskytne pojistitel pojistné plnění je 180 dnů.
f) Maximální počet dnů pro připojištění k dennímu odškodnému – denní odškodné nad limit stanovený oceňovací tabulkou DO, za které celkově pojistitel poskytne pojistné plnění, je max. 365 dnů.

ČLÁNEK 9
Rizikové skupiny

Vykonává-li 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 podobnými riziky úrazu a povolání s převažující duševní činností, popř. malým podílem manuální práce (např. úředníci, prodavači, učitelé, lékaři, architekti). Dále sem patří sporty vykonávané rekreačně (vyjma sportů uvedených ve 4. rizikové skupině).

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

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

4. riziková skupina
Všechny práce nebo činnosti s extrémním, velmi vysokým stupněm ohrožení zdraví (např. činnosti při zajíždění motorových vozidel a jejich typových zkouškách, tovární jezdci motorových vozidel, plavidel, kaskadéři a všechna sportovní odvětví uvedená ve 2.RS a 3.RS vykonávaná profesionálně nebo za úplatu (hlavní příjem). Dále sem patří všechny sporty s velmi vysokým rizikem úrazu (horolezectví, bungee jumping, potápění s kyslíkovým přístrojem, rafting, box, bojové sporty, letecké sporty a všechny adrenalinové sporty. Dále motoristické sporty a služba v ozbrojených silách mimo území ČR. Dále veškerá práce a činnost, ke které je vystaveno zvláštní ujednání (odchylky od VPP, SPP).

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