

Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobřežní 665/21, 186 00 Praha 8, Česká republika, IČO: 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1897.

## Žádost o změnu v pojistné smlouvě FLEXI životní pojištění

**ZG008**

Tato žádost slouží výhradně pro pojistné smlouvy FLEXI životní pojištění.

Číslo pojistné smlouvy

Číslo předchozích smluv (ná vaznost pojištění)

### Já jako pojistník

Příjmení, jméno, titul / Obchodní firma

Rodné číslo / IČO

Místo narození (obec)

Stát narození

Státní občanství

Povolání

OSVČ

zrušení OSVČ

Riziková skupina Sportovní/Zájmová činnost

E-mail

Telefon

### Trvalé bydliště / Sídlo společnosti

Ulice

Č.p.

PSČ

Obec

Stát

### Kontaktní adresa (vyplňte pouze v případě, pokud není shodná s adresou trvalého bydliště)

Lze uvést upřesnění adresy (např. bytem u... nebo obchodní firma)

Ulice

Č.p.

PSČ

Obec

Stát

zrušení kontaktní adresy

Jste politicky exponovaná osoba (PEP)? (nevyplňujte, pokud jste právnická osoba)

Ne  Ano

Daňový rezident (i) jiného státu než ČR?  Ne  Ano Kterého? \_\_\_\_\_

DIČ (daňové identifikační číslo)

Jsem-li daňovým rezidentem USA nebo je-li stát mého trvalého bydliště odlišný od státu mého daňového rezidentství, přiložím vyplněný příslušný formulář.

### Identifikační údaje

Pohlaví  muž  žena, platný průkaz totožnosti \_\_\_\_\_ č. \_\_\_\_\_

doba platnosti do \_\_\_\_\_, vydán státem \_\_\_\_\_ orgánem \_\_\_\_\_

**Část A. Netechnické a technické změny** (určeno pro níže uvedené změny, pro změny rozsahu pojištění slouží části B. až D.):1. **Netechnické změny a sdělení** – nemají vliv na výši pojistného (změna obmyšlené osoby, změna podmínek vinkulace pojistného plnění, změna indexace apod.).**Obmyšlené osoby pro případ smrti (příjmení, jméno / obchodní firma, datum narození / IČO, podíl v %)**

1. pojištěný				%
				%
				%
				%
2. pojištěný				%
				%
				%
				%

**Indexace** Zrušení**Vinkulace pojistného plnění** **Sjednání** (Vyplňte vždy název, IČO a sídlo oprávněného subjektu, v jehož prospěch je vinkulace sjednána.) **Zrušení** (Doložte souhlas vinkulačního partnera.) **Změna** (Doložte souhlas původního vinkulačního partnera se zrušením vinkulace.)

Název oprávněného subjektu

IČO

**Sídlo**

Ulice

Č.p.

PSČ

Obec

Stát

Číslo úvěrové smlouvy (je-li známo)

Souhlasím s tím, aby pojišťovna poskytla výše uvedené třetí osobě informace týkající se pojištění specifikovaného výše, zejména informace o placení pojistného, trvání pojistné smlouvy, informace o zániku pojištění nebo o vzniku nároku na pojistné plnění.

**Daňové zvýhodnění** Požaduji zrušit možnost provádět výběry z kapitálové hodnoty smlouvy (odchylně od ustanovení SPP) z důvodu uplatňování daňového zvýhodnění. *Pojistná smlouva bude daňově uznatelná, pokud budou splněny i další nutné podmínky pro daňové zvýhodnění.* Požaduji sjednat možnost provádět výběry z kapitálové hodnoty smlouvy (v souladu s ustanovením SPP). *Pokud je sjednán příspěvek zaměstnavatele, dojde k jeho automatickému zrušení.*

**2. Technické změny** – mají vliv na výši pojistného (změna výše běžného pojistného, změna doby trvání, změna frekvence placení, změna techniky placení, příspěvek zaměstnavatele apod.).

Datum účinnosti dodatku od \_\_\_\_\_ Změna doby trvání do \_\_\_\_\_ let věku (mladšího z dvojice pojištěných).

**Pojistné a způsob placení pojistného**

**Frekvence placení pojistného:**  ročně  pololetně  čtvrtletně  měsíčně

**Celkové běžné pojistné (dle frekvence placení za všechny pojištěné osoby)**  
 \_\_\_\_\_ Kč

Žádám o nastavení pojistného na minimální postačitelnou výši.  Bez uvažování kapitálové hodnoty smlouvy.

**Technika placení pojistného:**

SIPO spojovací číslo  
 \_\_\_\_\_

inkaso z účtu číslo účtu kód banky specifický symbol  
 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

jiný způsob (např. trvalý příkaz)

**Příspěvek zaměstnavatele**  
 (pro sjednání/změnu příspěvku zaměstnavatele, dodejte vyplněný formulář Prohlášení pojistníka/pojištěného/poplatníka o výši pojistného a jeho plátcích)

Sjednání  Změna  Zrušení

**Poměr rozložení pojistného, zamykání výnosů**

Řízené programy investování \_\_\_\_\_ % Při sjednání lze zvolit pouze jeden z navrhovaných řízených programů investování a současně nelze kombinovat s investicemi do ostatních fondů.

Konzervativní program řízení investic  Vyvážený program řízení investic  Dynamický program řízení investic  Program CONSEQ

**Garantovaný fond** \_\_\_\_\_ %\* Výše garantovaného minimálního zhodnocení ceny jednotky je uvedena v pojistce a na našich webových stránkách. V programu InSpiral je aktuální garantovaný fond přiřazen k datu účinnosti dodatku smlouvy upravené v programu InSpiral.

**Investiční fondy** – charakter jednotlivých fondů se navzájem liší umístěním finančních prostředků, dosahovaným výnosem a mírou rizika. Investiční riziko nesete plně vy jako pojistník.

_____ %*	_____ %*	_____ %*	_____ %*
_____ %*	_____ %*	_____ %*	_____ %*
_____ %*	_____ %*	_____ %*	_____ %*

\* Celkový součet musí být 100 %.

Sjednání zamykání výnosů Výnosy nad výši stanovenou pojišťovnou budou ze všech zvolených investičních fondů (i z řízených programů investování) převedeny do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné.

Zrušení zamykání výnosů

**Část B. Žádost o změnu – 1. pojištěný**

**Upozornění:**

Pokud žádáte změnu v rozsahu pojištění, uvádějte pouze změny požadované oproti současnému stavu pojištění. Jednotlivá pojištění a pojistné částky, které nepožadujete touto žádostí změnit nebo zrušit, zůstávají zachovány v rozsahu sjednaném v pojistné smlouvě, příp. jejich dodatcích. Požadovaná změna v pojistné smlouvě může vést v důsledku použití zásady rovného zacházení ke změně výše pojistného.

změna osoby  změna rozsahu pojištění  změna kontaktních údajů

Příjmení, jméno, titul \_\_\_\_\_

Rodné číslo \_\_\_\_\_

Povolání \_\_\_\_\_ OSVČ  zrušení OSVČ

Riziková skupina Sportovní/Zájmová činnost


E-mail \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

**Kontaktní adresa**

Ulice \_\_\_\_\_ Č.p. \_\_\_\_\_ PSČ \_\_\_\_\_

Obec \_\_\_\_\_ Stát \_\_\_\_\_

Doplnění/změna rozsahu pojištění/zrušení						
<b>Základní pojištění smrti</b> (v případě dvojice platí pro obě pojištěné osoby)						Zrušení
pojistná částka	varianta klesání			individuální konec	pojištění	individ. konce
_____ Kč	-			_____ let	-	<input type="checkbox"/>
<b>Doplňkové pojištění smrti</b>						Zrušení
pojistná částka	varianta klesání			individuální konec	pojištění	individ. konce
konstantní _____ Kč	-			_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
klesající _____ Kč	<input type="checkbox"/> lineárně*	<input type="checkbox"/> anuitně*	úrok úvěru _____, ____ % p. a.	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pojištění vážných nemocí a úrazů</b>				Zrušení		
pojistná částka	varianta pojištění	varianta klesání	Připojištění na novotvary in situ	individuální konec	Připojištění na novotvary in situ	individ. konce
konstantní _____ Kč	<input type="checkbox"/> kompletní* <input type="checkbox"/> základní*	-	<input type="checkbox"/>	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
klesající _____ Kč	<input type="checkbox"/> kompletní* <input type="checkbox"/> základní*	<input type="checkbox"/> lineárně* <input type="checkbox"/> anuitně* úrok úvěru _____, ____ % p. a.	<input type="checkbox"/>	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s jednorázovou výplatou pojistné částky včetně připojištění</b>						Zrušení
-						<input type="checkbox"/> -
<b>Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče</b>						Zrušení
pojistná částka	varianta pojištění	varianta klesání		individuální konec	pojištění	individ. konce
konstantní 3. st. _____ Kč	<input type="checkbox"/> úraz nebo nemoc* <input type="checkbox"/> úraz*	-		_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. st. _____ Kč					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. st. _____ Kč					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
klesající 3. st. _____ Kč	<input type="checkbox"/> úraz nebo nemoc* <input type="checkbox"/> úraz*	<input type="checkbox"/> lineárně* <input type="checkbox"/> anuitně* úrok úvěru _____, ____ % p. a.		_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. st. _____ Kč					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. st. _____ Kč					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pojištění úvěru</b>						Zrušení
pojistná částka	varianta klesání			individuální konec	pojištění	individ. konce
<b>Pojištění smrti</b> <b>Pojištění invalidity 3. stupně nebo dlouhodobé péče (stupeň závislosti II a vyšší)</b> <input type="checkbox"/> 2. stupeň invalidity <input type="checkbox"/> 1. stupeň invalidity	anuitně klesající úrok úvěru _____, ____ % p. a.			_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pojištění pracovní neschopnosti – úraz, nemoc od 1. dne</b> (PN min. 29 dnů)	_____ Kč/den			-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pojištění	Doplnění/změna rozsahu pojištění			Zrušení		
	pojistná částka		individuální konec	pojištění		individ. konce
<b>Zdravotní a sociální infolinka MAJÁK*</b>	<input type="checkbox"/>		-	<input type="checkbox"/>		-
<b>Konzultační a asistenční služby MAJÁK+*</b>	<input type="checkbox"/>		-	<input type="checkbox"/>		-
<b>Pojištění zproštění od placení pojistného z důvodu invalidity nebo dlouhodobé péče</b>	<input type="checkbox"/>		-	<input type="checkbox"/>		-
<b>Pojištění kapitálové hodnoty</b>	<input type="checkbox"/>		-	<input type="checkbox"/>		-

<b>Pojištění pozůstalostního důchodu (platí vždy pro dvojici pojištěných)</b>	<input type="text"/> Kč/měsíc	<input type="text"/> let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pojištění smrti následkem úrazu</b>	<input type="text"/> Kč 	<input type="text"/> let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pojištění trvalých následků úrazu – s progresí od 0,5 % těl. poškození**</b>	<input type="checkbox"/> 4násobná progresě*	<input type="text"/> Kč	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 10násobná progresě Plus*			
<b>Pojištění trvalých následků úrazu – s progresí od 10 % těl. poškození**</b>	<input type="checkbox"/> 4násobná progresě*	<input type="text"/> Kč	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 10násobná progresě Plus*			
<b>Pojištění denního odškodného – úraz (min. doba léčení 8 dnů) **</b>	<input type="text"/> Kč/den <input type="checkbox"/> s progresí	<input type="text"/> let	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> zrušení progresě	
<b>Pojištění denního odškodného – úraz (min. doba léčení 29 dnů)**</b>	<input type="text"/> Kč/den <input type="checkbox"/> s progresí		<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	
			<input type="checkbox"/> zrušení progresě	
<b>Přípojištění k dennímu odškodnému (denní odškodné nad limit stanovený oceňovací tabulkou)</b>			<input type="checkbox"/>	-
<b>Pojištění hospitalizace úraz nebo nemoc**</b>	<input type="text"/> Kč/den	<input type="text"/> let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pojištění hospitalizace úraz**</b>	<input type="text"/> Kč/den	<input type="text"/> let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pojištění ošetřování – úraz nebo nemoc</b>	<input type="text"/> Kč/den	<input type="text"/> let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pojištění trvalých následků nemoci</b>	<input type="text"/> Kč	<input type="text"/> let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pojištění pracovní neschopnosti – nemoc</b>				
<input type="checkbox"/> PN15 (následně od <b>15. dne</b> )**	<input type="text"/> Kč/den	<input type="text"/> let	<input type="checkbox"/> PN15 (následně od <b>15. dne</b> )	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PN29** <input type="checkbox"/> následně od <b>29. dne</b> * <input type="checkbox"/> od <b>1. dne</b> *	<input type="text"/> Kč/den		<input type="checkbox"/> PN29	
<input type="checkbox"/> PN57 (následně od <b>57. dne</b> )**	<input type="text"/> Kč/den		<input type="checkbox"/> PN57 (následně od <b>57. dne</b> )	
<b>Přípojištění úrazu k pracovní neschopnosti</b>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	-
Pojištění	Změna rozsahu pojištění		Zrušení	
	pojistná částka	individuální konec	pojištění	individ. konce
<b>Pojištění trvalých následků úrazu – s 10násobnou progresí od 0,5 % těl. poškození</b>	<input type="text"/> Kč	<input type="text"/> let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pojištění trvalých následků úrazu – s 10násobnou progresí od 10 % těl. poškození</b>	<input type="text"/> Kč		<input type="checkbox"/>	
<b>Pojištění pracovní neschopnosti – nemoc od 1. dne (PN min. 64 dnů)</b>	<input type="text"/> Kč/den	<input type="text"/> let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Přípojištění úrazu k pracovní neschopnosti – úraz od 1. dne (PN min. 64 dnů)</b>	-		<input type="checkbox"/>	

\*Zvolte vždy pouze jednu variantu. \*\* Lze zvolit více variant zároveň.

<b>Dotazník na zdravotní stav pojištěného</b>				
Praktický lékař (jméno, příjmení, adresa)				
<p><b>Jsem si vědom/a toho, že odpovědi na následující zdravotní dotazy mají zásadní význam pro rozhodnutí pojišťovny, jak ohodnotí pojistné riziko, zda jej pojistí a za jakých podmínek. Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemné dotazy pojišťovny v tomto dotazníku jsou pravdivé a úplné a uvádím všechny informace včetně těch, které se mi mohou jevit jako nepodstatné. Rozumím tomu, že v případě nepravdivého nebo neúplného zodpovězení těchto dotazů může pojišťovna od pojistné smlouvy odstoupit nebo odmítnout či snížit pojistné plnění.</b></p>				
Výška (cm)	<input type="text"/>	Váha (kg)	<input type="text"/>	
Kouříte nebo jste kouřil/a v posledních 2 letech? Kouřením rozumíme užívání tabáku nebo elektronických cigaret.				NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pijete nebo jste pil/a alkohol v množství větším než 1 l piva, 0,6 l vína nebo 0,08 l lihovin častěji než 4x týdně?				NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Užíváte nebo jste užíval/a drogy, návykové látky?				NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<p>1. Jste nebo byl/a jste vyšetřován/a nebo léčen/a u lékaře pro:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rakovinu, cystu, lymfom, leukémií nebo znaménka, bulky nebo výrůstky jakéhokoli druhu?</li> <li>• Pozitivní test na hepatitidu B, hepatitidu C nebo HIV?</li> <li>• Infarkt, onemocnění srdce, anginu pectoris/bolest na hrudi, bušení srdce, vrozenou vadu srdce nebo operaci srdce?</li> <li>• Cévní mozkovou příhodu (mrtvici), malou mrtvici (tranzitorní ischemickou ataku TIA), epilepsii, Alzheimerovu nemoc, roztroušenou sklerózu nebo jiná neurologická onemocnění?</li> <li>• Úzkost, deprese, autismus, Downův syndrom nebo jakoukoli duševní chorobu?</li> <li>• Nemoci krve, chudokrevnost, poruchu srážlivosti krve nebo hemofilii?</li> <li>• Cukrovku nebo cukr v moči?</li> </ul>	<p>NE ANO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>2. Jste nebo jste byl/a v posledních 7 letech vyšetřována/a, sledován/a nebo léčen/a lékařem pro níže uvedené zdravotní potíže?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vysoký krevní tlak nebo cholesterol?</li> <li>• Astma, bronchitidu, chronickou obstrukční plicní nemoc, plicní fibrózu nebo jiné respirační onemocnění?</li> <li>• Onemocnění nebo vrozené vady jícnu, žaludku, nebo střev, Crohnovu chorobu, ulcerózní kolitidu nebo jakékoli onemocnění nebo poruchy jater, žlučníku nebo slinivky břišní (pankreas)?</li> <li>• Onemocnění ledvin nebo močového měchýře, vrozené vady ledvin, močového měchýře nebo močových cest?</li> <li>• Pro ženy: Nález na mamografu, bulku v prsu, pozitivní nález ve stěru z děložního čípku nebo jiné gynekologické potíže?</li> <li>• Pro muže: Onemocnění prostaty?</li> <li>• Infekční nemoci, hepatitidu typu A (žloutenka), mononukleózu, boreliózu (lymeskou nemoc), encefalitidu, meningitidu nebo jiná infekční nebo zánětlivá onemocnění?</li> <li>• Bolesti zad nebo šíje, onemocnění páteře, Bechtěrevovu nemoc (ankylozující spondylitidu), dnu, artritidu, artrózu nebo jakoukoli poruchu kloubů nebo pohybového aparátu (včetně vrozených vad)?</li> <li>• Onemocnění štítné žlázy?</li> <li>• Lupénku, ekzém nebo jiné onemocnění kůže?</li> <li>• Onemocnění očí a/nebo uší (krátkozrakost nebo dalekozrakost víc než 10 dioptrií nebo jiné onemocnění/vady zraku nebo sluchu jako například snížená zraková ostrost, onemocnění sítnice, zákal, nedoslýchavost, hluchota apod)?</li> </ul>	<p>NE ANO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>3. Jste v současné době ve stavu nemocných nebo v pracovní neschopnosti?</p> <p>Byl/a jste v posledních 7 letech operován/a nebo hospitalizován/a v nemocnici? Pobýval/a jste v posledních 7 letech v lázních či léčebně na doporučení lékaře?</p> <p>Trpíte v současné době obtížemi, pro které máte v úmyslu vyhledat lékaře? Probíhá u vás vyšetřování nebo testy nebo čekáte na výsledky provedených vyšetření? Čekáte na zahájení jakékoli formy léčby nebo operaci?</p>	<p>NE ANO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>4. Byl/a nebo jste v současné době uznán/a invalidním 1., 2., 3. stupně a/nebo Vám byla uznána snížená soběstačnost? Byl/a jste nebo jste držitelem průkazu zdravotně postiženého a/nebo měla/a jste nebo máte změněnou pracovní schopnost?</p>	<p>NE ANO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>5. Měl/a jste v minulosti úraz, který zanechal trvalé následky? Např. poškození kloubů, omezení hybnosti, ochrnutí, ztráta končetin nebo orgánů, pakloub, ztráta zraku nebo sluchu apod.</p>	<p>NE ANO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>6. Měl/a jste v posledních 7 letech úraz? Např. zlomenina, podvrtnutí, vykloubení, poranění vazů a šlach, popálení, otřes mozku apod.</p>	<p>NE ANO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>K žádosti o změnu doložím:</p> <p><input type="checkbox"/> úplný zdravotní dotazník</p> <p><input type="checkbox"/> laboratorní vyšetření krve a moči</p> <p><input type="checkbox"/> výpis ze zdravotnické dokumentace</p> <p><input type="checkbox"/> potvrzení příjmu</p> <p><input type="checkbox"/> interní lékařskou prohlídku</p> <p><input type="checkbox"/> finanční dotazník</p>	

#### Dotazník pro slevu za zdravý životní styl

**Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemné dotazy pojišťovny v tomto dotazníku jsou pravdivé a úplné a uvádím všechny informace. Jsem si vědom/a toho, že v důsledku porušení mojí povinnosti oznámit vám při sjednávání pojištění pravdivé údaje, můžete pojistné plnění snížit. Rozumím tomu, že snížení provedete v poměru pojistného, které jste obdrželi, a pojistného, které jste při neporušení této povinnosti obdržet měli.**

Kritérium	Upřesnění
Index tělesné hmotnosti (tzv. BMI) dle zadané výšky a váhy:	<input type="checkbox"/> Méně než 19 <input type="checkbox"/> 19-27 <input type="checkbox"/> Více než 27-35 <input type="checkbox"/> Více než 35
Výška _____ cm      Váha _____ kg	
Kouříte nebo jste kouřil/a v posledních 2 letech? Kouřením rozumíme užívání tabáku nebo elektronických cigaret.	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano
Pijete nebo jste pil/a alkohol v množství větším než 1 l piva, 0,6 l vína nebo 0,08 l lihovin častěji než 4× týdně?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano
Užíváte nebo jste užíval/a drogy, návykové látky?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano
Kolik hodin průměrně denně spíte?	<input type="checkbox"/> Méně než 6 hodin <input type="checkbox"/> 6 až 9 hodin <input type="checkbox"/> Více než 9 hodin
Jak často se věnujete pohybu?	<input type="checkbox"/> Vůbec nebo velmi zřídka <input type="checkbox"/> Nepravidelně, v průměru 1× týdně <input type="checkbox"/> Pravidelně min. 2× týdně

Jak často chodíte na preventivní lékařské prohlídky k praktickému lékaři?

- Minimálně 1× za 2 roky  
 Méně často než 1× za 2 roky  
 Vůbec

**Část C. Žádost o změnu – 2. pojištěný**
 **doplnění/změna osoby**    **změna rozsahu pojištění**    **změna kontaktních údajů**    **zrušení 2. pojištěného**

Příjmení, jméno, titul

Rodné číslo

Povolání

OSVČ

zrušení OSVČ

Riziková skupina   Sportovní/Zájmová činnost

E-mail

Telefon

**Kontaktní adresa**

Ulice

Č.p.

PSČ

Obec

Stát

**Doplnění/změna rozsahu pojištění/zrušení****Základní pojištění smrti** (v případě dvojice platí pro obě pojištěné osoby)

Zrušení

pojistná částka

varianta klesání

individuální  
konec

pojištění

individ.  
konec

(v případě dvojice platí pojistná částka uvedená u 1. pojištěného pro obě pojištěné osoby)

**Doplňkové pojištění smrti**

Zrušení

pojistná částka

varianta klesání

individuální  
konec

pojištění

individ.  
konec

konstantní

Kč

-

let

klesající

Kč

 lineárně\* anuitně\*

úrok úvěru

, % p. a.

let

**Pojištění vážných nemocí a úrazů**

Zrušení

pojistná částka

varianta pojištění

varianta klesání

Připojištění  
na novotvary in situindividuální  
konecPřipojištění  
na novotvary in situ

pojištění

individ.  
konec

konstantní

Kč

 kompletní\* základní\*

-

let

klesající

Kč

 kompletní\* základní\* lineárně\* anuitně\*

úrok úvěru

, % p. a.

let

**Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s jednorázovou výplatou pojistné částky včetně připojištění**

Zrušení

-

-

**Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče**

Zrušení

pojistná částka

varianta pojištění

varianta klesání

individuální  
konec

pojištění

individ.  
konec

konstantní

3. st. Kč  úraz nebo nemoc\* úraz\*


-

let

2. st. Kč

1. st. Kč

klesající

3. st. Kč  úraz nebo nemoc\* úraz\* lineárně\* anuitně\*

úrok úvěru

, % p. a.

let

2. st. Kč

1. st. Kč

Pojištění úvěru				Zrušení		
pojistná částka		varianta klesání		individuální konec	pojištění	individ. konce
<input type="checkbox"/> Pojištění smrti <input type="checkbox"/> Pojištění invalidity 3. stupně nebo dlouhodobé péče (stupeň závislosti II a vyšší) <input type="checkbox"/> 2. stupeň invalidity <input type="checkbox"/> 1. stupeň invalidity	_____ Kč	anuitně klesající úrok úvěru _____ % p. a.	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pojištění pracovní neschopnosti – úraz, nemoc od 1. dne</b> (PN min. 29 dnů) _____ Kč/den		-			<input type="checkbox"/>	
Pojištění	Doplnění/změna rozsahu pojištění		Zrušení			
	pojistná částka		individuální konec	pojištění		individ. konce
<b>Pojištění pozůstalostního důchodu (platí vždy pro dvojici pojištěných)</b>		<i>(pojistná částka a doba trvání uvedená u 1. pojištěného platí pro obě pojištěné osoby)</i>		<i>(při zrušení dochází automaticky ke zrušení pojištění u obou pojištěných)</i>		
<b>Pojištění smrti následkem úrazu</b>		_____ Kč	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pojištění trvalých následků úrazu – s progresí od 0,5 % těl. poškození**</b>	<input type="checkbox"/> 4násobná progresse*	_____ Kč	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 10násobná progresse Plus*			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pojištění trvalých následků úrazu – s progresí od 10 % těl. poškození**</b>	<input type="checkbox"/> 4násobná progresse*	_____ Kč	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 10násobná progresse Plus*			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pojištění denního odškodného – úraz (min. doba léčení 8 dnů) **</b>		_____ Kč/den <input type="checkbox"/> s progresí	_____ let	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení progresse	<input type="checkbox"/>
<b>Pojištění denního odškodného – úraz (min. doba léčení 29 dnů)**</b>		_____ Kč/den <input type="checkbox"/> s progresí		<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení progresse	
<b>Připojištění k dennímu odškodnému (denní odškodné nad limit stanovený oceňovací tabulkou)</b>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
<b>Pojištění hospitalizace úraz nebo nemoc**</b>		_____ Kč/den	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pojištění hospitalizace úraz**</b>		_____ Kč/den	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pojištění ošetřování – úraz nebo nemoc</b>		_____ Kč/den	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pojištění trvalých následků nemoci</b>		_____ Kč	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pojištění pracovní neschopnosti – nemoc</b>		_____ Kč/den	_____ let	<input type="checkbox"/> PN15 (následně od 15. dne)	<input type="checkbox"/> PN29	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PN15 (následně od 15. dne)**		_____ Kč/den	_____ let	<input type="checkbox"/> PN15 (následně od 15. dne)	<input type="checkbox"/> PN29	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PN29** <input type="checkbox"/> následně od 29. dne*		_____ Kč/den		<input type="checkbox"/> PN15 (následně od 15. dne)	<input type="checkbox"/> PN29	
<input type="checkbox"/> od 1. dne*		_____ Kč/den		<input type="checkbox"/> PN57 (následně od 57. dne)	<input type="checkbox"/> PN29	
<input type="checkbox"/> PN57 (následně od 57. dne)**		_____ Kč/den		<input type="checkbox"/> PN57 (následně od 57. dne)	<input type="checkbox"/>	
<b>Připojištění úrazu k pracovní neschopnosti</b>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
Pojištění	Změna rozsahu pojištění		Zrušení			
	pojistná částka		individuální konec	pojištění		individ. konce
<b>Pojištění trvalých následků úrazu – s 10násobnou progresí od 0,5 % těl. poškození</b>		_____ Kč	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pojištění trvalých následků úrazu – s 10násobnou progresí od 10 % těl. poškození</b>		_____ Kč		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Pojištění pracovní neschopnosti – nemoc od 1. dne (PN min. 64 dnů)</b>		_____ Kč/den	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Připojištění úrazu k pracovní neschopnosti – úraz od 1. dne (PN min. 64 dnů)</b>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-

\*Zvolte vždy pouze jednu variantu. \*\* Lze zvolit více variant zároveň.



**Dotazník na zdravotní stav pojištěného**

Praktický lékař (jméno, příjmení, adresa)

**Jsem si vědom/a toho, že odpovědi na následující zdravotní dotazy mají zásadní význam pro rozhodnutí pojišťovny, jak ohodnotí pojistné riziko, zda jej pojistí a za jakých podmínek. Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemné dotazy pojišťovny v tomto dotazníku jsou pravdivé a úplné a uvádím všechny informace včetně těch, které se mi mohou jevit jako nepodstatné. Rozumím tomu, že v případě nepravdivého nebo neúplného zodpovězení těchto dotazů může pojišťovna od pojistné smlouvy odstoupit nebo odmítnout či snížit pojistné plnění.**

Výška (cm)

Váha (kg)

Kouříte nebo jste kouřil/a v posledních 2 letech? Kouřením rozumíme užívání tabáku nebo elektronických cigaret.

NE ANO

Pijete nebo jste pil/a alkohol v množství větším než 1 l piva, 0,6 l vína nebo 0,08 l lihovin častěji než 4× týdně?

NE ANO

Užíváte nebo jste užíval/a drogy, návykové látky?

NE ANO

1. Jste nebo byl/a jste vyšetřován/a nebo léčen/a u lékaře pro:

- Rakovinu, cystu, lymfom, leukémii nebo znaménka, bulky nebo výrůstky jakéhokoli druhu?
- Pozitivní test na hepatitidu B, hepatitidu C nebo HIV?
- Infarkt, onemocnění srdce, angínu pectoris/bolest na hrudi, bušení srdce, vrozenou vadu srdce nebo operaci srdce?
- Cévní mozkovou příhodu (mrtvici), malou mrtvici (tranzitorní ischemickou ataku TIA), epilepsii, Alzheimerovu nemoc, roztroušenou sklerózu nebo jiná neurologická onemocnění?
- Úzkost, deprese, autismus, Downův syndrom nebo jakoukoli duševní chorobu?
- Nemoci krve, chudokrevnost, poruchu srážlivosti krve nebo hemofilii?
- Cukrovku nebo cukr v moči?

NE ANO

2. Jste nebo jste byl/a v posledních 7 letech vyšetřována/a, sledován/a nebo léčen/a lékařem pro níže uvedené zdravotní potíže?

- Vysoký krevní tlak nebo cholesterol?
- Astma, bronchitidu, chronickou obstrukční plicní nemoc, plicní fibrózu nebo jiné respirační onemocnění?
- Onemocnění nebo vrozené vady jícnu, žaludku, nebo střev, Crohnovu chorobu, ulcerózní kolitidu nebo jakékoli onemocnění nebo poruchy jater, žlučníku nebo slinivky břišní (pankreas)?
- Onemocnění ledvin nebo močového měchýře, vrozené vady ledvin, močového měchýře nebo močových cest?
- Pro ženy: Nález na mamografu, bulku v prsu, pozitivní nález ve stěru z děložního čípku nebo jiné gynekologické potíže?
- Pro muže: Onemocnění prostaty?
- Infekční nemoci, hepatitidu typu A (žloutenka), mononukleózu, boreliózu (lymeskou nemoc), encefalitidu, meningitidu nebo jiná infekční nebo zánětlivá onemocnění?
- Bolesti zad nebo šíje, onemocnění páteře, Bechtěrevovu nemoc (ankylozující spondylitidu), dnu, artritidu, artrózu nebo jakoukoli poruchu kloubů nebo pohybového aparátu (včetně vrozených vad)?
- Onemocnění štítné žlázy?
- Lupénku, ekzém nebo jiné onemocnění kůže?
- Onemocnění očí a/nebo uší (krátkozrakost nebo dalekozrakost víc než 10 dioptrií nebo jiné onemocnění/vady zraku nebo sluchu jako například snížená zraková ostrost, onemocnění sítnice, zákal, nedoslýchavost, hluchota apod)?

NE ANO

3. Jste v současné době ve stavu nemocných nebo v pracovní neschopnosti?

Byl/a jste v posledních 7 letech operován/a nebo hospitalizován/a v nemocnici? Pobýval/a jste v posledních 7 letech v lázních či léčebně na doporučení lékaře?

NE ANO

Trpíte v současné době obtížemi, pro které máte v úmyslu vyhledat lékaře? Probíhá u vás vyšetřování nebo testy nebo čekáte na výsledky provedených vyšetření? Čekáte na zahájení jakékoli formy léčby nebo operaci?

4. Byl/a nebo jste v současné době uznán/a invalidním 1., 2., 3. stupně a/nebo Vám byla uznána snížená soběstačnost? Byl/a jste nebo jste držitelem průkazu zdravotně postiženého a/nebo měla/a jste nebo máte změněnou pracovní schopnost?

NE ANO

5. Měl/a jste v minulosti úraz, který zanechal trvalé následky? Např. poškození kloubů, omezení hybnosti, ochrnutí, ztráta končetin nebo orgánu, pakloub, ztráta zraku nebo sluchu apod.

NE ANO

6. Měl/a jste v posledních 7 letech úraz? Např. zlomenina, podvrtnutí, vykloubení, poranění vazů a šlach, popálení, otřes mozku apod.

NE ANO

K žádosti o změnu doložím:  úplný zdravotní dotazník  výpis ze zdravotnické dokumentace  interní lékařskou prohlídku  
 laboratorní vyšetření krve a moči  potvrzení příjmu  finanční dotazník

**Dotazník pro slevu za zdravý životní styl**

**Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemné dotazy pojišťovny v tomto dotazníku jsou pravdivé a úplné a uvádím všechny informace. Jsem si vědom/a toho, že v důsledku porušení méj povinnosti oznámit vám při sjednávání pojištění pravdivé údaje, můžete pojistné plnění snížit. Rozumím tomu, že snížení provedete v poměru pojistného, které jste obdrželi, a pojistného, které jste při neporušení této povinnosti obdržet měli.**

Kritérium	Upřesnění
Index tělesné hmotnosti (tzv. BMI) dle zadané výšky a váhy:  Výška _____ cm      Váha _____ kg	<input type="checkbox"/> Méně než 19 <input type="checkbox"/> 19-27 <input type="checkbox"/> Více než 27-35 <input type="checkbox"/> Více než 35
Kouříte nebo jste kouřil/a v posledních 2 letech? Kouřením rozumíme užívání tabáku nebo elektronických cigaret.	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano

Pijete nebo jste pil/a alkohol v množství větším než 1 l piva, 0,6 l vína nebo 0,08 l lihovin častěji než 4× týdně?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano
Užíváte nebo jste užíval/a drogy, návykové látky?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano
Kolik hodin průměrně denně spíte?	<input type="checkbox"/> Méně než 6 hodin <input type="checkbox"/> 6 až 9 hodin <input type="checkbox"/> Více než 9 hodin
Jak často se věnujete pohybu?	<input type="checkbox"/> Vůbec nebo velmi zřídka <input type="checkbox"/> Nepravidelně, v průměru 1× týdně <input type="checkbox"/> Pravidelně min. 2× týdně
Jak často chodíte na preventivní lékařské prohlídky k praktickému lékaři?	<input type="checkbox"/> Minimálně 1× za 2 roky <input type="checkbox"/> Méně často než 1× za 2 roky <input type="checkbox"/> Vůbec

## Část D. Žádost o změnu – pojištění dětí

<input type="checkbox"/> doplnění dítěte do smlouvy	<input type="checkbox"/> změna rozsahu pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění dítěte	Rodné číslo
Příjmení, jméno			
<b>Pojištění vážných nemocí a úrazů</b> _____ Kč <input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> Připojištění na novotvary in situ <input type="checkbox"/> zrušení připojištění	<b>Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče</b> _____ Kč <input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<b>Pojištění trvalých následků úrazu – se 4násobnou progresí od 0,5 % těl. poškození</b> _____ Kč <input type="checkbox"/> zrušení pojištění
<b>Pojištění smrti následkem úrazu</b> _____ Kč <input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<b>Pojištění smrti</b> _____ Kč <input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<b>Pojištění denního odškodného – úraz (min. doba léčení 8 dnů)</b> _____ Kč/den <input type="checkbox"/> s progresí <input type="checkbox"/> zrušení pojištění <input type="checkbox"/> zrušení progresse	
<b>Připojištění k dennímu odškodnému (denní odškodné nad limit stanovený oceňovací tabulkou)</b> <input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<b>Pojištění hospitalizace – úraz nebo nemoc</b> _____ Kč/den <input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<b>Pojištění ošetřování – úraz nebo nemoc</b> _____ Kč/den <input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> <b>Prodloužení doby trvání pojištění do 30 let pojištěného dítěte</b> <input type="checkbox"/> zrušení prodloužení doby

## Dotazník na zdravotní stav pojištěného

Praktický lékař (jméno, příjmení, adresa)	
<b>Jsem si vědom/a toho, že odpovědi na následující zdravotní dotazy mají zásadní význam pro rozhodnutí pojišťovny, jak ohodnotí pojistné riziko, zda jej pojistí a za jakých podmínek. Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemné dotazy pojišťovny v tomto dotazníku jsou pravdivé a úplné a uvádím všechny informace včetně těch, které se mi mohou jevit jako nepodstatné. Rozumím tomu, že v případě nepravdivého nebo neúplného zodpovězení těchto dotazů může pojišťovna od pojistné smlouvy odstoupit nebo odmítnout či snížit pojistné plnění.</b>	
Výška (cm)	Váha (kg)
Kouříte nebo jste kouřil/a v posledních 2 letech? Kouřením rozumíme užívání tabáku nebo elektronických cigaret.	
NE ANO	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Pijete nebo jste pil/a alkohol v množství větším než 1 l piva, 0,6 l vína nebo 0,08 l lihovin častěji než 4× týdně?	
NE ANO	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Užíváte nebo jste užíval/a drogy, návykové látky?	
NE ANO	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
1. Jste nebo byl/a jste vyšetřován/a nebo léčen/a u lékaře pro:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rakovinu, cystu, lymfom, leukémii nebo znaménka, bulky nebo výrůstky jakéhokoli druhu?</li> <li>• Pozitivní test na hepatitidu B, hepatitidu C nebo HIV?</li> <li>• Infarkt, onemocnění srdce, angínu pectoris/bolest na hrudi, bušení srdce, vrozenou vadu srdce nebo operaci srdce?</li> <li>• Cévní mozkovou příhodu (mrtvici), malou mrtvici (tranzitorní ischemickou ataku TIA), epilepsii, Alzheimerovu nemoc, roztroušenou sklerózu nebo jiná neurologická onemocnění?</li> <li>• Úzkost, deprese, autismus, Downův syndrom nebo jakoukoli duševní chorobu?</li> <li>• Nemoci krve, chudokrevnost, poruchu srážlivosti krve nebo hemofilii?</li> <li>• Cukrovku nebo cukr v moči?</li> </ul>	
NE ANO	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

2. Jste nebo jste byl/a v posledních 7 letech vyšetřována/a, sledován/a nebo léčen/a lékařem pro níže uvedené zdravotní potíže?

- Vysoký krevní tlak nebo cholesterol?
- Astma, bronchitidu, chronickou obstrukční plicní nemoc, plicní fibrózu nebo jiné respirační onemocnění?
- Onemocnění nebo vrozené vady jícnu, žaludku, nebo střev, Crohnovu chorobu, ulcerózní kolitidu nebo jakékoli onemocnění nebo poruchy jater, žlučníku nebo slinivky břišní (pankreas)?
- Onemocnění ledvin nebo močového měchýře, vrozené vady ledvin, močového měchýře nebo močových cest?
- Pro ženy: Nález na mamografu, bulku v prsu, pozitivní nález ve stěru z děložního čípku nebo jiné gynekologické potíže?
- Pro muže: Onemocnění prostaty?
- Infekční nemoci, hepatitidu typu A (žloutenka), mononukleózu, boreliózu (lymeskou nemoc), encefalitidu, meningitidu nebo jiná infekční nebo zánětlivá onemocnění?
- Bolesti zad nebo šíje, onemocnění páteře, Bechtěrevovu nemoc (ankylozující spondylitidu), dnu, artritidu, artrózu nebo jakoukoli poruchu kloubů nebo pohybového aparátu (včetně vrozených vad)?
- Onemocnění štítné žlázy?
- Lupénku, ekzém nebo jiné onemocnění kůže?
- Onemocnění očí a/nebo uší (krátkozrakost nebo dalekozrakost víc než 10 dioptrií nebo jiné onemocnění/vady zraku nebo sluchu jako například snížená zraková ostrost, onemocnění sítnice, zákal, nedoslýchavost, hluchota apod)?

NE ANO

3. Jste v současné době ve stavu nemocných nebo v pracovní neschopnosti?

Byl/a jste v posledních 7 letech operován/a nebo hospitalizován/a v nemocnici? Pobýval/a jste v posledních 7 letech v lázních či léčebně na doporučení lékaře?

NE ANO

Trpíte v současné době obtížemi, pro které máte v úmyslu vyhledat lékaře? Probíhá u vás vyšetřování nebo testy nebo čekáte na výsledky provedených vyšetření? Čekáte na zahájení jakékoli formy léčby nebo operací?

4. Byl/a nebo jste v současné době uznán/a invalidním 1., 2., 3. stupně a/nebo Vám byla uznána snížená soběstačnost? Byl/a jste nebo jste držitelem průkazu zdravotně postiženého a/nebo měla/a jste nebo máte změněnou pracovní schopnost?

NE ANO

5. Měl/a jste v minulosti úraz, který zanechal trvalé následky? Např. poškození kloubů, omezení hybnosti, ochrnutí, ztráta končetin nebo orgánu, pakloub, ztráta zraku nebo sluchu apod.

NE ANO

6. Měl/a jste v posledních 7 letech úraz? Např. zlomenina, podvrtnutí, vykloubení, poranění vazů a šlach, popálení, otřes mozku apod.

NE ANO

 
K žádosti o změnu doložím:  úplný zdravotní dotazník výpis ze zdravotnické dokumentace interní lékařskou prohlídku potvrzení příjmu finanční dotazník doplnění dítěte do smlouvy změna rozsahu pojištění zrušení pojištění dítěte

Příjmení, jméno

Rodné číslo

Pojištění vážných nemocí a úrazů

 Kč  Připojištění na novotvary in situ
 zrušení pojištění zrušení připojištěníPojištění invalidity nebo dlouhodobé péče 
 Kč
 zrušení pojištění

Pojištění trvalých následků úrazu - se 4násobnou progresí od 0,5 % těl. poškození

 Kč
 zrušení pojištěníPojištění smrti následkem úrazu 
 Kč
 zrušení pojištění

Pojištění smrti

 Kč
 zrušení pojištění

Pojištění denního odškodného - úraz (min. doba léčeni 8 dnů)

 Kč/den  s progresí
 zrušení pojištění  zrušení progresie

Připojištění k dennímu odškodnému (denní odškodné nad limit stanovený oceňovací tabulkou)

 zrušení pojištění

Pojištění hospitalizace - úraz nebo nemoc

 Kč/den
 zrušení pojištění

Pojištění ošetřování - úraz nebo nemoc

 Kč/den
 zrušení pojištění Prodloužení doby trvání pojištění do 30 let pojištěného dítěte zrušení prodloužení doby

## Dotazník na zdravotní stav pojištěného

Praktický lékař (jméno, příjmení, adresa)

**Jsem si vědom/a toho, že odpovědi na následující zdravotní dotazy mají zásadní význam pro rozhodnutí pojišťovny, jak ohodnotí pojistné riziko, zda jej pojistí a za jakých podmínek. Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemné dotazy pojišťovny v tomto dotazníku jsou pravdivé a úplné a uvádím všechny informace včetně těch, které se mi mohou jevit jako nepodstatné. Rozumím tomu, že v případě nepravdivého nebo neúplného zodpovězení těchto dotazů může pojišťovna od pojistné smlouvy odstoupit nebo odmítnout či snížit pojistné plnění.**

Výška (cm)

Váha (kg)

Kouříte nebo jste kouřil/a v posledních 2 letech? Kouřením rozumíme užívání tabáku nebo elektronických cigaret.

NE ANO

Pijete nebo jste pil/a alkohol v množství větším než 1 l piva, 0,6 l vína nebo 0,08 l lihovin častěji než 4x týdně?

NE ANO

Užíváte nebo jste užíval/a drogy, návykové látky?

NE ANO

1. Jste nebo byl/a jste vyšetřován/a nebo léčen/a u lékaře pro:	NE ANO
<ul style="list-style-type: none"> <li>Rakovinu, cystu, lymfom, leukémii nebo znaménka, bulky nebo výrůstky jakéhokoli druhu?</li> <li>Pozitivní test na hepatitidu B, hepatitidu C nebo HIV?</li> <li>Infarkt, onemocnění srdce, anginu pectoris/bolest na hrudi, bušení srdce, vrozenou vadu srdce nebo operaci srdce?</li> <li>Cévní mozkovou příhodu (mrtvici), malou mrtvici (tranzitorní ischemickou ataku TIA), epilepsii, Alzheimerovu nemoc, roztroušenou sklerózu nebo jiná neurologická onemocnění?</li> <li>Úzkost, deprese, autismus, Downův syndrom nebo jakoukoli duševní chorobu?</li> <li>Nemoci krve, chudokrevnost, poruchu srážlivosti krve nebo hemofilii?</li> <li>Cukrovku nebo cukr v moči?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Jste nebo jste byl/a v posledních 7 letech vyšetřována/a, sledován/a nebo léčen/a lékařem pro níže uvedené zdravotní potíže?	NE ANO
<ul style="list-style-type: none"> <li>Vysoký krevní tlak nebo cholesterol?</li> <li>Astma, bronchitidu, chronickou obstrukční plicní nemoc, plicní fibrózu nebo jiné respirační onemocnění?</li> <li>Onemocnění nebo vrozené vady jícnu, žaludku, nebo střev, Crohnovu chorobu, ulcerózní kolitidu nebo jakékoli onemocnění nebo poruchy jater, žlučníku nebo slinivky břišní (pankreas)?</li> <li>Onemocnění ledvin nebo močového měchýře, vrozené vady ledvin, močového měchýře nebo močových cest?</li> <li>Pro ženy: Nález na mamografu, bulku v prsu, pozitivní nález ve stěru z děložního čípku nebo jiné gynekologické potíže?</li> <li>Pro muže: Onemocnění prostaty?</li> <li>Infekční nemoci, hepatitidu typu A (žloutenka), mononukleózu, boreliózu (lymeskou nemoc), encefalitidu, meningitidu nebo jiná infekční nebo zánětlivá onemocnění?</li> <li>Bolesti zad nebo šíje, onemocnění páteře, Bechtěrevovu nemoc (ankylozující spondylitidu), dnu, artritidu, artrózu nebo jakoukoli poruchu kloubů nebo pohybového aparátu (včetně vrozených vad)?</li> <li>Onemocnění štítné žlázy?</li> <li>Lupénku, ekzém nebo jiné onemocnění kůže?</li> <li>Onemocnění očí a/nebo uší (krátkozrakost nebo dalekozrakost víc než 10 dioptrií nebo jiné onemocnění/vady zraku nebo sluchu jako například snížená zraková ostrost, onemocnění sítnice, zákal, nedoslýchavost, hluchota apod)?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Jste v současné době ve stavu nemocných nebo v pracovní neschopnosti?	NE ANO
Byl/a jste v posledních 7 letech operován/a nebo hospitalizován/a v nemocnici? Pobýval/a jste v posledních 7 letech v lázních či léčebně na doporučení lékaře?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Trpíte v současné době obtížemi, pro které máte v úmyslu vyhledat lékaře? Probíhá u vás vyšetřování nebo testy nebo čekáte na výsledky provedených vyšetření? Čekáte na zahájení jakékoli formy léčby nebo operaci?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Byl/a nebo jste v současné době uznán/a invalidním 1., 2., 3. stupně a/nebo Vám byla uznána snížená soběstačnost? Byl/a jste nebo jste držitelem průkazu zdravotně postiženého a/nebo měla/a jste nebo máte změněnou pracovní schopnost?	NE ANO
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Měl/a jste v minulosti úraz, který zanechal trvalé následky? Např. poškození kloubů, omezení hybnosti, ochrnutí, ztráta končetin nebo orgánů, pakloub, ztráta zraku nebo sluchu apod.	NE ANO
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Měl/a jste v posledních 7 letech úraz? Např. zlomenina, podvrtnutí, vykloubení, poranění vazů a šlach, popálení, otřes mozku apod.	NE ANO
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
K žádosti o změnu doložím:	<input type="checkbox"/> úplný zdravotní dotazník
<input type="checkbox"/> potvrzení příjmu	<input type="checkbox"/> výpis ze zdravotnické dokumentace
	<input type="checkbox"/> interní lékařskou prohlídku
	<input type="checkbox"/> finanční dotazník

<input type="checkbox"/> doplnění dítěte do smlouvy	<input type="checkbox"/> změna rozsahu pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění dítěte	Rodné číslo
Příjmení, jméno			<input type="text"/>
<b>Pojištění vážných nemocí a úrazů</b>	<b>Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče</b>	<b>Pojištění trvalých následků úrazu - se 4násobnou progresí od 0,5 % těl. poškození</b>	
<input type="text"/> Kč <input type="checkbox"/> Připojištění na novotvary in situ	<input type="text"/> Kč <input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="text"/> Kč <input type="checkbox"/> zrušení pojištění	
<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení připojištění	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	
<b>Pojištění smrti následkem úrazu</b>	<b>Pojištění smrti</b>	<b>Pojištění denního odškodného - úraz (min. doba léčeni 8 dnů)</b>	
<input type="text"/> Kč <input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="text"/> Kč <input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="text"/> Kč/den <input type="checkbox"/> s progresí	
<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění <input type="checkbox"/> zrušení progresie	
<b>Připojištění k dennímu odškodnému (denní odškodné nad limit stanovený oceňovací tabulkou)</b>	<b>Pojištění hospitalizace - úraz nebo nemoc</b>	<b>Pojištění ošetřování - úraz nebo nemoc</b>	<b>Prodloužení doby trvání pojištění do 30 let pojištěného dítěte</b>
<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="text"/> Kč/den <input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="text"/> Kč/den <input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení prodloužení doby
<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení prodloužení doby

<b>Dotazník na zdravotní stav pojištěného</b>			
Praktický lékař (jméno, příjmení, adresa)			
Jsem si vědom/a toho, že odpovědi na následující zdravotní dotazy mají zásadní význam pro rozhodnutí pojišťovny, jak ohodnotí pojistné riziko, zda jej pojistí a za jakých podmínek. Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemné dotazy pojišťovny v tomto dotazníku jsou pravdivé a úplné a uvádím všechny informace včetně těch, které se mi mohou jevit jako nepodstatné. Rozumím tomu, že v případě nepravdivého nebo neúplného zodpovězení těchto dotazů může pojišťovna od pojistné smlouvy odstoupit nebo odmítnout či snížit pojistné plnění.			
Výška (cm)		Váha (kg)	
Kouříte nebo jste kouřil/a v posledních 2 letech? Kouřením rozumíme užívání tabáku nebo elektronických cigaret.			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

Pijete nebo jste pil/a alkohol v množství větším než 1 l piva, 0,6 l vína nebo 0,08 l lihovin častěji než 4x týdně?

NE ANO

Užíváte nebo jste užíval/a drogy, návykové látky?

NE ANO

1. Jste nebo byl/a jste vyšetřován/a nebo léčen/a u lékaře pro:

- Rakovinu, cystu, lymfom, leukémii nebo znaménka, bulky nebo výrůstky jakéhokoli druhu?
- Pozitivní test na hepatitidu B, hepatitidu C nebo HIV?
- Infarkt, onemocnění srdce, anginu pectoris/bolest na hrudi, bušení srdce, vrozenou vadu srdce nebo operaci srdce?
- Cévní mozkovou příhodu (mrtvici), malou mrtvici (tranzitorní ischemickou ataku TIA), epilepsii, Alzheimerovu nemoc, roztroušenou sklerózu nebo jiná neurologická onemocnění?
- Úzkost, deprese, autismus, Downův syndrom nebo jakoukoli duševní chorobu?
- Nemoci krve, chudokrevnost, poruchu srážlivosti krve nebo hemofilii?
- Cukrovku nebo cukr v moči?

NE ANO

2. Jste nebo jste byl/a v posledních 7 letech vyšetřována/a, sledován/a nebo léčen/a lékařem pro níže uvedené zdravotní potíže?

- Vysoký krevní tlak nebo cholesterol?
- Astma, bronchitidu, chronickou obstrukční plicní nemoc, plicní fibrózu nebo jiné respirační onemocnění?
- Onemocnění nebo vrozené vady jícnu, žaludku, nebo střev, Crohnovu chorobu, ulcerózní kolitidu nebo jakékoli onemocnění nebo poruchy jater, žlučníku nebo slinivky břišní (pankreas)?
- Onemocnění ledvin nebo močového měchýře, vrozené vady ledvin, močového měchýře nebo močových cest?
- Pro ženy: Nález na mamografu, bulku v prsu, pozitivní nález ve stěru z děložního čípku nebo jiné gynekologické potíže?
- Pro muže: Onemocnění prostaty?
- Infekční nemoci, hepatitidu typu A (žloutenka), mononukleózu, boreliózu (lymeskou nemoc), encefalitidu, meningitidu nebo jiná infekční nebo zánětlivá onemocnění?
- Bolesti zad nebo šíje, onemocnění páteře, Bechtěrevovu nemoc (ankylozující spondylitidu), dnu, artritidu, artrózu nebo jakoukoli poruchu kloubů nebo pohybového aparátu (včetně vrozených vad)?
- Onemocnění štítné žlázy?
- Lupénku, ekzém nebo jiné onemocnění kůže?
- Onemocnění očí a/nebo uší (krátkozrakost nebo dalekozrakost víc než 10 dioptrií nebo jiné onemocnění/vady zraku nebo sluchu jako například snížená zraková ostrost, onemocnění sítnice, zákal, nedoslýchavost, hluchota apod)?

NE ANO

3. Jste v současné době ve stavu nemocných nebo v pracovní neschopnosti?

Byl/a jste v posledních 7 letech operován/a nebo hospitalizován/a v nemocnici? Pobýval/a jste v posledních 7 letech v lázních či léčebně na doporučení lékaře?

NE ANO

Trpíte v současné době obtížemi, pro které máte v úmyslu vyhledat lékaře? Probíhá u vás vyšetřování nebo testy nebo čekáte na výsledky provedených vyšetření? Čekáte na zahájení jakékoli formy léčby nebo operaci?

4. Byl/a nebo jste v současné době uznán/a invalidním 1., 2., 3. stupně a/nebo Vám byla uznána snížená soběstačnost? Byl/a jste nebo jste držitelem průkazu zdravotně postiženého a/nebo měla/a jste nebo máte změněnou pracovní schopnost?

NE ANO

5. Měl/a jste v minulosti úraz, který zanechal trvalé následky? Např. poškození kloubů, omezení hybnosti, ochrnutí, ztráta končetin nebo orgánu, pakloub, ztráta zraku nebo sluchu apod.

NE ANO

6. Měl/a jste v posledních 7 letech úraz? Např. zlomenina, podvrtnutí, vykloubení, poranění vazů a šlach, popálení, otřes mozku apod.

NE ANO

K žádosti o změnu doložím:  úplný zdravotní dotazník  výpis ze zdravotnické dokumentace  interní lékařskou prohlídku  
 potvrzení příjmu  finanční dotazník

 doplnění dítěte do smlouvy  změna rozsahu pojištění  zrušení pojištění dítěte

Příjmení, jméno

Rodné číslo

Pojištění vážných nemocí a úrazů

 Kč  Připojištění na novotvary in situ
 zrušení pojištění zrušení připojištěníPojištění invalidity nebo dlouhodobé péče 
 Kč
 zrušení pojištění

Pojištění trvalých následků úrazu - se 4násobnou progresí od 0,5 % těl. poškození

 Kč
 zrušení pojištěníPojištění smrti následkem úrazu 
 Kč
 zrušení pojištění

Pojištění smrti

 Kč
 zrušení pojištění

Pojištění denního odškodného - úraz (min. doba léčení 8 dnů)

 Kč/den  s progresí
 zrušení pojištění  zrušení progresie

Připojištění k dennímu odškodnému (denní odškodné nad limit stanovený oceňovací tabulkou)

 zrušení pojištění

Pojištění hospitalizace - úraz nebo nemoc

 Kč/den
 zrušení pojištění

Pojištění ošetřování - úraz nebo nemoc

 Kč/den
 zrušení pojištění
 Proloužení doby trvání pojištění do 30 let pojištěného dítěte
 zrušení prodloužení doby

## Dotazník na zdravotní stav pojištěného

Praktický lékař (jméno, příjmení, adresa)

**Jsem si vědom/a toho, že odpovědi na následující zdravotní dotazy mají zásadní význam pro rozhodnutí pojišťovny, jak ohodnotí pojistné riziko, zda jej pojistí a za jakých podmínek. Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemné dotazy pojišťovny v tomto dotazníku jsou pravdivé a úplné a uvádím všechny informace včetně těch, které se mi mohou jevit jako nepodstatné. Rozumím tomu, že v případě nepravdivého nebo neúplného zodpovězení těchto dotazů může pojišťovna od pojistné smlouvy odstoupit nebo odmítnout či snížit pojistné plnění.**

Výška (cm)

Váha (kg)

Kouříte nebo jste kouřil/a v posledních 2 letech? Kouřením rozumíme užívání tabáku nebo elektronických cigaret.

NE ANO  
 

Pijete nebo jste pil/a alkohol v množství větším než 1 l piva, 0,6 l vína nebo 0,08 l lihovin častěji než 4× týdně?

NE ANO  
 

Užíváte nebo jste užíval/a drogy, návykové látky?

NE ANO  
 

1. Jste nebo byl/a jste vyšetřován/a nebo léčen/a u lékaře pro:

- Rakovinu, cystu, lymfom, leukémii nebo znaménka, bulky nebo výrůstky jakéhokoli druhu?
- Pozitivní test na hepatitidu B, hepatitidu C nebo HIV?
- Infarkt, onemocnění srdce, angínu pectoris/bolest na hrudi, bušení srdce, vrozenou vadu srdce nebo operaci srdce?
- Cévní mozkovou příhodu (mrtvici), malou mrtvici (tranzitorní ischemickou ataku TIA), epilepsii, Alzheimerovu nemoc, roztroušenou sklerózu nebo jiná neurologická onemocnění?
- Úzkost, deprese, autismus, Downův syndrom nebo jakoukoli duševní chorobu?
- Nemoci krve, chudokrevnost, poruchu srážlivosti krve nebo hemofilii?
- Cukrovku nebo cukr v moči?

NE ANO  
 

2. Jste nebo jste byl/a v posledních 7 letech vyšetřována/a, sledován/a nebo léčen/a lékařem pro níže uvedené zdravotní potíže?

- Vysoký krevní tlak nebo cholesterol?
- Astma, bronchitidu, chronickou obstrukční plicní nemoc, plicní fibrózu nebo jiné respirační onemocnění?
- Onemocnění nebo vrozené vady jícnu, žaludku, nebo střev, Crohnovu chorobu, ulcerózní kolitidu nebo jakékoli onemocnění nebo poruchy jater, žlučníku nebo slinivky břišní (pankreas)?
- Onemocnění ledvin nebo močového měchýře, vrozené vady ledvin, močového měchýře nebo močových cest?
- Pro ženy: Nález na mamografu, bulku v prsu, pozitivní nález ve stěru z děložního čípku nebo jiné gynekologické potíže?
- Pro muže: Onemocnění prostaty?
- Infekční nemoci, hepatitidu typu A (žloutenka), mononukleózu, boreliózu (lymeskou nemoc), encefalitidu, meningitidu nebo jiná infekční nebo zánětlivá onemocnění?
- Bolesti zad nebo šíje, onemocnění páteře, Bechtěrevovu nemoc (ankylozující spondylitidu), dnu, artritidu, artrózu nebo jakoukoli poruchu kloubů nebo pohybového aparátu (včetně vrozených vad)?
- Onemocnění štítné žlázy?
- Lupénku, ekzém nebo jiné onemocnění kůže?
- Onemocnění očí a/nebo uší (krátkozrakost nebo dalekozrakost víc než 10 dioptrií nebo jiné onemocnění/vady zraku nebo sluchu jako například snížená zraková ostrost, onemocnění sítnice, zákal, nedoslýchavost, hluchota apod)?

NE ANO  
 

3. Jste v současné době ve stavu nemocných nebo v pracovní neschopnosti?

Byl/a jste v posledních 7 letech operován/a nebo hospitalizován/a v nemocnici? Pobýval/a jste v posledních 7 letech v lázních či léčebně na doporučení lékaře?

NE ANO  
 

Trpíte v současné době obtížemi, pro které máte v úmyslu vyhledat lékaře? Probíhá u vás vyšetřování nebo testy nebo čekáte na výsledky provedených vyšetření? Čekáte na zahájení jakékoli formy léčby nebo operaci?

4. Byl/a nebo jste v současné době uznán/a invalidním 1., 2., 3. stupně a/nebo Vám byla uznána snížená soběstačnost? Byl/a jste nebo jste držitelem průkazu zdravotně postiženého a/nebo měla/a jste nebo máte změněnou pracovní schopnost?

NE ANO  
 

5. Měl/a jste v minulosti úraz, který zanechal trvalé následky? Např. poškození kloubů, omezení hybnosti, ochrnutí, ztráta končetin nebo orgánů, pakloub, ztráta zraku nebo sluchu apod.

NE ANO  
 

6. Měl/a jste v posledních 7 letech úraz? Např. zlomenina, podvrtnutí, vykloubení, poranění vazů a šlach, popálení, otřes mozku apod.

NE ANO  
 K žádosti o změnu doložím:  úplný zdravotní dotazník výpis ze zdravotnické dokumentace interní lékařskou prohlídku potvrzení příjmu finanční dotazník doplnění dítěte do smlouvy změna rozsahu pojištění zrušení pojištění dítěte

Příjmení, jméno

Rodné číslo

## Pojištění vážných nemocí a úrazů

 Kč  Připojištění na novotvary in situ zrušení pojištění zrušení připojištěníPojištění invalidity nebo dlouhodobé péče  Kč zrušení pojištění

## Pojištění trvalých následků úrazu – se 4násobnou progresí od 0,5 % těl. poškození

 Kč zrušení pojištěníPojištění smrti následkem úrazu  Kč zrušení pojištění

## Pojištění smrti

 Kč zrušení pojištění

## Pojištění denního odškodného – úraz (min. doba léčeni 8 dnů)

 Kč/den  s progresí zrušení pojištění  zrušení progresse

<b>Připojištění k dennímu odškodnému (denní odškodné nad limit stanovený oceňovací tabulkou)</b> <input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<b>Pojištění hospitalizace – úraz nebo nemoc</b> <input type="checkbox"/> Kč/den <input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<b>Pojištění ošetřování – úraz nebo nemoc</b> <input type="checkbox"/> Kč/den <input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> <b>Prodloužení doby trvání pojištění do 30 let pojištěného dítěte</b> <input type="checkbox"/> zrušení prodloužení doby
--	---	--	---

**Dotazník na zdravotní stav pojištěného**

Praktický lékař (jméno, příjmení, adresa)

**Jsem si vědom/a toho, že odpovědi na následující zdravotní dotazy mají zásadní význam pro rozhodnutí pojišťovny, jak ohodnotí pojistné riziko, zda jej pojistí a za jakých podmínek. Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemné dotazy pojišťovny v tomto dotazníku jsou pravdivé a úplné a uvádím všechny informace včetně těch, které se mi mohou jevit jako nepodstatné. Rozumím tomu, že v případě nepravdivého nebo neúplného zodpovězení těchto dotazů může pojišťovna od pojistné smlouvy odstoupit nebo odmítnout či snížit pojistné plnění.**

Výška (cm)  Váha (kg)

Kouříte nebo jste kouřil/a v posledních 2 letech? Kouřením rozumíme užívání tabáku nebo elektronických cigaret. NE ANO

Pijete nebo jste pil/a alkohol v množství větším než 1 l piva, 0,6 l vína nebo 0,08 l lihovin častěji než 4x týdně? NE ANO

Užíváte nebo jste užíval/a drogy, návykové látky? NE ANO

1. Jste nebo byl/a jste vyšetřován/a nebo léčen/a u lékaře pro:

- Rakovinu, cystu, lymfom, leukémii nebo znaménka, bulky nebo výrůstky jakéhokoli druhu?
- Pozitivní test na hepatitidu B, hepatitidu C nebo HIV?
- Infarkt, onemocnění srdce, anginu pectoris/bolest na hrudi, bušení srdce, vrozenou vadu srdce nebo operaci srdce?
- Cévní mozkovou příhodu (mrtvici), malou mrtvici (tranzitorní ischemickou ataku TIA), epilepsii, Alzheimerovu nemoc, roztroušenou sklerózu nebo jiná neurologická onemocnění?
- Úzkost, deprese, autismus, Downův syndrom nebo jakoukoli duševní chorobu?
- Nemoci krve, chudokrevnost, poruchu srážlivosti krve nebo hemofilii?
- Cukrovku nebo cukr v moči?

NE ANO

2. Jste nebo jste byl/a v posledních 7 letech vyšetřována/a, sledován/a nebo léčen/a lékařem pro níže uvedené zdravotní potíže?

- Vysoký krevní tlak nebo cholesterol?
- Astma, bronchitida, chronickou obstrukční plicní nemoc, plicní fibrózu nebo jiné respirační onemocnění?
- Onemocnění nebo vrozené vady jícnu, žaludku, nebo střev, Crohnovu chorobu, ulcerózní kolitidu nebo jakékoli onemocnění nebo poruchy jater, žlučníku nebo slinivky břišní (pankreas)?
- Onemocnění ledvin nebo močového měchýře, vrozené vady ledvin, močového měchýře nebo močových cest?
- Pro ženy: Nález na mamografu, bulku v prsu, pozitivní nález ve stěru z děložního čípku nebo jiné gynekologické potíže?
- Pro muže: Onemocnění prostaty?
- Infekční nemoci, hepatitidu typu A (žloutenka), mononukleózu, boreliózu (lymeskou nemoc), encefalitidu, meningitidu nebo jiná infekční nebo zánětlivá onemocnění?
- Bolesti zad nebo šíje, onemocnění páteře, Bechtěrevovu nemoc (ankylozující spondylitidu), dnu, artritidu, artrózu nebo jakoukoli poruchu kloubů nebo pohybového aparátu (včetně vrozených vad)?
- Onemocnění štítné žlázy?
- Lupénku, ekzém nebo jiné onemocnění kůže?
- Onemocnění očí a/nebo uší (krátkozrakost nebo dalekozrakost víc než 10 dioptrií nebo jiné onemocnění/vady zraku nebo sluchu jako například snížená zraková ostrost, onemocnění sítnice, zákal, nedoslýchavost, hluchota apod)?

NE ANO

3. Jste v současné době ve stavu nemocných nebo v pracovní neschopnosti?

Byl/a jste v posledních 7 letech operován/a nebo hospitalizován/a v nemocnici? Pobýval/a jste v posledních 7 letech v lázních či léčebně na doporučení lékaře? NE ANO

Trpíte v současné době obtížemi, pro které máte v úmyslu vyhledat lékaře? Probíhá u vás vyšetřování nebo testy nebo čekáte na výsledky provedených vyšetření? Čekáte na zahájení jakékoli formy léčby nebo operaci?

4. Byl/a nebo jste v současné době uznán/a invalidním 1., 2., 3. stupně a/nebo Vám byla uznána snížená soběstačnost? Byl/a jste nebo jste držitelem průkazu zdravotně postiženého a/nebo měla/a jste nebo máte změněnou pracovní schopnost? NE ANO

5. Měl/a jste v minulosti úraz, který zanechal trvalé následky? Např. poškození kloubů, omezení hybnosti, ochrnutí, ztráta končetin nebo orgánů, pakloub, ztráta zraku nebo sluchu apod. NE ANO

6. Měl/a jste v posledních 7 letech úraz? Např. zlomenina, podvrtnutí, vykloubení, poranění vazů a šlach, popálení, otřes mozku apod. NE ANO

K žádosti o změnu doložím:  úplný zdravotní dotazník  výpis ze zdravotnické dokumentace  interní lékařskou prohlídku  
 potvrzení příjmu  finanční dotazník

při dopravní nehodě pojistné plnění ve výši dvojnásobku dle pravidel stanovených v SPP

**SMLUVNÍ UJEDNÁNÍ**

Po přezkoumání žádosti o změnu, zdravotnické dokumentace a následném ocenění námi přejímaného rizika může dojít k navýšení pojistného pojišťovnou max. do výše 150 Kč měsíčně. Pokud navrhované navýšení pojistného přesáhne 150 Kč měsíčně, požádáme Vás o jeho odsouhlasení.

**Hodnocení zdravotního stavu**

Bude-li z komplexního posouzení zdravotního stavu pojištěného vyplývat, že zdravotní rizika pojištěného jsou zvýšena, dáváte tímto souhlas s případným navýšením pojistného za sjednaná pojištění, nejvýše však o 50 % oproti jejich základním sazbám. Bude-li s tímto navýšením spojena potřeba zvýšení pojistného za pojistné období, souhlasíte s ním v nezbytně nutné výši. V takovém případě vás o nové výši pojistného informujeme v dodatku.

**Príspevek zaměstnavatele na soukromé životní pojištění**

Podmínkou pro daňové zvýhodnění pojistného placeného vašim zaměstnavatelem je to, že zaměstnavatel platí pojistné připadající výhradně na daňově zvýhodněná pojištění (soukromé životní pojištění ve smyslu zákona o daních z příjmu).

Pokud jsou ve smlouvě, u níž hradí část nebo celé pojistné váš zaměstnavatel, sjednána i daňově nezvýhodněná riziková pojištění a zaměstnavatel zaplatí pojistné připadající na tato pojištění, neneseme odpovědnost za důsledky z toho plynoucí.

V případě, kdy zaměstnavatel nezaplatí pojistné a vy zaplatíte toto pojistné za zaměstnavatele, jste povinen nám nejprve tuto skutečnost písemně oznámit. Pokud tak neučiníte, neneseme odpovědnost za důsledky z toho plynoucí.

**Neposkytnutí plnění z důvodu sankcí**

Neposkytneme pojistné plnění ani jiné plnění či službu z pojistné smlouvy v rozsahu, v jakém by takové plnění nebo služba znamenaly porušení mezinárodních sankcí, obchodních nebo ekonomických sankcí či finančních embarg, vyhlášených za účelem udržení nebo obnovení mezinárodního míru, bezpečnosti, ochrany základních lidských práv a boje proti terorismu. Za tyto sankce a embarga se považují zejména sankce a embarga Organizace spojených národů, Evropské unie, České republiky a Spojeného království Velké Británie a Severního Irsku. Dále také Spojených států amerických za předpokladu, že neodporují sankcím a embargům uvedeným v předchozí větě.

**ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ****A. PROHLÁŠENÍ POJISTNÍKA**

- Beru na vědomí, že žádost o změnu je vyhotovena v listinné podobě ve dvou stejnopisech. Já a vy obdržíme vždy jeden stejnopis.
- Beru na vědomí a současně souhlasím s tím, že pro mou žádost o změnu sepsanou od 1. 4. 2016 do pojistné smlouvy FLEXI životní pojištění (pojistné smlouvy sjednané v době od 1. 1. 2009 do 31. 12. 2013), s účinností od data vystavení dodatku k pojistné smlouvě, budou výhradně pro navýšenou část pojistného uplatněny poplatky dle tabulky alokačních poplatků č. 6, jejichž výše a rozsah se řídí platným sazebníkem poplatků/přehledem poplatků a parametrů produktu, který je k dispozici na vašich webových stránkách a na všech vašich obchodních místech. Dále beru na vědomí a současně souhlasím s tím, že výše uvedená ustanovení platí i pro všechny následně provedené změny této pojistné smlouvy.
- Beru na vědomí, že v případě provedení požadované změny může dojít k úpravě sazeb pojistného, a to dle sazeb pojistného platných k datu změny, a se změnou výše pojistného souhlasím.
- Zmocňuji vás k zjišťování či ověřování mého zdravotního stavu a zdravotního stavu nezletilých pojištěných dětí, jejichž jsem zákonným zástupcem/opatrovníkem/poručníkem/pěstounem (dále jen „zástupce nezletilých dětí“), pro účely změny pojistné smlouvy, šetření pojistných událostí či výkonu jiných práv a povinností z pojistné smlouvy, a to zejména formou dotazů u příslušných lékařů (zdravotnických zařízení), žádostí o poskytnutí lékařských zpráv, pořízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace, popř. z jiných zápisů, které se vztahují ke zdravotnímu stavu.
- V souladu s § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, zprošťuji příslušného lékaře, resp. provozovatele zdravotnického zařízení ve vztahu k vám mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém jste oprávněni požadovat informace či dokumenty podle předchozího odstavce a dále podle toho, jak je povinen je poskytovat pacientovi podle § 31 a následujících citovaného zákona.
- Prohlašuji, že jsem byl seznámen a převzal jsem Výňatek z ujednání Speciálních pojistných podmínek pro FLEXI životní pojištění 07/2021 (dále jen „výňatek“)
  - pro níže uvedená pojištění dospělé osoby a podmínky produktu: klesající pojistná částka, řízené programy investování, zamykání výnosů, doplňkové pojištění smrti, pojištění vážných nemocí a úrazů, připojištění na novotvary in situ, pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče, pojištění zproštění od placení pojistného z důvodu invalidity nebo dlouhodobé péče, pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s výplatou doživotní renty, pojištění smrti následkem úrazu, pojištění trvalých následků úrazu, pojištění trvalých následků nemoci, pojištění denního odškodného – úraz, pojištění hospitalizace, pojištění ošetřování – úraz nebo nemoc, pojištění pracovní neschopnosti – nemoc, připojištění úrazu k pracovní neschopnosti, pojištění úvěru, zdravotní a sociální infolinka MAJÁK, konzultační a asistenční služby MAJÁK+ a pojištění pozůstalostního důchodu,
  - pro níže uvedená pojištění dětí: pojištění vážných nemocí a úrazů, připojištění na novotvary in situ, pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče, pojištění smrti, pojištění denního odškodného – úraz, pojištění hospitalizace a pojištění ošetřování – úraz nebo nemoc.Souhlasím s tím, že dnem účinnosti požadované změny pojistné smlouvy FLEXI životní pojištění se výňatek, který je nedílnou součástí této žádosti o změnu, stává nedílnou součástí této pojistné smlouvy, výňatek tak doplňuje a v rozsahu v něm obsažených ujednání má přednost a nahrazuje příslušná ustanovení speciálních pojistných podmínek, které jsem obdržel při sjednání nabídky na uzavření této pojistné smlouvy.
- Prohlašuji, že mám pojistný zájem na pojištění pojištěných osob a nezletilých pojištěných dětí a jsem si vědom povinnosti seznámit pojištěné osoby a zástupce nezletilých dětí se změnami v pojistné smlouvě.
- Prohlašuji, že jsem pravdivě uvedl údaje o svém statusu politicky exponované osoby ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů, a zavazuji se vám neprodleně oznámit jeho případnou změnu.
- Prohlašuji, že pokud se v průběhu trvání smlouvy stanu subjektem spadajícím pod režim FATCA (tj. například daňovým rezidentem USA, občanem USA, osobou s adresou sídla / bytu v USA) nebo daňovým rezidentem jiného státu než ČR, neprodleně vám tuto skutečnost oznámím. Zavazuji se zajistit vám součinnost při prověřování a zjišťování pojistné smlouvy jako oznamovaného účtu podle zákona č. 164/2013 Sb., o mezinárodní spolupráci při správě daní a o změně dalších souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Zavazuji se zajistit i obdobnou součinnost ovládacích osob.
- Potvrzuji, že údaje o daňové rezidentuře (tj. stát daňové rezidence a DIČ) uvedené v této žádosti o změnu jsou aktuální, a souhlasím, aby tyto údaje byly v případě jejich rozporu s jinými údaji uvedenými v dříve uzavřených pojistných smlouvách, ve kterých jsem pojistníkem nebo pojištěným, využívány i pro účely takových pojistných smluv. S tímto postupem souhlasím i pro případ, kdy pojišťovně oznámím změnu daňové rezidentury v době trvání této pojistné smlouvy.

**B. PROHLÁŠENÍ POJIŠTĚNÉHO**

- Jako pojištěný vás zmocňuji ke zjišťování či ověřování mého zdravotního stavu a zdravotního stavu nezletilých pojištěných dětí, jejichž jsem zástupcem, pro účely změny pojistné smlouvy, šetření pojistných událostí či výkonu jiných práv a povinností z pojistné smlouvy, a to zejména formou dotazů u příslušných lékařů (zdravotnických zařízení), žádostí o poskytnutí lékařských zpráv, pořízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace, popř. z jiných zápisů, které se vztahují ke zdravotnímu stavu.
- V souladu s § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, zprošťuji příslušného lékaře, resp. provozovatele zdravotnického zařízení ve vztahu k vám mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém jste oprávněni požadovat informace či dokumenty podle předchozího odstavce a dále podle toho, jak je povinen je poskytovat pacientovi podle § 31 a následujících citovaného zákona.
- Jako zástupce nezletilých dětí souhlasím s prohlášením pojištěného.



**ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ**

V následující části jsou uvedeny základní informace o zpracování vašich osobních údajů. Tyto informace se na vás uplatní, pokud jste fyzickou osobou, a to s výjimkou bodu 2.3, který se na vás uplatní, i pokud jste právnickou osobou. Více informací, včetně způsobu odvolání souhlasu, možnosti podání námítky v případě zpracování na základě oprávněného zájmu, práva na přístup a dalších práv, naleznete v dokumentu Informace o zpracování osobních údajů v pojištění osob, který je trvale dostupný na webové stránce [www.koop.cz](http://www.koop.cz) v sekci „O pojišťovně Kooperativa“.

**1. ZPRACOVÁNÍ CITLIVÝCH OSOBNÍCH ÚDAJŮ****1.1 SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU A GENETICKÝCH ÚDAJŮ**

Pojišťovna bude s vaším souhlasem zpracovávat informace týkající se vašeho tělesného a duševního zdraví, včetně údajů o poskytnutí zdravotních služeb vypovídajících o vašem zdravotním stavu (dále jen „**údaje o zdravotním stavu**“), jakož i genetické údaje, a to pro účely modelace, návrhu a uzavření dodatku pojistné smlouvy, posouzení přijatelnosti do pojištění a zajištění a soupojištění. Pro tyto účely bude pojišťovna zpracovávat údaje, které jí poskytnete v souvislosti s tímto formulářem, pro účel posouzení přijatelnosti do pojištění bude zpracovávat i údaje, které od vás získala v souvislosti s jinými uzavřenými pojistnými smlouvami.

Tento souhlas udělujete na dobu trvání smluvního vztahu. Tento souhlas se zpracováním údajů o zdravotním stavu je dobrovolný, avšak je podmínkou uzavření dodatku pojistné smlouvy, resp. přistoupení k pojistné smlouvě. Tento souhlas můžete kdykoli odvolat. Odvoláním souhlasu není dotčena zákonnost zpracování údajů o zdravotním stavu a genetických údajů do okamžiku odvolání. Máte také právo kdykoli požadovat přístup ke svým osobním údajům.

Údaje o vašem zdravotním stavu a genetické údaje může pojišťovna předávat za účelem zajištění zajistitelům, kterými jsou společnosti VIG RE zajišťovna, a.s. (Česká republika), VIENNA INSURANCE GROUP AG Wiener Versicherung Gruppe (Rakousko), Swiss Re Europa S.A. (Německo) a případně další společnosti uvedené na webové stránce [www.koop.cz](http://www.koop.cz) v sekci „O pojišťovně Kooperativa“.

- souhlasím 1. pojištěný       souhlasím 2. pojištěný
- souhlasím 1. pojištěné dítě       souhlasím 2. pojištěné dítě       souhlasím 3. pojištěné dítě       souhlasím 4. pojištěné dítě
- souhlasím 5. pojištěné dítě

**1.2 ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ O VAŠEM ZDRAVOTNÍM STAVU A GENETICKÝCH ÚDAJŮ BEZ VAŠEHO SOUHLASU**

Pojišťovna bude bez vašeho souhlasu na základě nezbytnosti pro **určení, výkon nebo obhajobu právních nároků** zpracovávat v nezbytném rozsahu údaje o vašem zdravotním stavu a genetické údaje, a to pro účely likvidace pojistné události, správy a ukončení pojistné smlouvy (s výjimkou změny pojistné smlouvy vyžadující posouzení přijatelnosti do pojištění), ochrany právních nároků a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání.

**2. ZPRACOVÁNÍ OSTATNÍCH OSOBNÍCH ÚDAJŮ (TJ. VYJMA CITLIVÝCH ÚDAJŮ)****2.1 SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ PRO ÚČELY MARKETINGU**

Pojišťovna bude s vaším souhlasem zpracovávat vaše **identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění, údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění a údaje o využívání služeb**, a to pro účely:

- zaslání slev či jiných nabídek třetích stran, a to i elektronickými prostředky,
- zpracování vašich osobních údajů nad rámec oprávněného zájmu pojišťovny za účelem vyhodnocení vašich potřeb a zaslání relevantnějších nabídek (jedná se o některé případy sledování vašeho chování, spojování osobních údajů shromážděných pro odlišné účely, použití pokročilých analytických technik).

Tento souhlas je dobrovolný, platí po dobu neurčitou, můžete jej však kdykoli odvolat. V případě, že souhlas neudělíte nebo jej odvoláte, nebudou vám zaslány nabídky třetích stran a některé nabídky pojišťovny nebude možné plně přizpůsobit vašim potřebám. Máte také právo kdykoli požadovat přístup ke svým osobním údajům.

- souhlasím pojistník       nesouhlasím pojistník

**2.2 INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ POJISTNÍKA****Zpracování na základě plnění smlouvy a oprávněných zájmů pojišťovny**

Berete na vědomí, že vaše identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění, údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění a údaje o využívání služeb zpracovává pojišťovna:

- pro účely modelace, návrhu a uzavření dodatku pojistné smlouvy, posouzení přijatelnosti do pojištění, správy a ukončení pojistné smlouvy a likvidace pojistných událostí, když v těchto případech jde o zpracování nezbytné pro **plnění smlouvy**, a
- pro účely zajištění řádného nastavení a plnění smluvních vztahů s pojistníkem, zajištění a soupojištění, statistiky a cenotvorby produktů, ochrany právních nároků pojišťovny a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání, když v těchto případech jde o zpracování založené na **základě oprávněných zájmů** pojišťovny. Proti takovému zpracování máte právo kdykoli podat námítku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v Informacích o zpracování osobních údajů v pojištění osob.

**Zpracování pro účely plnění zákonné povinnosti**

Berete na vědomí, že vaše identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění a údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění pojišťovna dále zpracovává ke **splnění své zákonné povinnosti** vyplývající zejména ze zákona upravujícího distribuci pojištění, zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů, zákona č. 69/2006 Sb., o provádění mezinárodních sankcí, ve znění pozdějších předpisů, a zákona č. 164/2013 Sb., o mezinárodní spolupráci při správě daní a o změně dalších souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

**Zpracování pro účely přímého marketingu**

Berete na vědomí, že vaše identifikační a kontaktní údaje a údaje o využívání služeb může pojišťovna také zpracovávat na základě svého **oprávněného zájmu** pro účely zaslání svých reklamních sdělení a nabízení svých služeb; nabídku od pojišťovny můžete dostat elektronicky (zejména SMSkou, e-mailem, přes sociální síť nebo telefonicky) nebo klasickým dopisem či osobně od zaměstnanců pojišťovny.

Proti takovému zpracování máte jako pojistník právo kdykoli podat námitku. Pokud si nepřejete, aby vás pojišťovna oslovovala s jakýmikoli nabídkami, zaškrtněte prosím toto pole: .

**2.3 POVINNOST POJISTNÍKA INFORMOVAT TŘETÍ OSOBY**

Zavazujete se informovat každého pojištěného, jenž je osobou odlišnou od vás, každého obmyšleného a případně další osoby, které jste uvedl v tomto formuláři, o zpracování jejich osobních údajů.

**2.4 INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ POJIŠTĚNÉHO****Zpracování na základě oprávněných zájmů pojišťovny**

Berete na vědomí, že vaše identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění, údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění a údaje o využívání služeb zpracovává pojišťovna na základě **oprávněného zájmu** pro účely modelace, návrhu a uzavření dodatku pojistné smlouvy, posouzení přijatelnosti do pojištění, správy a ukončení pojistné smlouvy a likvidace pojistných událostí, statistiky a cenotvorby produktů, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojišťovny a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání. Proti takovému zpracování máte právo kdykoli podat námitku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v Informacích o zpracování osobních údajů v pojištění osob.

**Zpracování pro účely plnění zákonné povinnosti**

Berete na vědomí, že vaše identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění a údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění pojišťovna dále zpracovává ke **splnění své zákonné povinnosti** vyplývající zejména ze zákona upravujícího distribuci pojištění, zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů, zákona č. 69/2006 Sb., o provádění mezinárodních sankcí, ve znění pozdějších předpisů, a zákona č. 164/2013 Sb., o mezinárodní spolupráci při správě daní a o změně dalších souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

**2.5 INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ ZÁSTUPCE POJISTNÍKA NEBO POJIŠTĚNÉHO****Zpracování na základě oprávněných zájmů pojišťovny**

Zástupce právnické osoby, zákonný zástupce nebo jiná osoba oprávněná zastupovat pojistníka nebo pojištěného bere na vědomí, že její identifikační a kontaktní údaje pojišťovna zpracovává na základě **oprávněného zájmu** pro účely modelace, návrhu a uzavření dodatku pojistné smlouvy, správy a ukončení pojistné smlouvy, likvidace pojistných událostí, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojišťovny a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání. Proti takovému zpracování má taková osoba právo kdykoli podat námitku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v Informacích o zpracování osobních údajů v pojištění osob.

**Zpracování pro účely plnění zákonné povinnosti**

Zástupce právnické osoby, zákonný zástupce nebo jiná osoba oprávněná zastupovat pojistníka nebo pojištěného bere na vědomí, že identifikační a kontaktní údaje pojišťovna dále zpracovává ke **splnění své zákonné povinnosti** vyplývající zejména ze zákona upravujícího distribuci pojištění, zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů, zákona č. 69/2006 Sb., o provádění mezinárodních sankcí, ve znění pozdějších předpisů, a zákona č. 164/2013 Sb., o mezinárodní spolupráci při správě daní a o změně dalších souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

**Podpisem tohoto formuláře potvrzujete, že jste se důkladně seznámil se smyslem a obsahem souhlasů se zpracováním osobních údajů a že jste se před jejich udělením seznámil s dokumentem Informace o zpracování osobních údajů v pojištění osob, zejména s bližší identifikací dalších správců, rozsahem zpracovávaných údajů, právními základy (důvody), účely a dobou zpracování osobních údajů, způsobem odvolání souhlasu a právy, která vám v této souvislosti náleží.**

**KONTROLA KLIENTA**

Jako pojistník prohlašuji, že zdroje příjmů, ze kterých hradím pojistné, pocházejí:  ze závislé činnosti,  z podnikání,

jiné (konkrétně): \_\_\_\_\_

Pokud vedle pojistné ochrany a investice sledujete provedením obchodu další účel ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů, prosím, uveďte jej:

Žádost podal/a: Příjmení, jméno pojistníka

\_\_\_\_\_ podpis pojistníka

*Jestliže je pojistník odlišný od pojištěných, musí být v případě změny či doplnění nové dospělé pojištěné osoby nebo změny či doplnění nových nezletilých pojištěných dětí, dále při změně obmyšlené osoby (včetně změny podílů v %) týkající se daného pojištěného, změny či doplnění vinkulace pojistného plnění a změny rozsahu pojištění dospělé pojištěné osoby či nezletilých pojištěných dětí, žádost podepsaná i těmito dospělými pojištěnými osobami / zástupcem těchto nezletilých pojištěných dětí. V případě pojištění nezletilého pojištěného dítěte, které se v průběhu trvání pojistné smlouvy stalo zletilým, musí taktéž žádost podepsat v případě změny jeho rozsahu pojištění nebo změny či doplnění vinkulace pojistného plnění.*

---

Příjmení, jméno pojištěné osoby

---

podpis 1. pojištěné osoby\*

---

Příjmení, jméno pojištěné osoby

---

podpis 2. pojištěné osoby

---

Příjmení, jméno zákonného zástupce nezletilého dítěte, RČ (uved'te vždy RČ dítěte) / vztah k dítěti\*

---

podpis zákonného zástupce

---

Příjmení, jméno zákonného zástupce nezletilého dítěte, RČ (uved'te vždy RČ dítěte) / vztah k dítěti\*

---

podpis zákonného zástupce

---

Příjmení, jméno zákonného zástupce nezletilého dítěte, RČ (uved'te vždy RČ dítěte) / vztah k dítěti\*

---

podpis zákonného zástupce

---

Příjmení, jméno zákonného zástupce nezletilého dítěte, RČ (uved'te vždy RČ dítěte) / vztah k dítěti\*

---

podpis zákonného zástupce

---

Příjmení, jméno zákonného zástupce nezletilého dítěte, RČ (uved'te vždy RČ dítěte) / vztah k dítěti\*

---

podpis zákonného zástupce

*\* Pokud jste se podepsal/a na místě pojistníka nebo dospělého pojištěného, již se znovu nepodepisujte.*

---

Příjmení, jméno dítěte, RČ (uved'te vždy RČ dítěte)

---

podpis dítěte

---

Příjmení, jméno dítěte, RČ (uved'te vždy RČ dítěte)

---

podpis dítěte

---

Příjmení, jméno dítěte, RČ (uved'te vždy RČ dítěte)

---

podpis dítěte

---

Příjmení, jméno dítěte, RČ (uved'te vždy RČ dítěte)

---

podpis dítěte

Příjmení, jméno dítěte, RČ (uveďte vždy RČ dítěte)

podpis dítěte

Prohlašuji, že jsem zaznamenal/a a ověřil/a správnost identifikačních údajů pojistníka a shodu podoby pojistníka s vyobrazením dle platného průkazu totožnosti.

**Identifikaci** v souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů, za Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobřežní 665/21, 186 00 Praha 8, Česká republika, IČO: 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1897, **provedl/a a žádost převzal/a:**

Příjmení, jméno poradce / spolupracovníka ziskatele

Identifikace partnera (HR) / Získatelské číslo

Identifikace poradce / Osobní číslo spolupracovníka ziskatele

Telefon

E-mail

V

dne

podpis poradce / spolupracovníka ziskatele

# Výňatek z ujednání Speciálních pojistných podmínek pro FLEXI životní pojištění – verze 07/2021

Tento Výňatek z ujednání Speciálních pojistných podmínek pro FLEXI životní pojištění (dále jen „výňatek“) ode dne účinnosti vámi požadované změny pojistné smlouvy FLEXI životní pojištění doplňuje a v rozsahu v něm obsažených ujednání má přednost a nahrazuje příslušná ustanovení speciálních pojistných podmínek, které jste obdržel při sjednání nabídky na uzavření této pojistné smlouvy.

## KLESAJÍCÍ POJISTNÁ ČÁSTKA

Pro vybraná pojištění se pojistná částka během trvání pojištění od jeho počátku, dodatečného sjednání nebo změny snižuje v závislosti na dohodnuté pojistné době vždy k výročnímu dni, a to dvěma způsoby klesání:

- *lineárně*, kdy se pojistná částka každý rok snižuje o  $1/n$  pojistné částky, přičemž „n“ je pojistná doba daného pojištění v letech
- *anuitně*, kdy se pojistná částka snižuje dle splácení úvěru podle úrokové míry sjednané ve smlouvě (možné procentuální rozmezí této úrokové míry uvádíme v platném PPPP)

## ŘÍZENÉ PROGRAMY INVESTOVÁNÍ

- Za účelem ochrany investice před výkyvy na finančních trzích můžete sjednat ve smlouvě řízený program investování. Do řízeného programu investování musíte vždy investovat 100 %, nelze jej kombinovat s jinými fondy či strategiemi. Řízené programy investování jsou investiční programy, které slouží k automatickému výběru fondů pro alokování inkasovaného pojistného a převodu kapitálové hodnoty k výročnímu dni trvání smlouvy, a to v závislosti na investičním horizontu smlouvy.
- Investiční horizont je doba trvání smlouvy od výročního dne smlouvy v aktuálním kalendářním roce do sjednaného konce smlouvy. Takto stanovený investiční horizont platí vždy od výročního dne v aktuálním kalendářním roce do dne předcházejícího výročnímu dni v následujícím kalendářním roce.
- V pojistně-technickém období, do kterého spadá výroční den smlouvy, automaticky převedeme kapitálovou hodnotu smlouvy mezi fondy dle rozložení uvedeného v řízeném programu investování pro aktuální investiční horizont. Převod kapitálové hodnoty bude v ceně jednotky platné ke dni převodu.
- V rámci řízených programů investování neprevádíme mimořádné pojistné uhrazené do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné, bonusy převedené do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné ani částku převedenou do tohoto fondu v rámci marketingové akce nebo zamykání výnosů.
- Řízené programy investování stanovujeme my a jsme oprávněni je měnit dle aktuálního vývoje na finančních trzích. Aktuální struktura řízených programů investování pro jednotlivé investiční horizonty je k dispozici na našich webových stránkách a na všech našich obchodních místech.
- V rámci řízených programů investování můžete sjednat Konzervativní program řízení investic, nebo Vyvážený program řízení investic, nebo Dynamický program řízení investic, nebo Program CONSEQ (aktuálně nabízené řízené programy investování jsou uvedeny v platném PPPP).

## ZAMYKÁNÍ VÝNOSŮ

Za účelem ochrany části dosaženého zhodnocení ve smlouvě si můžete sjednat zamykání výnosů.

- Bude-li ve smlouvě k 31. prosinci daného roku sjednáno zamykání výnosů, výnosy za tento rok zamkneme, a to za předpokladu, že bude roční zhodnocení finančních prostředků v daném fondu vyšší než procento, které jsme stanovili. Roční zhodnocení, rozhodné pro zamykání výnosů, se řídí platným PPPP.
- Zamykání výnosů se vztahuje na všechny námi definované investiční podílové fondy. Zamykání výnosů se vztahuje i na řízené programy investování (resp. na jednotlivé fondy programu).
- Zhodnocení jednotlivých fondů se vyhodnocuje vždy za uplynulý kalendářní rok. Zhodnocovacím dnem je 1. leden následujícího roku. Přesáhne-li roční zhodnocení fondu námi stanovené procento, automaticky převedeme do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné hodnotu fondu odpovídající ročnímu zhodnocení fondu na dané smlouvě nad stanovené procento. K převodu do garantovaného fondu dojde v měsíci lednu v ceně jednotky platné ve vyhodnocovací den. Jestliže částka k převodu z daného fondu bude nižší než námi stanovený limit v PPPP, nepřevedeme ji do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné a výnos tohoto fondu nebude zamknut. Do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné převedeme aktuální hodnotu daného fondu v den převodu.

## SLEVA

### A. SLEVA ZA KOMPLEXNÍ ROZSAH POJIŠTĚNÍ

Slevu za komplexní rozsah pojištění (dále jen „sleva“) můžeme přiznat, pokud na smlouvě dosáhne součet pojistných částek u vybraných pojištění částky v námi stanovené celkové minimální výši.

Slevu uplatníme na rizikové pojistné námi stanovených jednotlivých pojištění sjednávaných pro dospělé pojištěné osoby. Sleva je pro všechna tato pojištění ve stejné výši.

Konkrétní výše slevy dle součtu pojistných částek námi stanovených pojištění a uplatnění slevy na pojištění jsou uvedeny v PPPP. Uvedené parametry můžeme v průběhu trvání pojištění měnit.

### B. SLEVA ZA ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL

Slevu za zdravý životní styl můžeme přiznat, pokud máte na smlouvě nárok na slevu za komplexní rozsah pojištění, vyplníte Dotazník pro slevu za zdravý životní styl a zároveň splníte námi stanovená kritéria pro získání slevy.

Slevu za zdravý životní styl uplatníme na rizikové pojistné námi stanovených jednotlivých pojištění sjednávaných pro dospělé pojištěné osoby. Sleva je pro všechna tato pojištění ve stejné výši.

Konkrétní výčet jednotlivých pojištění, na která se sleva vztahuje, je uveden v PPPP. Uvedené parametry můžeme v průběhu trvání pojištění měnit.

### C. SLEVA ZA POJIŠTĚNÍ ÚVĚRU

Slevu uplatníme na rizikové pojistné námi stanovených jednotlivých pojištění sjednávaných v rámci pojištění úvěru.

Konkrétní výše slevy a uplatnění slevy jsou uvedeny v PPPP. Uvedené parametry můžeme v průběhu trvání pojištění měnit.

## BONUSY

### A. BONUS ZA BEZEŠKODNÍ PRŮBĚH

Ke smlouvám, které splňují dále uvedené podmínky, připisujeme ve stanovených obdobích bonus za bezeškový průběh.

- Bonus za bezeškový průběh (dále jen „bonus“) připisujeme ke smlouvám, u kterých v uplynulém pojistném roce a současně v uplynulých letech sledovaného období nastala pojistná událost.
- Pro pojistnou událost v případě posuzování nároku na bonus nepovažujeme pojistnou událost z pojištění doživotní kapitálové renty.
- Sledovaným obdobím pro posouzení nároku na bonus je vždy pětileté období počítané od počátku smlouvy (tzn. první období je 1. až 5. rok trvání smlouvy, druhé období je 6. až 10. rok trvání smlouvy, obdobně další období), výjma posledního sledovaného období, které může být kratší.

d) Bonus stanovíme v procentuální výši z celkového rizikového pojistného za uplynulý pojistný rok. Výše bonusu se řídí platným PPPP.

e) Celkovým rizikovým pojistným rozumíme souhrn předpisů rizikového pojistného v daném období uplynulého pojistného roku.

f) Bonus připíšeme ke smlouvě vždy v následujícím pojistně-technickém období po uplynutí pojistného roku. Pokud bonus nedosáhne minimální výše stanovené v platném PPPP, za uplynulý pojistný rok jej nepřipíšeme.

g) Připsaný bonus vždy po uplynutí sledovaného období automaticky převedeme do kapitálové hodnoty smlouvy a stane se její standardní součástí. K převodu dojde v následujícím pojistně-technickém období po uplynutí sledovaného období.

Při převodu do kapitálové hodnoty smlouvy bonus sečteme s aktuálním zůstatkem hotovosti a výsledný součet alokujeme do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné v ceně jednotky platné ke dni převodu. Do okamžiku převodu do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné se připsaný bonus nezohodnocuje a nelze s ním disponovat.

h) Pokud ve sledovaném období dojde k pojistné události, nevzniká v tomto období na bonus nárok a případný do té doby připsaný bonus ve sledovaném období ze smlouvy odebereme. V případě, že se dozvíme o pojistné události vzniklé ve sledovaném období až po vyhodnocení tohoto období a převodu bonusu do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné, snížíme kapitálovou hodnotu o celou výši převedeného bonusu za sledované období, ve kterém k pojistné události došlo. Kapitálovou hodnotu snížíme formou odcerpání podílových jednotek z garantovaného fondu pro mimořádné pojistné. Jestliže nebude v tomto fondu dostatek podílových jednotek, odečteme částku, na kterou nepostačí jednotky v garantovaném fondu pro mimořádné pojistné, z kapitálové hodnoty v aktuálním poměru kapitálových hodnot na smlouvě. V případě, že se dozvíme o pojistné události až po ukončení smlouvy, ponížíme o bonus připsaný ve sledovaném období, ve kterém vznikla pojistná událost, vyplácené pojistné plnění. Bude-li připsaný bonus vyšší než vyplácené pojistné plnění, jste povinen nám uhradit rozdíl těchto částek.

i) Za poslední rok trvání smlouvy před sjednaným koncem smlouvy bonus nepřipíšeme.

j) Dojde-li k odstoupení od smlouvy z vaší strany či z naší strany (dle ustanovení VPP) nebo bude-li smlouva z důvodu její neplatnosti ukončena před počátkem (dle ustanovení VPP), nárok na bonus nevzniká a případný již vyplácený bonus odečteme od vráceného pojistného při ukončení smlouvy. Bude-li vyplácený bonus vyšší než částka vráceného pojistného, jste nám povinen uhradit rozdíl těchto částek.

k) Dojde-li k předčasnému ukončení smlouvy z jiného důvodu, než který je uvedený v písm. j) tohoto článku, nevzniká nárok na bonus za sledované období, ve kterém nastane konec smlouvy, a případný připsaný bonus ze smlouvy odebereme.

l) Jestliže je smlouva ve stavu zproštění od placení pojistného, nevzniká po tuto dobu nárok na bonus.

## B. BONUS ZA VĚRNOST

Ke smlouvám, které splňují dále uvedené podmínky, budeme v námi stanovených obdobích připisovat bonus za věrnost.

a) Bonus za věrnost připisujeme za období prvních patnácti let od počátku smlouvy ke všem smlouvám, u kterých byla sjednána doba trvání smlouvy v minimální délce dvacet let.

b) Bonus za věrnost je v procentuální výši, kterou stanovíme, z celkového sjednaného a uhrazeného běžného pojistného v prvních patnácti letech trvání smlouvy. Výše bonusu se řídí platným PPPP.

c) Bonus za věrnost připíšeme ke smlouvě vždy v následujícím pojistně-technickém období po uplynutí pojistného roku v námi stanovené procentuální výši z běžného pojistného uhrazeného v uplynulém pojistném roce.

d) Následující pojistně-technické období po uplynutí patnácti let od počátku smlouvy celý připsaný bonus za věrnost automaticky převedeme do kapitálové hodnoty smlouvy a stane se její standardní součástí. Při převodu do kapitálové hodnoty smlouvy bonus sečteme s aktuálním zůstatkem hotovosti a výsledný součet alokujeme do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné v ceně jednotky platné ke dni převodu. Do okamžiku převodu do garantovaného fondu se připsaný bonus za věrnost nezohodnocuje a nelze s ním disponovat.

e) Dojde-li v prvních patnácti letech trvání smlouvy ke zkrácení sjednané pojistné doby pod dvacet let, celý připsaný bonus za věrnost ze smlouvy odebereme. Dojde-li v prvních patnácti letech k prodloužení sjednané pojistné doby na dvacet let a více, vzniká nárok na bonus za věrnost ode dne účinnosti prodloužení pojistné doby do dne uplynutí patnácti let od počátku smlouvy.

f) Pokud v prvních patnácti letech trvání smlouvy dojde k ukončení smlouvy, celý připsaný bonus za věrnost ze smlouvy odebereme.

g) Dojde-li po patnácti letech trvání smlouvy k odstoupení od smlouvy z vaší strany či z naší strany (dle ustanovení VPP) nebo bude-li smlouva z důvodu její neplatnosti ukončena před počátkem (dle ustanovení VPP), nárok na bonus za věrnost nevzniká a případný vyplácený bonus za věrnost odečteme od vráceného pojistného při ukončení smlouvy. Bude-li vyplácený bonus za věrnost vyšší než částka vráceného pojistného, jste nám povinen uhradit rozdíl těchto částek.

## DOPRAVNÍ NEHODA

Dopravní nehodou rozumíme událost v provozu na pozemních komunikacích a dále nehoda při veřejné hromadné dopravě na železnici, vodních tocích a v letadlech.

Pojistnou událostí je pouze takový úraz, po kterém je pojištěný ošetřen zdravotnickou záchrannou službou na místě dopravní nehody nebo nejpozději do 24 hodin po nehodě ve zdravotnickém zařízení. Dopravní nehoda musí být šetřena na místě nehody policií nebo jiným příslušným státním orgánem, který je pověřen šetřením těchto nehod. O výsledku šetření provedeného neprodleně na místě dopravní nehody ve smyslu příslušného zákona musí být vyhotoven záznam.

Dopravní nehodou rozumíme:

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

b) **Drážní nehodu** – především železniční a tramvajové nehody, případně nehody na jiných kolejových drahách (pozemní lanová dráha, metro) v příčinné souvislosti s provozováním drážní dopravy, s následkem smrti či újmy na zdraví. Do stejného právního režimu spadají i visuté lanové dráhy a také trolejbusová doprava.

c) **Nehodu ve vodní dopravě** – událost, k níž došlo buď v provozu na vodní cestě, umělém či přírodním jezeře, moři, oceánu, nebo na umělých plavebních kanálech a průplavech, a to na vodní hladině nebo pod hladinou, nebo v příčinné souvislosti s provozem. Následkem nehody je újma na zdraví nebo smrt účastníků provozu.

d) **Nehodu v letecké dopravě** – událost spojená s provozem letadla, která se stala mezi dobou, kdy kterákoliv osoba nastoupila do letadla s úmyslem vykonat let, a dobou, kdy všechny takové osoby letadlo opustily, a při které došlo ke smrti či újmy na zdraví kterákoliv osoby následkem přítomnosti v letadle nebo přímého kontaktu s kteroukoliv

části letadla, včetně částí, které se od letadla oddělily, dále přímým působením proudů plynů (vytvořených letadlem). Toto platí také v případech, kdy je letadlo nezvěstné a cestující byli prohlášeni za mrtvé, oprávněné osoby pak mohou nahlásit pojistnou událost za nehodu v letecké dopravě.

**Výluky z pojistného plnění** – do pojištění dopravní nehody nezahrnujeme úrazy:

- osob nacházejících se mimo prostory normálně používané pro cestující a posádku, osob dopravovaných na částech motorového vozidla, které nejsou určeny k dopravě osob (blatníky, kapota apod.) a osob dopravovaných ve vozidlech (s výjimkou řidiče), která neselektují k dopravě osob (např. silniční válce, buldozery apod.) nebo v nákladních automobilech v prostoru pro náklad, pokud není pro dopravu osob určen,
- nastalé při účasti motorového vozidla na rychlostních závodech (včetně tréninků), obdobně pak v případě účasti lodí nebo letadel na rychlostních nebo vytrvalostních závodech (včetně tréninků na ně),
- nastalé při provádění typových zkoušek všech druhů dopravních prostředků (při provádění typových zkoušek rychlosti, brzdy, zvratu a stability motorového vozidla, dojezdu s největší rychlostí, zajištění motorových vozidel apod.),
- které si pojištěný způsobil sám nebo které mu byly způsobeny druhou osobou a které nejsou v příčinné souvislosti s dopravní nehodou.

Dále do pojištění dopravní nehody nezahrnujeme onemocnění, a to ani v případě, že propuklo v přímé souvislosti s dopravní nehodou.

## DOSPĚLÝ POJIŠTĚNÝ DOPLŇKOVÁ A ÚRAZOVÁ SLOŽKA POJIŠTĚNÍ

### DOPLŇKOVÉ POJIŠTĚNÍ SMRTI

#### Popis pojištění

Pojištění můžete sjednat pro osoby ve věku od dovršených 18 do 70 let. Pojištění končí nejdříve s ukončením smlouvy (max. v roce, ve kterém se pojištěný dožije 80 let).

Kromě doplňkového pojištění smrti můžete sjednat také **pojištění pozůstalostního důchodu**. Pojištění pozůstalostního důchodu můžete sjednat vždy jen pro dvojici pojištěných se stejnou pojistnou částkou a dobou trvání pojištění.

Doplňkové pojištění smrti můžete sjednat s konstantní a/nebo klesající pojistnou částkou (dále jen „varianta pojistné částky“).

Pro doplňkové pojištění smrti (pro obě varianty pojistné částky) i pro pojištění pozůstalostního důchodu můžete sjednat individuální konec. U pojištění pozůstalostního důchodu musí být individuální konec u obou pojištěných stejný (dle staršího ze dvojice pojištěných).

#### Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplaty

Pojistnou událostí je smrt pojištěného anebo terminální stadium onemocnění, pokud k pojistné události došlo v době trvání pojištění a zároveň došlo ke splnění všech podmínek stanovených ve smlouvě. Pojištění pozůstalostního důchodu se na terminální stadium onemocnění nevztahuje.

V případě úmrtí pojištěného vyplatíme obmyslenému pojistnou částku platnou ke dni úmrtí, není-li dále uvedeno jinak. V případě úmrtí pojištěného budeme z pojištění pozůstalostního důchodu obmyslenému po sjednanou dobu (12 měsíců), počínaje kalendářním měsícem následujícím po měsíci, ve kterém pojištěný zemřel, vyplácet měsíčně důchod ve výši platné ke dni úmrtí pojištěného.

Po dvou letech od počátku pojištění považujeme za pojistnou událost i smrt v důsledku onemocnění a úrazu, která nastaly, byly diagnostikovány nebo jakkoliv léčeny přede dnem počátku pojištění. Pojistné plnění vyplatíme v souladu se smlouvou.

Pokud je pojistnou událostí terminální stadium onemocnění, má pojištěný právo na výplatu zálohy na pojistné plnění (dále jen „záloha“) ve výši 60% z pojistné částky doplňkového pojištění smrti platné ke dni vzniku pojistné události.

Po vyplacení zálohy za terminální stadium onemocnění již nemůžete pojistnou částku zvyšovat ani měnit variantu pojistné částky, způsob klesání či prodloužovat dobu trvání pojištění. Pojistné platíte i nadále za původně sjednanou pojistnou částku, nikoliv za její zbyvajících část po odečtení zálohy.

Ve všech případech, kdy dojde v době trvání pojištění k následnému úmrtí pojištěného, doplatíme obmyslené osobě pojistnou částku platnou ke dni úmrtí poníženou o již vyplacenou zálohu.

Zvýšíte-li pojistnou částku doplňkového pojištění smrti v posledních dvou letech přede dnem, kdy lékař potvrdil terminální stadium onemocnění, stanovíme výši zálohy z pojistné částky doplňkového pojištění smrti platné před jejím zvýšením. Při následném úmrtí pojištěného pak vyplatíme pojistnou částku platnou k datu úmrtí sníženou o již vyplacenou zálohu.

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

#### Datum vzniku pojistné události

Datem vzniku pojistné události je den úmrtí pojištěného nebo den, kdy lékař pojištěnému potvrdil terminální stadium onemocnění.

#### Výluky a omezení plnění

Doplňkové pojištění smrti nebo pojištění pozůstalostního důchodu zanikne bez výplaty pojistného plnění a bez nároku na vrácení zaplaceného pojistného, dojde-li k pojistné události způsobené přímo či nepřímo válečnými událostmi, vojenskými nebo bojovými akcemi jakéhokoliv druhu (války, invaze, nepřátelské nebo válečné operace, občanské války).

Pojistné plnění nevyplatíme v případě úmrtí do dvou let od počátku pojištění v důsledku onemocnění a úrazu, které nastaly, byly diagnostikovány nebo jakkoliv léčeny přede dnem počátku pojištění.

Dojde-li ke smrti následkem sebevraždy pojištěného:

- do dvou let od počátku pojištění, zaniká pojištění bez výplaty pojistného plnění a bez nároku na vrácení zaplaceného pojistného,
- po dvou letech od počátku pojištění, vyplatíme pojistnou částku nebo začneme vyplácet pozůstalostní důchod ve výši platné ke dni úmrtí,
- v případech, kdy došlo v průběhu posledních 2 let před sebevraždou ke zvýšení pojistné částky doplňkového pojištění smrti nebo pojištění pozůstalostního důchodu, vyplatíme pojistnou částku nebo budeme vyplácet důchod pro pozůstalé ve výši platné před tímto zvýšením. Pojistné plnění vyplatíme obmyslenému.

Pojistné plnění za terminální stadium onemocnění nevyplatíme, nastane-li pojistná událost v období:

- dvou let ode dne počátku pojištění nebo
- kratším dvou let před koncem doby trvání tohoto pojištění.

#### Zánik pojištění

Doplňkové pojištění smrti zaniká smrtí pojištěného.

Pojištění pozůstalostního důchodu zaniká pro oba pojištěné smrtí jednoho z nich.

## POJIŠTĚNÍ VÁŽNÝCH NEMOCÍ A ÚRAZŮ

### Popis pojištění

Pojištění můžete sjednat pro osoby ve věku od dovršených 18 do 65 let. Pojištění končí nejspíše poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technického období, ve kterém se pojištěný dožije 70 let.

Pojištění můžete sjednat s konstantní a/nebo klesající pojistnou částkou (dále jen „varianta pojistné částky“). V každé variantě pojistné částky musíte zvolit buď variantu pojištění základní (pojištění 4 diagnóz), či kompletní (pojištění 38 diagnóz).

Pro toto pojištění můžete v rámci obou variant pojistné částky sjednat individuální konec.

### Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplaty

Pojistnou událostí je potvrzení diagnózy některé z vážných nemocí nebo podstoupení některé z operací, k nimž došlo během trvání pojištění, zároveň se příznaky neprojevily před počátkem pojištění ani v čekací době, a které splňuje podmínky stanovené ve smlouvě. V základní variantě pojištění poskytneme pojistné plnění za jednu pojistnou událost, která nastane v průběhu trvání pojištění, a to ve výši 100% pojistné částky platné ke dni vzniku pojistné události.

V kompletní variantě pojištění poskytneme pojistné plnění maximálně za jednu pojistnou událost z každé skupiny diagnóz, která nastane v průběhu trvání pojištění, a to vždy ve výši 100% pojistné částky platné ke dni vzniku pojistné události. Dojde-li k souběhu více pojistných událostí najednou v rámci jedné skupiny (výčet skupin uveden dále), vyplatíme pojistné plnění jen jednou.

Výplatu pojistného plnění provedeme na základě zaslání hlášení pojistné události, a to nezávisle na případném dalším plnění z jakéhokoliv jiného pojištění sjednaného ve smlouvě.

Pojistné plnění vyplatíme pouze za předpokladu přežití alespoň 30 kalendářních dnů od data vzniku pojistné události.

V základní variantě pojištění vážných nemocí a úrazů je pojistnou událostí potvrzení jedné z těchto diagnóz: infarkt myokardu, rakovina (nádorová onemocnění), totální ledvinové selhání, cévní mozková příhoda.

V kompletní variantě pojištění vážných nemocí a úrazů je pojistnou událostí potvrzení jedné z níže uvedených diagnóz, které dělíme do šesti skupin.

#### 1. skupina – selhání důležitých orgánů

- totální ledvinové selhání
- zařazení do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci životně důležitých orgánů
- systémový lupus erythematoses
- systémová sklerodermie
- aplastická anémie
- onemocnění plic způsobující dechovou nedostatečnost
- primární plicní arteriální hypertenze

#### 2. skupina – nervový systém

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

#### 3. skupina – kardiovaskulární systém

- infarkt myokardu
  - cévní mozková příhoda
  - operace aorty
  - operace věnicových (koronárních) tepen z důvodu ischemické choroby srdeční
  - náhrada jedné nebo více srdečních chlopní umělou chlopní
  - primární kardiomyopatie
  - embolie plicní tepny vyžadující chirurgickou embolektomii
  - operace plicní tepny
- #### 4. skupina – záněty
- operace při komplikacích Crohnovy nemoci (Morbus Crohn)
  - stavy vedoucí k syndromu krátkého střeva s nutností totální parenterální umělé výživy
- #### 5. skupina – nádory
- rakovina (nádorová onemocnění)
  - nitrolební (intrakraniální) nádor

#### 6. skupina – ostatní

- slepota
- hluchota
- ztráta řeči
- těžké popáleniny
- HIV

#### 1. skupina – selhání důležitých orgánů

**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.

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

**Zařazení do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci životně důležitých orgánů** – životně důležitými orgány pro účely pojištění rozumíme srdce, plíce, játra, ledviny, slinivku břišní, střeva, kdy příjemcem orgánu je pojištěný. Povinností plnit vzniká dnem zařazení do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci, přičemž transplantace musí být z lékařského hlediska nezbytně nutná a musí být objektivně potvrzeno selhání funkce příslušného orgánu odborným lékařem.

**Systémový lupus erythematoses** – multiorgánové autoimunitní systémové onemocnění (difúzní onemocnění pojivové tkáně), které je charakterizováno tvorbou autoprotilátek působících proti různým strukturám buněčného jádra, projevující se specifickým orgánovým postižením kůže, kloubů, plic, srdce, ledvin, mozku, krevtvorby, cév. Diagnóza musí být klinicky potvrzena odborným lékařem na podkladě průkazu čtyř nebo více klasifikačních kritérií ACR (American College of Rheumatology).

Vyloučeny jsou onemocnění pouze s kožním postižením a jiná systémová onemocnění.

**Systémová sklerodermie** – systémové autoimunitní onemocnění pojivové tkáně (kolagenóza), také označované jako progresivní systémová skleróza, které má chronický postupně zhoršující se charakter; musí se jednat o difúzní formu sklerodermie. Difúzní, tj. celkové se šíří, forma systémové sklerodermie spočívá v rozsáhlém postižení kůže, pohybového systému a vnitřních orgánů (srdce, plic nebo ledvin). Nezbytně je prokázání diagnózy difúzní formy systémové sklerodermie klinickým nálezem odborného lékaře v oboru revmatologie vč. zařazení dle klasifikačních kritérií ACR/EULAR nebo jiných. Postižení srdce, plic nebo ledvin musí být potvrzeno v biopsii a sérologických testech. Vyloučeny jsou morfy, lokalizované formy sklerodermie, eozinofilní fasciitida a CREST syndrom.

**Aplastická anémie** – selhání funkce kostní dřeně (porucha krevtvorby), v jejímž důsledku je v cirkulující krvi nedostatek červených i bílých krvinek a krevních destiček.

Podmínkou vzniku pojistné události je splnění všech následujících požadavků:



z nemocnice vč. uvedení typu a důvodu operace a nálezu histologického vyšetření ze vzorku odoperované tkáně. Za vážnou nemoc podle těchto podmínek se nepovažuje konzervativní léčba, tj. jiná než operační léčba.

**Stavy vedoucí k syndromu krátkého střeva s nutností totální parenterální umělé výživy** – syndrom krátkého střeva souvisí s nedostatečnou délkou zaživacího traktu vzniklou po opakovaných resekcích (chirurgických výkonech na střevě s odnětím části střeva). Důsledky pro organismus jsou různé podle odňatého segmentu střeva a podle zbylé délky tenkého střeva. Nedochozí ke správnému vstřebávání živin. Následně vzniká podvýživa, kterou není možné řešit jinak než umělou parenterální výživou. Podmínkou pro poskytnutí pojistného plnění je, že podávání umělé parenterální výživy je dlouhodobé nebo trvalé. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem se zdůvodněním nutnosti podávání umělé parenterální výživy.

## 5. skupina – nádory

**Rakovina (nádorová onemocnění)** – přítomnost nekontrolovaného růstu a rozšiřování maligních buněk a jejich invaze do tkáně, potvrzená odborným lékařem a potvrzená histologickým vyšetřením; termín rakovina také zahrnuje leukémii, maligní lymfomy vč. lymfomou kožního, Hodgkinovu chorobu, zhoubný nádor kostní dřeni a sarkom.

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, T1b nebo T1c),
- maligní melanom klasifikace IA a ostatní typy rakoviny kůže,
- všechny typy rakoviny za přítomnosti HIV infekce.

**Nitrolební (intrakraniální) nádor** – benigní (nezhoubný) nádor mozku, mozkových blan a prodloužené míchy, který ohrožuje životní funkce útlakem okolní tkáně, který je nutno řešit chirurgickým zákrokem (otevřením z kraniotomie, stereotaktickým, endonasálním apod.) a/nebo radioterapií a/nebo chemoterapií. V případě, že je neoperabilní, musí způsobovat trvalé neurologické poškození.

Potvrzení diagnózy neurologickým vyšetřením a schválení neurochirurgickým pracovištěm k operačnímu zákroku; je-li nádor tímto pracovištěm hodnocen jako neoperabilní, musí objektivní neurologické vyšetření MRI nebo CT (případně PET) provedené lékařem specialistou v oboru neurologie prokázat trvalé neurologické poškození.

## 6. skupina – ostatní

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

Stav nelze změnit žádným lékařským zákrokem. Pojistnou událostí není snížení visu (zraku) nižšího stupně.

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

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

**Ztráta řeči** – úplná, trvalá a nevratná ztráta schopnosti řeči v důsledku nemoci nebo úrazu hlasivek. Diagnóza musí být potvrzena nálezem odborného lékaře. Za pojistnou událost považujeme i stav po laryngektomii (odstranění hrtanu).

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

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

**HIV** – nákaza virem lidské imunitní nedostatečnosti (Human Immunodeficiency Virus – HIV) nebo syndrom získaného selhání imunity (Acquired Immune Deficiency Syndrom – AIDS). Pojistnou událostí je HIV infekce nastalá při:

- transfúzi infikované krve nebo krevních produktů z transfúzní stanice, která je oficiálně registrována a užívána zdravotnickými úřady po datu počátku pojištění;
- náhodné poranění jehlou, ke kterému došlo při plnění běžných povinností osoby jako lékaře / zubního lékaře, zdravotní sestry, zdravotníka, hasiče nebo policisty;
- příjem transplantovaného orgánu, kdy byl tento orgán dříve infikován virem HIV;
- fyzickým napadením;
- poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě.

Každá událost, která vede k potenciálnímu nároku, musí nastat během trvání pojištění a musíte nám ji doložit negativním testem na protilátky proti HIV provedeným do 7 dnů po této události (vyjma transfúze). Sérokonverze na infekci HIV musí proběhnout do 6 měsíců od události.

Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem.

Ke každé události musí být doloženo nahlášení příslušným orgánům činným v dané věci a řádné vyšetření v souladu s uznávanými metodami a dále u:

- transfúze krve: nám musíte předložit buď písemně uznaní odpovědnosti instituce, která provedla transfúzi, nebo soudní rozhodnutí s doložkou právní moci, která takovou odpovědnost potvrzuje;
- fyzického napadení nebo poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě nám musíte výsledek vyšetřování doložit formou zprávy.

Pojistivna musí mít volný přístup ke všem vzorkům krve pojištěného a je oprávněna nechat provést nezávislé testy těchto vzorků.

Pojistnou událostí není onemocnění za přítomnosti hemofilie, dále jakékoli infekce jiného druhu a ostatní zdroje nákazy HIV (nitrožilní užívání drog či přenos pohlavním stykem a podobně).

## Datum vzniku pojistné události

Datem vzniku pojistné události je den, kdy lékař pojištěnému potvrdil diagnózu, respektive provedl některý z operačních zákroků.

## Čekací doba

U pojištění vážných nemocí a úrazů uplatňujeme pro vznik pojistné události čekací dobu dva měsíce ode dne počátku tohoto pojištění. Čekací doba se nevztahuje na případy, kdy došlo k vážné nemoci výlučně v důsledku úrazu vzniklého nejdříve v den počátku pojištění. V případě, kdy jste v posledních dvou měsících před pojistnou událostí zvýšili pojistnou částku pojištění vážných nemocí a úrazů, vyplatíme pojistnou částku platnou před jejím zvýšením. Pokud došlo k dané vážné nemoci v důsledku úrazu, který nastal v době trvání pojištění, a po vzniku úrazu došlo ke zvýšení pojistné částky, vyplatíme pojistnou částku platnou ke dni vzniku úrazu.

Čekací dobu neuplatňujeme při provedení změny ve variantě pojistné částky nebo způsobu klesání, pokud zároveň nedojde k navýšení pojistné částky.

## Výluky a omezení plnění

Výluky a omezení plnění popisujeme vždy u konkrétní diagnózy či zákroku.

## Zánik pojištění

### I. Zánik v rámci základní varianty pojištění vážných nemocí a úrazů

K datu potvrzení diagnózy vážné nemoci pojištění základní varianty vážných nemocí a úrazů zaniká. Smlouva zůstává nadále v platnosti.

### II. Zánik v rámci kompletní varianty pojištění vážných nemocí a úrazů

K datu potvrzení diagnózy vážné nemoci či provedení operačního zákroku končí pojištění diagnózy či zákroku, za které jsme poskytli pojistné plnění, a zároveň končí pojištění

skupiny, ve které jsou tato diagnóza či zákrok obsaženy (viz výčet skupin výše). Po vyplacení plnění za první pojistnou událost již nemůžete prodlužovat dobu trvání pojištění.

Pojištění ostatních skupin pokračuje dál, pojistná částka a sazba pojistného zůstává beze změn. Pokud došlo v období po vzniku pojistné události před jejím nahlášením k navýšení pojistné částky, pojištění vážných nemocí a úrazů bude ukončeno bez možnosti pokračování. Pokud došlo v období od nahlášení pojistné události do výplaty pojistného plnění k navýšení pojistné částky, pokračuje pojištění ostatních skupin s pojistnou částkou platnou před tímto navýšením.

Zánikem pojištění všech výše uvedených skupin zaniká pojištění kompletní varianty vážných nemocí a úrazů. Smlouva zůstává nadále v platnosti. Smlouva zůstává nadále v platnosti.

## PŘIPOJIŠTĚNÍ NA NOVOTVARY IN SITU

### Popis pojištění

Novotvar in situ je karcinom nebo melanom, ohraničený zhoubný nádor, lokalizovaný v místě svého vzniku, který se dá z těla odstranit chirurgickou cestou, např. ve sliznici daného orgánu nebo na kůži, bez přesahu do dalších vrstev (tzv. neinvazivní nádor).

Připojištění na novotvary in situ můžete sjednat pouze současně s pojištěním vážných nemocí a úrazů.

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

### Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplaty

Pojistnou událostí je potvrzení diagnózy s níže uvedeným kódováním dle MKN 10 – Mezinárodní klasifikace nemocí (dále také „MKN 10“) příslušným odborným lékařem na základě histologického vyšetření svédčícího pro zhoubné onemocnění:

- D01 karcinom in situ jiných a neurčených trávicích orgánů (D01.0 – D01.9),
- D03 melanom in situ (D03.0 – D03.9),
- D05 karcinom in situ prsu (D05.0 – D05.9),
- D06 karcinom in situ hrdla děložního – cervicis uteri (D06.0 – D06.9),
- D07 karcinom in situ jiných a neurčených pohlavních orgánů (D07.0 – D07.6),
- D09 karcinom in situ jiných a neurčených lokalizací (D09.0 – D09.9),
- dále maligní melanom stadia IA podle TNM a primární karcinom prostaty (C61) stadia po T2N0MO (T1a, T1b, T1c) a (D07, C61).

Pojistné plnění vám vyplatíme ve výši 30 % pojistné částky pojištění vážných nemocí a úrazů platné k datu vzniku pojistné události. Plnění za novotvary in situ vám v průběhu trvání pojištění vyplatíme pouze jednou, a to i v případech, kdy u vás došlo k souběhu více pojistných událostí z důvodu diagnostikování více druhů novotvarů in situ.

### Datum vzniku pojistné události

Datem vzniku pojistné události je den, ke kterému lékař pojištěnému potvrdil diagnózu.

### Výluky

Pojistné plnění vám neposkytneme za diagnózy, které nejsou výše uvedeny, a dále ani za nádory za přítomnosti HIV infekce.

### Zánik pojištění

Připojištění na novotvary in situ zaniká pojistnou událostí.

Pokud v kompletní variantě pojištění vážných nemocí a úrazů zanikne pojištění 5. skupiny, pak automaticky zaniká i připojištění na novotvary in situ.

Dále připojištění na novotvary in situ zaniká v případě zániku základní nebo kompletní varianty pojištění vážných nemocí a úrazů.

## POJIŠTĚNÍ INVALIDITY NEBO DLOUHODOBÉ PĚČE

### Popis pojištění

Pojištění můžete sjednat pro osoby ve věku od dovršených 18 do 65 let. Pojištění končí nejpозději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technického období, ve kterém se pojištění dožije 70 let.

Pojištění můžete sjednat s konstantní nebo klesající pojistnou částkou (dále jen „varianta pojistné částky“). Zvolený způsob klesání platí pro všechny sjednané stupně invalidity. V každé variantě pojistné částky volíte pojištění následkem úrazu, či následkem úrazu nebo nemoci (dále jen „varianta pojištění“).

Pro toto pojištění můžete v rámci obou variant pojistné částky sjednat individuální konec, který platí pro všechny stupně invalidity sjednané v rámci dané varianty pojistné částky.

Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče sjednáváte pro případ invalidity 3. stupně. K tomu si můžete sjednat pojištění 2. a 1. stupně, popř. jen 2. stupně.

Pojištění 3. stupně automaticky zahrnuje i pojištění dlouhodobé péče ve stupni závislosti II a vyšším (dále jen „příspěvek na péči“).

Pro jednotlivé stupně můžete sjednat rozdílnou pojistnou částku. Pro nižší stupeň však musíte vždy sjednat i následující vyšší stupeň, a to s částkou minimálně ve výši pojistné částky nižšího stupně.

### Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplaty

Pojistnou událostí je:

- uznání invalidity ČSSZ ve smyslu platných předpisů o sociálních zabezpečení a ustanovení smlouvy, ke kterému došlo v průběhu trvání pojištění, nebo
- přiznání příspěvku na péči v souladu se zákonem o sociálních službách, ke kterému došlo v průběhu trvání pojištění.

V případě vzniku pojistné události vyplatíme pojištěnému pojistné plnění ve výši pojistné částky platné k datu vzniku pojistné události.

By-li pojištěnému v době trvání pojištění způsoben úraz při dopravní nehodě, pro jehož následky byl pojištěný následně uznán invalidním 3. stupně, a to ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení a příslušných podmínek, nebo mu byl přiznán příspěvek na péči, poskytneme mu kromě plnění za pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče navíc i plnění za invaliditu nebo dlouhodobou péči z důvodu úrazu při dopravní nehodě. Plnění vyplatíme ve výši pojistné částky pro pojištění invalidity 3. stupně nebo dlouhodobé péče sjednané ve smlouvě ke dni vzniku úrazu, maximálně však do výše částky 1 mil. Kč (platí pro součet obou variant pojistné částky).

V případě invalidity 3. stupně nebo dlouhodobé péče a invalidity 2. stupně poskytneme plnění i za diagnózy F00 – F99 (poruchy duševní a poruchy chování dle MKN 10).

V případě invalidity 1. stupně poskytneme plnění za organické duševní poruchy (diagnózy F00 – F09) a také za diagnózy schizofrenie (F20). Tyto diagnózy musí být dle vyšetření jednoznačně prokazatelné.

Podmínkou výplaty pojistného plnění je, že k uznání invalidity 3. stupně nebo přiznání příspěvku na péči nebo uznání invalidity 2. stupně dojde v důsledku onemocnění nejdříve po jednom roce od počátku tohoto pojištění, v případě pojištění invalidity 1. stupně nejdříve po jednom a půl roce od počátku tohoto pojištění.

Pokud zvýšíte pojistnou částku a pojištěný je uznán invalidním nebo je mu přiznán příspěvek na péči, v obou případech výlučně z důvodu nemoci, vzniká nárok na takto zvýšené pojistné plnění až pro pojistné události, které nastanou po uplynutí jednoho roku, resp. jednoho a půl roku (pouze pro 1. stupeň invalidity) od data účinnosti této změny.

Pokud zvýšíte pojistnou částku a pojištěný je uznán invalidním nebo je mu přiznán příspěvek na péči výlučně v důsledku úrazu, vyplatíme pojistnou částku platnou ke dni vzniku úrazu.





## Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplaty

Pojistnou událostí je:

- uznání invalidity 2. nebo 3. stupně ČSSZ ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení a ustanovení smlouvy, ke kterému došlo v průběhu trvání pojištění, nebo
- příznání příspěvku na péči v souladu se zákonem o sociálních službách, ke kterému došlo v průběhu trvání pojištění.

Podmínkou výplaty pojistného plnění je, že k uznání invalidity 2. nebo 3. stupně nebo příznání příspěvku na péči dojde v důsledku onemocnění nejdříve po jednom roce od počátku tohoto pojištění.

Splnění podmínky jednoho roku nevyžadujeme, pokud nám jednoznačně prokážete, že onemocněli, pro které jste byli uznáni invalidním 2. nebo 3. stupně, resp. pro které vám byl příznán příspěvek na péči, nastalo a bylo diagnostikováno po počátku pojištění. O splnění těchto podmínek máme právo rozhodnout na základě odborné lékařské expertizy. Pokud zvýšíte běžné pojistné a jste uznán invalidním nebo je vám příznán příspěvek na péči, v obou případech vylučně z důvodu nemoci, budete zproštěn v rozsahu navýšeného pojistného až pro pojistné události, které nastanou po uplynutí jednoho roku od data účinnosti navýšení pojistného.

Pokud zvýšíte běžné pojistné a jste uznán invalidním nebo je vám příznán příspěvek na péči vylučně v důsledku úrazu, budete zproštěn v rozsahu pojistného platného ke dni vzniku úrazu.

Od placení vás zprostíme i v případě uznání invalidity 2. nebo 3. stupně nebo příznání příspěvku na péči z důvodu diagnózy F00 – F99 (poruchy duševní a poruchy chování dle MKN 10).

### Datum vzniku pojistné události

Datem vzniku pojistné události je den, od kterého jste byl ČSSZ uznán invalidním 2. nebo 3. stupně, a to ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení a těchto pojistných podmínek, nebo vám byl příznán příspěvek na péči.

### Povinnosti pojištěného

Na naši žádost jste povinen prokázat, že jste stále invalidní 2. nebo 3. stupně nebo že stále pobíráte příspěvek na péči.

### Výluky a omezení plnění

Od placení vás nezprostíme v případě invalidity 2. nebo 3. stupně nebo dlouhodobé péče z důvodu diagnózy F00 – F99 vzniklé v příčinné souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo psychoaktivních látek.

Ostatní podmínky pro příznání nároku na plnění z pojištění zproštěni od placení pojistného z důvodu invalidity nebo dlouhodobé péče zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI.

### POJIŠTĚNÍ KAPITÁLOVÉ HODNOTY

Pojištění můžete sjednat pro osoby ve věku od dovršených 18 do 70 let. Pojištění končí nejdříve s ukončením smlouvy (max. v roce, ve kterém se pojištěný dožije 80 let). Ostatní podmínky - předmět a rozsah pojištění a pojistná událost zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI.

### POJIŠTĚNÍ INVALIDITY NEBO DLOUHODOBÉ PĚČE S VÝPLATOU DOŽIVOTNÍ RENTY

Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s výplatou doživotní renty sjednáváte pro případ invalidity 3. stupně, resp. pro případ dlouhodobé péče ve stupni závislosti II a vyšším (dále jen „příspěvek na péči“). Podmínky pro uznání invalidity nebo příznání příspěvku na péči jsou totožné s podmínkami pro pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče.

V případě invalidity 3. stupně nebo dlouhodobé péče poskytneme plnění i za diagnózy F00 – F99 (poruchy duševní a poruchy chování dle MKN 10). V případě invalidity 3. stupně nebo dlouhodobé péče neposkytneme plnění za diagnózy F00 – F99 dle MKN 10 vzniklé v příčinné souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo psychoaktivních látek.

Ostatní podmínky pro příznání nároku na plnění z pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s výplatou doživotní renty zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI.

### POJIŠTĚNÍ TRVALÝCH NÁSLEDKŮ NEMOCI

#### Popis pojištění

Pojištění můžete sjednat pro osoby ve věku od dovršených 18 do 65 let. Pojištění končí nejdříve poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technického období, ve kterém se pojištěný dožije 70 let. Pro toto pojištění můžete sjednat individuální konec.

## Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplaty

Pojistnou událostí je potvrzení trvalého následku nemoci, který nastal v době trvání pojištění, odborným lékařem, resp. provedení jedné z níže uvedených operací v době trvání pojištění, resp. vystavení lékařského posudku, který potvrzuje zdravotní důvody ztráty schopnosti řídit automobil, resp. provedení asistované reprodukce.

Pojistné plnění vyplácíme max. do výše příslušného procenta pojistné částky platné ke dni vzniku pojistné události, a to dle tabulky uvedené níže. Po vyplacení plnění za první pojistnou událost již nemůžete zvyšovat pojistnou částku ani prodlužovat dobu trvání pojištění. Maximální možné plnění je ve výši 400 % pojistné částky.

Procento plnění z PC	25 %	100 %	400 %
<b>Ztráta sluchu</b>	Hluchota na 1 ucho	Vážná ztráta sluchu	Hluchota
<b>Ztráta řeči</b>		Vážná ztráta řeči	Úplná ztráta řeči
<b>Ztráta zraku</b>	Slepota na 1 oko	Silná slabozrakost	Slepota
<b>Následky selhávání orgánů</b>	Trvalá kolostomie Trvalá ileostomie Parenterální výživa (dlouhodobá)	Trvalá tracheostomie Trvalé podávání O <sub>2</sub>	Konečné stadium onemocnění ledvin, plic, jater, srdce, slinivky
<b>Ochrnutí</b>	Ochrnutí 1 končetiny Obrna lícního nervu	Ochrnutí 2 končetin	Ochrnutí 3 nebo 4 končetin
<b>Amputace končetin</b>	Amputace 1 končetiny	Amputace 2 končetin	Amputace 3 nebo 4 končetin
<b>Ztráta schopnosti řídit automobil</b>	Ztráta schopnosti řídit automobil		
<b>Asistovaná reprodukce IVF</b>	Asistovaná reprodukce IVF		

## ZTRÁTA SLUCHU

### Hluchota na 1 ucho

O jednostrannou hluchotu se jedná v případě, kdy pojištěný na jedno ucho téměř nebo vůbec neslyší. Projevuje se zejména neschopností rozlišit směr přicházejícího zvuku a ztrátou schopnosti rozlišit zvuky přicházející z postižené strany, projevující se zejména zhoršením rozumění řeči v hluku.

Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem a doložena průměrnou sluchovou ztrátou sluchovým prahem 70 – 90 dB při 500, 1 000, 2 000 a 4 000 Hz na zdravějším uchu při vyšetření tónovým audiogramem.

### Vážná ztráta sluchu

Trvalá, nenávratná, významná část ztráty sluchu obou uší způsobená nemocí. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem a doložena průměrnou sluchovou ztrátou sluchovým prahem 41–80 dB při 500, 1 000, 2 000 Hz na zdravějším uchu při vyšetření tónovým audiogramem.

### Hluchota

Úplná, trvalá, nenávratná ztráta sluchu obou uší jako následek nemoci, jejíž stav nelze změnit lékařským zákrokem. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem a doložena průměrnou sluchovou ztrátou sluchovým prahem vyšším než 81 dB při 500, 1 000, 2 000 Hz na zdravějším uchu při vyšetření tónovým audiogramem.

## ZTRÁTA ZRAKU

### Slepota na jedno oko

Úplná, trvalá, nevratná ztráta zraku na jednom oku (bez ohledu na stav oka druhého) způsobená nemocí, která nemůže být korigována lékařskou léčbou. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem.

### Silná slabozrakost

Těžká ztráta zraku obou očí způsobená nemocí, která nemůže být korigována optickou korekcí, refraktivní chirurgií, medikací nebo jinou operací.

Těžká ztráta zraku je prokazatelná zrakovou ostrostí 6/60 nebo méně (0,10 nebo méně) na zdravějším oku s nejlepší postupnou korekcí nebo omezením zorného pole v rozsahu méně než 20° od bodu fixace na zdravějším oku s nejlepší dostupnou korekcí. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem.

### Slepota

Úplná, trvalá, nenávratná ztráta zraku obou očí; patří sem i téměř úplná ztráta zraku s minimálním zbytkovým viděním (max. 3/60) nebo omezením zorného pole (pod 20°). Stav nelze změnit žádným lékařským zákrokem. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem.

## ZTRÁTA ŘEČI

### Vážná ztráta řeči

Trvalá, nevratná, významná ztráta schopnosti řeči v důsledku nemoci. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem. Psychogenní ztráta schopnosti mluvit není kryta. Právo na pojistné plnění nevznikne, jde-li o vznik postižení v důsledku psychického stavu (tj. veškeré příčiny související s psychiatrickými diagnózami) a v případě, že příčinou vzniku onemocnění je kouření.

### Úplná ztráta řeči

Úplná, trvalá, nenávratná ztráta schopnosti řeči v důsledku nemoci. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem. Za pojistnou událost považujeme i stav po laryngektomii (odstranění hrtanu). Psychogenní ztráta schopnosti mluvit není kryta. Právo na pojistné plnění nevznikne, jde-li o vznik postižení v důsledku psychického stavu (tj. veškeré příčiny související s psychiatrickými diagnózami) a v případě, že příčinou vzniku onemocnění je kouření.

## NÁSLEDKY SELHÁVÁNÍ ORGÁNŮ

### Trvalá kolostomie

Podstoupení chirurgického zákroku, jehož účelem je vytvořit kolostomii. Kolostomií se rozumí umělé vyústění konce tlustého střeva prostřednictvím vývodu (stomie) skrze břišní stěnu. Potřeba trvalé kolostomie musí být potvrzena odborným lékařem. Pojistnou událostí není jakákoliv dočasná kolostomie, která je odstraněna nebo u níž se odstranění předpokládá do 12 měsíců od jejího zavedení (chirurgického zákroku).

### Trvalá ileostomie

Podstoupení chirurgického zákroku, jehož účelem je vytvořit ileostomii. Ileostomií se rozumí umělé vyústění konce tenkého střeva prostřednictvím vývodu (stomie) skrze břišní stěnu. Potřeba trvalé ileostomie musí být potvrzena odborným lékařem. Pojistnou událostí není jakákoliv dočasná ileostomie, která je odstraněna nebo u níž se odstranění předpokládá do 12 měsíců od jejího zavedení (chirurgického zákroku).

### Parenterální výživa (dlouhodobá)

Je umělá, náhradní výživa, která organismu zajišťuje podávání energetických substrátů a živin přímo do krevního řečiště, tedy mimo zažívací trakt, s cílem udržet dlouhodobě uspokojivý nutriční stav a stav vnitřního prostředí (pojištěného). Parenterální výživa je aplikována centrální žilou a slouží k dlouhodobé komplexní výživě. Podávání parenterální výživy musí být dlouhodobé nebo trvalé.

### Trvalá tracheostomie

Podstoupení chirurgického zákroku, jehož účelem je vytvořit umělé vyústění průdušnice na povrch těla prostřednictvím rozříznutí stěny průdušnice nebo vytvoření otvoru v průdušnici, za účelem umožnit pojištěnému dýchání bez využití nosu nebo úst. Potřeba trvalé tracheostomie musí být potvrzena odborným lékařem. Pojistnou událostí není jakákoliv dočasná tracheostomie, která je odstraněna nebo u níž se odstranění předpokládá do 12 měsíců od jejího zavedení (chirurgického zákroku).

### Trvalé podávání kyslíku

Oxygenoterapie je léčba pomocí inhalace kyslíku, který je považován za léčivo. Terapie je určena nemocným s plicními i mimoplicními chorobami. Kyslíková terapie znamená podávání kyslíku v koncentraci vyšší, než je v atmosférickém vzduchu. Cílem je udržet parciální tlak kyslíku v tepenné krvi (paO<sub>2</sub>) nad 8,0 kPa a zajistit přiměřenou dávku kyslíku tkáním. Podávání kyslíku musí být min. 16 hodin denně.

### Konečné stadium onemocnění ledvin, plic, jater, srdce, slinivky

Je konečné stadium onemocnění/selhávání některého z uvedených orgánů – obou ledvin, plic, jater, srdce nebo slinivky, následkem chronického a nevratného poškození vzniklého v důsledku jejich onemocnění. Diagnóza musí být potvrzena příslušným odborným lékařem. Pojistnou událostí není dočasné selhání některého z uvedených orgánů. Vyloučeno je poškození (onemocnění/selhávání) uvedených orgánů v souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky.

## OCHRNUTÍ

### Ochrnutí 1 končetiny

Trvalé a úplné ochrnutí jakékoliv končetiny v důsledku onemocnění míchy nebo mozku. V případě horní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od zápěstí níže (ruka), v případě dolní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od kotníku dolů (noha).



Pro toto pojištění můžete sjednat individuální konec, který může být pro každou z variant rozdílný.

#### Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplaty

Pojistnou událostí je pobyt pojištěného na lůžkovém oddělení nemocnice, pokud pojištěný musí být ošetřen nebo léčen v nemocnici za účelem vyšetření nebo stanovení diagnózy či pro závažnost úrazu, nemoci, těhotenství, potratu, porodu, nebo charakteru jejich ošetření, vyšetření či léčení, kdy podmínkou poskytnutí plnění je, že k propuštění pojištěného dojde nejdříve následující den po přijetí.

V případě hospitalizace poskytneme plnění za organické duševní poruchy (diagnózy F00 – F09 dle MKN 10) a také za diagnózu schizofrenie (F20). Tyto diagnózy musí být dle vyšetření jednoznačně prokazatelné.

Pojistnou událostí je také hospitalizace z důvodu komplikací po kosmetických operacích, které jsou prokazatelně nezaviněné pojištěným. Pojistné plnění poskytneme v případě, kdy je pojištěný hospitalizován s komplikacemi po kosmetické operaci a zároveň má po tuto dobu vystavenou pracovní neschopnost. Osoba samostatně výdělečně činná, která je poplatníkem nemocenského pojištění, dokládá potvrzení správy sociálního zabezpečení o čerpání nemocenských dávek. Osoba samostatně výdělečně činná, která není poplatníkem nemocenského pojištění, prokazuje nárok na plnění potvrzením lékaře o době léčení, na kterou by jinak pracovní neschopnost vystavena byla.

Pojistné plnění poskytneme také v případě nepřetržité hospitalizace dítěte z důvodu poporodních komplikací potvrzených odborným lékařem, ale pouze při splnění podmínky, že hospitalizace z důvodu poporodních komplikací bezprostředně navazuje na porod. Plnění vyplácíme pouze jednou z pojištění hospitalizace matky, a to i v případě, kdy matka není s dítětem hospitalizována. Maximální počet dnů, za které vyplatíme pojistné plnění v rámci jedné pojistné události, je v tomto případě 30 dnů.

V případě dlouhodobého pobytu v nemocnici můžeme na základě hlášení pojistné události pro zálohové plnění poskytnout opakované zálohové plnění. O takové plnění nás může pojištěný požádat nejdříve po jednom měsíci od vzniku pojistné události. Opakované zálohové plnění můžeme poskytnout za každý ukončený měsíc pobytu v nemocnici. Spolu s každou žádostí nám musí pojištěný doložit také potvrzení lékaře o trvání pobytu v nemocnici z důvodu léčení a důvod hospitalizace.

Výplata pojistného plnění končí nejspíše se zánikem pojištění, vyjma ukončení uplynutím doby trvání pojištění.

#### Čekací doba

Základní čekací doba pro hospitalizaci z důvodu nemoci je dva měsíce od počátku tohoto pojištění. Tato čekací doba se nevztahuje na akutní infekční onemocnění nastalé po počátku pojištění, pokud je nutná hospitalizace na specializovaném infekčním oddělení nebo oddělení s odborným režimem. Pokud je příčinou pojistné události jiné akutní onemocnění, u kterého se jednoznačně prokáže, že nemůže mít příčinnou souvislost s onemocněním, obtížemi nebo projevy, které se vyskytly před počátkem pojištění, může pojišťovna rozhodnout o poskytnutí pojistného plnění i v případě vzniku pojistné události v čekací době.

Zvláštní čekací doba v délce tří měsíců je stanovena pro hospitalizaci výlučně z důvodu těhotenství, v délce osmi měsíců pro hospitalizaci výlučně z důvodu porodu, zubního ošetření, zhotovení zubních náhrad a úkonů chirurgie nebo ortopedie čelisti.

#### Výluky a omezení plnění

Pojistné plnění z pojištění hospitalizace se nevztahuje na:

- léčebné pobyty v lážních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, s výjimkou případů, kdy je pobyt nutný z důvodu předešlé hospitalizace a je nezbytný pro další léčení z důvodu vážných stavů po nemoci, úrazu a vážných pooperačních stavů.
- Dále neplatí za pobyt v psychiatrických léčebnách a zařízeních, s výjimkou případů, kdy je pobyt nutný z důvodu diagnózy F00 - F09 (organické duševní poruchy dle MKN 10), resp. se jedná o pobyt z důvodu diagnózy F10 - F99 dle MKN 10, která nastala v důsledku předchozí nemoci, která není ve výluce.
- Maximální počet dnů, za které poskytneme pojistné plnění za následný léčebný pobyt či pobyt v psychiatrické léčebně, v rámci jedné pojistné události je 30 dnů (pobyty ze sociálních důvodů jsou vyloučeny).
- Neplníme také za pobyty v zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie nebo závislosti, a to včetně následné pracovní neschopnosti, a dále za pobyty v zařízeních souvisejících s pečovatelskou službou, jakož i ve speciálních dětských zařízeních a v ústavech sociální péče.
- preventivní léčebné zákroky z důvodů genetických předpokladů rakoviny, pokud faktory ovlivňující zdravotní stav dle MKN 10 byly zjištěny před počátkem pojištění,
- organické duševní poruchy (diagnózy F00 - F09 dle MKN 10) a také na diagnózu schizofrenie (F20), které vznikly v příčinné souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo psychoaktivních látek,
- poruchy duševní a poruchy chování z důvodu nemoci dle MKN 10 diagnózy F10 – F99, vyjma schizofrenie (F20).

Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z pojištění hospitalizace zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI bez jakýchkoliv změn.

#### POJIŠTĚNÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI - NEMOC

##### Popis pojištění

Pojištění můžete sjednat pro osoby ve věku od dovršených 18 do 70 let, pokud jsou v pracovním poměru nebo vykonávají práci na základě dohody o pracovní činnosti nebo mají pravidelné příjmy ze samostatné výdělečné činnosti.

Pojištění končí nejspíše poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technického období, ve kterém se pojištěný dožije 75 let.

Pojištění můžete sjednat ve variantě (dále jen „varianta plnění“):

PN15 (s plněním následně od 15. dne)

a/ nebo PN29:

a) s plněním následně od 29. dne nebo

b) s plněním od 1. dne

a/ nebo PN57 (s plněním následně od 57. dne).

Pro zvolené varianty plnění můžete sjednat stejnou či různou pojistnou částku.

Pro toto pojištění můžete sjednat individuální konec, který platí pro všechny sjednané varianty plnění.

#### Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplaty

Pojistné plnění vyplatíme za každou zvolenou variantu plnění, a to za každý den pracovní neschopnosti včetně sobot, nedělí a svátků. Pojistné plnění vyplatíme pojištěnému ve vyšší pojistné částky platné ke dni vzniku nemoci.

Pro osoby samostatně výdělečně činné (dále jen „OSVČ“) – neplátce nemocenského pojištění je maximální počet dnů, za které vyplatíme pojistné plnění v rámci jedné pojistné události, 548. Pro OSVČ – neplátce nemocenského pojištění dále platí, že pokud se nemoc, kvůli které byla pracovní neschopnost vystavena, opakovaně vyskytne nejdříve po 7 letech od vyléčení, považujeme ji za novou pojistnou událost, za kterou poskytneme pojistné plnění v součtu opět za max. 548 dnů. Vyléčením rozumíme stav, kdy se příznaky nemoci neprojeví způsobem, který by bylo nutné zaznamenat do zdravotnické dokumentace, nebo způsobem, který by vyžadoval léčbu a vystavení pracovní neschopnosti.

Z pojištění pracovní neschopnosti poskytneme plnění za organické duševní poruchy (diagnózy F00 – F09 dle MKN 10) a také za diagnózu schizofrenie (F20), které jsou dle vyšetření jednoznačně prokazatelné.

Pojistnou událostí je také pracovní neschopnost z důvodu komplikací po kosmetických operacích, které jsou prokazatelně nezaviněné pojištěným.

Pojistné plnění poskytneme také za pracovní neschopnost z důvodu těhotenských komplikací. Maximální počet dnů, za které poskytneme plnění v průběhu jednoho těhotenství, je 30 dnů.

V případě dlouhodobé pracovní neschopnosti můžeme pojištěnému na základě hlášení pojistné události pro zálohové plnění poskytnout opakované zálohové plnění. O takové plnění nás může pojištěný požádat nejdříve po jednom měsíci od vzniku pojistné události. Opakované zálohové plnění můžeme poskytnout za každý ukončený měsíc pracovní neschopnosti.

V případě vzniku nové nemoci v době trvání pracovní neschopnosti je toto novou pojistnou událostí pouze v případě, kdy nová nemoc není v žádné příčinné souvislosti s nemocí již diagnostikovanou.

Pokud došlo současně k pracovní neschopnosti pro více nemocí, vyplatíme pojistné plnění maximálně do výše celkové doby léčení, po kterou vznikl nárok na plnění, a to pouze jednou.

Opakované léčení totožné diagnózy nemocí, pro kterou byla v průběhu trvání pojištění vystavena pracovní neschopnost, považujeme za jednu pojistnou událost.

Pokud pojistná událost nastala v době trvání pracovního poměru, resp. v době, kdy byl pojištěný aktivní OSVČ, vyplatíme pojistné plnění i v případě, že došlo v průběhu trvání pracovní neschopnosti k ukončení pracovního poměru, resp. k přerušení živnosti. Pojistné plnění poskytneme dle sjednané varianty plnění a potvrzené doby trvání pracovní neschopnosti, max. však po dobu 30 dnů od data ukončení pracovního poměru, resp. od data přerušení živnosti.

V případě, kdy bude pojištěnému vystavena pracovní neschopnost z důvodu jedné z diagnóz jmenovaných u pojištění vážných nemocí a úrazů, poskytneme pojistné plnění dle sjednané varianty plnění za celou potvrzenou dobu trvání pracovní neschopnosti (u OSVČ – neplátců nemocenského pojištění poskytneme pojistné plnění dle sjednané varianty plnění za dobu léčení potvrzenou lékařem).

Výplata pojistného plnění končí nejspíše se zánikem pojištění, vyjma ukončení uplynutím doby trvání pojištění.

#### Čekací doba

Základní čekací doba pro nemoc je dva měsíce od počátku tohoto pojištění. Zvláštní čekací doba pro nemoc v délce osmi měsíců je stanovena pro pracovní neschopnost z důvodu těhotenství, včetně těhotenských komplikací, zubního ošetření, zhotovení zubních náhrad a úkonů chirurgie a ortopedie čelisti. Pokud zvýšíte pojistnou částku u tohoto pojištění, běží pro navýšenou část ode dne účinnosti změny nová čekací doba. V případě navýšení pojistné částky budeme za onemocnění, které nastalo, bylo diagnostikováno nebo prvotně léčeno již před tímto navýšením, plnit ve vyšší pojistné částky platné ke dni vzniku onemocnění.

Nárok na výplatu pojistného plnění za pracovní neschopnost z důvodu preventivních léčebných zákroků z důvodu genetických předpokladů rakoviny vzniká nejdříve po dvou letech od počátku tohoto pojištění.

#### Povinnosti pojištěného

Pro výplatu pojistného plnění z pojištění pracovní neschopnosti je povinností pojištěného předložit:

- řádně vyplněné hlášení pojistné události,
- kopii dokladu o pracovní neschopnosti, popř. potvrzení správy sociálního zabezpečení o čerpání nemocenských dávek nebo o odhlášení z placení nemocenského pojištění.

Pokud pojištěný není poplatníkem nemocenského pojištění, prokazuje nám nárok na pojistné plnění potvrzením lékaře o době léčení, na kterou by jinak pracovní neschopnost vystavena byla, vč. potvrzení příslušné správy sociálního zabezpečení, že není účastem nemocenského pojištění.

Osoby na rodičovské dovolené a starobní důchodci dokládají navíc potvrzení o aktivním podnikání ke dni vzniku pojistné události.

OSVČ, které nejsou plátcí nemocenského pojištění, jsou povinny na naši výzvu prokázat (například prostřednictvím faktur či pokladních dokladů) skutečnosti týkající se jejich samostatné výdělečné činnosti před pojistnou událostí, v jejím průběhu a po jejím ukončení.

#### Výluky a omezení plnění

Pojištění pracovní neschopnosti se nevztahuje na:

- léčebné pobyty v lážních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, s výjimkou případů, kdy je pobyt nutný z důvodu léčení vážných stavů po nemoci v pracovní neschopnosti.

Dále se pojištění nevztahuje na pobyt v psychiatrických léčebnách a zařízeních, s výjimkou případů, kdy je pobyt nutný z důvodu diagnózy F00 - F09 (organické duševní poruchy dle MKN 10), resp. se jedná o pobyt z důvodu diagnózy F10 - F99 dle MKN 10, která nastala v důsledku předchozí nemoci, která není ve výluce.

Plnění poskytneme za podmínky, že je pobyt v lážních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, psychiatrických léčebnách a zařízeních nutný z důvodu daného léčení a zároveň započne do 1 roku od ukončení pracovní neschopnosti z důvodu léčení nemoci, přičemž nemusí na pracovní neschopnost bezprostředně navazovat.

Maximální počet dnů, za které poskytneme pojistné plnění za léčebný pobyt či pobyt v psychiatrické léčebně, v rámci jedné pojistné události je 30 dnů (pobyty ze sociálních důvodů jsou vyloučeny).

Pojištění se nevztahuje také na pobyty v zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie nebo závislosti a dále na pobyty v zařízeních souvisejících s pečovatelskou službou, jakož i ve speciálních dětských zařízeních a v ústavech sociální péče.

- preventivní léčebné zákroky z důvodů genetických předpokladů rakoviny, pokud faktory ovlivňující zdravotní stav dle MKN 10 byly zjištěny před počátkem pojištění,
- organické duševní poruchy (diagnózy F00 - F09 dle MKN 10) a také na diagnózu schizofrenie (F20), které vznikly v příčinné souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo psychoaktivních látek,
- poruchy duševní a poruchy chování z důvodu nemoci dle MKN 10 diagnózy F10 – F99, vyjma schizofrenie (F20),
- porod, předčasny porod, přerušení těhotenství nebo potrat, ke kterému nedošlo z důvodu těhotenských komplikací,
- dobu, kdy pojištěný nebyl v pracovním poměru, a to i v případě, že pojistná událost vznikla v ochranné lhůtě dle zákona o nemocenském pojištění, ani nevykonával práci na základě dohody o pracovní činnosti, ani ke dni vzniku pojistné události nebyl OSVČ v evidenci příslušné správy sociálního zabezpečení (např. u osob na rodičovské dovolené, nezaměstnaných, důchodců nebo studentů),
- zákroky a zásahy z lékařského hlediska ne nezbytné, které si nechal pojištěný provést na svém těle, jako např. kosmetické zákroky.

Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z pracovní neschopnosti – nemoc zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI bez jakýchkoliv změn.











- fyzickým napadení;

- poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě.

Každá událost, která vede k potenciálnímu nároku, musí nastat během trvání pojištění a pojištěné dítě nám ji musí doložit negativním testem na protilátky proti HIV provedeným do 7 dnů po této události (vyjma transfúze). Sérokonverze na infekci HIV musí proběhnout do 6 měsíců od události.

Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem.

Ke každé události musí být doloženo nahlášení příslušným orgánům činným v dané věci a řádné vyšetření v souladu s uznávanými metodami a dále u:

- transfúze krve: nám pojištěné dítě musí předložit buď písemně uznání odpovědnosti instituce, která provedla transfúzi, nebo soudní rozhodnutí s doložkou právní moci, která takovou odpovědnost potvrzuje;

- fyzického napadení nebo poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě nám pojištěné dítě musí výsledek vyšetřování doložit formou zprávy.

Pojišťovna musí mít volný přístup ke všem záznamům krve pojištěného dítěte a je oprávněna nechat provést nezávislé testy těchto vzorků.

Pojišťovnou událostí není onemocnění za přítomnosti hemofilie, dále jakékoli infekce jiného druhu a ostatní zdroje nákazy HIV (nitrozilní užívání drog či přenos pohlavním stykem a podobně).

#### Datum vzniku pojistné události

Datem vzniku pojistné události je den, kdy lékař pojištěnému dítěti potvrdil diagnózu, respektive provedl některý z operačních zákroků.

#### Čekací doba

U pojištění vážných nemocí a úrazů uplatňujeme pro vznik pojistné události čekací dobu dva měsíce ode dne počátku tohoto pojištění. Čekací doba se nevztahuje na případy, kdy došlo k vážné nemoci výlučně v důsledku úrazu vzniklého nejdříve v den počátku pojištění. V případě, kdy jste v posledních dvou měsících před pojistnou událostí zvýšili pojistnou částku pojištění vážných nemocí a úrazů, vyplatíme pojistnou částku platnou před jejím zvýšením.

Pokud došlo k dané vážné nemoci v důsledku úrazu, který nastal v době trvání pojištění, a po vzniku úrazu došlo ke zvýšení pojistné částky, vyplatíme pojistnou částku platnou ke dni vzniku úrazu.

#### Výluky a omezení plnění

Výluky a omezení plnění jsou popsány vždy u konkrétní diagnózy či zákroku.

#### Zánik pojištění

K datu potvrzení diagnózy vážné nemoci či provedení operačního zákroku končí pojištění diagnózy či zákroku, za který jsme poskytli pojistné plnění, a zároveň končí pojištění skupiny, ve které jsou tato diagnóza či zákrok obsaženy (viz výčet skupin výše). Po vyplacení plnění za první pojistnou událost již nemůžete prodloužovat dobu trvání pojištění.

Pojištění ostatních skupin pokračuje dál, pojistná částka a sazba pojistného zůstává beze změn. Pokud došlo v období po vzniku pojistné události před jejím nahlášením k navýšení pojistné částky, pojištění vážných nemocí a úrazů bude ukončeno bez možnosti pokračování. Pokud došlo v období od nahlášení pojistné události do výplaty pojistného plnění k navýšení pojistné částky, pokračuje pojištění ostatních skupin s pojistnou částkou platnou před tímto navýšením.

Zánikem pojištění všech výše uvedených skupin, zaniká pojištění vážných nemocí a úrazů. Smlouva zůstává nadále v platnosti.

#### PŘIPOJIŠTĚNÍ NA NOVOTVARY IN SITU

Pro připojištění na novotvary in situ platí stejné ustanovení jako pro dospělé pojištěné osoby, vyjma části Zánik pojištění.

V rámci dětského pojištění zaniká připojištění na novotvary in situ:

- dnem, kdy nastala pojistná událost,

- pokud z pojištění vážných nemocí a úrazů zaniká pojištění 5. skupiny,

- pokud zaniká pojištění vážných nemocí a úrazů.

#### POJIŠTĚNÍ INVALIDITY NEBO DLOUHODOBÉ PÉČE

Pro toto pojištění platí stejné ustanovení jako pro dospělé pojištěné osoby, vyjma možnosti sjednat:

- pojištění invalidity 1. a 2. stupně,

- pojištění pouze z důvodu úrazu,

- klesající pojistné částky,

- individuální konec pro toto pojištění.

Dále je odlišně od pojištění pro dospělé pojištěné osoby podmínkou výplaty pojistného plnění, že k uznání invalidity 3. stupně nebo přiznání příspěvku na péči dojde v důsledku onemocnění nejdříve po šesti měsících od počátku tohoto pojištění.

Pokud zvýšíte pojistnou částku a pojištěné dítě je uznáno invalidním nebo je mu přiznán příspěvek na péči, v obou případech výlučně z důvodu nemoci, vzniká nárok na takto zvýšené pojistné plnění až pro pojistné události, které nastanou po uplynutí šesti měsíců od data účinnosti této změny.

Splnění podmínky šesti měsíců nevyžadujeme, pokud nám pojištěné dítě jednoznačně prokáže, že onemocněl, pro které bylo uznáno invalidním 3. stupně, resp. pro které mu byl přiznán příspěvek na péči, nastalo a bylo diagnostikováno po počátku pojištění. O splnění těchto podmínek máme právo rozhodnout na základě odborné lékařské expertizy.

Pojištění se nevztahuje na vrozené vady dítěte, které se projeví do 1 roku věku dítěte.

#### POJIŠTĚNÍ SMRTI NÁSLEDKEM ÚRAZU

Od 1. 12. 2016 není možné sjednat pojištění smrti následkem úrazu. Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z pojištění smrti následkem úrazu zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI.

#### POJIŠTĚNÍ SMRTI

V případě úmrtí dítěte vyplatíme pojistnou částku pro pojištění smrti platnou k datu úmrtí dítěte. Obmysleným jste v tomto případě vy jako pojistník.

Součástí tohoto pojištění není terminální stadium onemocnění a pro dítě není možné sjednat ani pojištění pozůstalostního důchodu. Výluky pro pojištění smrti platí dle ustanovení příslušných VPP a tohoto výňatku v části Dospělý pojištěný - Doplňkové pojištění smrti.

#### POJIŠTĚNÍ DENNÍHO ODŠKODNĚNÍ - ÚRAZ

Pojištění můžete sjednat bez progresse, nebo s progresí.

Se zahrnutím progresse vyplácíme pojistné plnění takto:

• následně od 85. dne léčeni úrazu - jako dvojnásobek sjednané pojistné částky,

• následně od 183. dne léčeni úrazu - jako trojnásobek sjednané pojistné částky.

Maximální počet dnů, za které vyplatíme pojistné plnění v rámci jedné pojistné události, je 365 dnů, včetně varianty s progresivním plněním (pro klienty, kteří sjednali nabídku do 30. 9. 2012, platí toto ustanovení pouze v případě, že provedli v pojištění denního odškodného změnu s účinností od 1. 11. 2012 a později).

V případě dlouhodobého léčení úrazu můžeme pojištěnému dítěti na základě hlášení pojistné události pro zálohové plnění poskytnout opakované zálohové plnění. O takové plnění nás může pojištěné dítě (resp. jeho zákonný zástupce) požádat nejdříve po jednom měsíci od vzniku pojistné události. Opakované zálohové plnění můžeme poskytnout za každý ukončený měsíc

léčení úrazu. Za druhé a každé následné vyplacené opakované zálohové plnění máme právo účtovat poplatek (viz platný PPPP).

Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění, vyjma ukončení uplynutím doby trvání pojištění.

Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z pojištění denního odškodného zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI.

#### PŘIPOJIŠTĚNÍ K DENNÍMU ODŠKODNĚNÍ

Od 1. 10. 2012 není možné sjednat připojištění k dennímu odškodnému.

Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z připojištění k dennímu odškodnému zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI.

#### POJIŠTĚNÍ HOSPITALIZACE - ÚRAZ NEBO NEMOC

Pro toto pojištění platí stejné ustanovení jako pro dospělé pojištěné osoby, vyjma možnosti sjednat pojištění hospitalizace pouze následkem úrazu a vyjma pobytu v nemocnici za účelem preventivních léčebných zákroků z důvodu genetických předpokladů rakoviny.

Maximální počet dnů pojištění hospitalizace dítěte, za které poskytneme pojistné plnění v rámci jedné pojistné události, je 365 dnů.

Z pojištění hospitalizace vyplatíme dvojnásobek pojistné částky za hospitalizaci pojištěného dítěte v doprovodu zákonného zástupce. Dvojnásobné plnění vyplatíme následně od 15. dne za každý započatý den trvání pobytu zákonného zástupce v nemocnici, a to max. do dovršení 7 let věku dítěte. Máme právo stanovit max. počet dnů, za které dvojnásobné plnění vyplatíme (viz platný PPPP). V případě doprovodu dítěte při pobytu v lůžních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, psychiatrických léčebnách a zařízeních poskytneme dvojnásobné pojistné plnění za max. 30 dnů v rámci jedné pojistné události (pobyty ze sociálních důvodů jsou vyloučeny).

Pokud je dítě opakovaně hospitalizováno v lůžních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, psychiatrických léčebnách a zařízeních z důvodu jedné z diagnóz vážných nemocí a úrazů definovaných výše, považujeme v případě doprovodu tyto opakované hospitalizace za jednu pojistnou událost.

#### POJIŠTĚNÍ OŠETŘOVÁNÍ - ÚRAZ NEBO NEMOC

Pro pojištění ošetřování platí stejné ustanovení jako pro dospělé pojištěné osoby, vyjma zvláštní čekací doby pro ošetřování v délce 8 měsíců, která je stanovena z důvodu zubního ošetření, zhotovení zubních náhrad a úkonů chirurgie a ortopedie čelisti a platí pouze pro ošetřované pojištěné dítě.

Odlišně od ostatních pojištění můžete pojištění ošetřování dítěte sjednat pro dítě ve věku od 2 let (dovršených) do 17 let (celorok). Pojištění končí nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistné-technického období, ve kterém se pojištěné dítě dožije 18 let.

#### RIZIKOVÉ SKUPINY

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

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

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

V případě, že dojde k úrazu a pojištěný je zařazen do nižší rizikové skupiny, než která náleží ke sportovní či jiné zájmové činnosti, při které k úrazu došlo, snižujeme pojistné plnění za dané riziko v poměru pojistného, které za něj má být placeno, a pojistného, které za něj bylo placeno.

##### 1. riziková skupina

Veškerá povolání v nevýrobní oblasti, popř. ve výrobní oblasti s minimálními riziky úrazu, a povolání s převážující duševní činností, popř. malým podílem manuální práce (např. architekt, lékař, obchodník, učitel, úředník). Do této rizikové skupiny řadíme povolání typu majitel společnosti, vedoucí pracovník firmy aj., pokud u vykonávané činnosti převládá administrativní práce v kanceláři. Dále sem patří sporty vykonávané rekreačně, a to včetně adrenalinových sportů.

##### 2. riziková skupina

Všechna povolání ve výrobní oblasti a v oblasti s převážujícím podílem manuální práce, popř. se zvýšeným rizikem úrazu, která nepatří do 1. rizikové skupiny, včetně vojáku z povolání. Radíme sem např. povolání dělník, hasič, instalatér, pokrývač, příslušník policie. Patří sem sporty vykonávané registrované ve sportovních organizacích a zároveň aktivně (pojištěná osoba je nejen registrovaná ve sportovní organizaci, ale zároveň daný sport vykonává). Dále sem patří sporty vykonávané profesionálně, u kterých není zvýšené riziko úrazu (např. bowling, golf, šachy).

##### 4. riziková skupina

Všechny práce nebo činnosti s extrémním, velmi vysokým stupněm ohrožení zdraví, např. činnosti při zajištění motorových vozidel a jejich typových zkouškách, tovární jezdcí motorových vozidel nebo plavidel a všechna sportovní odvětví vykonávaná profesionálně. Za profesionálního sportovce považujeme pojištěného, který má se sportovním klubem či jiným subjektem v této oblasti sepsanou profesionální smlouvu a/nebo vykonává sportovní činnost za úplatu, která je hlavním nebo převážujícím příjmem, a/nebo vykonává sportovní činnost min. 28 hodin týdně (včetně víkendů), včetně tréninku. Nepatří sem profesionální sporty spadající do 2. rizikové skupiny.

Pokud jste sjednal nabídku na uzavření pojistné smlouvy FLEXI životní pojištění do 30. 4. 2020, pak je změnou oproti SPP FLEXI životní pojištění, které jste při sjednání obdržel, že je zrušena 3. riziková skupina.

#### NEVYPOVĚDITELNOST POJIŠTĚNÍ

Jednotlivá pojištění můžeme vypovědět a zanikají:

- ke konci pojistného období, jde-li o pojištění s běžně placeným pojistným,
- s šestičtyřdenní výpovědní dobou, jde-li o pojištění s jednorázově zaplaceným pojistným,
- do tří měsíců ode dne oznámení vzniku pojistné události.

Zavazujeme se, že ani jedním ze způsobů uvedených výše nevypovíme:

- Pojištění dožít se sjednaného konce pojištění
- Základní pojištění smrti
- Doplňkové pojištění smrti
- Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče (úraz/nemoc, úraz)
- Pojištění zproštění od placení pojistného z důvodu invalidity nebo dlouhodobé péče
- Pojištění vážných nemocí a úrazů