

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

Žádost o změnu v pojistné smlouvě FLEXI životní pojištění – JUNIOR

Z5032

Tato žádost slouží **výhradně pro pojistné smlouvy FLEXI životní pojištění – JUNIOR (Flexibilní životní pojištění JUNIOR)**.

Číslo pojistné smlouvy **5 5 3**

Číslo předchozích smluv (ná vaznost pojištění)

Já jako pojistník

Příjmení, jméno, titul / Obchodní firma

Rodné číslo / IČO

Místo narození (obec)

Stát narození

Státní občanství

Povolání

OSVČ

zrušení OSVČ

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)

☐ Ano Pokud není zaškrtnuto, platí, že PEP nejste.

Daňový rezident (i) jiného státu než ČR? ☐ Ne ☐ Ano Kterého? _____.

DIČ (daňové identifikační číslo)

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

Identifikační údaje

Pohlaví ☐ muž ☐ žena, platný průkaz totožnosti _____ č. _____,

dobu platnosti do _____, vydán státem _____ orgánem _____.

Část A. Technické změny (určeno pro níže uvedené změny, pro změny rozsahu pojištění slouží části B. a C.):

- mají vliv na výši pojistného (změna výše běžného pojistného, změna doby trvání, změna frekvence placení, přerušení placení pojistného apod.).

Datum účinnosti dodatku od		Změna doby trvání do		let věku.
----------------------------	--	----------------------	--	-----------

Pojistné a způsob placení pojistnéhoFrekvence placení pojistného: ☐ ročně ☐ pololetně ☐ čtvrtletně ☐ měsíčně

Celkové běžné pojistné (dle frekvence placení)

 Kč☐ Žádám o nastavení pojistného na minimální postačitelnou výši.☐ Bez uvažování kapitálové hodnoty smlouvy.**Technika placení pojistného:**SIPO ☐ spojovací číslo inkaso ☐ z účtu číslo účtu - kód banky specifický symbol

jiný způsob (např. trvalý příkaz)

☐**Část B. Žádost o změnu rozsahu pojištění dospělého pojištěného****Upozornění:**

Pokud žádáte změnu v rozsahu pojištění, uvádějte pouze změny požadované oproti současnému stavu pojištění. Jednotlivá pojištění a pojistné částky, které nepožadujete touto žádostí změnit nebo zrušit, zůstávají zachovány v rozsahu sjednaném v pojistné smlouvě, příp. jejich dodatcích.

Požadovaná změna v pojistné smlouvě může vést v důsledku použití zásady rovného zacházení ke změně výše pojistného.

Rozsah pojištění

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 vyšetřována/a, sledován/a nebo léčen/a lékařem pro níže uvedené zdravotní potíže?

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

NE ANO

☐ ☐

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

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

NE ANO

☐ ☐

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

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

NE ANO

☐ ☐

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

NE ANO

☐ ☐

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

NE ANO

☐ ☐

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

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

NE ANO

☐ ☐

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

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

NE ANO

☐ ☐

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

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

NE ANO

☐ ☐

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

NE ANO

☐ ☐

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

NE ANO

☐ ☐

SMLUVNÍ UJEDNÁNÍ

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

Hodnocení zdravotního stavu

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

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

PROHLÁŠENÍ POJISTNÍKA/POJIŠTĚNÉHO

- 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.
- Beru na vědomí a současně souhlasím s tím, že se doplňují speciální pojistné podmínky od data vystavení dodatku k pojistné smlouvě na základě této žádosti o změnu o toto ustanovení:
V případě navýšení běžně placeného pojistného u pojistných smluv sjednaných do 31. 3. 2007 máte právo z navýšené části pojistného (rozdílu mezi novou a původní výší pojistného) účtovat poplatek na pokrytí nákladů spojených s úpravou a změnou smlouvy. Dále beru na vědomí a souhlasím s tím, že výše uvedené ustanovení platí i pro všechny následně provedené změny této pojistné smlouvy.
- Zmocňuji vás k zjišťování či ověřování mého zdravotního stavu a zdravotního stavu nezletilého pojištěného dítěte, jehož jsem zákonným zástupcem/opatrovníkem/poručníkem/pěstounem (dále jen „zástupce nezletilého dítěte“), pro účely změny pojistné smlouvy, šetření pojistných událostí či výkonu jiných práv a povinností z pojistné smlouvy, a to zejména formou dotazů u příslušných lékařů (zdravotnických zařízení), žádostí o poskytnutí lékařských zpráv, pořízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace, popř. z jiných zápisů, které se vztahují ke zdravotnímu stavu.
- V souladu s § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, zprošťuji příslušného lékaře, resp. provozovatele zdravotnického zařízení ve vztahu k vám mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém jste oprávněni požadovat informace či dokumenty podle předchozího odstavce a dále podle toho, jak je povinen je poskytovat pacientovi podle § 31 a následujících citovaného zákona.
- Prohlašuji, že jsem byl seznámen a převzal jsem Výňatek z ujednání Speciálních pojistných podmínek pro FLEXI životní pojištění – JUNIOR (Flexibilní životní pojištění JUNIOR) 10/2025 (dále jen „výňatek“)
a) pro uvedená pojištění dospělé osoby: pojištění smrti, pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s jednorázovou výplatou pojistné částky, b) pro uvedená pojištění dítěte: pojištění vážných nemocí a úrazů, připojištění na novotvary in situ, pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče, pojištění denního odškodného – úraz, pojištění hospitalizace – úraz nebo nemoc, pojištění ošetřování – úraz nebo nemoc, rodinná asistence.
Souhlasím s tím, že dnem účinnosti požadované změny pojistné smlouvy se výňatek, který je nedílnou součástí této žádosti o změnu, stává nedílnou součástí této pojistné smlouvy, výňatek tak doplňuje a v rozsahu v něm obsažených ujednání má přednost a nahrazuje příslušná ustanovení speciálních pojistných podmínek, které jsem obdržel při sjednání nabídky na uzavření této pojistné smlouvy.
- Prohlašuji, že mám pojistný zájem na pojištění nezletilého dítěte a v případě běžně placeného pojistného i na pojištění mé osoby.
- 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.

9. Prohlašuji, že pokud se v průběhu trvání smlouvy stanu subjektem spadajícím pod režim FATCA (tj. například daňovým rezidentem USA, občanem USA, osobou s adresou sídla / pobytu v USA) nebo daňovým rezidentem jiného státu než ČR, neprodleně vám tuto skutečnost oznámím. Zavazuji se zajistit vám součinnost při prověřování a zjišťování pojistné smlouvy jako oznamovaného účtu podle zákona č. 164/2013 Sb., o mezinárodní spolupráci při správě daní a o změně dalších souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Zavazuji se zajistit i obdobnou součinnost ovládacích osob.
10. Potvrzuji, že údaje o daňové rezidentuře (tj. stát daňové rezidence a DIČ) uvedené v této žádosti o změnu jsou aktuální, a souhlasím, aby tyto údaje byly v případě jejich rozporu s jinými údaji uvedenými v dříve uzavřených pojistných smlouvách, ve kterých jsem pojistníkem nebo pojištěným, využívány i pro účely takových pojistných smluv. S tímto postupem souhlasím i pro případ, kdy pojišťovně oznámím změnu daňové rezidentury v době trvání této pojistné smlouvy.
11. Jako zástupce nezletilého dítěte souhlasím s prohlášením pojistníka/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 námitky 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 vypo- vídajících o vašem zdravotním stavu (dále jen „**údaje o zdravotním stavu**“), jakož i genetické údaje, a to pro účely 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 for- mulářem, 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. Tento souhlas můžete kdykoli odvolat. Odvoláním souhlasu není dotčena zákonnost zpracování údajů o zdravotním stavu a genetick- kých 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 jako dospělý pojištěný ☐ souhlasím jako 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 osob- ním údajům.

☐ souhlasím jako pojistník ☐ nesouhlasím jako 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 návrhu a uzavření dodatku pojistné smlouvy, posouzení přijatelnosti do pojištění, správy a ukončení pojistné smlouvy a likvidace pojistných udá- lostí, 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 sou- visejících 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 zasílání svých reklamních sdělení a nabízení svých služeb; nabídku od pojišťovny můžete dostat elektronicky (zejména SMSkou, e-mailem, přes sociální síť nebo telefonicky) nebo klasickým dopisem či osobně od zaměstnanců pojišťovny.

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

2.3 POVINNOST POJISTNÍKA INFORMOVAT TŘETÍ OSOBY

Zavazujete se informovat zástupce nezletilého dítěte, jenž je osobou odlišnou od vás, 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 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 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 návrhu a uzavření dodatku pojistné smlouvy, správy a ukončení pojistné smlouvy, likvidace pojistných událostí, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojišťovny a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání. Proti takovému zpracování má taková osoba právo kdykoli podat námitku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v Informacích o zpracování osobních údajů v pojištění osob.

Zpracování pro účely plnění zákonné povinnosti

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

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

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

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

Žádost podal/a: Příjmení, jméno pojistníka

podpis pojistníka

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, již se znovu nepodepisujte.

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

podpis dítěte

* 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.

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

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

Příjmení, jméno poradce / spolupracovníka ziskatele

Identifikace partnera (HR) / Získatelské číslo

Identifikace poradce / Osobní číslo spolupracovníka ziskatele

Telefon

E-mail

V

dne

podpis poradce / spolupracovníka ziskatele

Výňatek z ujednání Speciálních pojistných podmínek pro FLEXI životní pojištění – JUNIOR verze 10/2025

Tento Výňatek z ujednání Speciálních pojistných podmínek pro FLEXI životní pojištění – JUNIOR ode dne účinnosti vámi požadované změny pojistné smlouvy FLEXI životní pojištění – JUNIOR 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.

DOPRAVNÍ NEHODA

Dopravní nehodu rozumíme událost v provozu na pozemních komunikacích a dále nehoda při veřejné hromadné dopravě na železnici, vodních tocích a v letadlech. Pojistnou událostí je pouze takový úraz, po kterém je pojištěný ošetřen zdravotnickou záchrannou službou na místě dopravní nehody nebo nejpozději do 24 hodin po nehodě ve zdravotnickém zařízení. Dopravní nehoda musí být šetřena na místě nehody policií nebo jiným příslušným státním orgánem, který je pověřen šetřením těchto nehod. O výsledku šetření provedeného neprodleně na místě dopravní nehody ve smyslu příslušného zákona musí být vyhotoven záznam.

Dopravní nehodu rozumíme:

- a) Nehodu na pozemní komunikaci** – událost v provozu na pozemních komunikacích, například havárie nebo srážka, která se stala nebo byla započata na pozemní komunikaci a při níž dojde k usmrcení nebo zranění osoby v příčinné souvislosti s provozem vozidla v pohybu.
- b) Dražší nehodu** – především železniční a tramvajové nehody, případně nehody na jiných kolejových drahách (pozemní lanová dráha, metro) v příčinné souvislosti s provozováním drážní dopravy, s následkem smrti či újmou na zdraví. Do stejného právního režimu spadají i visuté lanové dráhy a také trolejbusová doprava.
- c) Nehodu ve vodní dopravě** – událost, k níž došlo buď v provozu na vodní cestě, umělém či přírodním jezeře, moři, oceánu, nebo na umělých plavebních kanálech a průplavech, a to na vodní hladině nebo pod hladinou, nebo v příčinné souvislosti s provozem. Následkem nehody je újma na zdraví nebo smrt účastníků provozu.
- d) Nehodu v letecké dopravě** – událost spojená s provozem letadla, která se stala mezi dobou, kdy kterákoliv osoba nastoupila do letadla s úmyslem vykonat let a dobou, kdy všechny takové osoby letadlo opustily, a při které došlo ke smrti či újmě na zdraví kterékoliv osoby následkem přítomnosti v letadle nebo přímého kontaktu s kteroukoliv částí letadla, včetně části, které se od letadla oddělily, dále přímým působením proudu plynu (vytvořených letadlem). Toto platí také v případech, kdy je letadlo nezvěstné a cestující byli prohlášeni za mrtvé, oprávněné osoby pak mohou nahlásit pojistnou událost za nehodu v letecké dopravě.

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

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

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

POJIŠTĚNÍ PRO VÁS

POJIŠTĚNÍ SMRTI

Pojištění můžete sjednat ve věku od 18 let do 70 let. Pojištění končí nejpozději v roce, ve kterém se dožijete 80 let.

Pokud je pojistnou událostí terminální stadium onemocnění, máte právo na výplatu zálohy na pojistné plnění (dále jen „záloha“) ve výši 60 % z pojistné částky pojištění smrti platné ke dni vzniku pojistné události. Tuto zálohu rozdělíme na 30 %, které vyplatíme pojištěnému dítěti, a 70 %, které převedeme do kapitálové hodnoty smlouvy. Po vyplacení zálohy za terminální stadium onemocnění již nemůžete pojistnou částku zvyšovat ani 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 vašemu následnému úmrtí, vyplatíme 30 % pojistné částky ponižené o již vyplacenou zálohu pojištěnému dítěti a 70 % pojistné částky ponižené o již vyplacenou zálohu převedeme do kapitálové hodnoty smlouvy.

Zvýšíte-li pojistnou částku pojištění smrti v posledních dvou letech předě dnem, kdy vám lékař potvrdil terminální stadium onemocnění, stanovíme výši zálohy z pojistné částky platné před jejím zvýšením. Při vašem následném úmrtí vyplatíme z pojistné částky platné k datu úmrtí ponižené o již vyplacenou zálohu 30 % pojištěnému dítěti a 70 % převedeme do kapitálové hodnoty smlouvy.

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 pojistné události.

Pojištění smrti zanikne bez výplaty pojistného plnění a bez nároku na vrácení zaplaceného pojistného, dojde-li k pojistné události přímo či nepřímo válečnými událostmi, vojenskými nebo bojovými akcemi všeho druhu (válek, invaze, nepřátelské nebo válečné operace, občanské války). Pojistné plnění za terminální stadium onemocnění nevyplatíme, nastane-li pojistná událost v období:

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

POJIŠTĚNÍ INVALIDITY NEBO DLOUHODOBÉ PÉČE S JEDNORÁZOVOU VÝPLATOU POJISTNÉ ČÁSTKY

Popis pojištění

Pojištění můžete sjednat ve věku od dovršených 18 do 65 let, za podmínky že je současně sjednáno pojištění smrti. Pojištění končí nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se dožijete 70 let. Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče sjednáváte pro případ invalidity 3. stupně, který automaticky zahrnuje i pojištění dlouhodobé péče ve stupni závislosti II a vyšším (dále jen „příspěvek na péči“).

Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplaty

Pojistnou událostí je:

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

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

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

Pojistné plnění poskytneme i za diagnózy F00 – F99 (poruchy duševní a poruchy chování dle MKN 10).

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

Pokud zvýšíte pojistnou částku a jste uznán invalidním 3. stupně nebo je vám přiznán příspěvek na péči, v obou případech výlučně z důvodu nemoci, vzniká vám nárok na takto zvýšené pojistné plnění až pro pojistné události, které nastanou po uplynutí jednoho roku od data účinnosti této změny. Pokud zvýšíte pojistnou částku a jste uznán invalidním 3. stupně nebo je vám přiznán příspěvek na péči výlučně v důsledku úrazu, vyplatíme vám pojistnou částku platnou ke dni vzniku úrazu.

Splnění podmínky jednoho roku nevyžadujeme, pokud nám jednoznačně prokážete, že onemocnění, pro které jste byl uznán invalidním 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.

Datum vzniku pojistné události

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

Výluky a omezení plnění

Pojistné plnění neposkytneme za diagnózy F00 – F99 vzniklé v příčinné souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo psychoaktivních látek.

Zánik pojištění

K datu uznání 3. stupně invalidity nebo přiznání příspěvku na péči zaniká pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s jednorázovou výplatou pojistné částky. Smlouva zůstává nadále v platnosti.

DĚTSKÁ POJIŠTĚNÍ

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 neprojevily 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.

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

Dojde-li k souběhu více pojistných událostí najednou v rámci jedné skupiny (výčet skupin uveden dále), vyplatíme pojistné plnění jen jednou. Pojistné plnění vyplatíme pouze za předpokladu přežití alespoň 30 kalendářních dnů od data vzniku pojistné události.

Diagnózy a operační zákroky dělíme do šesti skupin.

1. skupina – selhání důležitých orgánů

- totální ledvinové selhání
- zařazení do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci životně důležitých orgánů
- aplastická anémie
- diabetes mellitus I. typu s intenzifikovaným inzulinovým režimem (závislý na inzulinu)

2. skupina – nervový systém

- paraplegie
 - tetraplegie (kvadruplegie)
 - hemiplegie
 - kóma
 - roztroušená skleróza
 - mozková obrna (poliomyelitida)
 - klíšťová meningoencefalitida
 - Lymeská nemoc (borrelióza)
 - meningitida (meningoencefalitida)
 - encefalitida (meningoencefalitida)
 - epilepsie
 - tetanus
 - významné poškození mozku způsobené úrazem
- #### 3. skupina – kardiovaskulární systém
- infarkt myokardu
 - cévní mozková příhoda
 - operace aorty
 - operace srdeční chlopně
 - získané chronické srdeční selhání
 - revmatická horečka

4. skupina – záněty

- virová hepatitida
- operace při komplikacích Crohnovy nemoci (Morbus Crohn)
- stavy vedoucí k syndromu krátkého střeva s nutností totální parenterální umělé výživy
- astma bronchiale

5. skupina – nádory

- rakovina (nádorová onemocnění)
- nitrolební (intrakraniální) nádor

6. skupina – ostatní

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

1. skupina – selhání důležitých orgánů

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

Nárok na pojištění 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 pojištěné dítě. 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.

Aplastická anémie – selhání funkce kostní dřeně (porucha krvetvorby), v jejímž důsledku je v cirkulující krvi nedostatek červených i bílých krvinek a krevních destiček. Podmínkou vzniku pojištěné události je splnění všech následujících požadavků:

- diagnóza aplastické anémie je potvrzena na základě výsledku punkce kostní dřeně,
- počet granulocytů (bílé krvinky s vyžrátlými granulami v cytoplasmě) v krvi je nižší než 500 mm³ (tj. 0,5 × 10⁹/l) a krevních destiček nižší než 20 000/mm³ (tj. 20 × 10⁹/l),
- je prokázána anémie a retikulocytopenie,
- léčení je prováděno minimálně jedním z následujících způsobů:

- pravidelné krevní transfúze,
- pravidelná aplikace imunosupresivních látek,
- transplantace kostní dřeně.

Pojištná událost nenastává, jedná-li se o aplastickou anémii, která je následkem terapie (např. antibiotiky, nesteroidními antirevmatiky, zlatem, radiačním zářením nebo chemoterapií), o některou z forem vrozené aplastické anémie nebo o aplastickou anémii, pokud bylo u pojištěného dítěte diagnostikováno nádorové onemocnění před uzavřením tohoto pojištění. Pojištná událost také nenastává v případě, že diagnóza aplastické anémie byla poprvé potvrzena během prvních dvou let od sjednání pojištění a současně toto onemocnění souviselo s chronickou anémií, které si byli pojištěné dítě nebo jeho zákonní zástupci vědomi před uzavřením tohoto pojištění.

Diabetes mellitus I. typu s intenzifikovaným inzulinovým režimem (závislý na inzulinu) – diabetem pro účely pojištění rozumíme získané chronické onemocnění, v jehož důsledku vznikne stav chronické hyperglykémie; podmínkou vzniku pojištěné události je doložení lékařské zprávy s potvrzenou diagnózou diabetes mellitus I. typu, která pro svou závažnost vyžaduje léčení pravidelnými aplikacemi inzulinových injekcí. Vyloučen je diabetes mellitus II. typu vzniklý na základě obezity.

2. skupina – nervový systém

Paraplegie – úplné a trvalé ochrnutí dolní poloviny těla. Povinnost plnit vzniká nejdříve 6 měsíců od počátku onemocnění po potvrzení diagnózy paraplegie příslušným odborným pracovištěm. Vyloučena jsou částečná a vrozená ochrnutí končetin.

Tetraplegie (kvadruplegie) – úplné a trvalé ochrnutí všech čtyř končetin. Povinnost plnit vzniká nejdříve 6 měsíců od počátku onemocnění po potvrzení diagnózy tetraplegie příslušným odborným pracovištěm. Vyloučena jsou částečná a vrozená ochrnutí končetin.

Hemiplegie – úplné a trvalé ochrnutí poloviny těla s úplným a trvalým přerušením vodivosti míchy pro vlákna zajišťující hybnost.

Povinnost plnit vzniká nejdříve 6 měsíců od počátku onemocnění po potvrzení diagnózy hemiplegie příslušným odborným pracovištěm. Vyloučena jsou částečná a vrozená ochrnutí končetin.

Kóma – stav hlubokého bezvědomí bez reakce na vnější či vnitřní podněty, který trvá nepřetržitě nejméně 96 hodin (do 8 bodů na Glasgowské stupnici kómatu). Během této doby musí být uměle udržována některá ze základních životních funkcí.

Následkem musí být trvale prokazatelné poškození v klinickém neurologickém nález. Povinnost plnit začíná dnem potvrzení diagnózy a trvalého neurologického poškození příslušným odborným pracovištěm. Vyloučeno je kóma vzniklé následkem požívání alkoholu a/nebo aplikace návykových látek a/nebo přípravků obsahujících návykové látky. Dále neplníme za kóma vzniklé na podkladě úrazu v souvislosti s požitím alkoholu a/nebo aplikací návykových látek a/nebo přípravků obsahujících návykové látky. Vyloučeno je též umělé kóma (dlouhodobá narkóza) navozené medikamentózně pro léčebné účely.

Roztroušená skleróza – je autoimunitní onemocnění bílé hmoty CNS (mozku i míchy), které vede ke ztrátě myelinu v zánětlivých ložiscích (demýelinizace) a difúzní ztrátě axonů (neurodegenerace = postihuje i nervová vlákna).

Projevuje se různými neurologickými příznaky (poruchy zraku, citlivosti, hybnosti apod.). Prokazuje se typickými nálezy při vyšetření CNS magnetickou rezonancí (MRI). U pacientů ve věku 10–12 let je nutná magnetická rezonance.

Nárok na plnění vzniká potvrzením jednoznačné a definitivní diagnózy podle revidovaných McDonaldových kritérií (příkaz roztroušenosti v čase i prostoru) odborným lékařem. Za pojištnou událost nepovažujeme první akutní projev tohoto onemocnění, dále nejednoznačné neurologické diagnózy ani ostatní zánětlivá onemocnění.

Mozková obrna (poliomyelitida) – akutní infekce virem poliomyelitidy způsobující trvalé zdravotní postižení a vedoucí k trvalé paralýze projevující se poruchou pohybových funkcí nebo respirační nedostatečností; diagnóza musí být klinicky potvrzena odborným lékařem a doložena průkazem infekce v séru a v likvoru (mozkomíšním moku). O pojištnou událost se nejedná, pokud pojištěné dítě nebylo řádně očkováno dle platného očkovacího kalendáře povinných očkování.

Pojištnou událostí není paralýza trvající méně než tři měsíce a případy Guillain-Barrého syndromu.

Klíšťová meningoencefalitida (KE) – encefalitida a/nebo meningitida způsobená specifickými ARBO viry (rod Flavivirus). Přenašečem je klíště. Vzácně je přenos možný alimentární cestou.

Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria:

- KE je řádně léčena během hospitalizace nebo ambulantně,
- pojištěné dítě doložilo přítomnost protilátek proti klíšťové meningoencefalitidě v séru a/nebo v mozkomíšním moku a zvýšení hladiny IgM protilátek prokazující akutní infekci,
- závažné trvalé neurologické a/nebo psychiatrické následky klíšťové meningoencefalitidy jsou potvrzeny příslušným odborným lékařem.

Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem a doložena v závislosti na onemocnění výše uvedeným způsobem.

Lymeská nemoc (borrelióza) – zánětlivé onemocnění způsobené bakteriemi komplexu Borrelia burgdorferi, které má projevy kožní, neurologické, kloubní, kardiologické, oční a další. Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria:

- pojištěné dítě jednoznačně doložilo přítomnost bakterie Borrelia burgdorferi,
- pojištěné dítě doložilo přítomnost specifických protilátek proti Lymeské nemoci v organismu (IgM a IgG prokazujících akutní infekci),

- pojištěné dítě bylo řádně dlouhodobě léčeno,

- příznaky způsobené jednoznačně Lymeskou nemocí a závažnost jejích následků jsou potvrzeny příslušným odborným lékařem (psychosyndrom, parézy periferních i hlavových nervů, dysartrie, ataxie, poruchy kognitivních a paměťových funkcí, periferní neuropatie apod., těžké invalidizující postižení kloubů).

Pojištnou událostí při neurologických komplikacích jsou onemocnění s trvalým neurologickým defektem a současně klinicky potvrzeným nálezem odborného lékaře.

Postižení kloubů a invalidizace musí být potvrzeny příslušným odborným lékařem. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem a doložena v závislosti na onemocnění výše uvedeným způsobem.

Meningitida (meningoencefalitida) – zánět mozkových blan vedoucí k těžkým a trvalým neurologickým poškozením (například hemiparézy, epileptické záchvaty, poruchy zraku a sluchu).

Podmínkou vzniku pojištěné události u tohoto onemocnění je také detailní zpráva ošetřujícího lékaře pojištěného dítěte potvrzující splnění alespoň jedné z následujících podmínek a obsahující písemně vyjádření lékaře o očekávaném nezlepšování se současného stavu:

- pojištěné dítě ohrožuje samo sebe a/nebo své okolí v důsledku svého duševního postižení,
- potřebuje trvalý celodenní dohled,
- je trvale upoutáno na lůžko nebo židli, nemůže vstát bez asistence další osoby.

Diagnóza musí být stanovena objektivním nálezem odborného pracoviště neurologie a musí být potvrzena existence trvalého neurologického poškození objektivním neurologickým nálezem i po uplynutí 6 měsíců od data stanovení diagnózy.

Plníme za získané psychiatrické nemoci vedoucí k týmž nebo podobným následkům jako organická onemocnění mozku uvedená pod touto diagnózou.

Vyloučeno je postižení vzniklé následkem infekce způsobené virem HIV.

Encefalitida (meningoencefalitida) – zánět mozkové tkáně vyvolaný infekční etiologií.

Pro plnění z encefalitidy je nutné mít potvrzeno neurologem a s pomocí dalších vyšetřovacích metod (vyšetření moku, CT, MRI nebo EEG).

Pro plnění z encefalitidy jsou následující kritéria: trvalé kognitivní poruchy, poruchy sluchu, řeči, epilepsie, motorické výpadky, deficit v jemné motorice, ochrnutí mozkových nervů, demence.

Podmínkou vzniku pojištěné události u tohoto onemocnění je také detailní zpráva ošetřujícího lékaře pojištěného dítěte potvrzující splnění alespoň jedné z následujících podmínek a obsahující písemně vyjádření lékaře o očekávaném nezlepšování se současného stavu:

- pojištěné dítě ohrožuje samo sebe a/nebo své okolí v důsledku svého duševního postižení,
- potřebuje trvalý celodenní dohled,
- je trvale upoutáno na lůžko nebo židli, nemůže vstát bez asistence další osoby.

Dále plníme za získané psychiatrické nemoci vedoucí k týmž nebo podobným následkům jako organická onemocnění mozku uvedená pod touto diagnózou.

Vyloučeno je postižení vzniklé následkem infekce způsobené virem HIV.

Epilepsie – záchvatovitá přechodná porucha mozkové činnosti s poruchou vědomí. Výskyt alespoň tři generalizovaných tonicko-klonických záchvatů (náhlá porucha vědomí s pádem a křečemi svalstva) v průběhu prvního roku od stanovení diagnózy, kdy pojištěný trvale užívá medikamenty, tzv. antiepileptika. Diagnóza, trvalá medikace a výskyt těchto záchvatů musí být potvrzeny objektivním nálezem z neurologického vyšetření, včetně nálezu EEG a MRI, provedeného nejdříve 1 rok po stanovení diagnózy.

Pojištná událost nenastává v případě, že diagnóza epilepsie byla poprvé potvrzena během prvních dvou let od počátku pojištění a současně toto onemocnění souviselo s níže uvedenými příčinami a symptomy, kterých si byli pojištěné dítě a/nebo jeho zákonní zástupci vědomi před počátkem pojištění:

- úraz hlavy,
- zánětlivé onemocnění a/nebo infekce mozku,
- chirurgický zákrok na mozku,
- nádor mozku,
- hypoxie během porodu pojištěného dítěte.

Tetanus – pro účely pojištění rozumíme akutní infekci způsobenou bakterií Clostridium tetani. Podmínkou vzniku pojištěné události je generalizovaný tetanus s nutností léčby na jednotce intenzivní péče (JIP) včetně umělé plicní ventilace. Onemocnění dítěte musí být potvrzeno odborným lékařem. Pojištná událost nenastává, pokud pojištěné dítě nebylo řádně očkováno dle platného očkovacího kalendáře.

Významné poškození mozku způsobené úrazem – klinická symptomatologie s prokázaným trvalým neurologickým postižením musí být doložena objektivním nálezem odborného lékaře. Diagnóza musí být potvrzena čerstvými změnami na CT nebo MRI.

Vyloučeno je poškození mozku způsobené úrazem v souvislosti s požitím alkoholu a/nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky.

3. skupina – kardiovaskulární systém

Infarkt myokardu – nezvratné poškození části srdeční svaloviny, které je způsobeno nedostatečným krevním zásobením dané oblasti; nárok na pojištění plnění vzniká potvrzením diagnózy stanovené příslušným odborným lékařem. Nárok na pojištění plnění vzniká i v případě cévních komplikací v návaznosti na diabetes mellitus při splnění všech definovaných podmínek.

Zjistěného plnění je vyloučena angina pectoris.

Cévní mozková příhoda – ložiskové mozkové poškození (s patologickým neurologickým nálezem) trvající déle než 24 hodin, které zahrnuje cévní mozkové příhody ischemické nebo hemoragické.

Jedná se buď o dokončený akutní ischemický iktus (uzávěr cévy trombem, embolem nebo jiným útvarem) nebo krvácení (intracerebrální, intraventrikulární a subarachnoidální). Příčinou krvácení může být i prasklá aneuryzma.

Musí být prokázáno trvale neurologické postižení doložené objektivním nálezem odborného lékaře. Diagnóza musí být potvrzena čerstvými změnami na CT nebo MRI.

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

Vyloučeny jsou cévní mozkové příhody vzniklé důsledkem úrazu a tranzitorní ischemická ataka.

Operace aorty – operační kardiochirurgický výkon na aortě provedený v důsledku jejího roztržení, vzniku výdutě; vyloučeny jsou operace na větvích aorty nebo bypassy vystupující z aorty a vedoucí krev do periferního řečiště. Povinnost plnit vzniká dnem provedení operace.

Operace srdeční chlopně – pro účely pojištění rozumíme operaci srdeční chlopně provedenou přes otevřený hrudník za účelem léčebného zákroku na srdeční chlopně. Operace srdeční chlopně musí být lékařsky nezbytná a musí být v lékařské dokumentaci řádně zdůvodněna.

Pojištná událost nenastává v případě, že k operaci došlo v důsledku získaného onemocnění zapříčiněného požíváním alkoholu a/nebo aplikací omamných či návykových látek.

Získané chronické srdeční selhání – pro účely pojištění rozumíme získané selhání srdce, které se projevuje trvalou funkcí a/nebo morfologickou patologií srdeční tkáně (srdeční chlopně, endokard, myokard a/nebo perikard). Podmínkou vzniku pojištěné události je, aby onemocnění vedlo k trvalému chronickému srdečnímu selhání stupně II až IV podle NYHA klasifikace.

Pojištná událost nenastává, jedná-li se o získané chronické srdeční selhání:

- vzniklé v důsledku požívání alkoholu a/nebo aplikace omamných či návykových látek,
- vzniklé v důsledku defektu v srdečním septu,
- pokud byla u pojištěného dítěte diagnostikována revmatická horečka před počátkem pojištění vážných nemocí a úrazů.

Revmatická horečka – pro účely pojištění rozumíme revmatickou horečku s přetrvávajícími srdečními komplikacemi.

Podmínkou vzniku pojištěné události je, aby onemocnění vedlo k trvalému chronickému srdečnímu selhání stupně II až IV podle NYHA klasifikace.

Diagnóza revmatické horečky musí být potvrzena odborným lékařem a musí být prokázáno splnění všech diagnostických kritérií podle Jonese. Pojistná událost nenastává, trpělo-li pojištěné dítě chlopenní vadou jakéhokoliv původu před počátkem pojištění.

4. skupina – záněty

Virová hepatitida – virový zánět jaterní tkáně způsobený virem hepatitidy. Pro doložení onemocnění a podmínkou vzniku pojistné události je splnění těchto požadavků:

- pojištěné dítě je v době oznámení pojistné události infikováno virem hepatitidy, průkaz viru hepatitidy metodou PCR,
 - jaterní testy (ALT, AST) jsou zvýšeny nejméně čtyřikrát nad standardní fyziologickou hladinu v důsledku zánětu jater,
 - zvýšená hladina jaterních enzymů musí být zjištělná v séru alespoň šest měsíců po skončení léčení virového zánětu jater a zároveň v době oznámení pojistné události.
- Onemocnění je doloženo také v případech, kdy byla hepatitida léčena interferonem, léčba skončila, k vyléčení dosud nedošlo a virus hepatitidy přetrvává v těle i po jednom roce od ukončení léčby interferonem.

Vyloučení je infekcí onemocnění virem hepatitidy typu A a typu B. Vyloučen je také vertikální přenos z matky na dítě u hepatitidy typu C.

Operace při komplikacích Crohnovy nemoci (Morbus Crohn) – operační chirurgický výkon provedený z důvodu komplikací Crohnovy nemoci, tj. zánětlivého střevního onemocnění, které postihuje různé úseky střeva (výjimečně jakýkoliv úsek trávicí trubice) s tvorbou píštěl, vědů a následným zúžením průsvitu střeva. Tyto komplikace základního onemocnění mohou v těžších formách vést k chirurgickému zákroku. Prokázání diagnózy Crohnovy nemoci klinickým nálezem odborného lékaře v oboru gastroenterologie vč. nálezů provedených vyšetření. Operace a příčina operace musí být prokázána propouštěcí zprávou z nemocnice vč. uvedení typu a důvodu operace a nálezů histologického vyšetření ze vzorku odepřerané tkáně. Za vážnou nemoc podle těchto podmínek se nepovažuje konzervativní léčba, tj. jiná než operaci léčba.

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

Astma bronchiale – je závažným onemocněním za splnění všech následujících kritérií:

- trvalé klinické příznaky (těžké a středně těžké perzistující astma) či časté záchvaty, časté noční příznaky,
- trvalá potřeba léčby bronchodilatačními léky (beta-mimetika, aminofylin) či trvalé podávání inhalačních kortikoidů,
- odchylky v plicním funkčním vyšetření – FEV₁ ≤60 % náležité hodnoty – pokud vyšetření nelze provést nebo jsou jeho výsledky ovlivněné omezenou spoluprací dítěte, pak poskytneme plnění v případě, kdy některé z předchozích dvou kritérií trvá déle než dvanáct měsíců.

5. skupina – nádory

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

Vyloučeny jsou:

- neinvazivní karcinomy in situ,
- lokalizované neinvazivní tumory vykazující jen rané maligní změny (dysplazie cervixu, rakovina cervixu klasifikace CIN-1-3, rakovina prostaty klasifikace T1a, T1b nebo T1c),
- maligní melanom klasifikace IA a ostatní typy rakoviny kůže,
- všechny typy rakoviny za přítomnosti HIV infekce.

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

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

6. skupina – ostatní

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

Stav nelze změnit lékařským zákrokem.

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

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

Pojistnou událostí není snížení sluchu nižšího stupně.

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

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

Těžké popáleniny – jsou popáleniny s % rozsahem poškození povrchu těla a v rozdělení dle věku dítěte v době události takto:

- do 2 let věku: popáleniny s % poškozením nad 5 % povrchu,
- od 2–10 let věku: popáleniny s % poškozením nad 10 % povrchu,
- od 10–15 let věku: popáleniny s % poškozením nad 15 % povrchu,
- od 16 let věku: popáleniny nad 20 % povrchu.

Doložení diagnózy: lékařská zpráva popisující lokalizaci, stupeň a rozsah popálenin.

HIV – nákaza virem lidské imunitní nedostatečnosti (Human Immunodeficiency Virus – HIV) nebo syndrom získaného selhání imunity (Acquired Immune Deficiency Syndrom – AIDS).

Pojistnou událostí je HIV infekce nastala při:

- transfúzi infikované krve nebo krevních produktů z transfúzní stanice, která je oficiálně registrována a užívána 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;
- fyzickým napadením;
- 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 nezbytné testy těchto vzorků.

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

Datum vzniku pojistné události

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

Čekací doba

U pojištění vážných nemocí a úrazů uplatňujeme pro vznik pojistné události čekací dobu dva měsíce ode dne počátku tohoto pojištění. Čekací doba se nevztahuje na případy, kdy došlo k vážné nemoci výlučně v důsledku úrazu vzniklého nejříve v den počátku pojištění.

V případě, kdy jste v posledních dvou měsících před pojistnou událostí zvýšili pojistnou částku pojištění vážných nemocí a úrazů, vyplatíme pojistnou částku platnou před jejím zvýšením.

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

Výluky a omezení plnění

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

Zánik pojištění

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

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

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

PŘIPOJIŠTĚNÍ NA NOVOTVARY IN SITU

Popis pojištění

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

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

Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplaty

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

- D01 karcinom in situ jiných a neurčených trávicích orgánů (D01.0 – D01.9),
- D03 melanom in situ (D03.0 – D03.9),
- D05 karcinom in situ prsu (D05.0 – D05.9),
- D06 karcinom in situ hrdla děložního – cervicis uteri (D06.0 – D06.9),
- D07 karcinom in situ jiných a neurčených pohlavních orgánů (D07.0 – D07.6),
- D09 karcinom in situ jiných a neurčených lokalizací (D09.0 – D09.9),
- dále maligní melanom stadia IA podle TNM a primární karcinom prostaty (C61) stadia pod T2N0M0 (T1a, T1b, T1c) a (D07, C61).

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

Datum vzniku pojistné události

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

Výluky

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

Zánik pojištění

Připojištění na novotvary in situ zaniká:

- dnem, kdy nastala pojistná událost;
- pokud z pojištění vážných nemocí a úrazů zaniká pojištění 5. skupiny;
- pokud zaniká pojištění vážných nemocí a úrazů.

POJIŠTĚNÍ INVALIDITY NEBO DLOUHODOBÉ PĚČE

Pro pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče platí stejná ustanovení jako pro dospělého pojištěného, vyjma podmínek výplaty pojistného plnění, kdy plnění vyplatíme, pokud k uznání invalidity 3. stupně nebo přiznání příspěvku na péči dojde v důsledku onemocnění nejříve po šesti měsících od počátku tohoto pojištění.

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

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

Pojištění se nevztahuje na vrozeé vady, které se projeví do jednoho roku věku dítěte.

POJIŠTĚNÍ DENNÍHO ODŠKODNÉHO – ÚRAZ

Pojištění můžete sjednat bez progresu, nebo s progresí.

Se zahrnutím progresu vyplácíme pojistné plnění takto:

- následně od 85. dne léčení úrazu – jako dvojnásobek sjednané pojistné částky,
- následně od 183. dne léčení úrazu – jako trojnásobek sjednané pojistné částky.

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

Způsobilí pojištěnému dítěti jeden úraz několik tělesných poškození různých druhů, zaplatíme pouze za léčení u nejvážnějšího úrazu s výjimkou plnění za polytraumata, kdy budeme postupovat podle konkrétního kódu a specifického ujednání uvedeného v Očerování tabulce max. plnění denního odškodného.

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

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

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

PŘIPOJIŠTĚNÍ K DENNÍMU ODŠKODNĚMU

Od 1. 10. 2012 nemůžete sjednat připojištění k dennímu odškodnému.

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

POJIŠTĚNÍ HOSPITALIZACE – ÚRAZ NEBO NEMOC

Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplaty

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

Z pojištění hospitalizace vyplatíme dvojnásobek pojistné částky za hospitalizaci pojištěného dítěte v doprovodu zákonného zástupce. Dvojnásobné plnění vyplatíme následně od 15. dne za každý započatý den trvání pobytu zákonného zástupce v nemocnici, a to max. do dovršení 7 let věku dítěte. Máme právo stanovit max. počet dní, za které dvojnásobné plnění vyplatíme (viz platný PPPP).

Pokud je dítě opakovaně hospitalizováno v láních, 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.

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

Pojistnou událostí je také hospitalizace z důvodu komplikací po kosmetických operacích, které jsou prokazatelně nezaviněné pojištěným dítětem. Pokud je pojištěné dítě k datu vzniku pojistné události v pracovním poměru nebo má pravidelné příjmy ze samostatné výdělečné činnosti, poskytneme pojistné plnění v případě, kdy je pojištěné dítě hospitalizováno s komplikací po kosmetické operaci a zároveň má po tuto dobu vystavenou pracovní neschopnost. Osoba samostatně výdělečně činná, která je poplatníkem nemocenského pojištění, dokládá potvrzení správy sociálního zabezpečení o čerpání nemocenských dávek. Osoba samostatně výdělečně činná, která není poplatníkem nemocenského pojištění, prokazuje nárok na plnění potvrzením lékaře o době léčení, na kterou by jinak pracovní neschopnost vystavena byla.

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

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

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

Čekací doba

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

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

Výluky a omezení plnění

Pojistné plnění z pojištění hospitalizace se nevztahuje na:

- léčebné pobyty v láních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, s výjimkou případů, kdy je pobyt nutný z důvodu předešlé hospitalizace a je nezbytný pro další léčení z důvodu vážných stavů po nemoci, úrazu a vážných pooperačních stavů.
- Dále neplatíme za pobyt v psychiatrických léčebnách a zařízeních, s výjimkou případů, kdy je pobyt nutný z důvodu diagnózy F00 – F09 (organické duševní poruchy dle MKN 10), resp. se jedná o pobyt z důvodu diagnózy F10 – F99 dle MKN 10, která nastala v důsledku předchozí nemoci, která není ve výluce.
- Maximální počet dnů, za které poskytneme pojistné plnění za následný léčebný pobyt či pobyt v psychiatrické léčebně, v rámci jedné pojistné události je 30 dnů (pobyty ze sociálních důvodů jsou vyloučeny).
- Neplatíme také za pobyty v zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie nebo závislosti, a to včetně následné pracovní neschopnosti, a dále za pobyty v zařízeních souvisejících s pečovatelskou službou, jakož i ve speciálních dětských zařízeních a v ústavech sociální péče.
- 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 bez jakýchkoliv změn.

POJIŠTĚNÍ OŠETŘOVÁNÍ – ÚRAZ NEBO NEMOC

Popis pojištění

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

Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplaty

Pojistnou událostí je úraz nebo nemoc, v jejichž důsledku rozhodl ošetřující lékař pojištěného dítěte o vzniku potřeby nepřetržitého ošetřování dítěte.

Pojistná událost nastává také v případě, kdy je ošetřující osoba nepřetržitě přítomna s pojištěným dítětem v nemocnici.

Rozhodnutí ošetřujícího lékaře máme právo prověřit na základě odborného posouzení zpracovaného naším smluvním lékařem.

Pojistné plnění vyplatíme následně od 29. dne ošetřování, a to za každý den ošetřování včetně sobot, nedělí a svátků. Pojistné plnění vyplatíme ve výši pojistné částky platné ke dni vzniku úrazu nebo nemoci.

Maximální počet dnů, za které vyplatíme pojistné plnění v rámci jedné pojistné události, je 365 dnů.

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

V případě vzniku nového úrazu, resp. nové nemoci v době trvání ošetřování 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 ošetřování pro více úrazů, resp. nemocí, vyplatíme pojistné plnění maximálně do výše celkové doby ošetřování, po kterou vznikl nárok na plnění, a to pouze jednou.

V případě, že dojde k souběhu ošetřování z důvodu nemoci a úrazu, započítává se souběžná doba ošetřování pouze jednou.

Opakované léčení totožné diagnózy úrazu nebo nemoci, pro kterou je stanoveno ošetřování, považujeme za jednu pojistnou událost.

V případě ošetřování poskytneme plnění za organické duševní poruchy (diagnózy F00 – F09 dle MKN 10), které jsou dle vyšetření jednoznačně prokazatelné.

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

Datum vzniku pojistné události

Datem vzniku pojistné události je den, kdy lékař pojištěnému dítěti potvrdil nutnost ošetřování.

Čekací doba

Základní čekací doba pro nemoc je dva měsíce od počátku tohoto pojištění. Zvláštní čekací dobu v délce 8 měsíců jsme stanovili z důvodu zubního ošetření, zhotovení zubních náhrad a úkonů chirurgie a ortopedie čelistí.

Pokud zvýšíte pojistnou částku tohoto pojištění, běží pro navýšenou část ode dne účinnosti změny nová čekací doba.

V případě navýšení pojistné částky budeme za úraz nebo onemocnění, které nastalo, bylo diagnostikováno nebo prvotně léčeno již před tímto navýšením, plnit ve výši pojistné částky platné ke dni vzniku úrazu nebo onemocnění.

Výluky a omezení plnění

Pojistné plnění z pojištění ošetřování se nevztahuje na:

- doprovod při léčebných pobytech v láních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, s výjimkou případů, kdy pobyt bezprostředně navazuje na hospitalizaci a je nezbytný pro další léčení z důvodu vážných stavů po nemoci, úrazu a vážných pooperačních stavů (vyloučeny jsou pobyty ze sociálních důvodů). Neplatíme také za doprovod při pobytu pojištěného dítěte v psychiatrických léčebnách nebo zařízeních, zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie nebo závislosti a dále při pobytech v zařízeních souvisejících s pečovatelskou službou, jakož i ve speciálních dětských zařízeních a v ústavech sociální péče.
- těhotenské komplikace, porod, předčasný porod, přerušení těhotenství, hrozící potrat nebo potrat,
- organické duševní poruchy (diagnózy F00 – F09 dle MKN 10) vzniklé v příčinné souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo psychoaktivních látek,
- poruchy duševní a poruchy chování z důvodu nemoci dle MKN 10 diagnózy F10 – F99,
- zákroky a zásahy z lékařského hlediska ne nezbytné, které si pojištěné dítě nechalo provést na svém těle, jako např. kosmetické zákroky.

Zánik pojištění

Toto pojištění pojistnou událostí nezaniká.

RODINNÁ ASISTENCE

Popis pojištění

Oprávněnými osobami z tohoto pojištění jsou pojištěné dítě a až 4 jeho rodinní příslušníci. Rodinnými příslušníky se rozumí sourozenci a dále rodiče (nebo jiné osoby, které o dítě soustavně pečují), pokud s pojištěným dítětem sdílejí společnou domácnost. Odchylně od ustanovení příslušných Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění spojená s investičními fondy nevyzadujeme u těchto osob, aby nabídku nebo žádost o změnu podepsali, pokud se na ně vztahuje pouze toto pojištění.

Pojistná událost a podmínky pojistného plnění

Pojistnou událostí je potřeba některé z oprávněných osob získat během trvání tohoto pojištění konzultaci nebo asistenci z důvodu nemoci, úrazu nebo jiné skutečnosti související s jejím zdravotním stavem nebo životní situací.

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) a informace o lékárnách (adresa, provozní doba, kontakty),
- informace o veřejném zdravotním pojištění (právní úprava, rozsah pojištění, výše pojistného, spoluúčasti, systém výběru pojistného, adresy a kontakty na zdravotní pojišťovny) a informace o nároku účastníků veřejného zdravotního pojištění na léky ze zdravotního pojištění či na zdravotní nebo kompenzační pomůcky a o možnosti zapůjčení těchto pomůcek;
- konzultaci vám poskytneme telefonicky 24 hodin denně.

b) Lékař na telefonu

- konzultace zdravotního stavu oprávněné osoby – možný postup při neakutních zdravotních potížích, vysvětlení možných příznaků a příčin onemocnění, vysvětlení nálezů z odborných vyšetření, účelu jednotlivých vyšetření, vysvětlení výsledků laboratorních vyšetření (informace o rozmezí jednotlivých hodnot jednotlivých ukazatelů) a doporučení dalšího postupu na základě podaných informací,
- vysvětlení běžně užívaných pojmů ve zdravotnictví, odborných medicínských výrazů, latinských pojmů, diagnóz a jejich zkratk užívaných ve zdravotnické dokumentaci, 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, na jakého odborného lékaře se lze 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 důvodů,
 - informace před cestou do zahraničí – doporučení nutného očkování a poučení o zdravotních rizicích pro danou lokalitu;
 - konzultaci vám poskytneme telefonicky 24 hodin denně.
- V rámci této služby jsou poskytovány obecné informace z oblasti zdraví, nemoci nebo jiných zdravotních obtíží, přičemž nedochází ke stanovení individuální diagnózy oprávněné osoby, stanovení individuálního léčebného plánu nebo plánu prevence oprávněné osoby.
- Telefonická konzultace v žádném případě nenahrazuje lékařskou nebo jinou odbornou péči, kontaktní diagnostiku praktického nebo odborného lékaře, nenahrazuje služby integrovaného záchranného systému nebo urgentní lékařskou péči.
- V případě zdravotních obtíží důrazně doporučujeme vyhledat lékařskou nebo jinou odbornou péči.
- Poskytovatel neposkytuje informace ke zdravotnímu stavu jiných zletilých osob, a to ani ve formě konzultace.

c) Telefonická konzultace při psychických potížích

- jednorázové psychotherapeutické poradenství v rozsahu jedenkrát za kalendářní rok v maximální délce 60 minut,
- služba je určena pouze pro pojištěné dítě, které již dosáhlo 18 let věku, nebo pro ostatní dospělé oprávněné osoby;
- konzultaci vám poskytneme telefonicky v pracovní dny v rozmezí 9–17 hodin.

d) Objednání ke specialistovi

- zajištění prvotního ambulantního vyšetření příslušným odborným lékařem nebo zajištění příjmu oprávněné osoby k plánované hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení, a to dle kapacit konkrétního poskytovatele,
 - oprávněná osoba je povinna pro tyto účely doložit stanovenou diagnózu, žádanku od praktického lékaře nebo popis příznaků zdravotních potíží v co nejkratším možném termínu;
 - objednání vám poskytneme telefonicky v pracovní dny dle možností konkrétního lékaře nebo zdravotnického zařízení.
- Předmětem této služby není úhrada nákladů na samotnou zdravotní péči, ani zajištění následných návštěv, kontrol a další péče k těmto zdravotním případům.
- Za kvalitu zdravotních služeb odpovídá osoba oprávněná poskytovat zdravotní služby podle zákona, u které poskytovatel pouze zajistí termín vyšetření nebo hospitalizaci.

e) Telefonická pedagogicko-psychologická poradna

- jednorázová podpůrná terapie v oblasti dětské psychologie v rozsahu jedenkrát za kalendářní rok v maximální délce 60 minut pro pojištěné dítě do věku 18 let,
- konzultaci vám poskytneme telefonicky v pracovní dny v rozmezí 9–17 hodin.

f) Telefonická kybernetická poradna

- nastavení rodičovských systémů kontroly přístupu k internetu pro hardware i software v rozsahu jedenkrát za kalendářní rok v maximální délce 60 minut,
- konzultaci vám poskytneme telefonicky v pracovní dny v rozmezí 9–17 hodin.

g) Rodinný asistent

- Zprostředkování kontaktu a organizace služeb v těchto oblastech:
- doučování dětí, příprava na přijímací řízení do škol v oblasti základního a středního stupně vzdělávacího systému v České republice, příprava na maturitní zkoušky,
 - výuka cizích jazyků v rámci jazykových škol i soukromých lekcí,
 - táborové pobyty a zájmové činnosti,
 - výuka lyžování a snowboardingu v rekreačních oblastech,
 - hlídání dětí,
 - poradenství v oblasti pomoci státu rodinám s dětmi (např. sociální dávky pro děti, přídavky, výživné),
 - manželská poradna pro rodiče pojištěného dítěte.
- Zprostředkování kontaktu vám poskytneme telefonicky 24 hodin denně, samotnou organizaci těchto služeb v pracovní dny dle možností konkrétního provozovatele.
- Předmětem této služby není úhrada nákladů na samotné služby, za jejichž kvalitu odpovídá vámi zvolený provozovatel působící v dané oblasti.

Čekací doba

Pro toto pojištění není stanovena žádná čekací doba.

Povinnosti oprávněné osoby

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

Oprávněná osoba je povinna uvádět při využívání konzultací a asistencí přesné, úplné a správné informace v rozsahu, který určí poskytovatel. Poskytovatel neodpovídá za újmu způsobenou oprávněné osobě, pokud oprávněná osoba neposkytl(a) dostatek informací nebo poskytl(a) informace nesprávné či neúplné.

Výluky a omezení plnění

Kromě případů uvedených výše v popisu jednotlivých konzultací a asistencí pojistné plnění neposkytneme v případech uvedených v ustanovení příslušných Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění spojená s investičními fondy.

Odchylně od ustanovení příslušných Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění spojená s investičními fondy se služby z tohoto pojištění poskytované ve formě konzultací týkající českých právních předpisů a subjektů působících na území České republiky a služby ve formě asistencí jsou poskytovány pouze na území České republiky.

Asistenční služby neposkytneme v případě, kdy si je oprávněná osoba zajistí sama bez předchozího souhlasu poskytovatele, nebo v případě, pokud bude chtít konzultovat s lékařem zdravotní stav třetí zletilé osoby.

Poskytovatel neodpovídá za zpoždění anebo neposkytnutí asistenčních služeb v důsledku události vyšší moci (např. přírodní katastrofa, výpadek proudu, teroristický útok apod.), která je mimo přiměřenou kontrolu poskytovatele a která brání zcela nebo částečně poskytování asistenčních služeb.

Zánik pojištění

Toto pojištění zaniká způsoby uvedenými v ustanovení příslušných Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění spojená s investičními fondy, nezaniká však pojistnou událostí.

Poskytovatel služeb

Poskytovatelem asistenčních a konzultačních služeb popsanych výše je náš smluvní partner, společnost GLOBAL ASSISTANCE a.s., se sídlem Dopraváků 749/3, 184 00 Praha, IČO 27181898, a její smluvní partneri.

Asistenční centrum této společnosti je dostupné 24 hodin denně 7 dní v týdnu.

Služby poskytované z tohoto pojištění je třeba vyžádat telefonicky – kontakt na poskytovatele je uveden v **kartičce rodinné asistence**, která je součástí vaší smluvní dokumentace.

NEVYPOVĚDITELNOST POJIŠTĚNÍ

Jednotlivá pojištění můžeme vypovědět a zanikají:

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

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

- Pojištění dožití se sjednaného konce pojištění
- Pojištění smrti
- Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče (úraz/nemoc)
- Pojištění vážných nemocí a úrazů