

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 rizikové životní pojištění

Z5149

Tato žádost slouží **výhradně pro pojistné smlouvy FLEXI rizikové životní pojištění**.

Číslo pojistné smlouvy **4 8 0**

Číslo předchozích smluv (návaznost 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

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 apod.).

Obmyšlené osoby pro případ smrti (příjmení, jméno / obchodní firma, datum narození / IČO, podíl v %)

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

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.

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

Datum účinnosti dodatku od	Změna doby trvání do let věku (mladšího z dvojice pojištěných).
Pojistné a způsob placení pojistného	
Frekvence placení pojistného: <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> ročně <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> pololetně <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> čtvrtletně <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> měsíčně	
Celkové běžné pojistné (dle frekvence placení za všechny pojištěné osoby) Kč	
Technika placení pojistného:	
SIPO <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> spojovací číslo	
inkaso z účtu <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> číslo účtu	kód banky specifický symbol
jiný způsob (např. trvalý příkaz) <input style="width: 20px;" type="checkbox"/>	

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.

☐ 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

Základní pojištění smrti (v případě dvojice platí pro obě pojištěné osoby)

pojistná částka	varianta klesání	individuální konec	Zrušení	
			pojištění	individu. konce
Kč	-	let	-	☐

Doplňkové pojištění smrti

pojistná částka	varianta klesání	individuální konec	Zrušení	
			pojištění	individu. konce
konstantní Kč	-	let	☐	☐
klesající Kč	☐ lineárně* ☐ anuitně* úrok úvěru , % p. a.	let	☐	☐

Pojištění vážných nemocí a úrazů

pojistná částka	varianta pojištění	varianta klesání	Připojištění na novotvary in situ	individuální konec	Připojištění na novotvary in situ	pojištění	individu. konce
konstantní Kč	☐ kompletní* ☐ základní*	-		let			
klesající Kč	☐ kompletní* ☐ základní*	☐ lineárně* ☐ anuitně* úrok úvěru % p. a.		let			

Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče

pojistná částka	varianta pojištění	varianta klesání	individuální konec	Zrušení	
				pojištění	individu. konce
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 úveru				Zrušení	
pojistná částka		varianta klesání	individuální konec	pojištění	individ. konce
Pojištění smrti Pojištění invalidity 3. stupně nebo dlouhodobé péče (stupeň závislosti II a vyšší) ☐ 2. stupeň invalidity ☐ 1. stupeň invalidity		anuitně klesající úrok úvěru _____ % p. a.	_____ let	☐	☐
Pojištění pracovní neschopnosti – úraz, nemoc od 1. dne (PN min. 29 dnů) _____ Kč/den		-		☐	
				☐	
Pojištění	Doplnění/změna rozsahu pojištění		Zrušení		
	pojistná částka	individuální konec	pojištění	individ. konce	
Zdravotní a sociální infolinka MAJÁK*	☐	-	☐	-	
Konzultační a asistenční služby MAJÁK+*	☐	-	☐	-	
Pojištění zproštění od placení pojistného z důvodu invalidity nebo dlouhodobé péče	☐	-	☐	-	
Pojištění pozůstalostního důchodu (platí vždy pro dvojici pojištěných)	_____ Kč/měsíc	_____ let	☐	☐	
Pojištění smrti následkem úrazu	_____ Kč	_____ let	☐	☐	
Pojištění trvalých následků úrazu – s progresí od 0,5 % těl. poškození** ☐ 4násobná progres* ☐ 10násobná progres Plus*	_____ Kč	_____ let	☐	☐	
	_____ Kč		☐		
Pojištění trvalých následků úrazu – s progresí od 10 % těl. poškození** ☐ 4násobná progres* ☐ 10násobná progres Plus*	_____ Kč		☐	☐	
	_____ Kč		☐		
Pojištění denního odškodného – úraz (min. doba léčení 8 dnů) **	_____ Kč/den ☐ s progresí	_____ let	☐ zrušení pojištění ☐ zrušení progres	☐	
Pojištění denního odškodného – úraz (min. doba léčení 29 dnů)**	_____ Kč/den ☐ s progresí		☐ zrušení pojištění ☐ zrušení progres		
Pojištění hospitalizace úraz nebo nemoc**	_____ Kč/den	_____ let	☐	☐	
Pojištění hospitalizace úraz**	_____ Kč/den	_____ let	☐	☐	
Pojištění ošetřování – úraz nebo nemoc	_____ Kč/den	_____ let	☐	☐	
Pojištění trvalých následků nemoci	_____ Kč	_____ let	☐	☐	
Pojištění pracovní neschopnosti – nemoc ☐ PN15 (následně od 15. dne)** ☐ PN29** ☐ následně od 29. dne* ☐ od 1. dne* ☐ PN57 (následně od 57. dne)**	_____ Kč/den	_____ let	☐ PN15 (následně od 15. dne)	☐	
	_____ Kč/den		☐ PN29		
	_____ Kč/den		☐ PN57 (následně od 57. dne)		
Přípojištění úrazu k pracovní neschopnosti	☐		☐	-	
Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s výplatou doživotní renty	_____ Kč/měsíc		☐	-	
Pojištění	Změna rozsahu pojištění		Zrušení		
	pojistná částka	individuální konec	pojištění	individ. konce	
Pojištění trvalých následků úrazu – s 10násobnou progresí od 0,5 % těl. poškození	_____ Kč	_____ let	☐	☐	
Pojištění trvalých následků úrazu – s 10násobnou progresí od 10 % těl. poškození	_____ Kč		☐		

*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, anginu pectoris/bolest na hrudi, bušení srdce, vrozenou vadu srdce nebo operaci srdce?
- Cévní mozkovou příhodu (mrtvici), malou mrtvici (transitorní 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**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:

- ☐ Méně než 19
- ☐ 19–27
- ☐ Více než 27–35
- ☐ Více než 35

Výška _____ cm Váha _____ kg

Kouříte nebo jste kouřil/a v posledních 2 letech?

☐ Ne

Kouřením rozumíme užívání tabáku nebo elektronických cigaret.

☐ 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
Kolik hodin průměrně denně spíte?	☐ Méně než 6 hodin ☐ 6 až 9 hodin ☐ Více než 9 hodin
Jak často se věnujete pohybu?	☐ Vůbec nebo velmi zřídka ☐ Nepravidelně, v průměru 1× týdně ☐ 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. konce		
(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. konce		
konstantní	-		let	☐	☐		
klesající	☐ lineárně* ☐ anuitně* úrok úvěru , % p. a.		let	☐	☐		
Pojištění vážných nemocí a úrazů					Zrušení		
pojistná částka	varianta pojištění	varianta klesání	Připojištění na novotvary in situ	individuální konec	Připojištění na novotvary in situ	pojištění	individ. konce
konstantní	☐ kompletní* ☐ základní*	-	☐	let	☐	☐	☐
klesající	☐ kompletní* ☐ základní*	☐ lineárně* ☐ anuitně* úrok úvěru , % p. a.	☐	let	☐	☐	☐

Strana 7

Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s výplatou doživotní renty	Kč/měsíc		-	
Pojištění	Změna rozsahu pojištění		Zrušení	
	pojistná částka	individuální konec	pojištění	individ. konce
Pojištění trvalých následků úrazu – s 10násobnou progresí od 0,5 % těl. poškození	Kč	let		
Pojištění trvalých následků úrazu – s 10násobnou progresí od 10 % těl. poškození	Kč			

*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 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?

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?

NE

ANO

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

Strana 8

6018 (Z 5149) 10/2025

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 mé 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	☐ Méně než 19 ☐ 19–27 ☐ Více než 27–35 ☐ Více než 35
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
Kolik hodin průměrně denně spíte?	☐ Méně než 6 hodin ☐ 6 až 9 hodin ☐ Více než 9 hodin
Jak často se věnujete pohybu?	☐ Vůbec nebo velmi zřídka ☐ Nepravidelně, v průměru 1× týdně ☐ 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 D. Žádost o změnu – pojištění dětí

☐ doplnění dítěte do smlouvy ☐ změna rozsahu pojištění ☐ zrušení pojištění dítěte		Rodné číslo
Příjmení, jméno		
Pojištění vážných nemocí a úrazů _____ Kč ☐ Připojištění na novotvary in situ ☐ zrušení pojištění ☐ zrušení připojištění		Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče _____ Kč ☐ zrušení pojištění
Pojištění trvalých následků úrazu – se 4násobnou progresí od 0,5 % těl. poškození _____ 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	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 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, 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 vyšetřován/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 připojištění

Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče

☐ Kč☐ zrušení pojištění

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

☐ 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

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 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, 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 vyšetřován/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 láních 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 situPojištění invalidity nebo dlouhodobé péče ☐ Kč

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

☐ Kč☐ zrušení pojištění☐ zrušení připojištění☐ zrušení pojištění☐ zrušení pojištění

Pojištění smrti

☐ Kč

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

☐ Kč/den ☐ s progresí

Pojištění hospitalizace – úraz nebo nemoc

☐ Kč/den

Pojištění ošetřování – úraz nebo nemoc

☐ Kč/den☐ Prodloužení doby trvání pojištění do 30 let pojištěného dítěte☐ zrušení pojištění☐ zrušení pojištění☐ zrušení progresie☐ zrušení pojištění☐ zrušení pojištění☐ 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, 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 vyšetřován/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 láních 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

Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče

☐ Kč

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

☐ Kč☐ zrušení pojištění☐ zrušení připojištění☐ zrušení pojištění☐ zrušení pojištění

Pojištění smrti

☐ Kč

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

☐ Kč/den ☐ s progresí

Pojištění hospitalizace – úraz nebo nemoc

☐ Kč/den

Pojištění ošetřování – úraz nebo nemoc

☐ Kč/den☐ Prodloužení doby trvání pojištění do 30 let pojištěného dítěte☐ zrušení pojištění☐ zrušení pojištění☐ zrušení progresie☐ zrušení pojištění☐ zrušení pojištění☐ 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, 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 vyšetřován/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 láních 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

Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče

☐ Kč

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

☐ Kč

☐ zrušení pojištění

☐ zrušení připojištění

☐ zrušení pojištění

☐ zrušení pojištění

Pojištění smrti

☐ Kč

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

☐ Kč/den ☐ s progresí

Pojištění hospitalizace – úraz nebo nemoc

☐ Kč/den

Pojištění ošetřování – úraz nebo nemoc

☐ Kč/den

☐ Prodloužení doby trvání pojištění do 30 let pojištěného dítěte

☐ zrušení pojištění

☐ zrušení pojištění

☐ zrušení progresie

☐ zrušení pojištění

☐ zrušení pojištění

☐ 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, 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 vyšetřován/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 láních 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 úpravě pojistného pojišťovnou max. do výše 150 Kč měsíčně. Pokud navrhovaná úprava pojistného přesáhne 150 Kč měsíčně, požádáme Vás o její 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.

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 Irska. 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, 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 rizikové životní pojištění 10/2025 (dále jen „výňatek“)
 - a) pro níže uvedená pojištění dospělé osoby a podmínky produktu: klesající pojistná částka, 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 a konzultační a asistenční služby MAJÁK+,

b) 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 rizikové 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.

6. Prohlašuji, že mám pojištný 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.
7. 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.

B. PROHLÁŠENÍ POJIŠTĚNÉHO

1. 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, porízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace, popř. z jiných zápisů, které se vztahují ke zdravotnímu stavu.
2. 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.
3. 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 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 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:

- zasílání 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 zasílání 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 zasílány 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 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.

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 sítě 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 jakýmkoli 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 případné 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 souhlasu 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 KLIENTAJako pojistník prohlašuji, že zdroje příjmů, ze kterých hradím pojistné, pocházejí: ☐ ze závislé činnosti, ☐ z podnikání,☐ jiné (konkrétně): _____.

Pokud vedle pojistné ochrany 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 (uveďte vždy RČ dítěte) / vztah k dítěti*_____
podpis zákonného zástupce_____
Příjmení, jméno zákonného zástupce nezletilého dítěte, RČ (uveďte vždy RČ dítěte) / vztah k dítěti*_____
podpis zákonného zástupce_____
Příjmení, jméno zákonného zástupce nezletilého dítěte, RČ (uveďte vždy RČ dítěte) / vztah k dítěti*_____
podpis zákonného zástupce_____
Příjmení, jméno zákonného zástupce nezletilého dítěte, RČ (uveďte vždy RČ dítěte) / vztah k dítěti*_____
podpis zákonného zástupce_____
Příjmení, jméno zákonného zástupce nezletilého dítěte, RČ (uveďte 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 (uved'te 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 rizikové životní pojištění – verze 10/2025

Tento Výňatek z ujednání Speciálních pojistných podmínek pro FLEXI rizikové životní pojištění (dále jen „výňatek“) ode dne účinnosti vámi požadované změny pojistné smlouvy FLEXI rizikové 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.

ZÁKLADNÍ POJMY

Pojistná smlouva produktu FLEXI rizikové životní pojištění

- smlouva s volitelným rozsahem pojištění, kterou s vámi uzavíráme nejdříve ve věku od dovršených 18 let a nejpозději v roce, ve kterém se dožijete věku 75 let; minimální pojistnou dobu jsme stanovili na 3 roky

Smlouvu můžete uzavřít pro max. dvě dospělé osoby se vstupním věkem od dovršených 18 let do 75 let (včetně), maximálně do roku, ve kterém se pojištěný (mladší z dvojice) dožije 85 let.

SLEVY

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 uplatníte 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.

Sleva za pojištění úvěru

Slevu uplatníte 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.

Podmínky pro přiznání ostatních slev zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI rizikové životní pojištění bez jakýchkoliv změn.

DOSPĚLÝ POJIŠTĚNÝ

DOPLŇKOVÁ A ÚRAZOVÁ SLOŽKA POJIŠTĚNÍ

DOPLŇKOVÉ POJIŠTĚNÍ SMRTI

Popis pojištění

Pojištění můžete sjednat pro osoby ve věku od dovršených 18 do 75 let. Pojištění končí nejděle s ukončením smlouvy (max. v roce, ve kterém se pojištěný dožije 85 let).

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) můžete sjednat individuální konec.

Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplaty

Pojistnou událostí je smrt pojištěného nebo terminální stadium onemocnění, pokud k pojistné události došlo v době trvání pojištění a zároveň došlo ke splnění všech podmínek stanovených ve smlouvě.

V případě úmrtí pojištěného vyplátíme obmyšlenému pojistnou částku platnou ke dni úmrtí, není-li dále uvedeno jinak. Po dvou letech od počátku pojištění považujeme za pojistnou událost i smrt v důsledku onemocnění a úrazů, která nastaly, byly diagnostikovány nebo jakkoliv léčeny přede dnem počátku pojištění. Pojistné plnění vyplátíme 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 prodlužovat dobu trvání pojištění. Pojistné platíte i nadále za původně sjednanou pojistnou částku, nikoliv za její zbývající část po odečtení zálohy.

Ve všech případech, kdy dojde v době trvání pojištění k následnému úmrtí pojištěného, doplatíme obmyšlené 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 vyplátíme 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 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 (vátky, invaze, nepřátelské nebo válečné operace, občanské války).

Pojistné plnění nevyplátíme v případě úmrtí do dvou let od počátku pojištění v důsledku onemocnění a úrazů, 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, vyplátíme pojistnou částku ve výši platné ke dni úmrtí,
- v případech, kdy došlo v průběhu posledních 2 let před sebevraždou ke zvýšení pojistné částky, vyplátíme pojistnou částku ve výši platné před tímto zvýšením. Pojistné plnění vyplátíme obmyšlenému.

Pojistné plnění za terminální stadium onemocnění nevyplátíme, 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 VÁŽNÝCH NEMOCÍ A ÚRAZŮ

Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplaty

Pojistnou událostí je potvrzení diagnózy některé z vážných nemocí nebo podstoupení některé z operací, k němuž došlo během trvání pojištění, zároveň se příznaky neprojeví před počátkem pojištění ani v čekací době, a které splňuje podmínky stanovené ve smlouvě. 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.

Pokud jste sjednal nabídku na uzavření pojistné smlouvy FLEXI rizikové životní pojištění do 30. 4. 2020, pak je změnou oproti SPP FLEXI rizikové životní pojištění, které jste při sjednání obdržel, že jsme zrušili dobu 12 měsíců mezi daty potvrzení diagnózy, resp. daty provedení operačního zákroku pro jednotlivé pojistné události, kdy jsme neposkytlí pojistné plnění.

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. Povinnost 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.

3. skupina – kardiovaskulární systém

Cévní mozková příhoda – pojistné plnění neposkytneme za události v důsledku úrazu a za tranzitorní ischemickou ataku.

6. skupina – ostatní

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 nastala při:

- transfúzi infikované krve nebo krevních produktů z transfúzní stanice, která je oficiálně registrována a uznávána zdravotnickými úřady po datu počátku pojištění;
- náhodným poraněním jehlou, ke kterému došlo při plnění běžných profesních povinností osoby jako lékaře / zubního lékaře, zdravotní sestry, zdravotníka, hasiče nebo policisty;
- příjmu 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 musíme nám ji doložit negativním testem na protilátky proti HIV provedeným do 7 dnů po této události (výjma transfúze). Sérokonverze na infekci HIV musíme 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 písemné 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 musíte výsledek vyšetřování doložit formou zprávy.

Pojišťovna 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).

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 zvýšil pojistnou částku pojištění vážných nemocí a úrazů, vyplátíme pojistnou částku platnou před jejím zvýšením.

Zánik pojištění

Zánikem pojištění všech skupin, zaniká pojištění kompletní varianty vážných nemocí a úrazů.

Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z pojištění vážných nemocí a úrazů zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI rizikové životní pojištění bez jakýchkoliv změn.

POJIŠTĚNÍ ÚVĚRU

Popis pojištění

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

Jedná se o soubor pojištění, v rámci kterého sjednáte jako povinné pojištění smrti a invalidity 3. stupně nebo dlouhodobé péče ve stupni závislosti II a vyšším následkem úrazu nebo nemoci a jako volitelné pojištění invalidity 2. a 1. stupně následkem úrazu nebo nemoci a pojištění pracovní neschopnosti – úraz, nemoc s plněním od 1. dne (PN min. 29 dnů).

Pojištění smrti a invalidity (všech sjednaných stupňů) sjednáváte na stejnou pojistnou částku. Pojistná částka je vždy anuitně klesající.

Pro pojištění úvěru můžete sjednat individuální konec, který platí pro všechna pojištění tohoto souboru pojištění.

Pojištění pracovní neschopnosti v rámci pojištění úvěru můžete sjednat, pro osoby, které jsou v pracovním poměru nebo vykonávají práci na základě dohody o pracovní činnosti nebo mají pravidelné příjmy ze samostatné výdělečné činnosti.

Pracovní neschopností se ve smyslu těchto podmínek rozumí situace, kdy pojištěný nemůže dle lékařského rozhodnutí žádným způsobem, a to ani přechodně, vykonávat a ani nevykonává své obvyklé povolání nebo jakoukoliv jinou samostatně výdělečnou, popř. řídící nebo kontrolní činnost, a dále jsou dodrženy ostatní podmínky smlouvy stanovené pro pojištění pracovní neschopnosti. Na základě tohoto lékařského rozhodnutí pak byl pojištěnému v souladu s platnými právními předpisy vystaven doklad o pracovní neschopnosti.

Pojištná událost, podmínky plnění a jeho výplaty

U pojištění smrti je pojistnou událostí smrt pojištěného, pokud k pojistné události došlo v době trvání pojištění a zároveň došlo ke splnění všech podmínek stanovených ve smlouvě. V případě úmrtí pojištěného vyplátíme obmyšlenému pojistnou částku platnou ke dni úmrtí, není-li dále uvedeno jinak.

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

Pro pojištění invalidity je pojistná událost popsána ve Speciálních pojistných podmínkách FLEXI rizikové životní pojištění, které jste obdržel při uzavření pojistné smlouvy.

U pojištění pracovní neschopnosti sjednaného v rámci pojištění úvěru je pojistnou událostí úraz nebo nemoc, v jejichž důsledku je pojištěný z lékařského hlediska práce neschopen a je nutné léčení, jehož průběh je lékařsky potvrzen vystavenou pracovní neschopností.

Pojistné plnění vyplátíme zpětně od 1. dne pracovní neschopnosti, a to za každý den pracovní neschopnosti, včetně sobot, nedělí a svátků, v případě splnění podmínky trvání pracovní neschopnosti min. 29 dnů. Za každý den pracovní neschopnosti vyplátíme pojištěnému pojistnou částku platnou ke dni vzniku úrazu nebo nemoci.

Pro osoby samostatně výdělečně činné (dále jen „OSVČ“) – neplátce nemocenského pojištění je maximální počet dnů, za které vyplátíme pojistné plnění v rámci jedné pojistné události, 548 dnů.

Z pojištění pracovní neschopnosti poskytneme plnění za organické duševní poruchy (diagnozy 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 v důsledku těhotenských komplikací.

Maximální počet dnů, za které poskytneme plnění v průběhu jednoho těhotenství, je 30 dnů. Pro OSVČ – neplátce nemocenského pojištění dále platí, že pokud se nemoc nebo úraz, kvůli kterému byla pracovní neschopnost vystavena, opakovaně vyskytne nejříve po 7 letech od vyléčení, považujeme je za novou pojistnou událost, za kterou poskytneme pojistné plnění v součtu opět za max. 548 dnů. Vyléčením rozumíme stav, kdy se příznaky nemoci nebo úrazu neprojeví způsobem, který by bylo nutné zaznamenat od zdravotnické dokumentace, nebo způsobem, který by vyžadoval léčbu a vystavení pracovní neschopnosti. 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 nejříve po jednom měsíci od vzniku pojistné události. Opakované zálohové plnění můžeme poskytnout za každý ukončený měsíc pracovní neschopnosti.

Bude-li vystavená pracovní neschopnost ve srovnání s průměrnou délkou léčení pro uvedený úraz nebo onemocnění neuměrně dlouhá, upravíme celkový rozsah pojistného plnění na základě relevantních informací od našeho smluvního lékaře.

V případě vzniku nového úrazu, resp. nové nemoci v době trvání pracovní neschopnosti je toto novou pojistnou událostí pouze v případě, kdy nový úraz, resp. nová nemoc není v žádné příčinné souvislosti s úrazem, resp. nemocí již diagnostikovanou. Pokud došlo současně k pracovní neschopnosti pro více úrazů, resp. nemocí, vyplátíme pojistné plnění maximálně do výše celkové doby léčení, po kterou vznikl nárok na plnění, a to pouze jednou. V případě, že dojde k souběhu pracovní neschopnosti z důvodu nemoci a úrazu, započítává se souběžná doba léčení v pracovní neschopnosti pouze jednou.

Opakované léčení totožné diagnózy úrazu nebo nemoci, pro kterou byla v průběhu trvání pojištění vystavena pracovní neschopnost, je považováno za jednu pojistnou událost.

Pokud nemoc, pro kterou byla pracovní neschopnost vystavena, nastala v době trvání pracovního poměru, resp. v době, kdy byl pojištěný aktivní OSVČ, vyplátíme pojistné plnění i v případě, že došlo v průběhu trvání pracovní neschopnosti k ukončení pracovního poměru, resp. k přerušení provozování živnosti. Pojistné plnění poskytneme dle potvrzené doby trvání pracovní neschopnosti, max. však po dobu 30 dnů od data ukončení pracovního poměru, resp. od data přerušení provozování živnosti.

V případě, kdy bude pojištěnému vystavena pracovní neschopnost z důvodu jedné z nemocí jmenovaných ve Speciálních pojistných podmínkách FLEXI rizikové životní pojištění, které jste obdržel při uzavření pojistné smlouvy, poskytneme pojistné plnění za celou potvrzenou dobu trvání pracovní neschopnosti (u OSVČ – neplátců nemocenského pojištění poskytneme pojistné plnění za dobu léčení potvrzenou lékařem).

Pokud k úrazu, pro který byla pracovní neschopnost vystavena, došlo v době trvání pracovního poměru, resp. v době, kdy byl pojištěný aktivní OSVČ, vyplátíme pojistné plnění i v případě, že došlo v průběhu trvání pracovní neschopnosti k ukončení pracovního poměru, resp. k přerušení provozování živnosti. Pojistné plnění poskytneme dle potvrzené doby trvání pracovní neschopnosti, max. však dle Oceňovací tabulky plnění za léčení úrazu platné v době vzniku úrazu.

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

Datum vzniku pojistné události

U pojištění smrti je datem vzniku pojistné události den úmrtí pojištěného.

U pojištění invalidity je popsáno ve Speciálních pojistných podmínkách FLEXI rizikové životní pojištění, které jste obdržel při uzavření pojistné smlouvy.

U pojištění pracovní neschopnosti je datem vzniku pojistné události den, kdy byla pojištěnému lékařsky potvrzena pracovní neschopnost.

Čekací doba

U pojištění pracovní neschopnosti sjednaného v pojištění úvěru je základní čekací doba pro nemoc 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 ukonků chirurgie a ortopedie čelisti.

Pokud pojištěný zvýší pojistnou částku 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 výši pojistné částky platné ke dni vzniku onemocnění. V případě navýšení pojistné částky budeme za úraz, který nastal již před tímto navýšením, plnit ve výši pojistné částky platné ke dni vzniku úrazu.

Nárok na výplatu pojistného plnění za pracovní neschopnost z důvodu preventivních léčebných zákroků z důvodu genetických předpokladů rakoviny vzniká nejříve 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 účasten 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. Pojištěný je povinen co možná nejříve zajistit zaslání všech dokladů, které si od něj vyžádáme (v českém jazyce – u originálů pořízených v cizím jazyce s opatřením překladu úředně uznávanou osobou).

Pojištěný je povinen dodržovat stanovený léčebný režim, rady lékaře a všemi způsoby napomáhat svému celkovému uzdravení.

Na požádání je pojištěný povinen podrobit se dodatečnému vyšetření u našeho smluvního lékaře.

Pojištěný je povinen nám nahlásit změnu nebo ukončení pracovního poměru, samostatné výdělečné činnosti, popř. odchod do starobního důchodu, invalidního důchodu nebo uznání invalidity, a to do 15 dnů od data, kdy některý z výše uvedených důvodů nastal.

Spolu s každým hlášením pojistné události musí pojištěný doložit potvrzení lékaře o trvání léčení diagnostikované nemoci v pracovní neschopnosti.

Výluky a omezení plnění

Pojištění smrti 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 (vátky, invaze, nepřátelské nebo válečné operace, občanské války).

Dojde-li ke smrti následkem sebevraždy:

- 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, vyplátíme pojistnou částku platnou ke dni úmrtí,
- v případech, kdy došlo v průběhu posledních 2 let před sebevraždou ke zvýšení pojistné částky pojištění smrti, vyplátíme pojistnou částku platnou před tímto zvýšením. Pojistné plnění vyplátíme obmyšlenému nebo v souladu se zákonem.

U pojištění invalidity jsou výluky popsány ve Speciálních pojistných podmínkách FLEXI rizikové životní pojištění, které jste obdržel při uzavření pojistné smlouvy.

U pojištění pracovní neschopnosti jsou výluky popsány v části DOKPĚLÝ POJIŠTĚNÝ – Pojištění pracovní neschopnosti – nemoc tohoto výňatku a ve Speciálních pojistných podmínkách FLEXI rizikové životní pojištění, které jste obdržel při uzavření pojistné smlouvy.

Zánik pojištění

K datu uznání pojištěného invalidním (jakéhokoliv ze sjednaných stupňů), nebo k datu přiznání příspěvku na péči, nebo smrti pojištěného zanikají všechna sjednaná pojištění tohoto souboru pojištění. V případě plnění z pojištění pracovní neschopnosti žádné pojištění nezaniká.

POJIŠTĚNÍ ZPROŠTĚNÍ OD PLACENÍ POJISTNÉHO Z DŮVODU INVALIDITY NEBO DLOUHODOBÉ PĚČE

Popis pojištění

Pojištění zproštění od placení pojistného si sjednáváte pro případ invalidity 2. nebo 3. stupně nebo pro případ závislosti na dlouhodobé péči ve stupni II a vyšším (dále jen „příspěvek na péči“).

Pojištná 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
- přiznání 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 přiznání příspěvku na péči dojde v důsledku onemocnění nejříve po jednom roce od počátku tohoto pojištění.

Splnění podmínek jednoho roku nevyžadujeme, pokud nám jednoznačně prokážete, že onemocnění, pro které jste byl uznan invalidním 2. nebo 3. stupně, resp. pro které vám byl přiznán 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 uznan invalidním nebo je vám přiznán příspěvek na péči výlučně 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 přiznání 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 uznan invalidním 2. nebo 3. stupně, a to ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení a těchto pojistných podmínek, nebo vám byl přiznán 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 přiznání nároku na plnění z pojištění zproštění od placení pojistného z důvodu invalidity nebo dlouhodobé péče zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI rizikové životní pojištění bez jakýchkoliv změn.

POJIŠTĚNÍ TRVALÝCH NÁSLEDKŮ NEMOCI

Ztráta schopnosti řídit automobil

Pojistnou událostí je také ztráta schopnosti řídit automobil z důvodu organické duševní poruchy (diagnozy F00 – F09 dle MKN 10) a také z důvodu diagnózy schizofrenie (F20). Tyto diagnózy musí být dle vyšetření jednoznačně prokazatelné.

Pojistnou událostí není:

- ztráta schopnosti řídit automobil v důsledku organické duševní poruchy (diagnozy F00 – F09 dle MKN 10) nebo schizofrenie (F20) vzniklé v příčinné souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo psychoaktivních látek a dále poruchy duševní a poruchy chování (diagnozy F10 – F99 dle MKN 10), vyjma schizofrenie (F20)

Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z pojištění trvalých následků nemoci zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI rizikové životní pojištění bez jakýchkoliv změn.

POJIŠTĚNÍ SMRTI NÁSLEDKEM ÚRAZU

Pojištění můžete sjednat pro osoby ve věku od dovršených 18 do 75 let.

Pojištění končí nejdele s ukončením smlouvy (max. v roce, ve kterém se pojištěný dožije 85 let).

Pro toto pojištění můžete sjednat individuální konec.

Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z pojištění smrti následkem úrazu zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI rizikové životní pojištění bez jakýchkoliv změn.

POJIŠTĚNÍ TRVALÝCH NÁSLEDKŮ ÚRAZU

Pojištění můžete sjednat pro osoby ve věku od dovršených 18 do 75 let. Pojištění končí nejdéle s ukončením smlouvy (max. v roce, ve kterém se pojištěný dožije 85 let). Pro toto pojištění můžete sjednat individuální konec, který platí pro všechny sjednané varianty na smlouvě. Pojištění trvalých následků úrazu sjednáváme ve variantě s progresivním plněním od 0,5 % tělesného poškození a/nebo ve variantě s progresivním plněním od 10 % tělesného poškození. Každou z těchto variant můžete sjednat se čtyřnásobnou progresí, nebo desetinásobnou progresí Plus. Se zahrnutím desetinásobné progresie Plus vám vyplatíme pojistné plnění podle příslušného % tělesného poškození takto:

- od 0,5 % a/nebo od 10 % do 20 % včetně – z jednonásobku pojistné částky,
- nad 20 % do 30 % včetně – z dvojnásobku pojistné částky,
- nad 30 % do 40 % včetně – z trojnásobku pojistné částky,
- nad 40 % do 50 % včetně – ze čtyřnásobku pojistné částky,
- nad 50 % do 60 % včetně – z pětinásobku pojistné částky,
- nad 60 % do 70 % včetně – z šestinásobku pojistné částky,
- nad 70 % do 80 % včetně – ze sedminásobku pojistné částky,
- nad 80 % do 90 % včetně – z osminásobku pojistné částky,
- nad 90 % do 99,99 % včetně – z devtinásobku pojistné částky,
- 100 % – z desetinásobku pojistné částky.

Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z pojištění trvalých následků úrazu zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI rizikové životní pojištění bez jakýchkoliv změn.

POJIŠTĚNÍ DENNÍHO ODŠKODNĚNÍ – ÚRAZ

Pojištění můžete sjednat pro osoby ve věku od dovršených 18 do 75 let. Pojištění končí nejdéle s ukončením smlouvy (max. v roce, ve kterém se pojištěný dožije 85 let). Pro toto pojištění můžete sjednat individuální konec, který platí pro všechny sjednané varianty na smlouvě.

Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z pojištění denního odškodnění – úraz zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI rizikové životní pojištění bez jakýchkoliv změn.

POJIŠTĚNÍ HOSPITALIZACE

Popis pojištění

Pojištění hospitalizace – **úraz nebo nemoc** můžete sjednat pro osoby ve věku od dovršených 18 do 70 let. Pojištění hospitalizace – **úraz** můžete sjednat pro osoby ve věku od dovršených 18 do 75 let.

Pojištění hospitalizace – **úraz** končí nejdéle s ukončením smlouvy (max. v roce, ve kterém se pojištěný dožije 85 let). Pro toto pojištění můžete sjednat individuální konec, který může být pro každou z variant rozdílný.

Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplaty

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.

Čekací doba

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.

Výluky a omezení plnění

Pojistné plnění z pojištění hospitalizace se nevztahuje na:

- 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 rizikové životní pojištění bez jakýchkoliv změn.

POJIŠTĚNÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI – NEMOC

Popis pojištění

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.

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 výši 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 nejříve 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.

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 provozování živnosti.

Povinnosti pojištěného

Pro vyplatu 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.

Výluky a omezení plnění

Pojištění pracovní neschopnosti se nevztahuje na:

- 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 pracovní neschopnosti – nemoc zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI rizikové životní pojištění bez jakýchkoliv změn.

Připojištění úrazu k pracovní neschopnosti

Pro OSVČ – neplátce nemocenského pojištění je maximální počet dnů, za které pojištěnému vyplatíme pojistné plnění v rámci jedné pojistné události, 548. Pro OSVČ – neplátce nemocenského pojištění dále platí, že pokud se úraz, kvůli kterému byla pracovní neschopnost vystavena, opakovaně vyskytne nejříve po 7 letech od vyléčení, považujeme ho za novou pojistnou událost, za kterou poskytneme pojistné plnění v součtu opět za max. 548 dnů. Vyléčením rozumíme stav, kdy se příznaky úrazu neprojeví způsobem, který by bylo nutné zaznamenat do zdravotnické dokumentace, nebo způsobem, který by vyžadoval léčbu a vystavení pracovní neschopnosti.

Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z připojištění úrazu k pracovní neschopnosti zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI rizikové životní pojištění bez jakýchkoliv změn.

POJIŠTĚNÍ OŠETŘOVÁNÍ – ÚRAZ NEBO NEMOC

Pro toto pojištění můžete sjednat individuální konec.

Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z pojištění ošetřování – úraz nebo nemoc zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI rizikové životní pojištění bez jakýchkoliv změn.

ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ INFOLINKA MAJÁK

Popis pojištění

Pojištění můžete sjednat pouze pro jednoho dospělého pojištěného a až 5 osob jemu blízkých (ve smyslu § 22 občanského zákoníku). Odchylně od ustanovení příslušných Všeobecných pojistných podmínek pro FLEXI rizikové životní pojištění nevycházíme u těchto blízkých osob, aby nabídku či žádost o změnu podepsali, pokud se na ně vztahuje pouze toto pojištění.

Pojištění můžete sjednat pro osobu ve věku od dovršených 18 do 75 let. Pojištění končí nejpozději posledním dnem měsíce předcházejícího pojistné-technického období, ve kterém se pojištěný dožije 85 let.

Pojistná událost a podmínky pojistného plnění

Pojistným plněním z tohoto pojištění jsou následující služby:

a) Rychlé informace z oblasti zdravotnictví

- informace o poskytovatelích zdravotních služeb včetně těch, kteří zajišťují pohotovost (adresa, rozsah poskytované péče, provozní doba, kontakty na jednotlivá oddělení nebo lékaře),
- informace o lékárnách (adresa, provozní doba, kontakty),
- informace o veřejném zdravotním pojištění (rozsah pojištění, výše pojistného, spoluúčasti, systém výběru pojistného, adresy a kontakty na zdravotní pojišťovny),
- informace o nároku účastníků veřejného zdravotního pojištění na zdravotní nebo kompenzační pomůcky a lepší léky ze zdravotního pojištění a o možnosti zapůjčení těchto pomůcek

b) Lékař na telefonu

- konzultace zdravotního stavu oprávněné osoby – postup při zdravotních potížích, vysvětlení příznaků a příčin onemocnění, doporučení dalšího postupu,
- vysvětlení běžně užívaných pojmů ve zdravotnictví, odborných medicínských výrazů, latinských pojmů, diagnóz a jejich zkratk užívaných ve zdravotnické dokumentaci,
- vysvětlení nálezů z odborných vyšetření, účelu jednotlivých vyšetření, vysvětlení výsledků laboratorních vyšetření (informace o rozmezí jednotlivých hodnot jednotlivých ukazatelů),
- konzultace lékařských postupů – vysvětlení obecných postupů léčby, základní informace o časové náročnosti léčby jednotlivých onemocnění,
- informace o lécích a jejich účincích – účinné látky v lécích obsažené, možné nežádoucí účinky, informace o doplácích na léky,
- doporučení pojištěnému, na jakého odborného lékaře se má s daným problémem obrátit,
- poradna pro těhotné ženy a matky po porodu – doporučení vhodného postupu v dané situaci, jaká vyšetření je vhodné provést a z jakých příčin,
- informace před cestou do zahraničí – doporučení nutného očkování a poučení o zdravotních rizicích pro danou lokalitu.

c) Rychlé informace a konzultace z oblasti sociálních věcí

- informace o nárocích plynoucích z důchodového pojištění (starobní, invalidní a pozůstalostní důchody),
- informace o nároku na příspěvek na bydlení, příspěvek na péči, příspěvek v hmotné nouzi (příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení a mimořádná okamžitá pomoc),
- informace o sociálních dávkách a průkazech mimořádných výhod osobám zdravotně postiženým (příspěvek na opatření zdravotních pomůcek, příspěvek na úpravu bytu, zakoupení vozidla atd.),
- informace o možných poskytovatelích sociálních služeb dle situace v místě bydliště oprávněné osoby (poradenské, terénní, asistenční, denní stacionáře, domovy pro seniory, pečovatelské domy atd.),
- kontakty na poskytovatele sociálních služeb,
- pomoc se zjištěním podmínek pro umístění do vhodného zařízení pro seniory (čekací doba, finanční náklady, zdravotní předpoklady atd.),
- zprostředkování kontaktu na odborníky, kteří navrhnou ergonomicky nejlepší řešení přestavby bytu nebo jeho části,
- informace o formuláři potřebných pro podání žádosti o sociální dávky,
- informace o tom, jak obvykle probíhá dědické řízení.

Informace o nárocích z veřejného zdravotního pojištění a ze sociálního systému jsou určeny výhradně osobám, které jsou oprávněny tyto nároky čerpat podle platné právní úpravy. Pojistné plnění poskytneme ve formě služeb uvedených v tomto bodě, pokud během trvání tohoto pojištění nastane potřeba oprávněné osoby získat tyto služby z důvodu nemoci, úrazu nebo jiné skutečnosti související s jejím zdravotním stavem.

Čekací doba

Pro toto pojištění není stanovena žádná čekací doba.

Povinnosti pojištěného

Po zavolání na infolinku poskytovatele služeb uvedenou v **kartičce zdravotní a sociální infolinky MAJÁK** musí oprávněná osoba na vyžádání operátora sdělit číslo pojistné smlouvy, nebo jméno a datum narození pojištěného, k němuž se toto pojištění vztahuje.

Výluky a omezení plnění

Pojistné plnění neposkytneme v případech uvedených v ustanovení příslušných Všeobecných pojistných podmínek pro FLEXI rizikové životní pojištění. Odchylně od ustanovení příslušných Všeobecných pojistných podmínek pro FLEXI rizikové životní pojištění se toto pojištění vztahuje pouze na území České republiky.

Zánik pojištění

Toto pojištění zaniká způsoby uvedenými v ustanovení příslušných Všeobecných pojistných podmínek pro FLEXI rizikové životní pojištění.

Poskytovatel služeb

Služby popsané výše pro nás zajišťuje náš smluvní partner, společnost GLOBAL ASSISTANCE a.s., se sídlem Dopraváků 749/3, 184 00 Praha 8, IČO 271 81 898, a její smluvní partneri.

Asistenční centrum poskytovatele služeb je dostupné 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Služby poskytované z tohoto pojištění je třeba vyžádat telefonicky – kontakt na poskytovatele služeb je uveden v **kartičce zdravotní a sociální infolinky MAJÁK**.

KONZULTAČNÍ A ASISTENČNÍ SLUŽBY MAJÁK+

Popis pojištění

Pojištění můžete sjednat pouze pro jednoho dospělého pojištěného a až 5 osob jemu blízkých (ve smyslu § 22 občanského zákoníku). Odchylně od ustanovení příslušných Všeobecných pojistných podmínek pro FLEXI rizikové životní pojištění nevyžadujeme u těchto blízkých osob, aby nabídku či žádost o změnu podepsali, pokud se na ně vztahuje pouze toto pojištění.

Pojištění můžete sjednat pro osobu ve věku od dovršených 18 do 75 let. Pojištění končí nejpozději posledním dnem měsíce předcházejícího pojistně-technického období, ve kterém se pojištěný dožije 85 let.

Pojistná událost a podmínky pojistného plnění

Pojistným plněním z tohoto pojištění jsou následující konzultační a asistenční služby:

a) Rychlé informace z oblasti zdravotnictví

- informace o poskytovatelích zdravotních služeb včetně těch, kteří zajišťují pohotovost (adresa, rozsah poskytované péče, provozní doba, kontakty na jednotlivá oddělení nebo lékaře),
- informace o lékárnách (adresa, provozní doba, kontakty),
- informace o veřejném zdravotním pojištění (rozsah pojištění, výše pojistného, spoluúčasti, systém výběru pojistného, adresy a kontakty na zdravotní pojišťovny),
- informace o nároku účastníků veřejného zdravotního pojištění na zdravotní nebo kompenzační pomůcky a lepší léky ze zdravotního pojištění a o možnosti zapůjčení těchto pomůcek);
- tuto službu poskytujeme 24 hodin denně.

b) Lékař na telefonu

- konzultace zdravotního stavu oprávněné osoby – postup při zdravotních potížích, vysvětlení příznaků a příčin onemocnění, doporučení dalšího postupu,
- vysvětlení běžně užívaných pojmů ve zdravotnictví, odborných medicínských výrazů, latinských pojmů, diagnóz a jejich zkratk užívaných ve zdravotnické dokumentaci,
- vysvětlení nálezu z odborných vyšetření, účelu jednotlivých vyšetření, vysvětlení výsledků laboratorních vyšetření (informace o rozmezí jednotlivých hodnot jednotlivých ukazatelů),
- konzultace lékařských postupů – vysvětlení obecných postupů léčby, základní informace o časové náročnosti léčby jednotlivých onemocnění,
- informace o lécích a jejich účincích – účinné látky v lécích obsažené, možné nežádoucí účinky, informace o doplácích na léky,
- doporučení pojištěnému, na jakého odborného lékaře se má s daným problémem obrátit,
- poradna pro těhotné ženy a matky po porodu – doporučení vhodného postupu v dané situaci, jaká vyšetření je vhodné provést a z jakých příčin,
- informace před cestou do zahraničí – doporučení nutného očkování a poučení o zdravotních rizicích pro danou lokalitu;
- tuto službu poskytujeme 24 hodin denně.

c) Rychlé informace a konzultace z oblasti sociálních věcí

- informace o nárocích plynoucích z důchodového pojištění (starobní, invalidní a pozůstalostní důchody),
- informace o nároku na příspěvek na bydlení, příspěvek na péči, příspěvek v hmotné nouzi (příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení a mimořádná okamžitá pomoc),
- informace o sociálních dávkách a průkazech mimořádných výhod osobám zdravotně postiženým (příspěvek na opatření zdravotních pomůcek, příspěvek na úpravu bytu, zakoupení vozidla atd.),
- informace o možných poskytovatelích sociálních služeb dle situace v místě bydliště oprávněné osoby (poradenské, terénní, asistenční, denní stacionáře, domovy pro seniory, pečovatelské domy atd.),
- kontakty na poskytovatele sociálních služeb,
- pomoc se zajištěním podmínek pro umístění do vhodného zařízení pro seniory (čekací doba, finanční náklady, zdravotní předpoklady atd.),
- zprostředkování kontaktu na odborníky, kteří navrhnou ergonomicky nejlepší řešení přestavby bytu nebo jeho části,
- informace o formuláři potřebných pro podání žádosti o sociální dávky;
- tuto službu poskytujeme 24 hodin denně.

d) Právní konzultace

- obecné informace o právních předpisech a jejich znění,
- obecné informace o vztahu občan a soud (např. informace o věcné a místní příslušnosti soudu, náležitosti podání, zastupování, nákladech soudního jednání, odměnách znalců, tlumočnicků, advokátů),
- informace o adresách a kontaktech na instituce a služby (např. soudy, finanční a obecní úřady, katastrální úřady, stavební úřady, advokáty a exekutory, notáře a matriky, soudní znalce, odhadce, tlumočníky a překladatele),
- poskytnutí kontaktu na advokáta za účelem právního zastoupení nebo sepsování smluv; **poskytnuté služby advokáta v tomto případě hradíte vy**,
- právní poradenství k základním možnostem řešení životní situace pojištěného v oblasti rodinného práva (např. manželství, rodičovství, opatrovnictví), dědického práva (např. závět, dědická smlouva, vydělení, výměnek), závazkových smluvních vztahů a vztahů k movitým věcem (např. darování, koupě, nájem) a pracovní právních vztahů (např. dluhy pracovních poměrů, výpověď, dovolená);
- tuto službu poskytujeme v pracovní dny v rozmezí 9–17 hodin.

e) Konzultace a podpora při psychických potížích

- akutní jednorázová nebo krátkodobá podpůrná terapie při krizových životních situacích a po traumatizujících událostech (jako je dopravní nehoda, ztráta zaměstnání, domácí násilí a týrání, ztráta domova, přírodní katastrofy),
- psychoterapeutické poradenství ke konkrétnímu problému, pomoc s orientací v něm a doporučení dalšího postupu,
- podpora při krizových situacích, jakými mohou být například zásadní životní změny (rozvod, odchod do důchodu, ztráta blízkého), zdravotní potíže a vyrovnávání se s nimi (vlastní nebo z pozice pečujícího), mezilidské vztahy a konflikty aj.;
- tuto službu poskytujeme v pracovní dny v rozmezí 9–17 hodin.

f) Domácí asistence v případě nouzové situace v domácnosti

- nouzovou situaci se rozumí náhla a nepředvídatelná havárie, porucha nebo obdobná událost, která vyvolává nebezpečí vzniku nebo zvětšení rozsahu následků škody či jiné vám hroznící újmy a současně vyžaduje neprodlené zprostředkování provedení prací v oboru elektrikář, instalatér, plynář, topenář, sklenář, zámečnick, pokrývač, kominík (dále jen „řemeslné práce“),
- nouzovou situaci se rozumí i zabouchnutí nebo mechanické zablokování vjezdových vrat garáže či vjezdových vrat a vstupních branek, vstupních nebo interiérových dveří, jakož i situace, kdy se nemovitost nebo její část stane nepřístupnou z důvodu ztráty klíčů; pojištění se nevztahuje na opravu poruchy funkce elektrických či hydraulických pohonů vrat, bran či branek,
- nouzovou situaci se rozumí také závažná a bezprostřední hrozba způsobená hlodavci, hmyzem, včetně včel, vos či sršní, vyvolávající potřebu odchyty nebo likvidace hlodavců či potřebu likvidace včelího roje, vosího nebo sršního hnízda. V případě

této nouzové situace vám zajistíme zprostředkování a úhradu účelně vynaložených nákladů na deratizaci, dezinfekci, odchyt nebo likvidaci. Činnost osoby provádějící tyto úkony se pro účely těchto pojistných podmínek považuje rovněž za řemeslnou práci definovanou výše v tomto písmenu f).

- v případě vzniku nouzové situace máte právo, abychom prostřednictvím našeho smluvního partnera zprostředkovali provedení řemeslných prací nezbytných k odstranění nouzové situace a uhradili účelně vynaložené náklady spojené s provedením uvedených prací v rozsahu nákladů na:

- dopravu osoby provádějící řemeslné práce do místa provedení prací a zpět,
- práci osoby provádějící řemeslné práce,
- drobný materiál nezbytný k odstranění nouzové situace,
- uvedení místa provedení řemeslných prací do stavu umožňujícího řádné užívání, včetně úklidu místa provádění prací.

Tuto službu poskytujeme 24 hodin denně.

g) Domácí asistence v případě potřeby IT konzultace

- IT konzultací se rozumí řešení úplné nebo částečné nefunkčnosti hardware nebo software bránící využití stolního počítače, notebooku, tabletu nebo routeru (dále souhrnně jen „počítač“), který vlastníte nebo pro svou potřebu oprávněně užíváte, s výjimkou zařízení sloužícího k plnění pracovních úkolů nebo výkonu jiné výdělečné činnosti,
- v případě potřeby IT konzultace máte právo, abychom vám prostřednictvím našeho smluvního partnera poskytli telefonické konzultace s IT technikem nebo opravy či úpravy software počítače prováděné IT technikem cestou vzdáleného připojení realizovaného prostřednictvím internetové sítě bez osobní přítomnosti technika,
- v případě zjištění IT technika, že nefunkčnost počítače není řešitelná cestou vzdáleného připojení nebo cestou telefonické konzultace, vám poskytneme informaci o místně dostupných odborných servisech. **Z pojištění nevzniká právo na úhradu nákladů na opravu počítače.**

Tuto službu poskytujeme v pracovní dny v rozmezí 9–17 hodin.

h) Hodinový manžel

- pro účely těchto pojistných podmínek se tím rozumí služba pro domácnost, která nabízí všestranné zručné řemeslníky, kteří ovládají základní práce týkající se fungování domácnosti,
- v případě potřeby poskytnutí této služby máte právo, abychom vám prostřednictvím našeho smluvního partnera zajistili poskytnutí této služby v rozsahu:
 - jednoduché údržbářské činnosti v domácnosti (např. výměna nebo jednoduchá oprava vodovodní baterie, odpadu, protékajícího záchodu, výměna silikonu kolem sanity, výměna nebo jednoduchá oprava zámku, vložek a kování apod.),
 - drobné montážní činnosti (jako je pověšení obrazů a zrcadel, vrtání políček, garnýží a závěsných systémů, montáž svítidel, montáž sprchové zástěny, vany, nebo sprchového koutu, montáž nábytku apod.),
 - drobné stěhovací činnosti,
 - zapojení a zprovoznění elektrických spotřebičů, včetně svítidel, bez nutnosti zásahu do elektrické rozvodné sítě,
 - malování pokojů,

a to vše za podmínek dále uvedených v tomto článku.

V případě poskytnutí služby Hodinový manžel máte právo, abychom prostřednictvím našeho smluvního partnera zprostředkovali provedení vámi požadovaných prací a uhradili účelně vynaložené náklady spojené s provedením uvedených prací v rozsahu nákladů na:

- dopravu osoby provádějící vyžádané práce do místa provedení prací a zpět,
- práci osoby provádějící vyžádané práce,
- drobný materiál nezbytný k provedení vyžádané práce,
- uvedení místa provedení vyžádané práce do stavu umožňujícího řádné využívání, včetně úklidu místa provádění prací.

Tuto službu poskytujeme v pracovní dny v rozmezí 9–17 hodin, a to nejpozději do 7 dnů od nahlášení požadavku na asistenční centrum.

Informace o nárocích z veřejného zdravotního pojištění a ze sociálního systému jsou určeny výhradně osobám, které jsou oprávněné tyto nároky čerpat podle právní úpravy. Pojistné plnění poskytneme ve formě služeb uvedených v tomto bodě, pokud během trvání tohoto pojištění nastane potřeba některé z oprávněných osob získat tyto služby z důvodu nemoci, úrazu nebo jiné skutečnosti související s jejím zdravotním stavem, případně nastane-li potřeba pojištěného řešit jinou životní nebo nouzovou situaci popsanou v tomto bodě.

Pojem domácnost: za domácnost se pro účely služeb Domácí asistence v případě nouzové situace v domácnosti, IT konzultace a služby Hodinový manžel považuje soubor majetku, který slouží k účelům bydlení na adrese pojištěného; za domácnost se považuje i chata nebo jiný rekreační objekt, který je ve vlastnictví pojištěného, výjma služby Hodinový manžel, kterou poskytujeme pouze na jedné adrese bydliště pojištěného.

Čekací doba

Pro toto pojištění není stanovena žádná čekací doba.

Povinnosti pojištěného

Po zavolání na infolinku poskytovatele služeb uvedenou v **kartičce konzultační a asistenční služby MAJÁK+** musí oprávněná osoba na vyžádání operátora sdělit číslo pojistné smlouvy, nebo jméno a datum narození pojištěného, k němuž se toto pojištění vztahuje.

Výluky a omezení plnění

Pojistné plnění neposkytneme v případech uvedených v ustanovení příslušných Všeobecných pojistných podmínek pro FLEXI rizikové životní pojištění. Odchylně od ustanovení příslušných Všeobecných pojistných podmínek pro FLEXI rizikové životní pojištění se toto pojištění vztahuje pouze na území České republiky.

Domácí asistenci neposkytneme v případě nouzové situace vzniklé následkem:

- a) zásahu státní moci nebo veřejné správy,
- b) požití alkoholu nebo aplikace návykových látek pojištěným,
- c) neoprávněného nebo neodborného zásahu provedeného pojištěným nebo jinou osobou bez příslušné odborné kvalifikace se souhlasem pojištěného,
- d) škod vzniklých v souvislosti s prováděním oprav či úprav,
- e) trestného činu pojištěného nebo jiné osoby z jeho podnětu.

Domácí asistenci neposkytneme v případě nouzové situace vzniklé ve společných

prostorech bytového domu.

Nezprostředkujeme a nehradíme náklady na domácí asistenci na:

- a) opravárenské, údržbářské, rekonstrukční a obdobné práce, které nejsou nezbytné k odstranění nouzové situace, ledaže by šlo o práce poskytované v rámci služby Hodinový manžel,
 - b) odstranění nouzové situace vzniklé v budovách ve výstavbě.
- Společná-li nouzová situace v zabouchnutí nebo mechanickém zablokování vstupních dveří (vjezdových vrat či bran nebo vstupních branek a garážových vrat do nemovitosti), nevzniká vám právo na poskytnutí domácí asistence spočívající ve zpřístupnění nemovitosti, existující-li pochybnosti o vašem právu vstoupit do nemovitosti.
- Neposkytneme službu Domácí asistence v případě potřeby IT konzultace spočívající v prolomení hesla či jiných zabezpečovacích prvků sloužících k zamezení neoprávněného přístupu do počítače.

Bude-li vyžádáno poskytnutí konzultačních nebo asistenčních služeb v případě, kdy nejsou splněny podmínky pro vznik práva na jejich poskytnutí, je osoba, která si jejich poskytnutí vyžádala, povinná uhradit náklady s tím spojené.

Neuhradíme náklady na konzultační a asistenční služby, které si oprávněná osoba zajistí sama, bez předchozího výslovného souhlasu asistenčního centra poskytovatele služeb uvedeného v kartičce konzultační a asistenční služby MAJAK+.

Právní konzultaci, konzultaci a podporu při psychických potížích, domácí asistenci v případě nouzové situace a IT konzultaci poskytneme v celkovém rozsahu 6 zásahů za rok, bez ohledu na druh služby.

Za jeden zásah při poskytnutí právní konzultace, konzultace a podpory při psychických potížích a IT konzultace se považuje konzultace v rozsahu maximálně 60 minut na jeden zásah vyplývající z jedné příčiny nebo z více příčin, které spolu přímo souvisejí.

Na úhradu nákladů za jeden zásah při poskytnutí domácí asistence v případě nouzové situace v domácnosti poskytneme plnění maximálně do výše 5 000 Kč za jeden asistenční zásah. Za jeden zásah se považuje zprostředkování provedení řemeslných prací a úhrada nákladů spojených s jejich provedením na základě jedné nouzové situace nebo více situací, které spolu přímo souvisejí.

Službu Hodinový manžel poskytneme v rozsahu 2 zásahů za rok v částce do 1 800 Kč za jeden zásah. Za jeden asistenční zásah se považuje zprostředkování provedení prací hodinového manžela a úhrada nákladů spojených s jejich provedením na základě jedné situace.

Náklady spojené s konzultačními a asistenčními službami poskytnutými na vaši výslovnou žádost **nad rámec stanovených limitů hradíte vy.**

Zánik pojištění

Toto pojištění zaniká způsoby uvedenými v ustanovení příslušných Všeobecných pojistných podmínek pro FLEXI rizikové životní pojištění.

Poskytovatel služeb

Služby popsané výše pro nás zajišťuje náš smluvní partner, společnost GLOBAL ASSISTANCE a.s., se sídlem Dopraváků 749/3, 184 00 Praha 8, IČO 271 81 898, a její smluvní partneri. Asistenční centrum poskytovatele služeb je dostupné 24 hodin denně 7 dní v týdnu.

Služby poskytované z tohoto pojištění je třeba vyžádat telefonicky – kontakt na poskytovatele služeb je uveden v **kartičce konzultační a asistenční služby MAJAK+.**

DĚTSKÁ POJIŠTĚNÍ

POJIŠTĚNÍ VÁŽNÝCH NEMOCÍ A ÚRAZŮ

Pojistná událost, podmínky pojištěního plnění a jeho výplaty

Pojistnou událostí je potvrzení diagnózy některé z vážných nemocí nebo podstoupení některé z operací, k němuž došlo během trvání pojištění, zároveň se příznaky neprojeví před počátkem pojištění ani v čekací době a které splňuje podmínky stanovené ve smlouvě. Pojistné plnění poskytneme 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.

Pokud jste sjednal nabídku na uzavření pojistné smlouvy FLEXI rizikové životní pojištění do 30. 4. 2020, pak je změnou oproti SPP FLEXI rizikové životní pojištění, které jste při sjednání obdržel, že jsme zrušili dobu 12 měsíců mezi daty potvrzení diagnózy, resp. daty provedení operačního zákroku pro jednotlivé pojistné události, kdy jsme neposkytlí pojistné plnění.

1. skupina – selhání důležitých orgánů

Totální ledvinové selhání – konečné stadium ledvinového selhávání následkem chronického a nezvratného selhání funkce obou ledvin; pojištěné dítě musí podstupovat pravidelnou dialýzu nebo být po transplantaci ledviny.

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. Povinnost 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.

3. skupina – kardiovaskulární systém

Cévní mozková příhoda – pojistné plnění neposkytneme za události v důsledku úrazu a za tranzitorní ischemickou ataku

6. skupina – ostatní

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 uznávána zdravotnickými úřady po datu počátku pojištění;
- náhodném poranění jehlou, ke kterému došlo při plnění běžných profesních povinností osoby jako lékaře / zubního lékaře, zdravotní sestry, zdravotníka, hasiče nebo policisty;
- příjmu transplantovaného orgánu, kdy byl tento orgán dříve infikován virem HIV;
- fyzickém 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 písemné 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 vzorkům krve pojištěného dítěte 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).

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 zvýšil pojistnou částku pojištění vážných nemocí a úrazů, vyplatíme pojistnou částku platnou před jejím zvýšením.

Zánik pojištění

Zánikem pojištění všech výše uvedených skupin, zaniká pojištění vážných nemocí a úrazů.

Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z pojištění vážných nemocí a úrazů zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI rizikové životní pojištění bez jakýchkoliv změn.

POJIŠTĚNÍ HOSPITALIZACE – ÚRAZ NEBO NEMOC

Pokud je dítě opakovaně hospitalizováno v lžních, 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.

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

RIZIKOVÉ SKUPINY

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. skupiny, včetně vojáků z povolání.

4. riziková skupina

Všechny práce nebo činnosti s extrémním, velmi vysokým stupněm ohrožení zdraví, např. činnosti při zájezdění motorových vozidel a jejich typových zkouškách, tovární jezdci motorových vozidel nebo plavidel a všechna sportovní odvětví vykonávaná profesionálně.

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

Ostatní podmínky týkající se všech rizikových skupin zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI rizikové životní pojištění bez jakýchkoliv změn.