

Speciální pojistné podmínky investičního životního pojištění

IŽP

Tyto speciální pojistné podmínky (dále jen „SPP“) se řídí zákonem o pojistné smlouvě a Všeobecnými pojistnými podmínkami pro pojištění spojená s investičními fondy OSOINV 1 ze dne 1. ledna 2005 (dále jen „VPP“) a jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy (dále jen „smlouvy“).

ČLÁNEK 1 Základní pojmy

Pro účely sjednávání pojištění platí tento výklad pojmů:

- Alokace pojistného** (dále jen „alokace“) – nákup podílových jednotek ve výši pojistného upraveného dle platných pojistně-technických pravidel.
 - **Alokace počáteční** – snížení alokace pojistného v prvních letech trvání určená na pokrytí počátečních nákladů (provize, počáteční administrativní náklady, underwriting) – viz platný sazebník poplatků.
 - **Alokace běžná** – standardní alokace se srazkou 1 % nebo 5 % určenou na běžné správní náklady – viz platný sazebník poplatků.
- Garantovaný fond** – fond, u kterého pojistitel zaručuje minimální hrubé zhodnocení stavové v popisu fondu.
- Hodnota fondu u smlouvy** – počet podílových jednotek k dané smlouvě a k danému fondu vynásobený její prodejní cenou.
- Hotovost** – určena k vyrovnání zaokrouhlovacích chyb při převodu na podílové jednotky, případně k držení záporné kapitálové hodnoty.
- Investiční životní pojištění** (dále jen „IŽP“) – komplexní spojení životního pojištění, doplňkových a úrazových pojištění a investic do investičních podílových fondů. Pojistné částky jednotlivých pojistných rizik jsou pevně dány pojistnou smlouvou a částka určená k výplatě při dožití se konce pojištění, resp. v případě ukončení smlouvy, je dána aktuální výší kapitálové hodnoty smlouvy.
- Kapitálová hodnota smlouvy** – součet hodnot fondů u smlouvy a hotovosti, je vyjádřena v Kč, může nabývat i záporné hodnoty.
- Management fee** – poplatek za správu kapitálové hodnoty smlouvy – viz platný sazebník poplatků.
- Nákupní cena jednotky** – cena, za kterou pojišťovna prodává jednotky ke smlouvě. Pojišťovna může stanovit několik nákupních cen jednotek v závislosti na typu alokovaného pojištění.
- Netechnické změny** – změny na smlouvě nemající vliv na alokace, odkup, pojištění (např. změna adresy).
- Oceňovací den** – den, ke kterému pojistitel stanoví nákupní a prodejní ceny podílových jednotek jednotlivých podílových fondů.
- Odkupní hodnota** – kapitálová hodnota smlouvy upravená o možné poplatky a sračky.
- Odkupní poměr** – je využíván pro odkupní transakce s využitím aktuálního poměru rozložení kapitálových hodnot jednotlivých fondů.
- Podílová jednotka** (dále jen „jednotka“) – identická část investičního podílového fondu představující podíl z jeho hodnoty.
- Podílový investiční fond** (dále jen „fond“) – soubor finančních instrumentů a investic spravovaný pojištětelem nebo pojištětelem pověřenou osobou, sloužící k uložení kapitálových hodnot pojistných smluv. Charakter fondů se nazývájím uli umístěním finančních prostředků, dosahovaným výnosem a mírou rizika.
- Pojistné riziko** – riziko, které je určeno typem pojištění a pojistnou částkou.
- Poměr rozdělení pojistného do investičních fondů** (dále jen „rozdělení pojistného“) – pojistníkem zvolený celocíselný poměr v procentech (v celkovém součtu 100%), v jakém pojišťovna rozdělí inkasované pojistné do příslušných fondů).
- Prodejní cena jednotky** – cena, za kterou pojišťovna odkupí jednotky ze smlouvy.
- Realkoce** – převedení kapitálové hodnoty mezi fondy; za realkoce si pojistitel může účtovat poplatek dle platného sazebníku poplatků.
- Technické změny** – změny na smlouvě s vlivem na alokace a odkup, výši pojistného, pojištěná rizika apod.
- Investiční životní pojištění se uzavírá pro osoby ve vstupním věku od 18 dovršených do 70 let (včetně) ve volitelném rozsahu na dobu minimálně 5 let, maximálně do roku, ve kterém se pojištění dožije 75 let. Pro klienty se vstupním věkem nad 70 let (max. do 95 let) se pojištění uzavírá pouze v omezeném rozsahu stanoveném pojištětelem vždy na dobu 5 let – na základě žádosti klienta je možné sjednat pojistnou dobu prodloužit, maximální doba trvání pojištění může být do roku, ve kterém se pojištění dožije 100 let.

ČLÁNEK 2 Pojistné plnění

- Při smrti pojištěného vyplátí pojistitel oboměnšenému (v případě, že v době pojistné události není určen nebo nenabude-li práva na pojistné plnění, postupuje pojistitel dle článku 11 odst. 2 VPP) pojistnou částku platnou ke dni úmrtí nebo kapitálovou hodnotu smlouvy platnou ke dni nahlášení pojistné události, je-li vyšší.
- Je-li v případě smrti pojistná částka vyšší než kapitálová hodnota smlouvy, bude vyplacena pojistná částka snížená o částecne výplaty provedené po datu úmrtí (resp. nahlášení úmrtí). Pokud bude kapitálová hodnota smlouvy vyšší než pojistná částka, bude vyplacena kapitálová hodnota snížená o částecne výplaty provedené po dni úmrtí (resp. nahlášení úmrtí). Jestliže nebude pojistná událost uznána pojištětelem za likvidní, bude ve prospěch oboměnšeného vyplacena kapitálová hodnota smlouvy.
- IŽP smrti pojištěného zaniká.
- Při dožití se sjednaného konce IŽP bude pojištěnému vyplacena kapitálová hodnota smlouvy.

ČLÁNEK 3 Pojistné

- Pojistník si může kdykoliv v době trvání smlouvy předplatit běžné pojistné, tj. zaplatit najednou jednu nebo více splátek běžného pojistného před datem jejich splatnosti. K předplacení platbě běžného pojistného slouží účt, variabilní symbol a specifický symbol, který je určen k platbám běžného pojistného.
- Pojistník může kdykoliv v době trvání smlouvy zaplatit mimořádné pojistné v minimální výši stanovené pojištětelem. Mimořádné pojistné zvyšuje kapitálovou hodnotu smlouvy. Zaplacení mimořádného pojistného nemá vliv na povinnost pojistníka platit sjednané běžné pojistné. Pojistitel je oprávněn použít část vkladu na pokrytí důlného běžného pojistného k datu pípsání mimořádného pojistného na účet pojištětele. Mimořádné pojistné je možné uhradit na základě pokynu uvedených ve smlouvě. K úhradě mimořádného pojistného jsou určeny zvláštní variabilní symboly. Pojistitel je oprávněn odmítnout mimořádné pojistné zaplacené pod stanovenou minimální hranici.
- Běžné pojistné, jednorázové pojistné i mimořádné pojistné se používá podle platných pojistně-technických pravidel k navyšování kapitálové hodnoty smlouvy.
- za škodu vzniklou uvedením chybného čísla účtu a/nebo variabilního symbolu a/nebo specifického symbolu pojistitel neodpovídá. Rozhodným dnem pro začítování zaplaceného pojistného je den, kdy pojistitel vystaví předpis pojištěného.

Pojistitel náleží s inkasovaným pojistným postupně dle následujících pravidel

- Alokace pojistného (technický postup):**
 - pojistné je upraveno o příslušný poplatek počáteční alokace
 - pojistné je sečteno s aktuálním zůstatkem hotovosti, výsledný součet je dále považován za pojistné
 - pojistné je rozděleno na díly dle sjednaného rozdělení pojistného do fondů
 - každý díl pojistného je celocíselně přepočten na podílové jednotky příslušného fondu s využitím nákupní ceny jednotky
 - nově nakupečné jednotky jsou přičteny ke stávajícím stavům jednotek
 - je vypočtena nová hotovost jako zaokrouhlovací rozdíl vzniklý předchozími kroky.
- Alokace pojistného (časový postup):**
 - pojistné může být alokováno nejdříve v první den platnosti smlouvy (nejdříve v den počátku pojištění)
 - pojistné je alokováno v nákupní ceně jednotky platné v den provedení alokace
 - při splnění všech předepsaných podmínek (výše platby a její správná identifikace) je pojistné alokováno bez zbytečného odkladu v závislosti na provozních a technických podmínkách pojištětele.

ČLÁNEK 4

Náklady, poplatky a cena pojištění

- Cena pojištění – pojistitel bude 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 pojištětele.
- Počáteční alokace – pojistitel uplatní na běžné pojistné v prvních letech trvání smlouvy poplatek na pokrytí počátečních nákladů spojených se vznikem pojistné smlouvy.
- Marže – rozdíl mezi nákupní a prodejní cenou jednotky.
- Administrativní poplatek – pojistitel má právo zpravidla měsíčně inkasovat poplatek za správu a vedení pojistné smlouvy; poplatek se inkasuje stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy.
- Management fee – poplatek za správu kapitálové hodnoty – pojistitel má právo použít část hodnoty fondu na pokrytí nákladů spojených s provozováním fondu.
- Inkasi poplatky – pojistitel má právo v závislosti na způsobu a technice úhrady pojistného inkasovat poplatek za inkasovanou platbu; poplatek se inkasuje stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy.
- Poplatek za zrušení pojistné smlouvy – pojistitel má právo při výplatě odkupného v prvních dvou letech trvání snížit výplatu o poplatek za předčasné zrušení pojištění.
- Poplatek za provedení změny do smlouvy – pojistitel má právo v případě vystavení dodatku inkasovat poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy.
- Poplatek za realkoce – pojistitel má právo v případě požadavku na provedení realkoce inkasovat poplatek za provedenou, resp. nerealizovanou transakci stržením částky z kapitálové hodnoty.
- Poplatek za výběr části kapitálové smlouvy – pojistitel má právo v případě požadavku (realizovaného i nerealizovaného) na výběr části kapitálové hodnoty inkasovat poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy.
- Poplatek za vystavení druhopisu – pojistitel má právo za vystavení druhopisu pojistníkem požadovaného dokumentu (např. pojistky, rekapitulace) inkasovat poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy.
- Poplatek za sdělení aktuální výše kapitálové hodnoty smlouvy – pojistitel má právo v případě požadavku na sdělení aktuální výše kapitálové hodnoty smlouvy inkasovat poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy.
- Poplatek za sdělení výše odkupného – pojistitel má právo v případě požadavku na sdělení výše odkupného inkasovat poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy.

Výše poplatků se řídí platnými sazebníky poplatků. Platný sazebník poplatků je k dispozici na internetových stránkách pojištětele a na všech obchodních místech.

ČLÁNEK 5

Změny v pojistné smlouvě

- Pojistník může kdykoliv požádat o zvýšení nebo snížení běžného pojistného.
- Pojistník může kdykoliv požádat o změnu v technice a frekvenci placení pojistného.
- Pojistník může kdykoliv požádat o zvýšení, popř. snížení pojistné částky. Při zvýšení pojistné částky má pojistitel právo provést dodatečné zdravotní posouzení pojištěného.
- Pojistník může požádat pojištětele o dočasné přerušení placení pojistného. K dočasnému přerušení placení pojistného může dojít pouze v případě takovéto 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 zaplacené běžné pojistné.
- Pojistník může požádat pojištětele o výplatu části kapitálové hodnoty smlouvy, pokud tato částka dosáhne minimální výše stanovené pojištětelem. Výplata části kapitálové hodnoty se provádí formou odečerpání podílových jednotek ze zvolených fondů převedením na hotovost. Pojistník v žádosti o výplatu části kapitálové hodnoty může určit, z jakého ze zvolených fondů má být proveden odkup, případně v jakém poměru z jednotlivých fondů mají být podílové jednotky odečerpány; jestliže toto v žádosti o výplatu není určeno, provede se odkup v aktuálním poměru kapitálových hodnot fondů na smlouvě. Podmínkou uskutečnění této výplaty je postačitelnost výše běžné 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 kapitálové hodnoty nepožději do čtyř týdnů od doručení žádosti pojištětele. Jestliže z některého ze sjednaných fondů nebude možné provést požadované odečerpání podílových jednotek, nebude žádost o výplatu části kapitálové hodnoty vyřízena. Pojistitel je oprávněn při vyřízení žádosti o výplatu části kapitálové hodnoty účtovat pojistníkovi pojistně-technický poplatek (viz platný sazebník poplatků). Žádost lze podat pouze na formuláři pojištětele ZO021, nutnou podmínkou je ověření totožnosti pojistníka.
- Pojistník může požádat o realkoce, tj. převedení podílových jednotek mezi fondy. Pojistitel je oprávněn při vyřízení žádosti o realkoce účtovat pojistníkovi pojistně-technický poplatek (viz platný sazebník poplatků). Žádost lze podat pouze na formuláři pojištětele ZO021, nutnou podmínkou je ověření totožnosti pojistníka.
- Pojistník může kdykoliv požádat o změnu alokačního poměru, tj. o změnu poměru začítování zaplaceného pojistného (běžného i mimořádného) do zvolených podílových fondů. Na základě žádosti bude vystaven dodatek s okamžitou platností a účinností od následující splátky běžného, resp. mimořádného pojistného.
- K IŽP si může pojistník dodatečně sjednat, popř. z něj vyloučit doplňková a úrazová pojištění nebo doplnit, popř. přidat nebo vyloučit doplňková i) Pojistník může kdykoliv požádat o změnu doby trvání pojištění.
- Všechny změny provedené na základě písemné žádosti pojistníka vstupují v platnost dnem uvedeným v dodatku (zpravidla prvním dnem následujícího pojistně-technického období po vystavení dodatku ke smlouvě).
- V souvislosti s výše uvedenými změnami má pojistitel právo zvýšit, popř. snížit výši pojistné částky nebo zvýšit, popř. snížit běžné pojistné na úroveň danou platnými pojistně-technickými pravidly.
- Pojistitel je oprávněn za provedené změny (vystavení dodatku) účtovat pojistníkovi technický poplatek (viz platný sazebník poplatků).
- Při jakékoliv provedené technické změně, která může ovlivnit výši pojistného, pojistitel pojistné automaticky nesnižuje na minimální výši postačitelnosti.

ČLÁNEK 6

Doplňkové pojištění

V rámci FŽP lze sjednat tato doplňková pojištění:

- Pojištění velmi vážných onemocnění
Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od 18 do 64 let. Pojistné krytí končí nejpozději poslední den měsíce předcházející pojistně-technickému období, ve kterém se pojištění dožije 65 let.
 - Předmět a rozsah pojištění**
 - v pojištění velmi vážných onemocnění se vymežují následující pojmy:
 - a) **infarkt myokardu** – nezvratné poškození části srdeční svaloviny (transmurální infarkt), které je způsobeno nedostatkem 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 pojištění plně vyloučena.
 - a) **rakovina** – přítomnost nekontrolovaného růstu a rozšiřování maligních buněk a jejich invaze do tkáně, termín „rakovina“ také zahrnuje leukémie, lymfomy a Hodgkinovu chorobu. Vyloučená jsou:
 - neirizovaví karcinomy in situ
 - lokalizované neirizovaví tumory vykazující rané maligní změny (dysplazie cervixu, rakovina cervixu klasifikace CIN-1-3, rakovina prostatická klasifikace T1a nebo T1b)

– všechny typy rakoviny kůže včetně maligního melanomu klasifikace 1A

– všechny typy rakoviny za přítomnosti HIV infekce.

Diagnóza musí být potvrzena histologicky výsledkem.

c) **náhla cévní mozková příhoda** – jakákoliv cévní mozková příhoda, která má za následek patologický neurologický náleží trvajíc déle než 24 hodin, včetně:

- infarktu mozkové tkáně,
- krvácení z nitrolebních cév a
- embolizace z extrakraniálního (mimolebního) zdroje.

Musí být přítomen důkaz trvalého neurologicky prokazatelného poškození. Diagnóza musí být potvrzena čerstvými změnami na CT nebo MRI. Vyloučeny jsou náhle cévní mozkové příhody vzniklé následkem úrazu a tranzitorní ischemická ataka.

d) **totální ledvinové selhání** – konečné stadium ledvinového selhání následkem chronického a nezvratného selhání funkce obou ledvin; pojištění musí podstoupovat pravidelnou dialýzu nebo být po transplantaci ledviny. Vyloučena je pouze jednostranná nefrektomie a předchozí 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 pojištětele 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** – operaci výkon na aortě provedený v důsledku jejího roztržení, vzniku vředu nebo jejího vrozeného zúžení; vyloučeny jsou operace na větvičce aorty nebo by-passy vystupující z aorty a vedoucí krev do periferního řečiště a operaci výkonu na aortě provedené v důsledku úrazu. Povinnost pojištětele 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 způsobit trvalé neurologické poškození. Povinnost pojištětele plnit vzniká dnem rozhodnutí odborného lékaře (neurologa, neurochirurga) o nutnosti (indikaci) operativního zákroku, eventuelně rozhodnutí o neoperabilnosti nitrolebního nádorového procesu.

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

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

j) **paraplegie, tetraplegie** – úplné a trvalé ochrnutí obou dolních, obou horních nebo všech končetin s úplným a trvalým přerušením vodivosti míchy pro vlákná zajišťující hybnost. Povinnost pojištětele 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 uvedena úmrtíva některá ze základních životních funkcí. Následkem musí být trvale prokazatelné poškození v klinickém neurologickém nálezu. Povinnost pojištětele plnit začíná dnem potvrzení diagnózy o trvalém neurologickém poškození příslušným klinickým pracovištěm. Vyloučena je koma vzniklá 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 nenávratného selhání funkce mozku. Zdravotní stav nemocného musí vyžadovat trvalý dohled. Diagnóza musí být potvrzena standardními psychodiagnostickými testy a dotazníky pro diagnózu Alzheimerovy choroby nebo jiných druhů demence 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.

Byli by smlouvě sjednané pojištění velmi vážných onemocnění, je pojištěl povinen vyplácet, v případě splnění podmínek a vzniku pojistné události uvedených v článku 6 těchto SPP, 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 pojištěl povinen vyplácet na základě písemné žádosti pojištěného, kterému onemocněním vzniklo právo na plnění, smluvně dohodnutou pojistnou částku, došlo-li u pojištěného v době trvání pojištění k potvrzení lékařské diagnózy jednoho z velmi vážných onemocnění potvrzené lékařské diagnóze smlouvy, respektive k provedení některého z operací zákroku jmenovaných a definovaných v pojistné smlouvě.

Pojistné plnění bude pojištěnému vyplaceno pouze za předpokladu jeho přežití alespoň 30 kalendářních dnů od potvrzení lékařské diagnózy, případně operativního výkonu jednoho z velmi vážných onemocnění (článek 6 bod A odst. 1 písm. a) – d), g) – j), resp. od data operace choroby (článek 6 bod A odst. 1 písm. e) a f)).

Pojištění velmi vážných onemocnění není pojištěl 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. Vypálením pojistného plnění z doplňkového pojištění velmi vážných onemocnění této pojištění zaniká.

B. Pojištění plně invalidity

- Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od 18 do 64 let. Pojistné krytí končí nejpozději poslední den měsíce předcházející pojistně-technickému období, ve kterém se pojištění dožije 65 let.
- Předpoklady pro přiznání plně invalidního důchodu
Pojištění je plně invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepřiznivého zdravotního stavu

a) poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 66 % nebo

b) je schopen pro zdravotní postižení soustavné výdělečné činnosti jen za zřídka mimořádných podmínek

Při určování plně invalidní 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 rekvilifikace pojištěného na jiné druhy výdělečné činnosti, než dosud vykonával.

3. Pojistné plnění z pojištění plně invalidity pojištěl 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 pojištěl na základě odborné lékařské expertizy od smluvního lékaře.

b) Pojištěnému byl během trvání pojištění, nejdříve však po dvou letech trvání od počátku pojištění, přiznán ve smlouvě platných předpisů o sociálním zabezpečení plně invalidní důchod.

- c) Splnění podmínek dvou let podle písm. b) odst. 3 bodu B tohoto článku se nevyžaduje, pokud byl invalidní důchod priznan výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo v době trvání pojištění.
- d) Pojištění vyvine na požádání pojistitele přiměřenou potřebnou součinnost.
4. Vypácením sjednané pojistné částky pro případ plati invalidity pojištění zaniká. Pojistitel neplní v případech vzniklých následkem onemocnění a následkem úrazu, které nastaly, byť diagnostikovány nebo léčeny před počátkem pojištění.

C. Pojištění zproštění od placení pojistného

- Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od 18 do 64 let. Pojistné krytí končí nejpozději poslední den měsíce předcházející pojistně-technickému období, ve kterém se pojištění dožije 65 let.
 - V případě sjednání pojištění zproštění od placení pojistného je pojistník zproštěn od povinnosti platit běžné pojistné, jestliže během trvání pojištění, nejdříve však po dvou letech od počátku pojištění, mu byl priznan ve smyslu platících předpisů o sociálním zabezpečení plný invalidní důchod (pro zproštění od placení pojistného platí obdobné podmínky uvedené v bodě B tohoto článku). Povinnost platit pojistné přechází na pojistitele v rozsahu původně sjednaném na pojistné smlouvě; nárok na zproštění od placení pojistného musí vzniknout nejpozději do dosažení 65 let věku pojistného.
 - Pojištění zproštění od placení pojistného nemůže být sjednáno a nárok na zproštění od placení nevzniká, jsou-li pojistník a pojištění zrušeny osobou.
 - Splnění podmínek dvou let podle písm. a), bodu C tohoto článku se nevyžaduje, pokud byl invalidní důchod priznan výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo v době trvání pojištění.
 - Zproštění od placení pojistného počíná ode dne nejbližší splatnosti pojistného po priznání plného invalidního důchodu a týká se pojistného za jeden rok trvání pojištění. Zproštění se prodlužuje vždy na další rok, pokud-li pojistník, za invalidní důchod, je dále vyplácen, nebo pojištění prodlouží platnost odborného posudku jeho zdravotního stavu. Zproštění od placení pojistného končí nejpozději uplynutím doby, na kterou bylo placení pojistného sjednáno, nebylo-li ve smlouvě dohodnuto jinak.
 - Byl-li ve smlouvě sjednána i další pojištění (doplňkové nebo úrazové pojištění), vztahuje se zproštění od placení pojistného i na tato pojištění.
 - Na žádost pojistitele je pojistník povinen prokázat, že je mu plný invalidní důchod dále vyplácen.
 - Pojistník, který je zproštěn od placení pojistného, je povinen bez zbytečného odkladu pojistitele informovat o odnětí invalidního důchodu nebo o výrazném zlepšení svého zdravotního stavu. Jestliže se pojistitel dozví, že pojistník tyto informace zatají, bude na pojištění, od jehož placení byl pojistník neoprávněně zproštěn, uplatňovat ustanovení uvedené v Obecných ustanoveních, článek 13, odst. 1 VPP.
 - V případě ukončení zproštění od placení pojistného (pojištěnému bylo odejmuto plný invalidní důchod), může pojistník písemně požádat o opětovné sjednání pojištění zproštění od placení pojistného.
 - Pojištění neplní v případech vzniklých následkem onemocnění a následkem úrazu, které nastaly, byť diagnostikovány nebo léčeny před počátkem pojištění.
 - 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 pojištění dožije 75 let.
- Pojistná částka pro pojištění kapitálové hodnoty je ve stejné výši jako pojistná částka, sjednaná pro pojištění pro případ smrti z jakýchkoli příčin.
 - V případě smrti pojištěného vyplati pojistitel kapitálovou hodnotu smlouvy platnou ke dni nahlášení pojistné události, maximálně však do výše pojistné částky 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 žádá ze smluvních stran toto pojištění písemně nevypoví, a to nejpozději 6 týdnů před uplynutím této doby, prodlužuje se sjednaná doba trvání tohoto pojištění automaticky vždy o jeden rok, maximálně však do posledního dne měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištění dožije 70 let. Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od 18 do 64 let, které jsou v trvalém pracovním poměru nebo mají pravidelně přijímat ze samostatné výdělečné činnosti.
- Pojištění pracovní neschopnosti z důvodu nemoci se nevztahuje na případy vzniklé následkem onemocnění a následkem úrazu, které nastaly, byť diagnostikovány nebo prvotně léčeny před počátkem pojištění (např. onemocnění úrazy kloubů, páteře atd.).

- Předmět a rozsah pojištění
 - 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 nevyplicí. Je-li však v takovém případě pojištěný hospitalizován, vyplácí 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**, vyplácí se pojistné plnění následně od 15. dne pracovní neschopnosti za každý den pracovní neschopnosti, včetně soboty, neděle a svátků (za prvních 14 dnů pojištění pojistné plnění za pracovní neschopnost neposkytluje). K tomu navíc za hospitalizaci jednorázově 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 poskytnou pojistitel pojistné plnění je 365 dnů.
 - 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.
 - 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 končí nejpozději se zánikem pojištění.
 - Pokud je vystavena 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

- Pojistnou událostí je nemoc, která nastala po sjednání čekací doby a jejíž důsledkem je z lékařského hlediska nutné léčení pojištěného, jehož průběh je lékařsky potvrzen vystavenou pracovní neschopností.
- Pracovní neschopnost se ve smyslu těchto podmínek rozumí situace, kdy pojištění nemůže dle lékařského rozhodnutí žádným způsobem, a to ani přechodně, vykonávat a ani nevykonává své zaměstnání nebo jakoukoliv jinou samostatnou výdělečnou, popř. řídicí nebo kontrolní činnost. Na základě tohoto lékařského rozhodnutí mu byl v souladu s platnými právními předpisy vystaven doklad o pracovní neschopnosti.
- Čekací doba začíná běžet dnem počátku pojištění. Základní čekací doba trvá 2 měsíce, není-li ve smlouvě uvedeno jinak.
- Zvláštní čekací doba v délce 8 měsíců je stanovena pro případ hospitalizace výlučně z důvodu:
 - těhotenství nebo porodu
 - zubního ošetření, zhotovení zubních náhrad a úkonů chirurgie a ortopedie čelistí.
- Pokud dojde ke zvýšení pojistné částky tohoto pojištění, platí ode dne změny ustanovení o nové čekací době (písm. c), d) tohoto článku) pro dodatečnou část zvýšeného pojistného krytí.
- Nemocní se ve smyslu těchto podmínek rozumí státní, popř. soukromé zařízení s platnou registrací zabývající se péčí a ošetrováním nemocných a zraněných osob, disponující

dostatečnými diagnostickými, chirurgickými a terapeutickými zařízeními, nepřetržitou ošetrovatelskou službou a pracující dle všeobecně uznávaných poznatků vědy.

- V případě vzniku nové nemoci, v době trvání pracovní neschopnosti pojištěného, a vystavení nové pracovní neschopnosti, resp. prodloužení hospitalizace, je toto pojistnou událostí pouze v případě, kdy nová nemoc není v žádné příčné souvislosti s již diagnostikovanou nemocí. Pokud došlo současně k pracovní neschopnosti, resp. hospitalizaci pro více nemocí, vyplácí pojistitel pojistné plnění maximálně do výše celkové doby léčení, a to pouze jednou.
- Pojištění je povinen předložit pojistitelí 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.
 - 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 byl jinak pracovní neschopnost vystavena. Osoby samostatně výdělečně činné dále musí doložit potvrzení správy sociálního zabezpečení, že nemají nárok na výplatu dávek nemocenského.
 - Pojištění je povinen zabezpečit a postarat se, aby všechny doklady vyžadované pojistitelem byly vyhotoveny a zaslány co možná nejdříve, v českém jazyce a originální dokumenty porizené v cizím jazyce opatřené překladem úředně uznávanou osobou; je povinen dodržovat stanovený léčebný režim, rady lékaře a všemi způsoby napomáhat svému celkovému uzdravení.
 - Pojištění je povinen se na požádání podrobit dodatečnému vyšetření u smluvního lékaře pojistitele.
 - Pojištění je povinen nahlásit pojistiteli ukončení trvalého pracovního poměru, samostatné výdělečné činnosti, popř. odchod do starobního nebo plného invalidního důchodu, a to do 15 dnů od data, kdy některý z výše uvedených důvodů nastal.

3. Výluky z pojistného plnění

- Pojištění neplní v případech:
- léčebných pobytů v lázních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebných, psychiatrických léčebnách nebo zařízeních, zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie nebo závislosti, a to včetně následné pracovní neschopnosti, s výjimkou případů, kdy pojistitel s tímto typem léčby vyjádří předem písemně souhlas,
 - hospitalizace související pouze s pečovatelskou péčí, jakož i v speciálních dětských zařízeních a ústavech sociální péče,
 - pokusu o sebevraždu nebo úmyslného sebepoškození,
 - poruchy duševní a poruchy chování – MKN 10 (mezinárodní klasifikace nemocí) – diagnózy F00 – F99,
 - pří tetování, porodu, předčasnému porodu, přerušení těhotenství, hrozičím potratu nebo potratu s výjimkou pojistného plnění za dobu hospitalizace,
 - doby, kdy pojištění 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,
 - pojistných událostí vzniklých v souvislosti s válečnými událostmi, občanskou válkou, občanskými nepokoji nebo ve primé souvislosti s nimi,
 - získání a zásahů z lékařského hlediska ne nezbytných, které si pojistník nechal provést na svém těle, jako např. zubní ošetření, chirurgie či ortopedie čelistí, kosmetické zákroky, a to jak v případě pobytu v nemocnici, tak i při pracovní neschopnosti.
- Pojištění pracovní neschopnosti lze sjednat spolu s pojištěním pro případ smrti následkem úrazu a pojištěním trvalých následků úrazu v tarifu nemocenském (N) nebo spolu s pojištěním pro případ smrti následkem úrazu, pojištěním trvalých následků úrazu a pojištěním denního odškodného v tarifu kombinovaném (K).

ČLÁNEK 7

Úrazová pojištění

Úrazová pojištění se sjednávají na dobu jednoho roku. Pokud žádá 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, nejdříve však do doby ukončení základního životního pojištění (max. v roce, ve kterém se pojištění dožije 75 let).

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

V úrazovém pojištění lze sjednat:

A. Pojištění pro případ smrti následkem úrazu

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

Pojistná událost

- Byl-li úrazem způsobena pojištěnou smrt, která nastala nejpozději do tří let ode dne úrazu, vyplácí pojistitel oběsměrně (v případě, že v době pojistné události není určen nebo nenabude-li práva na pojistné plnění postupuje pojistitel dle článku 11 odst. 2 VPP) pojistnou částku pro případ smrti následkem úrazu.
- Změřel-li však pojištěný na následky úrazu a pojistitel již poskytl pojistné plnění za trvalé následky tohoto úrazu, vyplácí jen případný rozdíl mezi pojistnou částkou pro případ smrti následkem úrazu a částkou již vyplacenou.
- Nastane-li v důsledku úrazu smrt pojištěného, je oběsměrný povinen to ohlásit bez zbytečného odkladu pojistiteli, a to i v případě, že úraz již byl ohlášen.
- Pojištění pro případ smrti následkem úrazu lze sjednat spolu s dalšími pojištěními v tarifu základním (Z), úrazovým (U), nemocenském (N) nebo kombinovaném (K).

B. Pojištění trvalých následků úrazu

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

- od 0,5% do 25 % včetně – příslušné % z jednorázobku pojistné částky,
- od 25 % do 50 % včetně – příslušné % z dvojnásobku pojistné částky,
- od 50 % do 75 % včetně – příslušné % z trojnásobku pojistné částky,
- nad 75 % do 100 % včetně – příslušné % ze čtyřnásobku pojistné částky.

Pojistná událost

- Výši pojistného plnění za trvalé následky úrazu určuje pojistitel podle dále uvedených zásad a „Oceňovací tabulky plnění za trvalé následky úrazu“ (dále jen „oceňovací tabulka“) platných v době vzniku pojistné události (úrazu), do které má pojištěný právo náhlednout. Oceňovací tabulku může pojistitel doplňovat a měnit. Za trvalé následky úrazu, které nejsou uvedeny v oceňovací tabulce, pojistitel pojistné plnění neposkytluje. Relevantní informace získává pojistitel na základě odborné lékařské expertizy od smluvního lékaře. Smluvní lékař vyhotoví odbornou lékařskou expertizu, tj. zjištění zdravotního stavu nebo přičiny smrti na základě dodaných lékařských zpráv nebo zdravotnické dokumentace od ošetrojících lékařů a v případě potřeby i prohlídkou nebo vyšetřením.
- Zanechá-li úraz pojištěnému trvalé následky, vyplácí pojistitel z pojistné částky (se zahrnutím progresse) 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 lhůty; stanovy i oceňovací tabulka procentní rozpětí, určí pojistitel výši plnění tak, aby v rámci daného rozpětí odpovídalo plnění povaze a rozsahu tělesného poškození způsobeného úrazem.
- Nemůže-li pojistitel plnit proto, že trvalé následky úrazu nejsou po uplynutí jednoho roku ode dne úrazu ještě 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.

- Týkali-li se trvalé následky úrazu části těla nebo orgánů, které byly poškozeny již před úrazem, sníží pojistitel své pojistné plnění za trvalé následky o tolik procent, kolika procentům odpovídalo předcházející poškození, určené též podle oceňovací tabulky.
- Způsobí-li jediný úraz pojištěnému několik trvalých následků, hodnotí pojistitel celkové trvalé následky součtem procent pro jednotlivé následky, nejvýše však do výše 100 %.
- Týkali-li se jednotlivé následky po jednom nebo více úrazech téhož údu, orgánu nebo jejich části, hodnotí je pojistitel jako celek, a to nejvýše procentem, stanoveným v oceňovací tabulce pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného údu, orgánu nebo jejich části.
- Jestliže pojištění zemře následkem úrazu do jednoho roku ode dne, kdy k úrazu došlo, zaniká nárok na plnění za trvalé následky úrazu.
- 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, vyplácí pojistitel dědicům pojistnou 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.

Pojištění trvalých následků úrazu lze sjednat spolu s dalšími pojištěními v tarifu omezeném (O), základním (Z), úrazovým (U), nemocenském (N) nebo kombinovaném (K).

C. Pojištění denního odškodného

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

Pojistná událost

- Výši pojistného plnění určuje pojistitel podle dále uvedených zásad.
- 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 pojištěný právo náhlednout. Oceňovací tabulku DO může pojistitel měnit a měnit.
- 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 nevyplicí 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**, vyplácí se denní odškodné za dobu léčení dle skutečného počtu dnů léčení, maximálně však do výše dle oceňovací tabulky DO. K tomu navíc za hospitalizaci vyplácí 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.
- Maximální počet dnů, za které poskytnou pojistitel pojistné plnění je 365 dnů.
- V případě souběhu doby léčení více úrazu 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 nejzávažnějšího 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 denního odškodného končí nejpozději se zánikem pojištění.

Pojištění denního odškodného lze sjednat spolu s pojištěním pro případ smrti následkem úrazu a pojištěním trvalých následků úrazu v tarifu úrazovém (U) nebo spolu s pojištěním pro případ smrti následkem úrazu, pojištěním trvalých následků úrazu a pojištěním pracovní neschopnosti v tarifu kombinovaném (K).

Při zániku úrazového pojištění zaniká toto pojištění bez náhrady.

Dětské úrazové pojištění

Na jednu pojistnou smlouvu lze sjednat úrazové pojištění až pět dětí. Děti může vstoupit do pojištění od 0 let do nedovřených 18 let. Pojistné krytí končí nejpozději ve 25 letech pojistného dítěte.

V rámci dětského úrazového pojištění se sjednává:

- pojištění pro případ smrti následkem úrazu
- pojištění trvalých následků úrazu
- pojištění denního odškodného

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

- Do posledního dne roku, ve kterém dítě dovrší 10 let věku, platí odlišné od VPP OSVN11 – Zvláštní ustanovení II. – Úrazové pojištění, čl. 3, odst. 3, písm. b), že za pojistné události jsou u dětí považovány i otravy v důsledku požití pevných nebo kapalných látek pokulturním, s výjimkou otrav způsobených potravinami.
- Pro pojištění plnění z pojištění pro případ smrti následkem úrazu dítěte je oběsměrný pojistník.
- Děti nejsou zařazovány do rizikových skupin.
- 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 obdobné podmínky uvedené v bodě E článku 6).
- Maximální počet dnů, za které poskytnou pojistitel pojistné plnění, je 180 dnů.

Rizikové skupiny

Vykonávání pojištěným povolání, sportovní nebo jinou zájmovou činnost se zvyšujícím rizikem úrazu, je pojistné za úrazové pojištění upraveno podle stupně nebezpečnosti vykonávané činnosti. Bez ohledu na to, při jaké činnosti k úrazu došlo, pojistitel nebude pojistné plnění zvyšovat, jestliže pojištěný již nevykonává povolání, sportovní nebo jinou zájmovou činnost, kvůli které byl zařazen do vyšší rizikové skupiny a současně platil vyšší pojistné než měl platit.

1. riziková skupina

Všecká povolání v nevýrobní oblasti, popř. ve výrobní oblasti s pododpornými riziky úrazu a osoby s převážující duševní činností, popř. malým podílem manuální práce (např. úředníci, prodávači, učitelé, lékaři, architekti). Dále sem patří sporty vykonávané rekreací, u kterých není zvýšené riziko úrazu.

2. riziková skupina

Všechna povolání ve výrobní oblasti a v oblasti s převážujícím podílem manuální práce, popř. se zvyšujícím rizikem úrazu (např. čističi, instalatéři, dělníci, příslušníci policie, novináři). Dále sem patří sporty vykonávané registrované ve sportovních organizacích na úrovni nižší, než je krajský přebor (výjma 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 (výjma sportů uvedených ve 4. rizikové skupině).

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, hlubných dolech, s výbušninami, jedy apod.). Dále sem patří sporty vykonávané registrované ve sportovních organizacích na úrovni vyšší, než je krajský přebor (nepatří sem sporty vykonávané profesionálně).

4. riziková skupina

Všechny práce nebo činnosti s extrémním, velmi vysokým stupněm ohrožení zdraví (např. činnosti při zájezdech motorových vozidel a jejich typových zkouškách, tovární jezdi motorových vozidel, plavidel, kaskadéři). 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) a sporty vykonávané profesionálně, které nejsou zařazeny do 2. rizikové skupiny (např. lední hokej, fotbal, volejbal, lyžování, házená).

Konečné rozhodnutí o zařazení do rizikové skupiny je v kompetenci pojistitele.