Kooperativa
VIENNA INSURANCE GROUP

Pro život, jaký je

Pojistné podmínky pro pojištění **NA PŘÁNÍ**

▸ rizikova varianta

0-965/20

Dovolujeme si Vás upozornit, že ne všechny části tohoto souboru pro Vás musí být relevantní. Vždy se prosím řiďte především tím, jaká konkrétní pojištění máte v pojistné smlouvě sjednána. V určitých případech můžeme snížit pojistné plnění, nebo ho vůbec neposkytnout. Věnujte proto prosím pozornost zejména výlukám z pojištění a omezením pojistného plnění, které jsou uvedeny v příslušných ustanoveních pojistných podmínek. V rychlejší orientaci v tomto souboru Vám pomůže obsah.

Obsah:

Část 1 – Obecná ustanovení

Článek 1 **Právní úprava pojištění** (Čím se pojištění řídí) 3
Článek 2 **Pojistný zájem** (Kdo koho může pojistit) 3
Článek 3 **Vznik pojištění, pojistná doba a důležité lhůty** (Od kdy a na jak dlouho jste pojištěn) 3
Článek 4 **Posouzení zdravotního stavu a příjmu** (Dokládání příjmu) 3
Článek 5 **Povinnosti a práva účastníků pojištění při sjednávání pojištění a během jeho trvání** (Naše a Vaše povinnosti a práva) 3
Článek 6 **Pojistné** (Kolik za pojištění zaplatíte) 4
Článek 7 **Změny v pojistné smlouvě** (Co se může měnit) 4
Článek 8 **Pojistné plnění** (Co a jak vyplatíme) 5
Článek 9 **Snížení pojistného plnění** (Kdy můžeme výplatu snížit) 5
Článek 10 **Všeobecné výluky z pojištění** (Na co se pojištění nevztahuje) 5
Článek 11 **Povinnosti a práva účastníků pojištění při šetření pojistné události** (Povinnosti a práva při pojistné události) 6
Článek 12 **Zánik pojištění** (Kdy pojištění přestane platit) 6
Článek 13 **Opce na navýšení pojistných částek** (Kdy a jak můžete jednostranně navýšit pojistnou ochranu) 7
Článek 14 **Opce na pojištění po smrti hlavního pojištěného** (Pojistná ochrana po smrti hlavního pojištěného) 7
Článek 15 **Zástavní právo k pohledávkám z pojištění** (Jak lze postoupit nebo zastavit pohledávku z pojištění) 7
Článek 16 **Právní jednání a doručování** (Jak jednat, jak se doručují písemnosti) 8
Článek 17 **Rozhodování sporů** (Jak se řeší případné spory) 8
Článek 18 **Výklad pojmů** (Důležitá slovíčka) 8

Část 2 – Popis jednotlivých pojištění

Článek 19–24 **Základní pojištění pro případ smrti nebo dožití** 10
Článek 25–30 **Pojištění pro případ smrti** 10
Článek 31–36 **Smrt následkem úrazu** 11
Článek 37–42 **Tělesné poškození způsobené úrazem – procentní plnění** 12
Článek 43–48 **Tělesné poškození způsobené úrazem – denní odškodné** 13
Článek 49–54 **Trvalé následky úrazu** 14
Článek 55–61 **Úraz při dopravní nehodě** 16
Článek 62–68 **Invalidita následkem úrazu nebo nemoci** 17
Článek 69–75 **Invalidita pouze následkem úrazu** 18
Článek 76–81 **Zproštění od placení pojistného** 20
Článek 82–87 **Invalidita dítěte** 20

Obsah:

Článek 88–95 **Vážná onemocnění** 21
Článek 96–98 **Úvěrový balíček** 37
Článek 99–104 **Pobyt v nemocnici následkem úrazu nebo nemoci** 37
Článek 105–110 **Pobyt v nemocnici pouze následkem úrazu** 38
Článek 111–116 **Pracovní neschopnost zaměstnance následkem úrazu nebo nemoci** 39
Článek 117–122 **Pracovní neschopnost OSVČ následkem úrazu nebo nemoci** 41
Článek 123–128 **Ošetřování dítěte** 43
Článek 129–131 **Cesta k zotavení** 43

Část 3 – Investování

Článek 132 **Definice investičních pojmů** (Důležitá slovíčka) 45
Článek 133 **Kapitálová hodnota pojištění** (Účet pojistníka a jeho hodnota) 45
Článek 134 **Poplatky spojené s pojištěním** (Jaké poplatky zaplatíte) 45
Článek 135 **Mimořádné pojistné** (Co je mimořádné pojistné a jakým způsobem ho můžete zaplatit) 45
Článek 136 **Výběr z účtu pojistníka** (Výběr během trvání pojištění) 45
Článek 137 **Pojištění ve stavu bez placení pojistného** (Co se stane, když přestanete platit pojistné) 46
Článek 138 **Odkupné** (Co Vám vyplatíme při předčasném ukončení smlouvy) 46

Část 1 – Obecná ustanovení

Článek 1
Právní úprava pojištění (Čím se pojištění řídí)

- 1) Pojištění se řídí pojistnou smlouvou a příslušnými českými právními předpisy, především občanským zákoníkem (dále též **„OZ"**). Na podmínky některých pojištění se vztahují zákony o nemocenském a důchodovém pojištění, o sociálních službách a další právní předpisy.

- 2) Součástí pojistné smlouvy jsou tyto pojistné podmínky, případná další smluvní ujednání a všechny dodatky o změně pojistné smlouvy, jsou-li takové. V pojistné smlouvě se lze od pojistných podmínek odchýlit. Pokud se některé ustanovení pojistné smlouvy odchyluje od ustanovení pojistných podmínek, platí přednostně ustanovení pojistné smlouvy.

- 3) Pojistné podmínky mají tyto části:
  a) část s obecnými ustanoveními,
  b) část popisující jednotlivá pojištění,
  c) část popisující investování.

Článek 2
Pojistný zájem (Kdo koho může pojistit)

- 1) Pro platnost pojištění je nutné, abyste jako pojistník měl oprávněnou potřebu chránit se před následky pojistné události sjednáním pojištění **(pojistný zájem)**. Předpokládá se, že máte vždy pojistný zájem na vlastním životě a zdraví; dále můžete mít pojistný zájem na životě a zdraví dalších osob, zejména osob v příbuzenském vztahu. I tyto osoby musí jako osoby vstupující do pojištění podepsat pojistnou smlouvu na znamení svého souhlasu se sjednáním pojištění.

- 2) Pokud byste jako pojistník uzavřel pojistnou smlouvu vědomě bez existence pojistného zájmu, může být taková pojistná smlouva neplatná, ale již Vám nevrátíme část pojistného stanovenou občanským zákoníkem.

- 3) Pokud dojde k zániku pojistného zájmu, jako pojistník i jako pojištěný nám to musíte písemně oznámit co nejdříve. K oznámení přiložte všechny dokumenty, které dokládají zánik pojistného zájmu. Jako pojistník nám také musíte neprodleně oznámit, že pojištěný odvolal svůj souhlas s tím, aby byl pojištěn.

- 4) Pokud jste jako pojistník uzavřel pojistnou smlouvu o pojištění jiných osob, musíte tyto pojištěné seznámit s obsahem pojistné smlouvy a s tím, jak zpracováváme jejich osobní údaje. Pojistné plnění v případě pojistných událostí těchto pojištěných pak vyplatíme jim (kromě případu jejich smrti, kdy pojistné plnění vyplatíme obmyšlenému).

- 5) Zemře-li pojistník, který zároveň nebyl hlavním pojištěným, pak na jeho místo automaticky vstupuje hlavní pojištěný a pojištění pokračuje dále. Pokud jako takový pojistník nemáte na trvání pojištění zájem, oznamte nám to nejpozději do 30 dnů od smrti původního pojistníka a pojištění pak zanikne zpětně dnem jeho smrti. Stejně se postupuje v případě zániku pojistníka, kterým je právnická osoba, bez právního nástupce.

Článek 3
Vznik pojištění, pojistná doba a důležité lhůty (Od kdy a na jak dlouho jste pojištěn)

- 1) Co je obsahem pojištění proti konkrétním pojistným nebezpečím, je uvedeno v pojistné smlouvě a v části těchto pojistných podmínek, která popisuje jednotlivá pojištění. V jedné pojistné smlouvě lze sjednat pojištění pro více osob.

- 2) Pojištění vzniká dnem počátku pojištění, který je uveden v pojistné smlouvě. Dnem počátku může být nejdříve následující den po uzavření smlouvy, tj. po podpisu smlouvy všemi účastníky pojištění (pojistníkem, pojištěnými osobami, pojišťovnou).

- 3) U některých pojištění sjednaných v pojistné smlouvě může běžet od počátku pojištění tzv. **čekací doba**. Délka čekací doby je uvedena u jednotlivých pojištění, kterých se týká. Za pojistné události, ke kterým došlo v čekací době, nevyplatíme žádné pojistné plnění.

- 4) Pokud sjednáte pojištění, které bezprostředně časově navazuje na pojištění sjednané v jiné pojistné smlouvě a které svým charakterem a rozsahem je s tímto pojištěním totožné, běží čekací doba nebo jiná lhůta ujednaná u jednotlivých pojištění od počátku původního pojištění; to neplatí v případech, kdy původní pojištění bylo sjednáno u jiné pojišťovny.

- 5) **Pojistná doba** je dobou, na kterou je pojištění sjednáno, tedy doba mezi dnem počátku pojištění a dnem jeho konce.

- 6) V pojistné smlouvě je dále sjednána **délka pojistného období**, tj. období, za které jako pojistník platíte pojistné. První pojistné období začíná dnem počátku pojištění.

Článek 4
Posouzení zdravotního stavu a příjmu (Dokládání příjmu)

- 1) Sjednání jednotlivých pojištění a maximální výše pojistných částek mohou být vázány na posouzení Vašeho zdravotního stavu a na výši Vašeho průměrného měsíčního příjmu.

- 2) Jste-li **zaměstnanec**, Váš průměrný měsíční příjem jako pojištěného stanovíme z průměrné měsíční částky čistých příjmů ze závislé činnosti podle zákona o daních z příjmů (zejména mzdy, platu či odměny z Dohody o pracovní činnosti) za poslední 3 měsíce (příjem dokládáte potvrzením svého zaměstnavatele a popřípadě i pracovní smlouvou či mzdovým výměrem; jste-li zaměstnán u více zaměstnavatelů, můžete doložit příjmy od všech takových zaměstnavatelů nebo jen od některého či některých z nich).

- 3) Jste-li **osoba samostatně výdělečně činná**, Váš průměrný měsíční příjem jako pojištěného stanovíme z jedné třetiny příjmů ze samostatné činnosti podle zákona o daních z příjmů, které připadají na 1 měsíc za poslední zdaňovací období (příjem dokládáte kopií svého přiznání k dani z příjmů fyzických osob opatřenou razítkem podatelny příslušného finančního úřadu).

Článek 5
Povinnosti a práva účastníků pojištění při sjednávání pojištění a během jeho trvání (Naše a Vaše povinnosti a práva)

- 1) My jako pojišťovna jsme povinni mimo jiné také:
  a) pravdivě a úplně odpovědět na Vaše písemné dotazy, které jste položil při sjednávání pojištění a při žádosti o jeho změnu,
  b) vydat Vám jako pojistníkovi pojistku, případně také kopii pojistky nebo pojistné smlouvy, pokud o to písemně požádáte,
  c) na Vaši žádost vrátit originály dokladů, které jste nám poskytl, pokud není nezbytné, aby tyto originály zůstaly součástí spisové dokumentace pojistné smlouvy nebo pojistné události,
  d) zachovávat mlčenlivost o skutečnostech týkajících se sjednaného pojištění a dodržovat platné předpisy týkající se ochrany osobních údajů,
  e) oznámit Vám jako pojistníkovi změny v **Oceňovacích tabulkách a Přehledu poplatků a parametrů pojištění** a zveřejnit tyto aktuálně platné dokumenty na svých internetových stránkách.

- 2) Vy jako pojistník, pojištěný, případně jako jiný účastník pojištění jste povinen mimo jiné také:

a) pravdivě a úplně odpovědět na naše písemné dotazy ohledně skutečností souvisejících se sjednávaným pojištěním či dohodou o jeho změně, včetně dotazů týkajících se pracovní a zájmové činnosti, zdravotního stavu a průměrného měsíčního příjmu, případně je také doložit požadovanými dokumenty,
b) předat nám veškerou zdravotnickou dokumentaci nezbytnou pro sjednání pojištění či dohody o jeho změně, popřípadě nám umožnit, abychom si ji sami zajistili,
c) podrobit se vyšetření námi určeným lékařem na základě naší žádosti v souvislosti se sjednáním pojištění či dohody o jeho změně; pro vyloučení pochybností se uvádí, že nejsme povinni hradit náklady na jakékoli lékařské prohlídky či vyšetření, které jsme si sami nevyžádali,
d) dát nám souhlas, abychom předávali Vaše osobní údaje včetně údajů o zdravotním stavu našim odborným konzultantům nebo znalcům, pokud tito budou ve vztahu k těmto informacím vázáni povinností mlčenlivosti,
e) oznámit nám bez zbytečného odkladu jakékoli změny podstatných skutečností, a to především změnu osobních údajů (jména, adresy vč. elektronické), změnu pracovní a zájmové činnosti, ztrátu zaměstnání, ukončení nebo přerušení samostatné činnosti,
f) vynaložit veškeré úsilí, které po Vás lze rozumně požadovat, abyste předešel vzniku pojistné události,
g) předložit nám originály dokumentů, které si vyžádáme v souvislosti s uzavíráním či změnou pojistné smlouvy; u dokumentů v jiném než českém, anglickém nebo německém jazyce musí být na Vaše náklady zajištěn jejich ověřený překlad do českého jazyka,
h) jako pojistník řádně a včas platit pojistné.

- 3) Pokud jako pojistník nebo pojištěný porušíte výše uvedené povinnosti, může to mít závažné následky. Například pokud nám bez zbytečného odkladu neoznámíte skutečnosti podstatné pro ocenění pojistného rizika, jako jsou změny pracovní a zájmové činnosti, můžeme při pojistné události snížit pojistné plnění. Toto snížení je úměrné tomu, o kolik nižší pojistné jste jako pojistník platil oproti pojistnému, které by odpovídalo změněným skutečnostem.

- 4) Pokud nám neoznámíte změnu osobních a kontaktních údajů, bude námi zaslaná písemnost považována za doručenou i v případě, že jste ji z důvodu porušení oznamovací povinnosti neobdržel (viz článek 16 Právní jednání a doručování).

Článek 6
Pojistné (Kolik za pojištění zaplatíte)

- 1) Výši pojistného za sjednaná pojištění stanovíme podle výše pojistné částky u jednotlivých pojištění a podle ocenění pojistného rizika příslušných pojištěných (především podle jejich zdravotního stavu, pracovní činnosti a věku). Součástí pojistného za základní pojištění je i poplatek za správu pojištění ve výši uvedené v Přehledu poplatků a parametrů pojištění.

- 2) Pojistné se sjednává jako běžné, tj. pojistné se platí za jednotlivá pojistná období (např. 1 měsíc, 1 rok).

- 3) Pojistné nelze platit v hotovosti. Pojistné je splatné vždy k prvnímu dni pojistného období a považuje se za zaplacené včas, je-li nejpozději v den jeho splatnosti připsáno na náš bankovní účet. Variabilní symbol, pod kterým je třeba pojistné platit, je uveden v pojistné smlouvě.

- 4) Běžné pojistné můžete bez našeho souhlasu zaplatit nejvýše na 2 měsíce dopředu.

- 5) Chcete-li zaplatit předem za pojistné období, které začíná později než za 2 měsíce, potřebujete k tomu náš souhlas. Pokud v takovém případě zaplatíte běžné pojistné bez našeho souhlasu, můžeme platbu vrátit a příslušné běžné pojistné se nepovažuje za zaplacené.

- 6) Sjednané pojistné můžeme my jako pojišťovna změnit v následujících případech:
a) není-li pojistné dostatečné k zajištění trvalé splnitelnosti našich závazků podle zákona upravujícího pojišťovnictví,
b) změní-li se obecně závazné právní předpisy nebo ustálená soudní praxe, které mají vliv na stanovení výše pojistného nebo pojistného plnění,
c) změní-li se obecně závazné právní předpisy, které nám ukládají dodatečné výdaje (např. odvody do státního rozpočtu), které jsme v době uzavření pojistné smlouvy nebyli povinni hradit.

- 7) V takovém případě Vám jako pojistníkovi oznámíme novou výši pojistného nejpozději 2 měsíce přede dnem splatnosti upraveného pojistného. V případě, že nebudete s novou výší pojistného souhlasit, oznamte nám to písemně nejpozději do 1 měsíce od obdržení našeho oznámení; v takovém případě pojištění zanikne uplynutím pojistného období, za které bylo naposledy zaplaceno pojistné.

- 8) Pokud nezaplatíte pojistné včas a ve správné výši, můžeme od Vás požadovat zaplacení úroku z prodlení a také úhradu nákladů spojených s vymáháním dlužného pojistného.

- 9) Máme také právo z pojistného plnění odečíst dlužné pojistné a jiné své pohledávky, a to i tehdy, plníme-li osobě odlišné od pojistníka.

- 10) U žádného z pojištění sjednaných v pojistné smlouvě se neuplatňuje přerušení pojištění z důvodu nezaplacení pojistného podle § 2801 OZ.

Článek 7
Změny v pojistné smlouvě (Co se může měnit)

- 1) Vy jako pojistník můžete požádat zejména o změnu:
a) obsahu pojištění, tj. sjednání, změnu nebo ukončení jednotlivých pojištění,
b) pojistných částek u jednotlivých pojištění,
c) varianty nebo parametrů jednotlivých pojištění, např. změnu karenční doby.

- 2) O změnu můžete písemně požádat například na našich obchodních místech nebo prostřednictvím svého pojišťovacího poradce. Pokud Váš návrh na změnu přijmeme, budeme Vás informovat zasláním písemného potvrzení, které obsahuje datum účinnosti změny a případně rozsah pojištění po změně.

- 3) V případě, že požadujete rozšíření rozsahu pojištění, sjednání nového pojištění nebo zvýšení pojistných částek u pojištění, u kterých je stanovena čekací doba, běží čekací doba od účinnosti změny. Pokud v této čekací době nastane pojistná událost, stanovíme pojistné plnění podle původního rozsahu pojištění. Od účinnosti takové změny pojištění platí rovněž omezení ujednaná u jednotlivých pojištění.

- 4) My jako pojišťovna můžeme jednostranně změnit:
a) výši pojistného (podrobně viz článek 6 Pojistné),
b) Oceňovací tabulky; tyto tabulky, podle nichž se řídí výše pojistného plnění u některých pojištění, můžeme měnit například podle vývoje poznatků medicíny a našich zjištění při vyřizování pojistných událostí,
c) Přehled poplatků a parametrů pojištění (dále jen **„Přehled“**).

- 5) Změnu Oceňovacích tabulek nebo Přehledu Vám jako pojistníkovi písemně oznámíme a jejich novou verzi zveřejníme na svých internetových stránkách. Vy jako pojistník můžete pojištění dotčená takovou změnou vypovědět, a to nejpozději do 1 měsíce od obdržení našeho oznámení o této změně. Příslušné pojištění v tomto případě zanikne ke konci pojistného období následujícího poté, co jste nám doručil svou výpověď.

- 6) Pojistné události, které nastanou až po datu účinnosti změny, resp. po uplynutí příslušné čekací doby, budeme posuzovat podle podmínek změněné pojistné smlouvy.

- 7) Změnou pojistné smlouvy nedochází ke změně výročního dne počátku pojištění. To platí i v případě, že dohodou o změně pojistné smlouvy je sjednáno nové pojištění, které nahrazuje původně sjednané pojištění.

Článek 8
Pojistné plnění (Co a jak vyplatíme)

- 1) V případě pojistné události z příslušného pojištění náleží pojistné plnění podle sjednaných podmínek tohoto pojištění. Pojistné plnění stanovíme vždy podle podmínek platných ke dni vzniku pojistné události, a to i pokud se pojistná smlouva během trvání pojištění měnila (to platí i tehdy, je-li pojistné plnění vypláceno formou pojistné částky sjednané pro 1 den, např. u denního odškodného).

- 2) Pojistné plnění z jednotlivých pojištění vyplatíme oprávněné osobě, tj. osobě, která má právo na pojistné plnění. Kdo je oprávněnou osobou v daném pojištění, je uvedeno v části pojistných podmínek popisující jednotlivá pojištění v článcích Pojistné plnění.

- 3) Pokud se u některých pojištění výše pojistného plnění stanoví podle Oceňovacích tabulek, použijeme tyto tabulky platné ke dni, ke kterému nám bylo doručeno oznámení o příslušné pojistné události; to se netýká stanovení pojistného plnění za trvalé následky úrazu, kdy použijeme Oceňovací tabulky platné ke dni sjednání pojištění pro případ trvalých následků úrazu, z něhož jste uplatnil právo na pojistné plnění. Podle Oceňovacích tabulek platných ke dni doručení oznámení trvalých následků můžeme trvalé následky zhodnotit pouze tehdy, není-li jejich hodnocení podle těchto tabulek nižší než podle Oceňovacích tabulek platných ke dni sjednání pojištění pro případ trvalých následků úrazu.

- 4) U některých pojištění můžete být jako oprávněná osoba požádán, abyste k určení výše pojistného plnění doložil Váš průměrný měsíční příjem v době vzniku pojistné události, a to způsobem uvedeným v článku 4 Posouzení zdravotního stavu a příjmu.

- 5) Pojistné plnění jsme povinni oprávněné osobě vyplatit do 15 dnů od skončení šetření pojistné události (viz podrobně také článek 11 Povinnosti a práva účastníků pojištění při šetření pojistné události). Pokud nebudeme moci ukončit šetření pojistné události do 3 měsíců od jejího oznámení, může nás oprávněná osoba písemně požádat o zálohu na pojistné plnění. Výši zálohy stanovíme přiměřeně k výši pojistné částky, z níž se pojistné plnění stanoví, dosavadním výsledkům šetření a výši prokázaného a doloženého rozsahu následků pojistné události v době žádosti.

- 6) Pro vyloučení pochybností se uvádí, že neuhradíme náklady na znalecké či jiné posudky, které jsme si nevyžádali, ani jiné neúčelně vynaložené náklady spojené s uplatněním práva na pojistné plnění (například náklady vynaložené na právní služby, přestože mezi námi a oprávněnou osobou není o plnění sporu).

- 7) Pojistné plnění vyplatíme v tuzemské měně. Pouze v případě, kdyby z pojistné smlouvy nebo platných právních předpisů včetně mezinárodních dohod vyplývala naše povinnost plnit v jiné měně, použili bychom pro přepočet na tuto měnu kurz vyhlášený Českou národní bankou ke dni provedení platby pojistného plnění. V takovém případě neneseme jakékoli kurzové riziko související s přepočtem měn.

- 8) Nárok na pojistné plnění můžete po dohodě s námi **vinkulovat**. Účinnost vinkulace nastane podpisem dohody o vinkulaci oběma smluvními stranami. Pokud nejste současně pojištěným, můžete tak učinit jen se souhlasem pojištěného; souhlas obmyšleného k vinkulaci pojistného plnění pro případ smrti není nutný.

- 9) Pojistné plnění, včetně toho, na které vznikne nárok v budoucnu, lze **zastavit nebo postoupit** (blíže viz článek 15 Zástavní právo k pohledávkám z pojištění).

Článek 9
Snížení pojistného plnění (Kdy můžeme výplatu snížit)

- 1) Pojistné plnění můžeme snížit o částky, které nám dluží oprávněná osoba, a to i v případě, že tyto pohledávky vůči ní máme z jiného pojištění, než ze kterého vyplatíme pojistné plnění. Od pojistného plnění můžeme odečíst částky dlužného pojistného a jiné splatné pohledávky z pojistné smlouvy, ze které vyplácíme pojistné plnění.

- 2) Pojistné plnění můžeme také snížit v poměru pojistného, které jsme obdrželi, k pojistnému, které jsme obdržet měli, pokud bylo při jednání o uzavření pojistné smlouvy nebo o její změně dohodnuto nižší pojistné proto, že jste nám zamlčel podstatné skutečnosti nebo neoznámil změnu podstatných skutečností.

- 3) Pojistné plnění Vám můžeme snížit až na polovinu, pokud k pojistné události došlo v důsledku Vašeho jednání jako pojištěného pod vlivem alkoholu či návykové látky. Plnění nesnížíme, pokud tyto látky byly obsaženy v lécích, které jste užil způsobem předepsaným lékařem, a zároveň jste na ně nebyl lékařem upozorněn nebo v příbalovém letáku nebylo uvedeno, že v době působení takového léku nesmíte vykonávat činnost, v jejímž důsledku došlo k pojistné události.

- 4) Pokud však pojištěný v důsledku svého jednání podle předchozího odstavce zemřel, snížíme pojistné plnění jen tehdy, jestliže tímto svým jednáním současně jiné osobě způsobil těžkou újmu na zdraví nebo její smrt.

- 5) Pojistné plnění můžeme snížit až na polovinu, pokud k pojistné události došlo v souvislosti s trestným činem pojištěného či oprávněné osoby, pro který byly tyto osoby pravomocně odsouzeny.

- 6) Pojistné plnění můžeme také snížit, pokud porušíte povinnosti uvedené v příslušných článcích těchto pojistných podmínek, které upravují povinnosti a práva účastníků pojištění, a pokud takové porušení povinnosti mělo podstatný vliv na vznik pojistné události, její průběh, na zvětšení rozsahu jejích následků nebo na zjištění či určení výše pojistného plnění, a to úměrně tomu, jaký vliv mělo takové porušení povinnosti na rozsah naší povinnosti plnit.

Článek 10
Všeobecné výluky z pojištění (Na co se pojištění nevztahuje)

- 1) Pojistné plnění nevyplatíme za jakékoli události, které vznikly v důsledku:
  a) války, invaze, nepřátelské nebo jiné válečné operace (bez ohledu na to, zda byla vyhlášena válka) nebo občanské války,
  b) povstání včetně vojenského povstání, vzpoury, revoluce, uchvácení moci, stanného práva nebo stavu obležení (tato výluka však neplatí v případě, že se pojištěný těchto událostí účastnil jako člen ozbrojených složek státu v rámci plnění svých služebních povinností na území České republiky),
  c) občanských nepokojů, tj. regionálních protizákonných skupinových násilných vystoupení občanů vedoucích ke vzniku škod na životě a zdraví jiných občanů a škod na majetku, pokud se pojištěný na takových občanských nepokojích **aktivně podílel**,
  d) teroristických činů, tj. násilných činů poškozujících lidský život, majetek či infrastrukturu s úmyslem ovlivnit vládu nebo zastrašovat veřejnost nebo její část, pokud se pojištěný na teroristickém činu **aktivně podílel**,

e) obecného ohrožení vlivem působení jaderné energie, chemické nebo biologické kontaminace [viz článek 18 písm. a), e) a y)].

- 2) Výluky uvedené v předchozím odstavci platí pro všechna pojištění sjednaná v pojistné smlouvě. Část pojistných podmínek popisující jednotlivá pojištění obsahuje ještě další výluky, které se týkají pouze příslušného pojištění, u něhož jsou uvedeny.

- 3) Pojistné plnění dále nevyplatíme také v případě, že:
  a) oprávněná osoba uvedla při uplatňování práva na pojistné plnění vědomě nepravdivé nebo hrubě zkreslené údaje týkající se rozsahu pojistné události nebo podstatné údaje týkající se této události zamlčela nebo
  b) pojistnou událost úmyslně způsobila oprávněná osoba, pojištěný nebo pojistník či z jejich podnětu jiná osoba.

- 4) Dále můžeme zamítnout výplatu pojistného plnění, pokud:
  a) k pojistné události došlo v souvislosti s úmyslným trestným činem pojištěného či oprávněné osoby,
  b) příčinou pojistné události je skutečnost, o které jsme se dozvěděli až po vzniku pojistné události (a kterou jsme nemohli dříve zjistit vzhledem k tomu, že jste jako pojistník či pojištěný úmyslně či z nedbalosti odpověděl nepravdivě či neúplně na naše písemné dotazy při uzavírání pojistné smlouvy či dohody o její změně) a kvůli které bychom pojistnou smlouvu neuzavřeli (popřípadě ji uzavřeli za jiných podmínek), kdybychom o této skutečnosti věděli při jejím uzavření (odmítnutí pojistného plnění podle § 2809 OZ).

Článek 11
Povinnosti a práva účastníků pojištění při šetření pojistné události (Povinnosti a práva při pojistné události)

- 1) My jako pojišťovna máme při šetření pojistné události zejména tyto povinnosti:
  a) zahájit šetření pojistné události bez zbytečného odkladu po obdržení oznámení o takové události a vést šetření tak, aby bylo skončeno nejpozději do 3 měsíců po obdržení tohoto oznámení,
  b) informovat se zdůvodněním oznamovatele a oprávněnou osobu, nebude-li možné šetření pojistné události ve výše uvedené lhůtě ukončit,
  c) sdělit výsledky šetření pojistné události oprávněné osobě, čímž se šetření považuje za skončené,
  d) vyplatit oprávněné osobě pojistné plnění do 15 dnů od skončení šetření pojistné události,
  e) vyplatit oprávněné osobě přiměřenou zálohu na pojistné plnění, pokud jsme šetření pojistné události nemohli ukončit do 3 měsíců po obdržení oznámení o takové události a pokud oprávněná osoba písemně požádala o zálohu.

- 2) Do doby šetření pojistné události se nezapočítává doba, po kterou probíhá občanskoprávní nebo trestní soudní řízení, přestupkové nebo jiné správní řízení, řízení ve věci trestního oznámení pro podezření z pojistného podvodu, jehož výsledek je určující pro stanovení naší povinnosti plnit z daného pojištění. Po tuto dobu nejsme jako pojišťovna v prodlení s výplatou pojistného plnění ani zálohy na pojistné plnění.

- 3) Zálohu na pojistné plnění nemusíme poskytnout, je-li rozumný důvod její výplatu odepřít, a to zejména:
  a) není-li z výsledků dosavadního šetření jisté, zda se na šetřenou událost bude pojištění vztahovat, nebo kdo je oprávněnou osobou,
  b) porušil-li pojistník nebo oprávněná osoba jakoukoli povinnost související s uplatněním práva na pojistné plnění a šetřením pojistné události, zejména pokud nám některá z těchto osob sdělila k šetřené pojistné události jakýkoli nepravdivý nebo hrubě zkreslený údaj (například v hlášení této události nebo jiném dokumentu předloženém za účelem jejího šetření) nebo takový údaj zamlčela,
  c) existuje-li důvodné podezření, že při uplatnění práva na pojistné plnění došlo ke spáchání trestného činu (o důvodné podezření o spáchání trestného činu jde vždy, když je v souvislosti s takovým uplatněním práva na pojistné plnění podáno trestní oznámení na pojistníka, pojištěného, osobu, která uplatnila právo na pojistné plnění, oprávněnou osobu nebo jinou osobu jednající z jejich podnětu nebo je proti některé z těchto osob v této souvislosti již vedeno trestní řízení).

- 4) Vy jako pojistník, pojištěný nebo oprávněná osoba máte při šetření pojistné události zejména tyto povinnosti:
  a) v případě úrazu nebo nemoci vyhledat bez zbytečného odkladu (v době, kdy jsou přítomny objektivní příznaky poranění nebo onemocnění) lékařské ošetření, léčit se podle pokynů lékaře, dodržovat léčebný režim stanovený lékařem (zejména respektovat pokyny lékaře při léčbě, nečinit nic, co by mohlo bránit či zpomalit uzdravení) a poskytovat nám součinnost při kontrole průběhu léčebného procesu,
  b) oznámit nám bez zbytečného odkladu, že nastala událost, která by mohla být pojistnou událostí, a postupovat po tomto oznámení podle našich pokynů,
  c) podat nám pravdivé a úplné vysvětlení o vzniku události, která by mohla být pojistnou událostí (okolnosti vzniku, informace o zúčastněných osobách apod.), a rozsahu jejích následků, předat nám veškeré dokumenty a poskytnout nám jakoukoli další potřebnou součinnost (u dokumentů v jiném než českém, anglickém nebo německém jazyce musí být na Vaše náklady zajištěn jejich ověřený překlad do českého jazyka),
  d) předat nám veškerou zdravotnickou dokumentaci nezbytnou pro šetření pojistné události; dodatečně vyhotovené dokumenty (například lékařské zprávy, prohlášení pojistníka či oprávněné osoby), které se neshodují s autentickou dokumentací nebo jsou vyhotoveny lékařem, který je pojistníkem, pojištěným, oprávněnou osobou nebo osobou jim blízkou, nemusíme uznat,
  e) podrobit se vyšetření námi určeným lékařem; v takovém případě uhradíme náklady na toto vyšetření včetně souvisejících nákladů na dopravu k takovému lékaři v České republice obvyklým hromadným dopravním prostředkem (pro vyloučení pochybností se uvádí, že nejsme povinni hradit náklady na jakékoli lékařské prohlídky či vyšetření, které jsme si sami nevyžádali),
  f) dát nám souhlas, abychom předávali Vaše osobní údaje včetně údajů o zdravotním stavu našim odborným konzultantům nebo znalcům, pokud tito budou ve vztahu k těmto informacím vázáni povinností mlčenlivosti,
  g) doložit nám výši Vašeho průměrného měsíčního příjmu k těm pojištěním, u kterých je to specifikováno, pokud si to vyžádáme,
  h) uhradit nám náklady vynaložené na šetření pojistné události, pokud jste nám oznámil vědomě nepravdivé nebo hrubě zkreslené údaje nebo údaje zamlčel nebo pokud jste takové náklady vyvolal zbytečně porušením svých povinností (a to včetně nákladů na vedení soudního sporu),
  i) vynaložit veškeré úsilí, které po Vás lze rozumně požadovat, abyste předešel vzniku pojistné události a případně aby byly minimalizovány následky již existující pojistné události.

- 5) Porušení výše uvedených povinností, které mělo podstatný vliv na zjištění vzniku nároku či určení výše pojistného plnění, může mít za následek, že pojistné plnění neposkytneme či v případě opakovaného plnění pozastavíme jeho výplatu až do splnění povinností.

Článek 12
Zánik pojištění (Kdy pojištění přestane platit)

- 1) Zánik pojištění se řídí pojistnou smlouvou a občanským zákoníkem. Pojištění zanikne zejména:
  a) posledním dnem sjednané pojistné doby,
  b) dnem zániku pojistného zájmu nebo zániku pojistného nebezpečí,
  c) smrtí pojištěného; smrtí hlavního pojištěného zanikají všechna pojištění sjednaná v pojistné smlouvě, smrtí jiného než hlavního pojištěného zanikají všechna pojištění pouze tohoto pojištěného, avšak pojištění ostatních pojištěných zůstávají nedotčena,
  d) marným uplynutím dodatečné lhůty, kterou jsme stanovili v upomínce k zaplacení dlužného pojistného,

e) dnem stanoveným v dohodě uzavřené mezi Vámi jako pojistníkem a námi jako pojišťovnou,
f) dnem doručení našeho oznámení o odmítnutí pojistného plnění podle § 2809 OZ.

- 2) Spolu se základním pojištěním (viz články 19 až 24) zanikají vždy i všechna sjednaná pojištění všech pojištěných.

- 3) Pojištění můžete Vy jako pojistník a my jako pojišťovna ukončit také výpovědí, a to:
  a) do 2 měsíců od uzavření pojistné smlouvy; tato výpověď musí být doručena druhé straně nejpozději poslední den této lhůty, pojištění pak zanikne uplynutím osmidenní výpovědní doby, která běží od doručení výpovědi,
  b) u pojištění s běžným pojistným k poslednímu dni pojistného období; tato výpověď musí být druhé straně doručena nejméně 6 týdnů před koncem pojistného období, jinak pojištění zanikne až ke konci následujícího pojistného období, pro které je 6 týdnů dodrženo (my však takto nemůžeme vypovědět životní pojištění),
  c) po pojistné události; tato výpověď musí být druhé straně doručena nejpozději do 3 měsíců ode dne oznámení události pojišťovně a pojištění zanikne uplynutím výpovědní doby v délce 1 měsíce (my však takto nemůžeme vypovědět životní pojištění).
  My jako pojišťovna se vzdáváme svého zákonného práva vypovědět podle písm. b) a c) pojištění vážných onemocnění a pojištění invalidity následkem úrazu nebo nemoci i pojištění invalidity pouze následkem úrazu.

- 4) My jako pojišťovna můžeme dále od pojistné smlouvy či dohody o její změně odstoupit zejména v případě, že nám Vy či jiný účastník pojištění úmyslně či z nedbalosti nezodpoví pravdivě a úplně naše písemné dotazy v souvislosti s uzavíráním pojistné smlouvy či dohody o její změně, pokud bychom při pravdivém a úplném zodpovězení takových dotazů pojistnou smlouvu či dohodu o její změně neuzavřeli.

- 5) Odstoupením se na pojistnou smlouvu hledí, jako by nebyla uzavřena, pojištění sjednaná v této smlouvě se ruší od počátku a smluvní strany jsou povinny si vrátit vše, co již bylo ze smlouvy plněno.

- 6) V případě, že odstoupíme od pojistné smlouvy, jste jako pojistník povinen nám **uhradit náklady spojené se vznikem a správou pojištění** ve výši uvedené v Přehledu.

- 7) V případě předčasného ukončení pojistné smlouvy jste jako pojistník povinen nám **nad rámec sjednaného pojistného uhradit poplatek za předčasné ukončení pojistné smlouvy** ve výši uvedené v Přehledu, a to i po zániku základního pojištění.

Článek 13
Opce na navýšení pojistných částek (Kdy a jak můžete jednostranně navýšit pojistnou ochranu)

- 1) Až do dovršení věku 50 let při následujících významných životních událostech:
  a) narození dítěte,
  b) svatba,
  c) pořízení domu nebo bytu k vlastnímu bydlení,
  d) ukončení vysokoškolského studia – magisterského programu – a rovněž při příležitosti Vašich 25., 30., 35. a 40. narozenin Vám garantujeme možnost navýšit aktuální pojistnou částku u Vašeho pojištění pro případ smrti, invalidity, vážných onemocnění a trvalých následků úrazu **bez zkoumání zdravotního stavu**.
  O zvýšení pojistné částky nás musíte písemně požádat.

- 2) Pojistnou částku můžete zvýšit až o 50 %, nejvýše však o 500 000 Kč, resp. o 5 000 Kč, je-li sjednán měsíční důchod, a to až do námi stanovených limitů pojistných částek.

- 3) V uvedených případech akceptujeme Vaši žádost o změnu pojištění bez nutnosti vyplňovat dotazník na zdravotní stav, pokud doložíte námi požadované dokumenty. Pojistnou částku navýšíme za stejných podmínek či omezení, jaké platí pro původně sjednanou pojistnou částku.

- 4) Využitím této opce však není nijak dotčena platnost standardních ujednání pojistné smlouvy a pojistných podmínek včetně čekacích dob a výluk z pojištění zahrnujících i výluku na nemoc vzniklou před touto změnou.

- 5) Tuto opci můžete využít v období až 6 měsíců od některé z výše uvedených životních událostí. V případě svatby, ukončení studia nebo pořízení vlastního bydlení lze opci uplatnit pouze jednou.

- 6) Spolu se žádostí o změnu nám musíte doložit následující dokumenty:
  a) rodný list dítěte při narození dítěte,
  b) oddací list u svatby,
  c) kupní smlouvu a výpis z katastru nemovitostí při koupi bytu nebo domu,
  d) platné kolaudační rozhodnutí a výpis z katastru nemovitostí při výstavbě domu,
  e) vysokoškolský diplom při ukončení studia.

Článek 14
Opce na pojištění po smrti hlavního pojištěného
(Pojistná ochrana po smrti hlavního pojištěného)

- 1) Zaniknou-li pojištění sjednaná v pojistné smlouvě z důvodu smrti hlavního pojištěného, zavazujeme se, že si ostatní pojištěné osoby mohou bez zkoumání zdravotního stavu sjednat nové pojištění se shodným rozsahem pojistné ochrany (tj. stejná pojištění, stejné pojistné částky a stejná pojistná doba) a při zachování stejných zdravotních přirážek a výluk, jaké platily pro jejich původně sjednané pojištění. Pro toto nové pojištění započítáme čekací dobu z původního pojištění.

- 2) Tuto opci na sjednání nového pojištění můžete využít v období až 3 měsíců od úmrtí hlavního pojištěného.

- 3) Dále se zavazujeme, že až do doby sjednání nového pojištění poskytneme z původního pojištění plnění, pokud nastane událost, která by jinak byla pojistnou událostí. Vznik nároku a výši plnění posuzujeme podle ujednání původní pojistné smlouvy. Vznik této události nám však musíte oznámit do 3 měsíců od smrti hlavního pojištěného, jinak nárok na plnění nevznikne.

Článek 15
Zástavní právo k pohledávkám z pojištění
(Jak lze postoupit nebo zastavit pohledávku z pojištění)

- 1) Pohledávky na plnění z pojištění (např. pojistné plnění nebo vrácení přeplatku na pojistném) včetně budoucích pohledávek můžete jako pojistník zastavit nebo postoupit; pokud nejste současně pojištěným, můžete takovou pohledávku zastavit nebo postoupit pouze se souhlasem pojištěného (s výjimkami stanovenými občanským zákoníkem).

- 2) Osoba, které vznikne pohledávka na plnění z pojištění, tj. pojistník, pojištěný, oprávněná či jiná osoba (zástavní dlužník či postupitel), nám jako pojišťovně musí oznámit před tím, než takovou pohledávku uhradíme, že ji zastavil či postoupil; to neplatí v případě, že nám vznik zástavního práva nebo postoupení pohledávky před tím, než takovou pohledávku uhradíme, prokáže osoba, v jejíž prospěch byla pohledávka zastavena (zástavní věřitel) nebo jíž byla postoupena (postupník).

Článek 16

Právní jednání a doručování (Jak jednat, jak se doručují písemnosti)

- 1) Pojistná smlouva musí být uzavřena v písemné formě, kromě případů stanovených občanským zákoníkem. Také změny pojistné smlouvy jsou možné pouze formou písemných dodatků. V případě, že bude přijetí nabídky pojišťovny na uzavření pojistné smlouvy či dohody o její změně z Vaší strany jako pojistníka shledáno neplatným z důvodu nedodržení písemné formy nebo jiného důvodu, a Vy přesto uhradíte první pojistné ve výši a lhůtě uvedené v nabídce (není-li lhůta v nabídce uvedena, do 1 měsíce od doručení nabídky), považuje se nabídka za přijatou zaplacením tohoto prvního pojistného.

- 2) Kromě pojistné smlouvy vyžadují písemnou formu také oznámení, žádosti a jiná právní jednání (dále též **„písemnosti"**), která mají vliv na:
  a) trvání a zánik pojištění,
  b) změnu pojistného,
  c) změnu rozsahu pojištění,
  d) změnu obmyšleného.

- 3) Za písemnou formu se vedle opatření písemnosti vlastnoručním podpisem považuje také doručení písemnosti do datové schránky pojišťovny, doručení e-mailem opatřeným zaručeným elektronickým podpisem podle zvláštního zákona nebo doručení prostřednictvím naší internetové aplikace se zabezpečeným přístupem.

- 4) Ostatní oznámení a žádosti mohou být učiněny nejen písemně, ale i telefonicky, e-mailem nebo prostřednictvím našich internetových stránek. To platí zejména pro hlášení pojistné události, oznámení pojistníka nebo pojištěného ohledně změny příjmení, adresy bydliště, korespondenční adresy a dalších kontaktních údajů uvedených ve smlouvě a žádost pojistníka o změnu způsobu placení běžného pojistného (vyjma placení pojistného na základě souhlasu s inkasem z účtu). Oznámení a žádosti učiněné jinak než v písemné formě musí být dodatečně doplněny písemnou formou, pokud Vás o to požádáme.

- 5) Při řešení pojistných událostí a při správě pojištění v průběhu jeho trvání Vás můžeme kontaktovat i elektronickými nebo jinými technickými prostředky (např. telefon, SMS, e-mail, zpráva doručená do datové schránky), a to na poskytnuté kontaktní údaje pro elektronickou komunikaci. Při volbě formy komunikace přihlížíme zejména k nutnosti dodržení časových lhůt potřebných ke zdárnému vyřešení potřebných záležitostí, charakteru sdělovaných informací a povinnostem stanoveným právními předpisy. Písemnost, kterou Vám zašleme elektronicky na poslední Vámi poskytnutý kontaktní údaj, se považuje za doručenou 10. dnem po jejím odeslání, nelze-li datum jejího doručení zjistit nebo není-li v příslušných právních předpisech stanoveno jinak, a to i když se adresát o jejím obsahu nedozvěděl (nevylučuje-li to právní předpis).

- 6) Všechny písemnosti, které nám zasíláte v listinné podobě, zašlete na adresu: **Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Brněnská 634, 664 42 Modřice**, případně následně na jinou adresu, kterou Vám sdělíme.

- 7) Vám jako pojistníkovi budeme písemnosti doručovat elektronicky na adresu, kterou jste v pojistné smlouvě uvedl jako e-mailovou, nebo prostřednictvím držitele poštovní licence na korespondenční adresu. Není-li korespondenční adresa v pojistné smlouvě uvedena, budeme Vám písemnosti zasílat na adresu bydliště nebo trvalého pobytu, popř. sídla, uvedenou v pojistné smlouvě. Budeme-li komunikovat s jiným účastníkem pojištění (např. s pojištěným v případě jeho pojistné události), budeme mu písemnosti zasílat na jeho adresu uvedenou v pojistné smlouvě či jinak nám oznámenou. Písemnost Vám můžeme doručit rovněž prostřednictvím našeho zaměstnance nebo jiné námi pověřené osoby i na jakékoli jiné místo, na kterém se dohodneme.

- 8) Námi zaslané písemnosti budou považovány za doručené takto:
  a) doporučená zásilka s dodejkou dnem uvedeným na dodejce,
  b) doporučená zásilka bez dodejky a obyčejná zásilka 3. pracovním dnem po jejím odeslání (v České republice), resp. 15. pracovním dnem (mimo Českou republiku),
  c) písemnost doručovaná prostřednictvím našeho zaměstnance nebo jiné námi pověřené osoby dnem jejího převzetí.

- 9) Písemnost, kterou jsme odeslali doporučenou zásilkou (s dodejkou i bez), se považuje za doručenou i v případě, že ji převzala jiná osoba než adresát (např. rodinný příslušník), které držitel poštovní licence (např. Česká pošta) zásilku doručil v souladu s platnými právními předpisy o poštovních službách.

- 10) Zmaříte-li přijetí písemnosti, budou jako den doručení platit automaticky následující dny:
  a) pokud odmítnete převzít zásilku od doručovatele, našeho zaměstnance nebo jiné námi pověřené osoby, je dnem doručení den tohoto odmítnutí,
  b) pokud si nevyzvednete zásilku uloženou na poště, je dnem doručení poslední den úložní lhůty,
  c) pokud jste nám řádně a včas neoznámil změnu adresy, je dnem doručení 3. pracovní den po jejím odeslání (platí v České republice), resp. 15. pracovní den (mimo Českou republiku),
  d) pokud jinak zmaříte doručení (např. řádně neoznačíte poštovní schránku), je dnem doručení den, kdy nám byla zásilka vrácena.

Článek 17

Rozhodování sporů (Jak se řeší případné spory)

- 1) Pojistná smlouva a právní vztahy z ní vyplývající či s ní související se řídí příslušnými českými právními předpisy v platném znění. Spory vyplývající z pojistné smlouvy či s ní související budou předloženy k rozhodnutí příslušnému soudu v České republice, ledaže z mezinárodní smlouvy nebo přímo použitelného předpisu Evropské unie, od nichž se nelze dohodou smluvních stran odchýlit, vyplývá jinak.

- 2) Spory lze řešit rovněž mimosoudně. V případě sporu týkajícího se životního pojištění se obraťte na Finančního arbitra, Legerova 1581/69, 110 00 Praha 1, www.financniarbitr.cz. Spory z úrazového pojištění a pojištění pro případ nemoci řeší Česká obchodní inspekce, Štěpánská 567/15, 120 00 Praha 2, www.coi.cz.

Článek 18

Výklad pojmů (Důležitá slovíčka)

- Pojmy uvedené v textu těchto pojistných podmínek mají pro účely tohoto pojištění následující význam:
  a) **biologická kontaminace** znamená například nákazu potravin jejich osliznutím, hnilobou, napadením plísněmi nebo zapařením, jejichž konzumací může být ohroženo lidské zdraví,
  b) **část těla** znamená oblast lidského těla, která byla postižena úrazem nebo nemocí, například hlava, hrudník, břicho, páteř, horní končetina nebo dolní končetina,
  c) **čekací doba** znamená dobu uvedenou v pojistné smlouvě či v pojistných podmínkách; nastane-li během čekací doby událost, která by jinak byla pojistnou událostí, nárok na pojistné plnění nevznikne; čekací doba běží ode dne počátku pojištění nebo ode dne účinnosti příslušné dohody o změně pojištění,
  d) **hospitalizace** znamená pobyt pojištěného na lůžkovém oddělení nemocnice za účelem vyšetření nebo stanovení diagnózy či pro závažnost úrazu, nemoci, těhotenství, potratu, porodu či jiné skutečnosti související s jeho zdravotním stavem nebo charakteru jejich ošetření, vyšetření či léčení,

e) **chemická kontaminace** znamená například kontaminaci zemědělské půdy jako součásti životního prostředí a její vliv na kvalitu pěstovaných plodin a z nich vyráběných potravin, jejichž konzumací může být ohroženo lidské zdraví,
f) **invalidní důchod** znamená důchod vyplácený na základě rozhodnutí příslušného orgánu státní správy podle zákona o důchodovém pojištění z důvodu invalidity příslušného stupně,
g) **klesající pojistná částka** znamená pojistnou částku, která se během trvání pojištění (ode dne vzniku pojištění nebo ode dne účinnosti dohody o jeho změně) snižuje, a to vždy měsíčně v závislosti na sjednané pojistné době, přičemž pojistná částka může klesat rovnoměrně (lineárně) nebo průběh jejího klesání je nelineární, tj. kopíruje anuitní splácení úvěru podle úrokové míry sjednané v pojistné smlouvě,
h) **konstantní pojistná částka** znamená pojistnou částku, která se během pojistné doby nemění,
i) **lékař** znamená příslušného praktického nebo odborného lékaře, který disponuje potřebnými licencemi (osoba, která je oprávněná ve smyslu všeobecně závazných právních předpisů poskytovat zdravotní služby) a který není pojistníkem, pojištěným nebo oprávněnou osobou nebo jejich osobou blízkou,
j) **návykové látky** znamenají omamné látky, psychotropní látky a ostatní látky způsobilé nepříznivě ovlivnit psychiku člověka či jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování,
k) **nemoc** znamená podle obecně uznávaného stavu lékařské vědy tělesnou nebo duševní poruchu zdravotního stavu pojištěného,
l) **nemocnice** znamená poskytovatele lůžkové péče, který poskytuje základní a specializovanou diagnostickou a léčebnou péči na lůžkách akutní nebo neodkladné péče za účelem vyšetření, diagnostiky, ošetření nebo léčení pojištěného,
m) **nezaměstnaný** znamená osobu bez zdanitelných příjmů nebo osobu výdělečně činnou (zaměstnanec nebo osoba samostatně výdělečně činná), která přerušila nebo ukončila výdělečnou činnost nebo která nemá z takovéto činnosti pravidelný příjem (např. vykonává výdělečnou činnost pouze na základě Dohody o provedení práce), přestože její výkon neukončila či nepřerušila, nebo osobu, která je vedena v evidenci uchazečů o zaměstnání na příslušném úřadu práce,
n) **obmyšlený** znamená osobu určenou pojistníkem v pojistné smlouvě, které vznikne právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného,
o) **Oceňovací tabulky** znamenají oceňovací tabulky pro likvidaci pojistných událostí z úrazového pojištění, podle nichž stanovíme maximální výši pojistného plnění za příslušná tělesná poškození způsobená úrazem a za trvalé následky úrazu,
p) **pojistná částka** znamená částku či důchod stanovené v pojistné smlouvě nebo v pojistných podmínkách, ze kterých se stanoví výše pojistného plnění v případě pojistné události,
q) **pojistné období** znamená období, za které se platí běžné pojistné a které je uvedeno v pojistné smlouvě,
r) **pojistník** znamená osobu, která s námi jako pojišťovnou uzavřela pojistnou smlouvu,
s) **pojištění dítěte** znamená pojištění, které bylo sjednáno pro pojištěného nejvýše ve věku 18 let a zároveň je takto označeno v pojistné smlouvě,
t) **právní jednání** znamenají taková jednání (konání i opomenutí) účastníků pojištění, se kterými jsou spojeny právní následky, zejména uzavření pojistné smlouvy, její změna, zánik pojištění, uplatnění a vyřízení nároků z pojištění apod.,
u) **předčasné ukončení pojistné smlouvy** znamená zánik či ukončení všech pojištění sjednaných v pojistné smlouvě:
   i) výplatou odkupného na základě žádosti pojistníka o výplatu odkupného,
   ii) dohodou,
   iii) výpovědí ze strany pojistníka,
   iv) pro nezaplacení pojistného, pokud pojištění nepřejde do stavu bez placení pojistného,
v) **riziková skupina** znamená soubor činností pojištěného (pracovních, zájmových a sportovních) se srovnatelným rizikem úrazu,
w) **tělesné poškození** znamená poškození části těla, orgánu nebo údu v důsledku úrazu, bez ohledu na to, zda toto poškození zanechá nebo nezanechá trvalé následky,
x) **terminální stadium** znamená vážný zdravotní stav pojištěného způsobený onemocněním, který vede s vysokou pravděpodobností k jeho úmrtí do 12 měsíců ode dne potvrzení prognózy příslušným odborným lékařem (např. onkologem, kardiologem apod.),
y) **události**, které vznikly **v důsledku působení jaderné energie**, znamenají události vzniklé:
   i) kontaminacemi radioaktivitou z jaderného paliva nebo jaderného odpadu anebo ze spalování jaderného paliva,
   ii) z radioaktivních, toxických nebo jinak riskantních anebo kontaminujících vlastností nukleárního zařízení, reaktoru nebo nukleární montáže nebo nukleárního komponentu,
   iii) z působení zbraně využívající atomové nebo nukleární štěpení, syntézu nebo jinou podobnou reakci, radioaktivní síly nebo materiály,
z) **úraz** znamená neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly pojištěného nezávisle na jeho vůli, ke kterému došlo během trvání pojištění a kterým byly pojištěnému způsobeny smrt nebo tělesné poškození, pokud tělesné poškození bylo potvrzeno přítomností objektivních příznaků zjištěných při prvním lékařském ošetření,
aa) **věk** pro účely pojištění stanovujeme jako rozdíl mezi příslušným kalendářním rokem a rokem narození pojištěného,
bb) **výroční den počátku pojištění** znamená den, který se číslem a měsícem shoduje se dnem počátku pojištění; není-li takový den v měsíci, je výročním dnem poslední den příslušného měsíce,
cc) **výroční den výplaty důchodu** znamená den, který se číslem a měsícem shoduje se dnem počátku výplaty důchodu,
dd) **výroční den počátku zproštění** znamená den, který se číslem a měsícem shoduje se dnem počátku zproštění od placení pojistného; není-li takový den v měsíci, je výročním dnem poslední den příslušného měsíce.

Část 2 – Popis jednotlivých pojištění

Základní pojištění pro případ smrti nebo dožití

Článek 19
Pojistná událost (Na co se pojištění vztahuje)

- Pojistnou událostí je:
  a) **smrt** hlavního pojištěného, ke které došlo během trvání tohoto pojištění, nebo
  b) **dožití** se konce pojištění hlavním pojištěným, tj. 24. hodiny dne předcházejícího výročnímu dni počátku pojištění v kalendářním roce, ve kterém se pojištěný dožije věku sjednaného v pojistné smlouvě,
  podle toho, co nastane dříve.

Článek 20
Čekací doba (Doba bez nároku na plnění)

- Čekací doba v tomto pojištění pro případ smrti je 2 měsíce. Čekací dobu neuplatňujeme, pokud hlavní pojištěný zemře výlučně následkem úrazu.

Článek 21
Pojistné plnění (Co a jak vyplatíme)

A. Při dožití

- 1) Pokud jste hlavním pojištěným a dožijete se konce pojištění, vyplatíme Vám jednorázové pojistné plnění nebo Vám po vzájemné dohodě můžeme místo tohoto jednorázového pojistného plnění vyplácet důchod v pravidelných obdobích.

- 2) Jednorázové pojistné plnění se rovná kapitálové hodnotě pojištění (viz články 132 a 133) ke dni konce základního pojištění a jsou v něm dále zohledněny případné přeplatky a nedoplatky pojistného.

- 3) Výši důchodu vypočteme z kapitálové hodnoty pojištění ke dni konce základního pojištění, a to pojistněmatematickými metodami podle výpočetních podkladů platných ke dni konce pojištění. Pokud vypočtená výše měsíčního důchodu nedosáhne alespoň 200 Kč, vyplatíme pojistné plnění jednorázově.

- 4) Jste-li pojistníkem a současně hlavním pojištěným, můžeme Vám pojistné plnění pro případ dožití na základě písemné žádosti vyplatit také přede dnem konce pojištění, pokud jste současně splnil tyto podmínky:
  a) pojištění jste sjednal nejméně do věku 60 let,
  b) pojištění jste sjednal alespoň na dobu 60 kalendářních měsíců
  c) a zároveň
    i) Vám vznikl nárok na starobní důchod nebo jste byl uznán invalidním ve třetím stupni podle zákona o důchodovém pojištění (invalidita se prokazuje stejně jako v pojištění pro případ invalidity – viz článek 62 a následující) nebo
    ii) **jste dosáhl** nejméně věku 60 let a základní pojištění **trvalo** alespoň 60 kalendářních měsíců.
  Pojistné plnění se rovná kapitálové hodnotě pojištění ke dni obdržení Vaší žádosti nebo případně k pozdějšímu dni, pokud jste tak požadoval, a jsou v něm dále zohledněny případné přeplatky a nedoplatky pojistného.

B. Při smrti

- 5) Právo na pojistné plnění má obmyšlený.

- 6) Pojistné plnění v případě smrti hlavního pojištěného během trvání tohoto pojištění se rovná součtu pojistné částky pro případ smrti hlavního pojištěného a kapitálové hodnoty pojištění ke dni, kdy výplatu pojistného plnění zpracujeme v našem informačním systému po ukončení šetření pojistné události.

- 7) Obmyšleného určuje pojistník. Pokud není pojistník současně hlavním pojištěným, může obmyšleného určit pouze se souhlasem hlavního pojištěného. Obmyšlený se určí jménem, příjmením a datem narození. Místo toho se může obmyšlený určit vztahem k pojištěnému. Určí-li se obmyšlený oběma způsoby současně, má přednost určení jménem, příjmením a datem narození. Není-li obmyšlený v pojistné smlouvě uveden, platí, že nebyl určen, a právo na pojistné plnění pak mají osoby uvedené v § 2831 OZ. Toto pojistné plnění nespadá do dědictví a není předmětem dědického řízení.

- 8) Obmyšleného lze měnit až do vzniku pojistné události, přičemž změna je účinná dnem doručení sdělení pojišťovně.

Článek 22
Povinnosti hlavního pojištěného a obmyšleného (Co musíte splnit)

- 1) V případě dožití Vás jako hlavního pojištěného předem písemně kontaktujeme, abyste nám sdělil, jakým způsobem si budete přát pojistné plnění vyplatit.

- 2) Obmyšlený, popřípadě jiná osoba, která se domnívá, že má právo na pojistné plnění, by nám měli úmrtí hlavního pojištěného oznámit co možná nejdříve. K oznámení se použije formulář „Oznámení/hlášení pojistné události - úmrtí" zveřejněný na našich internetových stránkách. K formuláři je třeba přiložit veškeré dokumenty v něm uvedené a dále veškerou zdravotnickou dokumentaci hlavního pojištěného související s jeho úmrtím. Pojistnou událost lze rovněž oznámit on-line na našich internetových stránkách.

- 3) Další povinnosti jsou uvedeny také v článcích 5 a 11 Povinnosti a práva účastníků pojištění.

Článek 23
Výluky z pojištění (Na co se pojištění nevztahuje)

- Pojistné plnění neposkytneme v případech uvedených v článku 10 Všeobecné výluky z pojištění.

Článek 24
Zánik pojištění (Kdy pojištění přestane platit)

- Základní pojištění zaniká způsoby uvedenými v článku 12 Zánik pojištění.

Pojištění pro případ smrti

Článek 25
Pojistná událost (Na co se pojištění vztahuje)

- 1) Pojistnou událostí s výjimkou pojištění dítěte je smrt pojištěného nebo terminální stadium onemocnění, ke kterým došlo během trvání tohoto pojištění.

- 2) Pojistnou událostí v pojištění dítěte je smrt pojištěného, ke které došlo během trvání tohoto pojištění.

Článek 26
Čekací doba (Doba bez nároku na plnění)

- Čekací doba je 2 měsíce. Čekací dobu neuplatňujeme, pokud pojištěný zemře výlučně následkem úrazu.

Článek 27
Pojistné plnění (Co a jak vyplatíme)

- 1) Pojistné plnění v případě smrti pojištěného vyplatíme obmyšlenému ve výši aktuální pojistné částky, případně ve výši pravidelně vypláceného důchodu, podle toho, co je ujednáno v pojistné smlouvě.

- 2) Obmyšleného určuje pojistník. Pokud není pojistník současně pojištěným, může obmyšleného určit pouze se souhlasem pojištěného. Obmyšlený se určí jménem, příjmením a datem narození. Místo toho se může obmyšlený určit vztahem k pojištěnému. Určí-li se obmyšlený oběma způsoby současně, má přednost určení jménem, příjmením a datem narození. Není-li obmyšlený v pojistné smlouvě uveden, platí, že nebyl určen, a právo na pojistné plnění pak mají osoby uvedené v § 2831 OZ. Toto pojistné plnění nespadá do dědictví a není předmětem dědického řízení.

- 3) Obmyšleného lze měnit až do vzniku pojistné události, přičemž změna je účinná dnem doručení sdělení pojišťovně.

- 4) Důchod budeme vyplácet měsíčně od kalendářního měsíce následujícího po smrti pojištěného do kalendářního měsíce, ve kterém uplyne sjednaná doba jeho výplaty.

- 5) Po vzniku pojistné události lze sjednanou dobu vyplácení důchodu zkrátit nebo prodloužit, případně výplatu pravidelného důchodu změnit na jednorázovou výplatu, a to dohodou mezi obmyšleným a námi jako pojišťovnou.

- 6) Z pojištění pro případ smrti s výplatou pojistné částky vyplatíme pojištěnému v případě terminálního stadia onemocnění pojistné plnění ve výši 60 % pojistné částky pro případ smrti platné ke dni vzniku pojistné události (potvrzení terminálního stadia onemocnění odborným lékařem), a to pouze jednou během trvání tohoto pojištění.

- 7) Zemře-li pojištěný po výplatě pojistného plnění podle předchozího odstavce, vyplatíme obmyšlenému odchylně od odst. 1) pojistné plnění ve výši pojistné částky platné ke dni úmrtí pojištěného snížené o vyplacené pojistné plnění za terminální stadium onemocnění.

Článek 28
Povinnosti pojištěného a obmyšleného (Co musíte splnit)

- 1) V případě pojistné události by nám pojištěný, obmyšlený, popřípadě jiná osoba, která se domnívá, že má právo na pojistné plnění, měli pojistnou událost oznámit co možná nejdříve. K oznámení úmrtí pojištěného se použije formulář „Oznámení/hlášení pojistné události - úmrtí“, při uplatnění práva na pojistné plnění za terminální stadium onemocnění pojištěný použije formulář „Hlášení pojistné události - terminální stadium onemocnění“; oba formuláře jsou zveřejněny na našich internetových stránkách. K formuláři je třeba přiložit veškeré dokumenty v něm uvedené a dále veškerou zdravotnickou dokumentaci pojištěného související s pojistnou událostí. Pojistnou událost lze rovněž oznámit on-line na našich internetových stránkách.

- 2) Další povinnosti jsou uvedeny také v článcích 5 a 11 Povinnosti a práva účastníků pojištění.

Článek 29
Výluky z pojištění (Na co se pojištění nevztahuje)

- 1) Pojistné plnění neposkytneme v případech uvedených v článku 10 Všeobecné výluky z pojištění a dále také, pokud pojištěný zemře v důsledku úmyslného sebepoškození, sebevraždy nebo pokusu o sebevraždu do 2 let od počátku pojištění, resp. od účinnosti změny, kterou byla zvýšena pojistná částka.

- 2) Pojistné plnění za terminální stadium onemocnění nevyplatíme, nastane-li pojistná událost v období dvou let před koncem pojištění.

Článek 30
Zánik pojištění (Kdy pojištění přestane platit)

- Pojištění daného pojištěného zaniká jeho smrtí. Pojištění dále zaniká způsoby uvedenými v článku 12 Zánik pojištění.

Smrt následkem úrazu

Článek 31
Pojistná událost (Na co se pojištění vztahuje)

- Pojistnou událostí je **úraz** pojištěného, který nastane během trvání tohoto pojištění a nejpozději do 3 let od tohoto úrazu zapříčiní smrt pojištěného.

Článek 32
Čekací doba (Doba bez nároku na plnění)

- Pro toto pojištění není stanovena žádná čekací doba.

Článek 33
Pojistné plnění (Co a jak vyplatíme)

- 1) Pojistné plnění za smrt následkem úrazu ve výši sjednané pojistné částky vyplatíme obmyšlenému.

- 2) Obmyšleného určuje pojistník. Pokud není pojistník současně pojištěným, může obmyšleného určit pouze se souhlasem pojištěného. Obmyšlený se určí jménem, příjmením a datem narození. Místo toho se může obmyšlený určit vztahem k pojištěnému. Určí-li se obmyšlený oběma způsoby současně, má přednost určení jménem, příjmením a datem narození. Není-li obmyšlený v pojistné smlouvě uveden, platí, že nebyl určen, a právo na pojistné plnění pak mají osoby uvedené v § 2831 OZ. Toto pojistné plnění nespadá do dědictví a není předmětem dědického řízení.

- 3) Obmyšleného lze měnit až do vzniku pojistné události, přičemž změna je účinná dnem doručení sdělení pojišťovně.

Článek 34
Povinnosti obmyšleného (Co musíte jako obmyšlený splnit)

- 1) Obmyšlený, popřípadě jiná osoba, která se domnívá, že má právo na pojistné plnění, by nám měli úmrtí pojištěného oznámit co možná nejdříve. K oznámení se použije formulář „Oznámení/hlášení pojistné události - úmrtí“ zveřejněný na našich internetových stránkách. K formuláři je třeba přiložit veškeré dokumenty v něm uvedené a dále veškerou zdravotnickou dokumentaci pojištěného související s jeho úmrtím. Pojistnou událost lze rovněž oznámit on-line na našich internetových stránkách.

- 2) Další povinnosti jsou uvedeny také v článcích 5 a 11 Povinnosti a práva účastníků pojištění.

Článek 35
Výluky z pojištění (Na co se pojištění nevztahuje)

- Pojistné plnění neposkytneme v případech uvedených v článku 10 Všeobecné výluky z pojištění a dále také, pokud pojištěný zemře v důsledku následujících tělesných poškození či jiných újem na zdraví nebo lékařských vyšetření či zákroků:
  a) diagnostických, život zachraňujících, léčebných nebo preventivních zákroků,
  b) zákroků, které jsou provedeny na žádost pojištěného a které nejsou z lékařského hlediska nezbytné,

c) jakékoli nemoci, včetně infekční nemoci, a to i v případě, že k ní dojde v důsledku úrazu,
d) působení imunotoxických látek včetně alergických reakcí,
e) úrazu způsobeného úmyslně pojištěným, jako jsou sebevražda a pokus o ni, sebepoškození apod.

Článek 36
Zánik pojištění (Kdy pojištění přestane platit)

- Pojištění daného pojištěného zaniká pojistnou událostí. Pojištění dále zaniká způsoby uvedenými v článku 12 Zánik pojištění.

Tělesné poškození způsobené úrazem – procentní plnění

Článek 37
Pojistná událost (Na co se pojištění vztahuje)

- 1) Pojistnou událostí je **úraz** pojištěného, který nastane během trvání tohoto pojištění a způsobí pojištěnému tělesné poškození.
- 2) Toto pojištění můžete sjednat v několika variantách, které se liší minimálním procentem hodnocení tělesného poškození, od kterého vzniká nárok na pojistné plnění.

Pojištění tělesného poškození úrazem si můžete sjednat s plněním od 0 % (pojistná ochrana pro jakékoli úrazy) nebo s plněním až od 6 % (pojistná ochrana pro závažnější úrazy za nižší pojistné).

- 3) Pokud dojde v době léčení tělesného poškození k dalšímu úrazu pojištěného, považujeme tento úraz za další pojistnou událost.

Článek 38
Čekací doba (Doba bez nároku na plnění)

- Pro toto pojištění není stanovena žádná čekací doba.

Článek 39
Pojistné plnění (Co a jak vyplatíme)

- 1) Právo na pojistné plnění má pojištěný, který v důsledku úrazu utrpěl tělesné poškození.
- 2) Pojistné plnění za tělesné poškození vypočteme tak, že pojistnou částku vynásobíme celkovým ohodnocením tělesného poškození **v procentech**.
- 3) Hodnocení jednotlivých tělesných poškození najdete v **Oceňovací tabulce tělesných poškození způsobených úrazem** (dále též **„OT pro TP a DO“**).
- 4) Tělesné poškození neuvedené v této tabulce ohodnotíme podle tělesného poškození z tabulky, které je s ním povahou a rozsahem nejvíce srovnatelné.
- 5) Pokud dojde následkem jednoho úrazu k více tělesným poškozením na různých částech těla, stanovíme celkové ohodnocení tělesného poškození jako součet procentního ohodnocení jednotlivých tělesných poškození podle OT pro TP a DO, maximálně však 100 %; to neplatí pro chirurgicky ošetřené rány, plošné abraze, popáleniny, poleptání, omrzliny, cizí tělíska a pohmoždění (včetně mnohočetných pohmožděnin na různých částech těla), u nichž se vzhledem ke stejnému charakteru poškození procentní ohodnocení jednotlivých tělesných poškození nesčítají.
- 6) Pokud dojde následkem jednoho úrazu k více tělesným poškozením na jedné části těla, stanovíme celkové ohodnocení tělesného poškození pouze podle toho poškození, které je v OT pro TP a DO hodnoceno nejvyšším procentem.
- 7) Je-li v pojistné smlouvě u tohoto pojištění sjednáno minimální procento, od něhož máte nárok na pojistné plnění, poskytneme Vám pojistné plnění pouze tehdy, pokud procentní hodnocení alespoň jednoho z tělesných poškození stanovené v oceňovací tabulce dosáhne sjednaného minimálního procenta.

Pokud jste si sjednal variantu pojištění s plněním od 6 %, vyplatíme Vám pojistné plnění pouze tehdy, je-li tělesné poškození, které jste při úrazu utrpěl, podle OT pro TP a DO hodnoceno alespoň 6 %.
Například:
1) Úrazem došlo ke zlomenině dolní čelisti (8 %) a současně k pohmoždění ruky (1,5 %) – celkové hodnocení 9,5 %, pojistné plnění náleží v této výši.
2) Úrazem došlo k pohmoždění hlavy (2 %) a současně ke zlomenině žebra (5 %) – v součtu 7 %, ale protože ani jedno z tělesných poškození není hodnoceno alespoň 6 %, pojistné plnění nenáleží.

Článek 40
Povinnosti pojištěného (Co musíte splnit)

- 1) V případě úrazu vyhledejte k ošetření tělesného poškození co nejdříve lékařskou pomoc, a to v době, kdy jsou přítomny objektivně zjistitelné příznaky tohoto poškození. Dále respektujte pokyny lékaře a jím stanovený léčebný režim a poskytněte nám součinnost při kontrole průběhu léčby. Pokud tyto povinnosti nesplníte, nemusíme Vám poskytnout pojistné plnění nebo po Vás můžeme požadovat vrácení již vyplaceného pojistného plnění.
- 2) Pokud byste jako pojištěný porušil při léčení tělesného poškození léčebný režim stanovený lékařem, vyplatíme Vám podle Zásad pro stanovení pojistného plnění v OT pro TP a DO pojistné plnění pouze za dobu léčení, po kterou jste léčebný režim dodržel (např. pokud by pojištěný sportovec zahájil výkon sportovní činnosti ještě před ukončením léčení tělesného poškození tím, že se účastní zápasu, soutěže nebo tréninku, vyplatíme mu pojistné plnění odpovídající pouze době léčení do zahájení sportovní činnosti).
- 3) Úraz, který Vám způsobil tělesné poškození, nám oznamte co možná nejdříve, nejpozději však **do 1 roku od úrazu**. Při pozdějším oznámení můžeme pojistné plnění snížit až o 50 %, pokud nám toto opoždění ztížilo možnost zjistit a určit výši pojistného plnění.

Pokud nám neoznámíte úraz do 1 roku od jeho vzniku, můžeme pojistné plnění snížit až na polovinu.

- 4) K oznámení pojistné události použijte formulář „Oznámení úrazu“, který je k dispozici na našich internetových stránkách. K formuláři přiložte veškerou zdravotnickou dokumentaci související s úrazem (lékařské zprávy z prvního ošetření a z dalšího průběhu léčení jednoznačně specifikující diagnózu, úrazový děj a objektivně zjištěné následky úrazu). Pojistnou událost lze rovněž oznámit on-line na našich internetových stránkách.

- 5) Další povinnosti jsou uvedeny také v článcích 5 a 11 Povinnosti a práva účastníků pojištění.

Článek 41
Výluky z pojištění (Na co se pojištění nevztahuje)

- Pojistné plnění neposkytneme v případech uvedených v článku 10 Všeobecné výluky z pojištění a dále také za následující tělesná poškození či jiné újmy na zdraví nebo lékařská vyšetření či zákroky:
  a) tělesné poškození, které bylo pojištěnému způsobeno úrazem, v jehož důsledku pojištěný zemřel do 30 dnů od tohoto úrazu,
  b) patologické zlomeniny, tj. takové zlomeniny, které vzniknou v důsledku prvotního snížení pevnosti kosti (např. vrozené kostní choroby, nádory kosti nebo osteoporóza) a k jejichž vzniku postačuje nižší intenzita působení zevních sil či vlastní tělesné síly než u zlomeniny traumatické (zlomeniny zdravé kosti),
  c) zlomeniny patologických výrůstků na kosti (např. osteofyty, ostruhy),
  d) únavové neboli stresové (námahové) zlomeniny, tj. zlomeniny vzniklé z přetížení, a nikoli v důsledku jednorázového působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly pojištěného (např. pochodová, běžecká zlomenina),
  e) opakující se vykloubení kloubu způsobené například volným kloubním pouzdrem nebo insuficiencí (nedostatečností) kloubních vazů, atrofií kloubní hlavice nebo příliš plochou kloubní jamkou,
  f) poškození svalů, šlach, vazů či kloubů, vzniklo-li takové poškození následkem přetěžování; tato výluka neplatí, pokud poškození vzniklo v důsledku neočekávaného a náhlého působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly pojištěného,
  g) vznik či zhoršení kýl (hernií), nádorů všech druhů a jakéhokoli původu, bércových vředů, diabetických gangrén, aseptických zánětů pochev šlachových, svalových úponů, tíhových váčků nebo epikondylitid,
  h) výhřez meziobratlové ploténky, ploténkové páteřní syndromy a jiná onemocnění zad – dorzopatie (diagnózy M40 až M54 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí),
  i) diagnostické, život zachraňující, léčebné nebo preventivní zákroky,
  j) zákroky, které jsou provedeny na žádost pojištěného a které nejsou z lékařského hlediska nezbytné,
  k) jakoukoli nemoc, včetně infekční nemoci, a to i v případě, že k ní dojde v důsledku úrazu, včetně prvotního projevu obtíží majících původ v degenerativních změnách orgánů a anatomických částí těla, nebo jejího zhoršení,
  l) poškození vzniklá v důsledku působení imunotoxických látek včetně alergických reakcí,
  m) poškození vzniklá úrazem způsobeným úmyslně pojištěným, jako jsou sebevražda a pokus o ni, sebepoškození apod.

Článek 42
Zánik pojištění (Kdy pojištění přestane platit)

- 1) Toto pojištění nezaniká pojistnou událostí daného pojištěného; zaniká pouze způsoby uvedenými v článku 12 Zánik pojištění.

- 2) Pojištění dítěte však zaniká první pojistnou událostí, která nastane po výročním dni počátku pojištění v roce, ve kterém bude pojištěnému dítěti 26 let.

Tělesné poškození způsobené úrazem – denní odškodné

Článek 43
Pojistná událost (Na co se pojištění vztahuje)

- 1) Pojistnou událostí je **úraz** pojištěného, který nastane během trvání tohoto pojištění a způsobí pojištěnému tělesné poškození.

- 2) Toto pojištění můžete sjednat v několika variantách, které se liší délkou karenční doby.

Pojištění tělesného poškození úrazem s plněním ve formě denního odškodného si můžete sjednat s různou délkou karenční doby (7 dnů, 21 dnů, 42 dnů), čímž si volíte rozsah pojistné ochrany od plnění za jakékoli úrazy po plnění za závažnější úrazy. Čím je karenční doba delší, tím je pojistné nižší.

- 3) Pokud dojde v době léčení tělesného poškození k dalšímu úrazu pojištěného, považujeme tento úraz za další pojistnou událost.

Článek 44
Čekací doba (Doba bez nároku na plnění)

- Pro toto pojištění není stanovena žádná čekací doba.

Článek 45
Pojistné plnění (Co a jak vyplatíme)

- 1) Právo na pojistné plnění má pojištěný, který v důsledku úrazu utrpěl tělesné poškození.

- 2) Pojistné plnění za tělesné poškození vypočteme tak, že pojistnou částku vynásobíme celkovým ohodnocením tělesného poškození **ve dnech**.

- 3) Hodnocení jednotlivých tělesných poškození najdete v OT pro TP a DO.

- 4) Tělesné poškození neuvedené v této tabulce ohodnotíme podle tělesného poškození z této tabulky, které je s ním povahou a rozsahem nejvíce srovnatelné.

- 5) Právo na pojistné plnění za tělesné poškození Vám vznikne pouze tehdy, pokud hodnocení tělesného poškození ve dnech uvedené v OT pro TP a DO přesáhne karenční dobu, která je sjednána v pojistné smlouvě. Karenční doba běží od zahájení léčení tělesného poškození a z celkového hodnocení tělesného poškození ve dnech se neodečítá. Je-li hodnocení tělesného poškození ve dnech podle OT pro TP a DO kratší nebo stejné, jako je sjednaná karenční doba, pojistné plnění Vám nenáleží.

Pokud jste si sjednal variantu pojištění s karenční dobou 42 dnů, vyplatíme Vám pojistné plnění pouze tehdy, když za tělesné poškození, které jste při úrazu utrpěl, je podle OT pro TP a DO stanoven vyšší počet dnů, než je karenční doba (např. za zlomeninu dolní čelisti bez posunutí 56 dnů). Pojistné plnění byste pak v tomto případě dostal za 56 dnů.

- 6) Pokud dojde následkem jednoho úrazu k více tělesným poškozením, stanovíme celkové ohodnocení tělesného poškození pouze podle toho poškození, které je v OT pro TP a DO hodnoceno nejvyšším počtem dnů.

- 7) Dojde-li v době léčení tělesného poškození k dalšímu úrazu pojištěného a hodnocení tělesných poškození ve dnech podle OT pro TP a DO způsobených oběma úrazy se překrývají, započítáme do celkového ohodnocení tělesného poškození překrývající se dny jen jednou.

- 8) Za jeden úraz vyplatíme pojistné plnění maximálně za 365 dnů léčení.

Článek 46
Povinnosti pojištěného (Co musíte splnit)

- 1) V případě úrazu vyhledejte k ošetření tělesného poškození co nejdříve lékařskou pomoc, a to v době, kdy jsou přítomny objektivně zjistitelné příznaky tohoto poškození. Dále respektujte pokyny lékaře a jím stanovený léčebný režim a poskytněte nám součinnost při kontrole průběhu léčby. Pokud tyto povinnosti nesplníte, nemusíme Vám poskytnout pojistné plnění nebo po Vás můžeme požadovat vrácení již vyplaceného pojistného plnění.

- 2) Pokud byste jako pojištěný porušil při léčení tělesného poškození léčebný režim stanovený lékařem, vyplatíme Vám pojistné plnění pouze za dobu léčení, po kterou jste léčebný režim dodržel (např. pokud by pojištěný sportovec zahájil výkon sportovní činnosti ještě před ukončením léčení tělesného poškození tím, že se účastní zápasu, soutěže nebo tréninku, vyplatíme mu pojistné plnění odpovídající pouze době léčení do zahájení sportovní činnosti).

- 3) Úraz, který Vám způsobil tělesné poškození, nám oznamte co možná nejdříve, nejpozději však **do 1 roku od úrazu**. Při pozdějším oznámení můžeme pojistné plnění snížit až o 50 %, pokud nám toto opoždění ztížilo možnost zjistit a určit výši pojistného plnění.

Pokud nám neoznámíte úraz do 1 roku od jeho vzniku, můžeme pojistné plnění snížit až na polovinu.

- 4) K oznámení pojistné události použijte formulář „Oznámení úrazu“, který je k dispozici na našich internetových stránkách. K formuláři přiložte veškerou zdravotnickou dokumentaci související s úrazem (lékařské zprávy z prvního ošetření a z dalšího průběhu léčení jednoznačně specifikující diagnózu, úrazový děj a objektivně zjištěné následky úrazu). Pojistnou událost lze rovněž oznámit on-line na našich internetových stránkách.

- 5) Další povinnosti jsou uvedeny také v článcích 5 a 11 Povinnosti a práva účastníků pojištění.

Článek 47
Výluky z pojištění (Na co se pojištění nevztahuje)

- Pojistné plnění neposkytneme v případech uvedených v článku 10 Všeobecné výluky z pojištění a dále také za následující tělesná poškození či jiné újmy na zdraví nebo lékařská vyšetření či zákroky:
  a) tělesné poškození, které bylo pojištěnému způsobeno úrazem, v jehož důsledku pojištěný zemřel do 30 dnů od tohoto úrazu,
  b) patologické zlomeniny, tj. takové zlomeniny, které vzniknou v důsledku prvotního snížení pevnosti kosti (např. vrozené kostní choroby, nádory kosti nebo osteoporóza) a k jejichž vzniku postačuje nižší intenzita působení zevních sil či vlastní tělesné síly než u zlomeniny traumatické (zlomeniny zdravé kosti),
  c) zlomeniny patologických výrůstků na kosti (např. osteofyty, ostruhy),
  d) únavové neboli stresové (námahové) zlomeniny, tj. zlomeniny vzniklé z přetížení, a nikoli v důsledku jednorázového působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly pojištěného (například pochodová, běžecká zlomenina),
  e) opakující se vykloubení kloubu způsobené například volným kloubním pouzdrem nebo insuficiencí (nedostatečností) kloubních vazů, atrofií kloubní hlavice nebo příliš plochou kloubní jamkou,
  f) poškození svalů, šlach, vazů či kloubů, vzniklo-li takové poškození následkem přetěžování; tato výluka neplatí, pokud poškození vzniklo v důsledku neočekávaného a náhlého působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly pojištěného,
  g) vznik či zhoršení kýl (hernií), nádorů všech druhů a jakéhokoli původu, bércových vředů, diabetických gangrén, aseptických zánětů pochev šlachových, svalových úponů, tíhových váčků nebo epikondylitid,
  h) výhřez meziobratlové ploténky, ploténkové páteřní syndromy a jiná onemocnění zad – dorzopatie (diagnózy M40 až M54 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí),
  i) diagnostické, život zachraňující, léčebné nebo preventivní zákroky,
  j) zákroky, které jsou provedeny na žádost pojištěného a které nejsou z lékařského hlediska nezbytné,
  k) jakoukoli nemoc, včetně infekční nemoci, a to i v případě, že k ní dojde v důsledku úrazu, včetně prvotního projevu obtíží majících původ v degenerativních změnách orgánů a anatomických částí těla, nebo jejího zhoršení,
  l) poškození vzniklá v důsledku působení imunotoxických látek včetně alergických reakcí,
  m) poškození vzniklá úrazem způsobeným úmyslně pojištěným, jako jsou sebevražda a pokus o ni, sebepoškození apod.

Článek 48
Zánik pojištění (Kdy pojištění přestane platit)

- 1) Toto pojištění nezaniká pojistnou událostí daného pojištěného; zaniká pouze způsoby uvedenými v článku 12 Zánik pojištění.

- 2) Pojištění dítěte však zaniká první pojistnou událostí, která nastane po výročním dni počátku pojištění v roce, ve kterém bude pojištěnému dítěti 26 let.

Trvalé následky úrazu

Článek 49
Pojistná událost (Na co se pojištění vztahuje)

- 1) Pojistnou událostí je **úraz** pojištěného, který nastane během trvání tohoto pojištění a který nejpozději do 3 let od tohoto úrazu zanechá pojištěnému trvalé následky.

- 2) Toto pojištění můžete sjednat v několika variantách, které se liší minimálním procentem hodnocení trvalých následků, od kterého vzniká nárok na pojistné plnění.

Pojištění trvalých následků úrazu si můžete sjednat s plněním od 0 % (pojistná ochrana pro jakékoli úrazy) nebo s plněním až od 10 %, resp. 25 % (pojistná ochrana pro závažnější úrazy za nižší pojistné).

- 3) Za **trvalé následky úrazu** považujeme anatomické nebo funkční tělesné poškození, které odborný lékař na základě objektivního nálezu označí za trvalé a jehož stav již nelze ovlivnit další léčbou.

Článek 50
Čekací doba (Doba bez nároku na plnění)

- Pro toto pojištění není stanovena žádná čekací doba.

Článek 51
Pojistné plnění (Co a jak vyplatíme)

- 1) Právo na pojistné plnění má pojištěný, který utrpěl úraz s trvalými následky.
- 2) Pojistné plnění za trvalé následky úrazu vypočteme tak, že pojistnou částku vynásobíme koeficientem pojistného plnění v procentech.
- 3) **Koeficient pojistného plnění** odpovídá celkovému ohodnocení trvalých následků úrazu v procentech podle „Tabulky progresivního pojistného plnění za trvalé následky úrazu", a to v závislosti na variantě progresivního plnění, kterou jste si sjednal. Tato tabulka je uvedena v **Oceňovací tabulce trvalých následků úrazu** (dále též **„OT pro TN"**).
- 4) Hodnocení jednotlivých trvalých následků najdete v OT pro TN.
- 5) Pokud dojde následkem jednoho úrazu k více trvalým následkům na různých částech těla, stanovíme celkové ohodnocení trvalých následků jako součet jejich procentního ohodnocení podle OT pro TN, maximálně však 100 %.
- 6) Pokud dojde následkem jednoho či více úrazů k více trvalým následkům na jedné části těla (jedné končetině, orgánu nebo jejich části), stanovíme celkové ohodnocení trvalých následků při zohlednění všech takovýchto následků, maximálně však do výše procentního hodnocení stanoveného v OT pro TN pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušné končetiny či její části nebo orgánu.
- 7) Pokud celkové ohodnocení trvalých následků nedosáhne sjednaného minimálního procenta, nevznikne Vám nárok na pojistné plnění.

Pokud jste si sjednal variantu pojištění s plněním od 10 %, vyplatíme Vám pojistné plnění pouze tehdy, když hodnocení trvalých následků, které Vám úraz zanechal, dosáhne alespoň 10 % (např. omezení hybnosti ramenního kloubu středního stupně může být podle OT pro TN hodnoceno až 10 %).

- 8) Pokud dojde následkem úrazu, na který se vztahuje toto pojištění, k trvalým následkům na části těla, která byla poškozena již před tímto úrazem, bude od celkového ohodnocení trvalých následků odečteno procentní ohodnocení tohoto již dříve existujícího poškození podle OT pro TN.
- 9) Rozsah trvalých následků úrazu stanovíme ve spolupráci s naším posudkovým lékařem po jejich ustálení, a to na základě prohlídky pojištěného smluvním lékařem z příslušného oboru medicíny. Pokud nám posudkový lékař doporučí, že prohlídka není nutná, ohodnotíme trvalé následky po konzultaci s tímto lékařem podle doložené zdravotnické dokumentace od odborných lékařů. U funkčních trvalých následků můžeme na jejich ustálení do stavu, který je další léčbou již neovlivnitelný, čekat maximálně do doby 3 let od úrazu a poté je zhodnotíme podle jejich aktuálního stavu.
- 10) Před ustálením trvalých následků nás můžete písemně požádat o zálohu na pojistné plnění, bude-li z lékařské zprávy zřejmý alespoň minimální rozsah trvalých následků.

Článek 52
Povinnosti pojištěného (Co musíte splnit)

- 1) Skutečnost, že Vám úraz zanechal trvalé následky, nám oznamte co nejdříve poté, co Vám odborný lékař potvrdí, že se trvalé následky ustálily a jejich stav již nemůže být další léčbou změněn. Vznik nebo následné zhoršení trvalých následků nám musíte prokázat **nejpozději do 3 let od úrazu**.
- 2) K oznámení použijte formulář „Oznámení/hlášení pojistné události - trvalé následky úrazu", který je k dispozici na našich internetových stránkách. K formuláři přiložte veškerou zdravotnickou dokumentaci související s trvalými následky úrazu včetně lékařských zpráv z průběhu léčení. Pojistnou událost lze rovněž oznámit on-line na našich internetových stránkách.
- 3) Další povinnosti jsou uvedeny také v článcích 5 a 11 Povinnosti a práva účastníků pojištění.

Článek 53
Výluky z pojištění (Na co se pojištění nevztahuje)

- Pojistné plnění neposkytneme v případech uvedených v článku 10 Všeobecné výluky z pojištění a dále také za trvalé následky vzniklé v důsledku následujících tělesných poškození či jiných újem na zdraví nebo lékařských vyšetření či zákroků:
  a) patologických zlomenin, tj. takových zlomenin, které vzniknou v důsledku prvotního snížení pevnosti kosti (např. vrozené kostní choroby, nádory kosti nebo osteoporóza) a k jejichž vzniku postačuje nižší intenzita působení zevních sil či vlastní tělesné síly než u zlomeniny traumatické (zlomeniny zdravé kosti),
  b) zlomenin patologických výrůstků na kosti (např. osteofyty, ostruhy),
  c) únavových neboli stresových (námahových) zlomenin, tj. zlomenin vzniklých z přetížení, a nikoli v důsledku jednorázového působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly pojištěného (například pochodová, běžecká zlomenina),
  d) opakujícího se vykloubení kloubu způsobeného například volným kloubním pouzdrem nebo insuficiencí (nedostatečností) kloubních vazů, atrofií kloubní hlavice nebo příliš plochou kloubní jamkou,
  e) poškození svalů, šlach, vazů či kloubů, vzniklo-li takové poškození následkem přetěžování; tato výluka neplatí, pokud poškození vzniklo v důsledku neočekávaného a náhlého působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly pojištěného,
  f) vzniku či zhoršení kýl (hernií), nádorů všech druhů a jakéhokoli původu, bércových vředů, diabetických gangrén, aseptických zánětů pochev šlachových, svalových úponů, tíhových váčků nebo epikondylitid,
  g) výhřezu meziobratlové ploténky, ploténkových páteřních syndromů a jiných onemocnění zad – dorzopatií (diagnózy M40 až M54 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí),
  h) diagnostických, život zachraňujících, léčebných nebo preventivních zákroků,
  i) zákroků, které jsou provedeny na žádost pojištěného a které nejsou z lékařského hlediska nezbytné,
  j) jakékoli nemoci, včetně infekční nemoci, a to i v případě, že k ní dojde v důsledku úrazu, včetně prvotního projevu obtíží majících původ v degenerativních změnách orgánů a anatomických částí těla, nebo jejího zhoršení,
  k) působení imunotoxických látek včetně alergických reakcí,
  l) úrazu způsobeného úmyslně pojištěným, jako jsou sebevražda a pokus o ni, sebepoškození apod.

Článek 54
Zánik pojištění (Kdy pojištění přestane platit)

- 1) Toto pojištění nezaniká pojistnou událostí daného pojištěného; zaniká pouze způsoby uvedenými v článku 12 Zánik pojištění.

- 2) Pojištění dítěte však zaniká první pojistnou událostí, která nastane po výročním dni počátku pojištění v roce, ve kterém bude pojištěnému dítěti 26 let.

Úraz při dopravní nehodě

Článek 55
Pojistná událost (Na co se pojištění vztahuje)

- 1) Pojistnou událostí je **úraz** pojištěného během trvání tohoto pojištění, ke kterému došlo **při dopravní nehodě** pojištěného a který způsobil některou z dále uvedených skutečností:
  a) smrt,
  b) invaliditu,
  c) trvalé následky,
  d) tělesné poškození,
  e) pobyt v nemocnici,
  podle toho, která z pojištění pro případ úrazu při dopravní nehodě máte sjednána.

- 2) 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.

Článek 56
Čekací doba (Doba bez nároku na plnění)

- Pro toto pojištění není stanovena žádná čekací doba.

Článek 57
Pojistné plnění (Co a jak vyplatíme)

- 1) Pojistné plnění za úraz při dopravní nehodě vyplatíme podle toho, které z pojištění uvedených v článku 55 Pojistná událost máte sjednáno. Pojistné plnění pro jednotlivá pojištění pro případ úrazu při dopravní nehodě stanovíme podle stejných pravidel jako u odpovídajících pojištění pro případ úrazu.

- 2) Právo na pojistné plnění má pojištěný, který utrpěl úraz při dopravní nehodě. V případě smrti pojištěného následkem úrazu náleží pojistné plnění obmyšlenému.

Článek 58
Povinnosti pojištěného, resp. obmyšleného (Co musíte splnit)

- 1) Úraz při dopravní nehodě nám oznamte co možná nejdříve. K oznámení použijte příslušný formulář podle toho, z jakého pojištění uplatňujete nárok na pojistné plnění. Všechny formuláře jsou k dispozici na našich internetových stránkách, na nichž lze pojistnou událost oznámit rovněž on-line.

- 2) K formuláři přiložte v něm uvedené doklady a dále zejména:
  a) lékařskou zprávu z prvního ošetření pojištěného, v níž jsou popsány objektivní příznaky poranění,
  b) lékařské zprávy z dalšího průběhu léčení jednoznačně specifikující diagnózu, úrazový děj, objektivně zjištěné následky úrazu a způsob a délku jejich léčení,
  c) záznam policie nebo jiného příslušného státního orgánu o výsledku šetření dopravní nehody (neuznáme záznam, který byl bez šetření na místě nehody dodatečně sepsán na služebně příslušného orgánu).
  Pokud tyto povinnosti nesplníte, neposkytneme Vám pojistné plnění.

K oznámení úrazu při dopravní nehodě musíte doložit záznam státního orgánu o výsledku šetření dopravní nehody, aby Vám vznikl nárok na pojistné plnění.

- 3) Další povinnosti jsou uvedeny také v článcích 5 a 11 Povinnosti a práva účastníků pojištění.

Článek 59
Výluky z pojištění (Na co se pojištění nevztahuje)

- Pojistné plnění za úraz při dopravní nehodě neposkytneme v případech uvedených v článku 10 Všeobecné výluky z pojištění, v případech uvedených v článcích Výluky z pojištění u jednotlivých pojištění pro případ úrazu a dále také v těchto případech:
  a) při vědomé trestné činnosti pojištěného,
  b) pokud pojištěný řídil vozidlo
    i) bez příslušného řidičského oprávnění; tato výluka neplatí, pokud se pojištěný učil vozidlo řídit nebo skládal zkoušku z řízení vozidla podle příslušných předpisů,
    ii) a nebyl zdravotně nebo odborně způsobilý k řízení vozidla podle obecně platných právních předpisů,
    iii) v době, kdy se na něho vztahoval trest zákazu řízení vozidla, případně bylo rozhodnuto o odnětí či pozastavení platnosti jeho řidičského oprávnění,
  c) pokud byl pojištěný (řidič vozidla nebo chodec) pod vlivem alkoholu nebo návykových látek včetně léků zakázaných při řízení vozidla,
  d) odmítne-li se pojištěný (řidič vozidla nebo chodec) podrobit zkoušce nebo vyšetření na přítomnost alkoholu nebo návykových látek včetně léků zakázaných při řízení vozidla, nebo znemožní-li svým jednáním průkaznost této zkoušky nebo vyšetření,
  e) při aktivní účasti pojištěného na závodech všeho druhu a při soutěžích s rychlostní vložkou (včetně oficiálních přípravných jízd), jsou-li provozovány na pozemních komunikacích,
  f) za úrazy při dopravě lanovkou; tato výluka neplatí, pokud jde o lanovku jezdící po kolejích, která je provozována jako prostředek veřejné hromadné dopravy,
  g) v době, kdy je vozidlo provozováno jako pracovní stroj, například při vyklápění, nakládání nebo manipulaci vozidla s nákladem,
  h) na místě nebo v části vozidla, které nejsou určeny k dopravě osob,
  i) ve vozidle, které nesplňuje podmínky provozu na pozemních komunikacích; tato výluka neplatí v případě, kdy je pojištěný cestujícím v jakémkoli prostředku veřejné hromadné dopravy, nebo v případě, kdy si pojištěný nemohl být vědom možných důsledků plynoucích z jednání řidiče takového dopravního prostředku,
  j) při jízdě na jízdním kole, pokud nedojde ke srážce s jiným účastníkem nebo překážkou provozu na pozemních komunikacích anebo k nárazu do zařízení pro veřejnou dopravu (včetně dopravních značek) instalovaného podél pozemní komunikace.

Článek 60
Zánik pojištění (Kdy pojištění přestane platit)

- 1) Z pojištění pro případ úrazu při dopravní nehodě zanikají pojistnou událostí pouze pojištění pro případ smrti a pojištění pro případ invalidity s výplatou pojistné částky. Pojištění dále zaniká způsoby uvedenými v článcích 12 a 74 Zánik pojištění.

- 2) Pojištění dítěte však zaniká první pojistnou událostí, která nastane po výročním dni počátku pojištění v roce, ve kterém bude pojištěnému dítěti 26 let.

- 3) Pojištění invalidity s výplatou důchodu pojistnou událostí nezaniká, a to bez ohledu na to, zda pojištěnému vznikl nárok

na výplatu důchodu. Pojistník se však může s pojišťovnou dohodnout na zániku tohoto pojištění ke dni, ke kterému by zaniklo pojištění s výplatou pojistné částky.

Článek 61
Výklad pojmů (Další důležitá slovíčka)

- Pojmy uvedené v textu této části pojistných podmínek mají pro účely tohoto pojištění následující význam:
  a) **dopravní nehoda** znamená událost v provozu na pozemních komunikacích, například havárii nebo srážku vozidla, která se stala nebo byla započata na pozemní komunikaci, a dále nehodu při veřejné hromadné dopravě na železnici, vodních tocích a v letadlech,
  b) **překážka provozu na pozemních komunikacích** znamená vše, co by mohlo ohrozit bezpečnost nebo plynulost provozu na pozemních komunikacích, například náklad, materiál nebo jiné předměty, vozidlo ponechané na pozemní komunikaci nebo závady ve sjízdnosti pozemní komunikace,
  c) **účastník provozu na pozemních komunikacích** znamená osobu, která se přímým způsobem účastní provozu na pozemních komunikacích, například řidič vozidla, spolujezdec, chodec nebo cyklista,
  d) **veřejná hromadná doprava** znamená dopravu osob hromadnými dopravními prostředky provozovanou na pravidelných linkách podle jízdních řádů,
  e) **vozidlo** znamená motorové vozidlo, nemotorové vozidlo nebo tramvaj; motorové vozidlo znamená nekolejové vozidlo poháněné vlastní pohonnou jednotkou a trolejbus, nemotorové vozidlo znamená vozidlo pohybující se pomocí lidské nebo zvířecí síly, například jízdní kolo, ruční vozík nebo potahové vozidlo.

Invalidita následkem úrazu nebo nemoci

Článek 62
Pojistná událost (Na co se pojištění vztahuje)

- 1) Pojistnou událostí je **invalidita** pojištěného, ke které došlo během trvání tohoto pojištění, a to z důvodu úrazu nebo nemoci.

- 2) Toto pojištění můžete sjednat v několika variantách, které se liší rozsahem pojistného krytí podle stupňů invalidity:
  a) pojištění pro případ invalidity od I. stupně, které zahrnuje I., II. a III. stupeň invalidity,
  b) pojištění pro případ invalidity od II. stupně, které zahrnuje II. a III. stupeň invalidity, a
  c) pojištění pro případ invalidity III. stupně.

- 3) **Invalidita** znamená pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu; rozhodující pro vznik invalidity je rozhodnutí příslušného orgánu státní správy, který Vás uznal invalidním podle platného zákona o důchodovém pojištění.

- 4) Za **den vzniku** invalidity určitého stupně se považuje den uvedený v rozhodnutí tohoto orgánu státní správy, od kterého jste uznán invalidním (pokud byly zároveň k tomuto dni splněny všechny podmínky uvedené v těchto pojistných podmínkách).

- 5) Za **den zániku** invalidity určitého stupně se považuje den uvedený v rozhodnutí tohoto orgánu státní správy o změně stupně invalidity, resp. o zániku invalidity.

- 6) V případě pochybností můžeme požadovat vyjádření námi určeného lékaře ke vzniku, trvání nebo zániku invalidity.

Článek 63
Čekací doba (Doba bez nároku na plnění)

- Čekací doba je 18 měsíců, je-li pojištěný podle zákona o důchodovém pojištění uznán invalidním pro invaliditu prvního stupně, nebo 12 měsíců, je-li uznán pro invaliditu druhého nebo třetího stupně. Při vzniku invalidity výlučně následkem úrazu čekací dobu neuplatňujeme.

Článek 64
Pojistné plnění (Co a jak vyplatíme)

- 1) Právo na pojistné plnění má pojištěný, který se stane invalidním.

- 2) Pojistné plnění z tohoto pojištění Vám vyplatíme ve výši aktuální pojistné částky, případně ve výši pravidelně vypláceného důchodu, podle toho, pro jaký stupeň invalidity jste pojištěn a jaká forma výplaty je ujednána v pojistné smlouvě.

- 3) V případě invalidity třetího stupně, pokud zdravotní stav ke dni jejího vzniku současně odpovídá snížené soběstačnosti podle článku 68 Výklad pojmů, vyplatíme pojistné plnění ve výši dvojnásobku aktuální pojistné částky, resp. důchodu.

- 4) Jednorázové pojistné plnění vyplatíme jednou částkou poté, co prokážete, že jste invalidním v příslušném stupni invalidity.

- 5) V případě, že je v pojistné smlouvě sjednána výplata formou důchodu, budeme Vám vyplácet měsíční důchod od měsíce následujícího po vzniku invalidity příslušného stupně až do měsíce, ve kterém přestanete být invalidním
  a) alespoň v prvním stupni u pojištění pro případ invalidity od I. stupně,
  b) alespoň ve druhém stupni u pojištění pro případ invalidity od II. stupně,
  c) ve třetím stupni u pojištění pro případ invalidity III. stupně, nebo do konce pojistné doby tohoto pojištění, podle toho, co nastane dříve.

Článek 65
Povinnosti pojištěného (Co musíte splnit)

- 1) Vznik invalidity nám oznamte co možná nejdříve. K oznámení použijte formulář „Oznámení/hlášení pojistné události - invalidita“, který je k dispozici na našich internetových stránkách. K formuláři přiložte v něm uvedené doklady a veškerou zdravotnickou dokumentaci související s invaliditou. Pojistnou událost lze rovněž oznámit on-line na našich internetových stránkách.

- 2) Jako pojištěný jste dále povinen předat nám ke každému výročnímu dni výplaty důchodu tyto dokumenty:
  a) potvrzení příslušného orgánu státní správy, že pobíráte invalidní důchod pro invaliditu příslušného stupně podle zákona o důchodovém pojištění, nebo
  b) odbornou lékařskou zprávu, na základě které byl přezkoumán Váš zdravotní stav a potvrzeno rozhodnutí příslušného orgánu státní správy o trvání Vaší invalidity příslušného stupně podle zákona o důchodovém pojištění.

- 3) Dále jste jako pojištěný povinen oznámit nám bez zbytečného odkladu každé snížení stupně své invalidity nebo její zánik.

- 4) Pokud porušíte výše uvedené oznamovací povinnosti, můžeme pozastavit nebo ukončit výplatu pojistného plnění, případně můžeme také požadovat vrácení již vyplacených částek.

- 5) Další povinnosti jsou uvedeny také v článcích 5 a 11 Povinnosti a práva účastníků pojištění.

Článek 66
Výluky z pojištění (Na co se pojištění nevztahuje)

- 1) Pojistné plnění neposkytneme v případech uvedených v článku 10 Všeobecné výluky z pojištění a dále také za invaliditu v důsledku následujících nemocí, tělesných poškození či jiných újem na zdraví nebo lékařských vyšetření či zákroků a jakýchkoli jejich příčin, komplikací nebo následků:
  a) nemocí, úrazů nebo jiných skutečností souvisejících se zdravotním stavem pojištěného, které vznikly či byly diagnostikovány před počátkem tohoto pojištění a pro které byl pojištěný před počátkem pojištění léčen či lékařsky sledován nebo jejichž příznaky se projevily před tímto dnem,
  b) onemocnění vzniklého jako následek opakovaného nadměrného požívání alkoholu, zneužívání léků, aplikace návykových látek nebo přípravků tyto látky obsahující,
  c) změny zdravotního stavu pojištěného, které byly způsobeny úmyslným sebepoškozením nebo pokusem o sebevraždu,
  d) za invaliditu druhého nebo třetího stupně, která byla přiznána v důsledku duševní poruchy nebo poruchy chování (diagnózy F00 až F99 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí), jejíž příčinou je vlastní chování pojištěného uvedené v písm. b) a c) tohoto odstavce, nebo porucha příjmu potravy,
  e) za invaliditu prvního stupně, která byla přiznána v důsledku duševní poruchy nebo poruchy chování (diagnózy F00 až F99 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí); tuto výluku neuplatníme v případě vzniku schizofrenie (diagnóza F20) nebo trvalé organické duševní poruchy (diagnózy F00 až F09), která nebyla vyvolána vlastním chováním pojištěného uvedeném v písm. b) a c) tohoto odstavce.
  Každá z uvedených diagnóz musí být potvrzena lékařem specialistou v oboru psychiatrie včetně neurologického nálezu a nálezu provedených CT vyšetření hlavy a vyšetření mozku magnetickou rezonancí.

- 2) Výluka uvedená v písm. a) předchozího odstavce se neuplatní, pokud se v době 5 let před počátkem nebo změnou pojištění příznaky onemocnění nebo následky úrazu prokazatelně neprojevily tak, že by bylo nutné toto zaznamenat ve zdravotnické dokumentaci pojištěného, nebo způsobem, který by vyžadoval jejich léčení nebo sledování, a současně pojištěný neporušil léčebný režim stanovený lékařem.

Článek 67
Zánik pojištění (Kdy pojištění přestane platit)

- 1) Pojištění pro případ invalidity s výplatou pojistné částky
  a) od I. stupně zaniká, je-li pojištěný během trvání tohoto pojištění uznán invalidním v prvním nebo vyšším stupni,
  b) od II. stupně zaniká, je-li pojištěný během trvání tohoto pojištění uznán invalidním ve druhém nebo vyšším stupni,
  c) III. stupně zaniká, je-li pojištěný během trvání tohoto pojištění uznán invalidním ve třetím stupni.
  Pojištění zanikne dnem vzniku invalidity, a to bez ohledu na to, zda bylo vyplaceno pojistné plnění.

- 2) Pojištění invalidity s výplatou důchodu pojistnou událostí nezaniká, a to bez ohledu na to, zda pojištěnému vznikl nárok na výplatu důchodu. Pojistník se však může s pojišťovnou dohodnout na zániku tohoto pojištění ke dni, ke kterému by zaniklo pojištění s výplatou pojistné částky.

- 3) Pojištění invalidity s výplatou pojistné částky i pojištění invalidity s výplatou důchodu zaniká posledním dnem pojistného období, ve kterém nám prokážete, že byl pojištěnému přiznán starobní důchod podle zákona o důchodovém pojištění, a také způsoby uvedenými v článku 12 Zánik pojištění.

Článek 68
Výklad pojmů (Další důležitá slovíčka)

- Pojmy uvedené v textu této části pojistných podmínek mají pro účely tohoto pojištění následující význam:
  snížená soběstačnost znamená takový dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav podrobně definovaný platným zákonem o sociálních službách, který podle poznatků lékařské vědy trvá déle než 1 rok a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládání základních životních potřeb. Za dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav se považuje tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované zdravotní postižení, jehož dopady činí pojištěného závislým na pomoci jiné osoby (nemusí však být podmíněn konkrétní diagnózou). Snížená soběstačnost musí být prokázána odborným vyšetřením včetně všech relevantních (laboratorních, klinických a jiných) nálezů a doložena příslušným rozhodnutím posudkového orgánu státní správy o **II., III. nebo IV. stupni** závislosti podle platného zákona o sociálních službách a odbornými lékařskými zprávami, na základě kterých bylo toto rozhodnutí vydáno.

Invalidita pouze následkem úrazu

Článek 69
Pojistná událost (Na co se pojištění vztahuje)

- 1) Pojistnou událostí je **úraz** pojištěného, který nastane během trvání pojištění a jehož následkem se pojištěný stal během trvání pojištění invalidním.

- 2) Toto pojištění můžete sjednat v několika variantách, které se liší rozsahem pojistného krytí podle stupňů invalidity:
  a) pojištění pro případ invalidity od I. stupně, které zahrnuje I., II. a III. stupeň invalidity,
  b) pojištění pro případ invalidity od II. stupně, které zahrnuje II. a III. stupeň invalidity, a
  c) pojištění pro případ invalidity III. stupně.

- 3) **Invalidita** znamená pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu; rozhodující pro vznik invalidity je rozhodnutí příslušného orgánu státní správy, který Vás uznal invalidním podle platného zákona o důchodovém pojištění.

- 4) Za **den vzniku** invalidity určitého stupně se považuje den uvedený v rozhodnutí tohoto orgánu státní správy, od kterého jste uznán invalidním, pokud byly zároveň k tomuto dni splněny všechny podmínky uvedené v těchto pojistných podmínkách.

- 5) Za **den zániku** invalidity určitého stupně se považuje den uvedený v rozhodnutí tohoto orgánu státní správy o změně stupně invalidity, resp. o zániku invalidity.

- 6) V případě pochybností můžeme požadovat vyjádření námi určeného lékaře ke vzniku, trvání nebo zániku invalidity.

Článek 70
Čekací doba (Doba bez nároku na plnění)

- Pro toto pojištění není stanovena žádná čekací doba.

Článek 71
Pojistné plnění (Co a jak vyplatíme)

- 1) Právo na pojistné plnění má pojištěný, který se stane invalidním následkem úrazu.

- 2) Pojistné plnění z tohoto pojištění Vám vyplatíme ve výši aktuální pojistné částky, případně ve výši pravidelně vypláceného důchodu, podle toho, pro jaký stupeň invalidity jste

pojištěn a jaká forma výplaty je ujednána v pojistné smlouvě.

- 3) V případě invalidity třetího stupně, pokud zdravotní stav ke dni jejího vzniku současně odpovídá snížené soběstačnosti podle článku 75 Výklad pojmů, vyplatíme pojistné plnění ve výši dvojnásobku aktuální pojistné částky, resp. důchodu.

- 4) Jednorázové pojistné plnění vyplatíme jednou částkou poté, co prokážete, že jste invalidním v příslušném stupni invalidity.

- 5) V případě, že je v pojistné smlouvě sjednána výplata formou důchodu, budeme Vám vyplácet měsíční důchod od měsíce následujícího po vzniku invalidity příslušného stupně až do měsíce, ve kterém přestanete být invalidním
  a) alespoň v prvním stupni u pojištění pro případ invalidity od I. stupně,
  b) alespoň ve druhém stupni u pojištění pro případ invalidity od II. stupně,
  c) ve třetím stupni u pojištění pro případ invalidity III. stupně, nebo do konce pojistné doby tohoto pojištění, podle toho, co nastane dříve.

Článek 72
Povinnosti pojištěného (Co musíte splnit)

- 1) Vznik invalidity nám oznamte co možná nejdříve. K oznámení použijte formulář „Oznámení/hlášení pojistné události - invalidita", který je k dispozici na našich internetových stránkách. K formuláři přiložte v něm uvedené doklady a veškerou zdravotnickou dokumentaci související s invaliditou. Pojistnou událost lze rovněž oznámit on-line na našich internetových stránkách.

- 2) Jako pojištěný jste dále povinen předat nám ke každému výročnímu dni výplaty důchodu tyto dokumenty:
  a) potvrzení příslušného orgánu státní správy, že pobíráte invalidní důchod pro invaliditu příslušného stupně podle zákona o důchodovém pojištění, nebo
  b) odbornou lékařskou zprávu, na základě které byl přezkoumán Váš zdravotní stav a potvrzeno rozhodnutí příslušného orgánu státní správy o trvání Vaší invalidity příslušného stupně podle zákona o důchodovém pojištění.

- 3) Dále jste jako pojištěný povinen oznámit nám bez zbytečného odkladu každé snížení stupně své invalidity nebo její zánik.

- 4) Pokud porušíte výše uvedené oznamovací povinnosti, můžeme pozastavit nebo ukončit výplatu pojistného plnění, případně můžeme také požadovat vrácení již vyplacených částek.

- 5) Další povinnosti jsou uvedeny také v článcích 5 a 11 Povinnosti a práva účastníků pojištění.

Článek 73
Výluky z pojištění (Na co se pojištění nevztahuje)

- Pojistné plnění neposkytneme v případech uvedených v článku 10 Všeobecné výluky z pojištění a dále také za invaliditu v důsledku následujících nemocí, tělesných poškození či jiných újem na zdraví nebo lékařských vyšetření či zákroků:
  a) zhoršení nebo projevení se nemoci, k němuž dojde v důsledku úrazu,
  b) úrazu, ke kterému došlo před počátkem tohoto pojištění, resp. před účinností jeho změny,
  c) opakovaného nadměrného požívání alkoholu, zneužívání léků, aplikace návykových látek nebo přípravků tyto látky obsahující,
  d) změny zdravotního stavu pojištěného, která byla způsobena úmyslným sebepoškozením nebo pokusem o sebevraždu,
  e) patologických zlomenin, tj. takových zlomenin, které vzniknou v důsledku prvotního snížení pevnosti kosti (např. vrozené kostní choroby, nádory kosti nebo osteoporóza) a k jejichž vzniku postačuje nižší intenzita působení zevních sil či vlastní tělesné síly než u zlomeniny traumatické (zlomeniny zdravé kosti),
  f) zlomenin patologických výrůstků na kosti (např. osteofyty, ostruhy),
  g) únavových neboli stresových (námahových) zlomenin, tj. zlomenin vzniklých z přetížení a nikoli v důsledku jednorázového působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly pojištěného (například pochodová, běžecká zlomenina),
  h) opakujícího se vykloubení kloubu způsobeného například volným kloubním pouzdrem nebo insuficiencí (nedostatečností) kloubních vazů, atrofií kloubní hlavice nebo příliš plochou kloubní jamkou,
  i) poškození svalů, šlach, vazů či kloubů, vzniklo-li takové poškození následkem přetěžování; tato výluka neplatí, pokud poškození vzniklo v důsledku neočekávaného a náhlého působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly pojištěného,
  j) vzniku či zhoršení kýl (hernií), nádorů všech druhů a jakéhokoli původu, bércových vředů, diabetických gangrén, aseptických zánětů pochev šlachových, svalových úponů, tíhových váčků nebo epikondylitid,
  k) výhřezu meziobratlové ploténky, ploténkových páteřních syndromů a jiných onemocnění zad – dorzopatií (diagnózy M40 až M54 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí),
  l) diagnostických, život zachraňujících, léčebných nebo preventivních zákroků,
  m) zákroků, které jsou provedeny na žádost pojištěného a které nejsou z lékařského hlediska nezbytné,
  n) jakékoli nemoci, včetně infekční nemoci, a to i v případě, že k ní dojde v důsledku úrazu, včetně prvotního projevu obtíží majících původ v degenerativních změnách orgánů a anatomických částí těla, nebo jejího zhoršení,
  o) tělesných poškození vzniklých v důsledku působení imunotoxických látek včetně alergických reakcí.

Článek 74
Zánik pojištění (Kdy pojištění přestane platit)

- 1) Pojištění pro případ invalidity s výplatou pojistné částky
  a) od I. stupně zaniká, je-li pojištěný během trvání tohoto pojištění uznán invalidním v prvním nebo vyšším stupni,
  b) od II. stupně zaniká, je-li pojištěný během trvání tohoto pojištění uznán invalidním ve druhém nebo vyšším stupni,
  c) III. stupně zaniká, je-li pojištěný během trvání tohoto pojištění uznán invalidním ve třetím stupni.

  Pojištění zanikne dnem vzniku invalidity, a to bez ohledu na to, zda bylo vyplaceno pojistné plnění.

- 2) Pojištění invalidity s výplatou důchodu pojistnou událostí nezaniká, a to bez ohledu na to, zda pojištěnému vznikl nárok na výplatu důchodu. Pojistník se však může s pojišťovnou dohodnout na zániku tohoto pojištění ke dni, ke kterému by zaniklo pojištění s výplatou pojistné částky.

- 3) Pojištění invalidity s výplatou pojistné částky i pojištění invalidity s výplatou důchodu zaniká posledním dnem pojistného období, ve kterém nám prokážete, že byl pojištěnému přiznán starobní důchod podle zákona o důchodovém pojištění, a také způsoby uvedenými v článku 12 Zánik pojištění.

Článek 75
Výklad pojmů (Další důležitá slovíčka)

- Pojmy uvedené v textu této části pojistných podmínek mají pro účely tohoto pojištění následující význam:
  snížená soběstačnost znamená takový dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav podrobně definovaný platným zákonem o sociálních službách, který podle poznatků lékařské vědy trvá déle než 1 rok a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládání základních životních potřeb. Za dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav se považuje tělesné, mentální, duševní, smyslové

nebo kombinované zdravotní postižení, jehož dopady činí pojištěného závislým na pomoci jiné osoby (nemusí však být podmíněn konkrétní diagnózou). Snížená soběstačnost musí být prokázána odborným vyšetřením včetně všech relevantních (laboratorních, klinických a jiných) nálezů a doložena příslušným rozhodnutím posudkového orgánu státní správy o **II., III. nebo IV. stupni** závislosti podle platného zákona o sociálních službách a odbornými lékařskými zprávami, na základě kterých bylo toto rozhodnutí vydáno.

Zproštění od placení pojistného

Článek 76
Pojistná událost (Na co se pojištění vztahuje)

- Pojistnou událostí je **invalidita druhého, nebo třetího stupně**, která u pojištěného vznikla během trvání tohoto pojištění, a to z důvodu nemoci nebo úrazu.

Článek 77
Čekací doba (Doba bez nároku na plnění)

- Čekací doba je 12 měsíců. Při vzniku invalidity výlučně následkem úrazu čekací dobu neuplatňujeme.

Článek 78
Pojistné plnění (Co a jak vyplatíme)

- 1) V případě pojistné události převezmeme placení celého běžného pojistného za pojistníka (zproštění od placení), a to od prvního dne pojistného období po vzniku pojistné události (počátek zproštění). Podmínkou pro vznik práva na zproštění je zaplacení pojistného za celou dobu trvání pojištění až do počátku zproštění.

- 2) Zproštění od placení ukončíme:
  a) koncem pojistného období, ve kterém pojištěný přestane být invalidním ve druhém, nebo třetím stupni,
  b) výročním dnem počátku zproštění, pokud nám pojištěný do 1 měsíce po tomto dni neprokáže trvání své invalidity,
  c) dnem, do kterého bylo pojištění pro případ zproštění sjednáno.

- 3) Pokud dojde k pojistné události po zvýšení pojistného, od něhož dosud neuplynula čekací doba, převezmeme placení pojistného ve výši platné před jeho zvýšením. Současně s tím upravíme rozsah ostatních sjednaných pojištění do stavu platného před tímto zvýšením pojistného.

Článek 79
Povinnosti pojištěného (Co musíte splnit)

- 1) Vznik invalidity druhého, nebo třetího stupně nám oznamte co možná nejdříve. K oznámení použijte formulář „Oznámení/hlášení pojistné události - invalidita“, který je k dispozici na našich internetových stránkách. K formuláři přiložte v něm uvedené doklady a veškerou zdravotnickou dokumentaci související s invaliditou. Pojistnou událost lze rovněž oznámit on-line na našich internetových stránkách.

- 2) Jako pojištěný jste dále povinen předat nám ke každému výročnímu dni počátku zproštění od placení pojistného tyto dokumenty:
  a) potvrzení příslušného orgánu státní správy, že stále pobíráte invalidní důchod pro invaliditu druhého, nebo třetího stupně podle zákona o důchodovém pojištění, nebo
  b) odbornou lékařskou zprávu, na jejímž základě byl přezkoumán Váš zdravotní stav a potvrzeno rozhodnutí příslušného orgánu státní správy o trvání Vaší invalidity podle zákona o důchodovém pojištění.

- 3) Dále jste nám jako pojištěný povinen bez zbytečného odkladu oznámit zánik invalidity druhého, nebo třetího stupně.

- 4) Pokud porušíte výše uvedené povinnosti, můžeme pozastavit nebo ukončit zproštění od placení pojistného. Dále také můžeme požadovat doplacení veškerého pojistného, které jste nezaplatil z důvodu zproštění, na nějž přitom nebyl nárok.

- 5) Další povinnosti jsou uvedeny také v článcích 5 a 11 Povinnosti a práva účastníků pojištění.

Článek 80
Výluky z pojištění (Na co se pojištění nevztahuje)

- 1) Pojistné plnění neposkytneme v případech uvedených v článku 10 Všeobecné výluky z pojištění a dále také za invaliditu v důsledku následujících nemocí, tělesných poškození či jiných újem na zdraví nebo lékařských vyšetření či zákroků a jakýchkoli jejich příčin, komplikací nebo následků:
  a) nemocí, úrazů nebo jiných skutečností souvisejících se zdravotním stavem pojištěného, které vznikly či byly diagnostikovány před počátkem tohoto pojištění a pro které byl pojištěný před počátkem pojištění léčen či lékařsky sledován nebo jejichž příznaky se projevily před tímto dnem,
  b) onemocnění vzniklého jako následek opakovaného nadměrného požívání alkoholu, zneužívání léků, aplikace návykových látek nebo přípravků tyto látky obsahující,
  c) změny zdravotního stavu pojištěného, které byly způsobeny úmyslným sebepoškozením nebo pokusem o sebevraždu,
  d) za invaliditu, která byla přiznána v důsledku duševní poruchy nebo poruchy chování (diagnózy F00 až F99 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí), jejíž příčinou je vlastní chování pojištěného uvedené v písm. b) a c) tohoto odstavce nebo porucha příjmu potravy.

- 2) Výluka uvedená v písm. a) předchozího odstavce se neuplatní, pokud se v době 5 let před počátkem nebo změnou pojištění příznaky onemocnění nebo následky úrazu prokazatelně neprojevily tak, že by bylo nutné toto zaznamenat ve zdravotnické dokumentaci pojištěného, nebo způsobem, který by vyžadoval jejich léčení nebo sledování, a současně pojištěný neporušil léčebný režim stanovený lékařem.

Článek 81
Zánik pojištění (Kdy pojištění přestane platit)

- Toto pojištění zaniká posledním dnem pojistného období, ve kterém je pojištěnému přiznán starobní důchod podle zákona o důchodovém pojištění, a také způsoby uvedenými v článku 12 Zánik pojištění.

Invalidita dítěte

Článek 82
Pojistná událost (Na co se pojištění vztahuje)

- 1) Pojistnou událostí je **zdravotní postižení** pojištěného dítěte, které nastalo během trvání tohoto pojištění a kvůli kterému je dítě závislé na pomoci jiné osoby (dále jen **„invalidita dítěte“**). Závislostí se rozumí závislost **II., III. nebo IV. stupně** podle platného zákona o sociálních službách.

- 2) Za pojistnou událost v tomto pojištění považujeme také následující stavy vzniklé v důsledku nemoci nebo úrazu:
  a) úplná a trvalá ztráta zraku,
  b) úplná a trvalá ztráta sluchu,
  c) anatomická nebo funkční ztráta (amputace nebo úplné a trvalé ochrnutí) končetiny.

- 3) Za **den vzniku** pojistné události považujeme den uvedený

v posudku nebo rozhodnutí příslušného orgánu státní správy, který uznal pojištěné dítě závislým na pomoci jiné osoby, resp. den, kdy lékař potvrdí ztrátu zraku, sluchu nebo končetiny.

Článek 83
Čekací doba (Doba bez nároku na plnění)

- Čekací doba je 6 měsíců. Při vzniku invalidity dítěte výlučně následkem úrazu čekací dobu neuplatňujeme.

Článek 84
Pojistné plnění (Co a jak vyplatíme)

- 1) Právo na pojistné plnění má pojištěné dítě, které je invalidní (závislé na pomoci jiné osoby).

- 2) Pojistné plnění z tohoto pojištění vyplatíme ve výši pojistné částky, případně ve výši pravidelně vypláceného důchodu, podle toho, co je ujednáno v pojistné smlouvě.

- 3) Jednorázové pojistné plnění vyplatíme jednou částkou poté, co prokážete závislost dítěte na pomoci jiné osoby.

- 4) V případě, že byla sjednána výplata důchodu, budeme vyplácet měsíční důchod od měsíce následujícího po vzniku pojistné události až do měsíce, ve kterém pojištěné dítě přestane být závislé na pomoci jiné osoby (podle posudku nebo rozhodnutí příslušného orgánu státní správy), nebo do konce pojistné doby tohoto pojištění, a to podle toho, co nastane dříve.

Článek 85
Povinnosti pojištěného (Co musíte splnit)

- 1) Jako pojištěné dítě, resp. jeho zákonný zástupce, nám musíte bez zbytečného odkladu:
  a) doložit vznik pojistné události na našem formuláři „Oznámení/hlášení pojistné události - invalidita“, který je k dispozici na našich internetových stránkách, a k tomuto oznámení přiložit posudek a rozhodnutí příslušného státního orgánu a lékařské zprávy, na základě kterých bylo rozhodnuto o invaliditě pojištěného dítěte; pojistnou událost lze rovněž oznámit on-line na našich internetových stránkách,
  b) ke každému výročí počátku výplaty důchodu zasílat posudek a rozhodnutí příslušného státního orgánu a lékařské zprávy, na základě kterých trvá invalidita pojištěného dítěte,
  c) zajistit, aby se pojištěné dítě v době výplaty důchodu na naši výzvu podrobilo odbornému vyšetření lékařem, kterého určíme k přezkoumání jeho zdravotního stavu, resp. závislosti na pomoci jiné osoby,
  d) oznámit nám snížení stupně závislosti pojištěného dítěte co nejdříve poté, co k němu došlo.

- 2) Povinnosti uvedené v předchozím odstavci máte i v případě, kdy jsme zahájili výplatu důchodu a pojištění tím zaniklo. Pokud uvedené povinnosti neplníte, můžeme pozastavit nebo ukončit výplatu důchodu, resp. požadovat vrácení části vyplaceného pojistného plnění.

- 3) Další povinnosti jsou uvedeny také v článcích 5 a 11 Povinnosti a práva účastníků pojištění.

Článek 86
Výluky z pojištění (Na co se pojištění nevztahuje)

- 1) Pojistné plnění neposkytneme v případech uvedených v článku 10 Všeobecné výluky z pojištění a dále také za invaliditu pojištěného dítěte v důsledku následujících nemocí, tělesných poškození či jiných újem na zdraví nebo lékařských vyšetření či zákroků a jakýchkoli jejich příčin, komplikací nebo následků:
  a) nemocí, úrazů nebo jiných skutečností souvisejících se zdravotním stavem pojištěného, které vznikly či byly diagnostikovány před počátkem tohoto pojištění a pro které byl pojištěný před počátkem pojištění léčen či lékařsky sledován nebo jejichž příznaky se projevily před tímto dnem,
  b) onemocnění vzniklého jako následek opakovaného nadměrného požívání alkoholu, zneužívání léků, aplikace návykových látek nebo přípravků tyto látky obsahující,
  c) změny zdravotního stavu pojištěného, které byly způsobeny úmyslným sebepoškozením nebo pokusem o sebevraždu,
  d) za invaliditu, která byla přiznána v důsledku duševní poruchy nebo poruchy chování (diagnózy F00 až F99 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí), jejíž příčinou je vlastní chování pojištěného uvedené v písm. b) a c) tohoto odstavce nebo porucha příjmu potravy; tato výluka platí až od výročního dne počátku pojištění v roce, ve kterém bude pojištěnému dítěti 18 let.

- 2) Výluka uvedená v písm. a) předchozího odstavce se neuplatní, pokud se v době 5 let před počátkem nebo změnou pojištění příznaky onemocnění nebo následky úrazu prokazatelně neprojevily tak, že by bylo nutné toto zaznamenat ve zdravotnické dokumentaci pojištěného, nebo způsobem, který by vyžadoval jejich léčení nebo sledování, a současně pojištěný neporušil léčebný režim stanovený lékařem.

Článek 87
Zánik pojištění (Kdy pojištění přestane platit)

- 1) Pojištění invalidity dítěte s výplatou pojistné částky zanikne dnem vzniku pojistné události, bez ohledu na to, zda bylo vyplaceno pojistné plnění.

- 2) Pojištění invalidity dítěte s výplatou důchodu pojistnou událostí nezaniká, a to bez ohledu na to, zda pojištěnému dítěti vznikl nárok na výplatu důchodu. Pojistník se však může s pojišťovnou dohodnout na zániku pojištění ke dni, ke kterému by zaniklo pojištění s výplatou pojistné částky.

- 3) Pojištění invalidity dítěte s výplatou pojistné částky i pojištění invalidity dítěte s výplatou důchodu zanikají způsoby uvedenými v článku 12 Zánik pojištění.

Vážná onemocnění

Článek 88
Pojistná událost (Na co se pojištění vztahuje)

- 1) Pojištění vážných onemocnění můžete sjednat v následujících variantách lišících se rozsahem pojištěných vážných onemocnění a stavů:
  a) BASIC pro dospělé osoby / BASIC pro děti,
  b) STANDARD pro dospělé osoby / STANDARD pro děti,
  c) EXCLUSIVE pro dospělé osoby / EXCLUSIVE pro děti,
  d) PRO NI – pro ženy,
  e) PRO NĚJ – pro muže.

- 2) Pojistnou událostí je **potvrzení diagnózy** některého z vážných onemocnění nebo **podstoupení některé z operací**, případně vznik další události – **životní situace** (dále jen **„vážné onemocnění“**), k němuž došlo během trvání pojištění a které je uvedeno v článku 95 Seznam vážných onemocnění (dále jen **„Seznam“**), splňuje podmínky v něm uvedené a odpovídá sjednané variantě pojištění.

- 3) Další podmínkou pro to, aby vážné onemocnění bylo pojistnou událostí, je skutečnost, že v důsledku tohoto vážného onemocnění pojištěný nezemře do 30 dnů od potvrzení diagnózy nebo podstoupení operace; tato podmínka neplatí pro úmrtí rodičky při porodu.

- 4) Podle typu vážného onemocnění považujeme za **den vzniku** pojistné události den, kdy:
  a) byla u pojištěného poprvé potvrzena diagnóza vážného

onemocnění,
b) byl pojištěný zařazen na oficiální seznam čekatelů na transplantaci orgánu, do dialyzačního nebo dialyzačně-transplantačního programu,
c) byla pojištěnému provedena operace nebo transplantace orgánu,
d) se pojištěnému narodila vícerčata,
e) rodička zemřela při porodu,
f) příslušný orgán státní správy vydal rozhodnutí o snížené soběstačnosti pojištěného.

Článek 89
Čekací doba (Doba bez nároku na plnění)

- Základní čekací doba je 2 měsíce, v případě pojistné události související s narozením dítěte se prodlužuje na 8 měsíců. V případě pojistné události výlučně následkem úrazu čekací dobu neuplatňujeme.

Článek 90
Pojistné plnění (Co a jak vyplatíme)

- 1) Právo na pojistné plnění má pojištěný kromě případu úmrtí rodičky při porodu ve variantě pojištění PRO NI, kdy pojistné plnění náleží obmyšlenému.

- 2) Pojistné plnění z pojištění vážných onemocnění vyplatíme podle jedné z následujících možností:
  a) 30 % aktuální pojistné částky v případě potvrzení diagnózy rakoviny vykazující rané maligní změny, a pokud jste si sjednal variantu pojištění EXCLUSIVE, i v případě potvrzení diagnózy chronické lymfatické leukemie, která je jedním z druhů leukemie (toto pojistné plnění vyplatíme pro jednoho pojištěného pouze jedenkrát během trvání pojištění),
  b) 30 % aktuální pojistné částky v případě narození vícerčat, pokud jste si sjednal variantu pojištění PRO NI / PRO NĚ),
  c) 50 % aktuální pojistné částky v případě narození živého dítěte s vrozenou vadou, pokud jste si sjednal variantu pojištění PRO NI / PRO NĚ),
  d) 100 % aktuální pojistné částky v případě všech dalších vážných onemocnění uvedených v Seznamu, a to podle příslušné sjednané varianty pojištění.

Za některá vážná onemocnění Vám poskytneme pouze částečné pojistné plnění, nikoli celou sjednanou pojistnou částku.

- 3) V případě souběhu více vážných onemocnění poskytneme pojistné plnění pouze za jedno takové onemocnění, u kterého je stanoveno pojistné plnění nejvyšším procentem.

Článek 91
Povinnosti pojištěného (Co musíte splnit)

- 1) Pojistnou událost nám oznamte co možná nejdříve. K oznámení použijte formulář „Oznámení vážného onemocnění" (formulář je odlišný pro dospělou osobu a pro dítě), který je k dispozici na našich internetových stránkách. K formuláři přiložte v něm uvedené doklady a veškerou zdravotnickou dokumentaci související s pojistnou událostí. Pojistnou událost lze rovněž oznámit on-line na našich internetových stránkách.

- 2) Další povinnosti jsou uvedeny také v článcích 5 a 11 Povinnosti a práva účastníků pojištění.

Článek 92
Výluky z pojištění (Na co se pojištění nevztahuje)

- Pojistné plnění neposkytneme v případech uvedených v článku 10 Všeobecné výluky z pojištění, v případech uvedených pro jednotlivá vážná onemocnění ve sloupci **„Výluky z pojištění"** v Seznamu (viz článek 95) a dále také za následující onemocnění či zákroky a jakékoli jejich příčiny, komplikace nebo následky:
  a) nemoci, úrazy nebo jiné skutečnosti související se zdravotním stavem pojištěného, které vznikly či byly diagnostikovány před počátkem tohoto pojištění a pro které byl pojištěný před počátkem pojištění léčen či lékařsky sledován nebo jejichž příznaky se projevily před tímto dnem,
  b) opakovaný výskyt vážného onemocnění uvedeného v Seznamu, nastal-li jeho první výskyt před počátkem pojištění, resp. před účinností změn pojištění,
  c) vážné onemocnění uvedené v Seznamu, které vzniklo jako následek opakovaného nadměrného požívání alkoholu, zneužívání léků, aplikace návykových látek nebo přípravků tyto látky obsahující.

Článek 93
Změna rozsahu pojištění a jeho zánik (Kdy pojištění přestane platit)

- 1) Pojištění sjednané ve variantě BASIC, STANDARD nebo EXCLUSIVE pojistnou událostí nezaniká, pokud vyplatíme pojistné plnění za některé z vážných onemocnění uvedených v Seznamu pro tyto varianty, ale dnem vzniku pojistné události se na toto vážné onemocnění stejně jako z lékařského hlediska s ním související vážná onemocnění (viz sloupec Seznamu **„Související diagnózy"**) pojištění vážných onemocnění již nadále nevztahuje. Pojistná částka a výše pojistného za pojištění vážných onemocnění se tím nemění.

- 2) Pojištění sjednané v jakékoli variantě podle článku 88 odst. 1) pojistnou událostí nezaniká, pokud za vážné onemocnění vyplatíme pojistné plnění nižší než 100 % aktuální pojistné částky podle článku 90 odst. 2) písm. a) až c).

- 3) Pojištění sjednané ve variantě EXCLUSIVE pojistnou událostí zaniká, pokud vyplatíme pojistné plnění za sníženou soběstačnost.

- 4) Pojištění sjednané ve variantách PRO NI / PRO NĚJ pojistnou událostí zaniká, pokud vyplatíme pojistné plnění za některé z vážných onemocnění zahrnutých v této variantě.

- 5) Pojištění vážných onemocnění sjednané v jakékoli variantě podle článku 88 odst. 1) zaniká způsoby uvedenými v článku 12 Zánik pojištění.

Článek 94
Výklad pojmů (Další důležitá slovíčka)

- Pojmy uvedené v textu této části pojistných podmínek mají pro účely tohoto pojištění následující význam:
  a) **anamnéza typické bolesti v krajině srdeční** znamená tlakovou, svíravou bolest za hrudní kostí vystřelující do krku a levé horní končetiny,
  b) **angioplastika aorty** znamená rekonstrukci aorty,
  c) **benigní nádor** znamená nezhoubný novotvar,
  d) **biopsie** znamená odebrání příslušné tkáně k histologickému vyšetření,
  e) **čerstvá změna na EKG** znamená odchylky elektrokardiografické křivky od normálu až po projevy nemoci charakteristické pro infarkt myokardu (srdečního svalu); pro zdravou činnost srdce je křivka EKG pevně stanovena,
  f) **demyelinizace** znamená rozpad myelinových pochev,
  g) **dialyzační léčba** znamená léčbu s náhradou funkce ledvin,
  h) **dilatace koronární tepny** znamená rozšíření například zúženého úseku tepny,
  i) **dysplazie** znamená histologické změny tkáně, které mohou předcházet vzniku nádoru,
  j) **embolizace** znamená kousek krevní sraženiny, který ucpe tepnu jinde ve směru krevního proudu, než vznikl (například

z hlubokých žil dolní končetiny se uvolní a dostane se až do mozkové cévy, kde zapříčiní její ucpání a následnou mozkovou příhodu),

k) **histologie** znamená mikroskopicky provedené vyšetření vzorku tkáně,

l) **hypokineze** znamená nedostatek volních pohybů,

m) **chromozomální abnormalita** znamená odlišný počet chromozomů (vláknité struktury buněčného jádra),

n) **chronická lymfatická leukemie** znamená onemocnění krve, kdy pacient má po dlouhou dobu (i několik roků) stejné laboratorní výsledky, aniž by se jeho stav zhoršoval,

o) **imunitní mechanismy** znamenají obranné mechanismy organismu,

p) **infarkt mozkové tkáně** znamená odumření části mozkové tkáně,

q) **infarkt myokardu** znamená odumření tkáně srdečního svalu po zamezení přívodu krve z uzavřené tepny,

r) **invazivní melanom** znamená kožní nádor, který se rychle rozšiřuje do jiných tkání i do okolí,

s) **inzulín** znamená hormon, který snižuje hladinu cukru v krvi,

t) **ischemická choroba srdeční** znamená onemocnění, při kterém srdeční sval trpí nedokrevností,

u) **karcinom in situ** znamená ohraničený zhoubný nádor lokalizovaný v místě vzniku v tzv. bezpečné zóně, bez přesahu do dalších vrstev, který se dá z těla odstranit chirurgickou cestou,

v) **kožní karcinom** znamená zhoubný rakovinotvorný kožní útvar,

w) **krvácení z nitrolebních cév** znamená krvácení z cév mozku,

x) **Langerhansovy ostrůvky** znamenají částečky tkáně uvnitř slinivky břišní, které produkují několik hormonů, z nichž nejvýznamnější jsou inzulín a glukagon,

y) **leukemie, lymfom, Non Hodgkin lymfom, Hodgkinův lymfom** znamenají zhoubné druhy rakoviny krve a mízního systému,

z) **maligní nádor** znamená zhoubný novotvar, jehož růst je nekontrolovatelný,

aa) **mentální retardace** znamená psychickou zaostalost,

bb) **neurodegenerativní onemocnění** znamená onemocnění se stupňující se destrukcí (zničením) nervových buněk,

cc) **odpověď na dopaminergní terapii** znamená pozitivní reakci organismu na léčbu,

dd) **oxygenoterapie** znamená léčbu kyslíkem,

ee) **posturální instabilita** znamená nestabilitu těla ve vzpřímené poloze,

ff) **prekancerosa** znamená nález, který by mohl být rizikový pro vznik rakoviny (mohl by rakovině předcházet),

gg) **prchavá slepota** znamená dočasnou poruchu vidění způsobenou například úrazem nebo po provedení operace, která je po určité době zcela vyléčitelná,

hh) **prolaps** znamená výhřez,

ii) **příčná míšní léze, tj. plegie,** znamená vyšetřeními potvrzené trvalé poškození míchy, které má za následek doživotní ochrnutí končetin,

jj) **refrakternost** znamená neschopnost organismu reagovat na léčbu,

kk) **respirační insuficience** znamená dechovou nedostatečnost,

ll) **reverzibilní mozková ischemie** znamená poškození mozku spočívající v dočasné změně mozkové tkáně, která se časem upraví (například funkce ochrnuté končetiny se časem vrátí do zcela normálního stavu),

mm) **rigidita svalů** znamená svalovou ztuhlost,

nn) **stenóza** znamená zúžení,

oo) **tichý srdeční infarkt** znamená srdeční infarkt, při kterém pacient nemá žádné subjektivní potíže, které by ho nutily vyhledat odbornou lékařskou pomoc,

pp) **tranzitorní ischemická ataka (TIA)** znamená přechodnou mozkovou příhodu, kdy začátek onemocnění je zcela shodný s cévní mozkovou příhodou, ale po několika hodinách se stav pacienta upraví do normálu,

qq) **tremor** znamená třes, mimovolní rytmický pohyb různých částí těla,

rr) **trombolýza koronární tepny** znamená rozpuštění sraženiny krve, která ucpala tepnu, zavedením léku do žíly,

ss) **trombóza** znamená srážení krve v cévách, které může být příčinou vzniku krevní sraženiny (trombu) a ucpání cévy; v tepnách má za následek nedokrevnost (ischemii) dané oblasti, v žilách zhoršuje odtok krve a může být zdrojem vmetku (embolu),

tt) **trvalé neurologické poškození** znamená jakýkoli neurologický deficit (neurologické poškození), který je verifikován tzv. objektivním nálezem neurologa, nikoli subjektivním hodnocením pacienta,

uu) **zvýšená hladina srdečních enzymů** znamená laboratorní hodnoty (vyplavování enzymů do krve) typické pro poškození srdečního svalu.

Článek 95
Seznam vážných onemocnění

Seznam vážných onemocnění dětí

(varianta pojištění BASIC = B, STANDARD = S, EXCLUSIVE = E, ✓= je zahrnuto ve variantě)

Vážné onemocnění			Varianta pojištění			Popis	Dokumenty	Pojistné plnění v % z aktuální pojistné částky	Související diagnózy	Výluky z pojištění
Skupina	Poř. č.	Název	B	S	E					
Nádorová onemocnění	1.	**Hodgkinův lymfom**	✓	✓	✓	zhoubné onemocnění lymfatického systému; diagnóza musí splňovat parametry II. a vyššího klinického stadia onemocnění	potvrzení diagnózy a klinického stadia odborným lékařem v oboru hematologie	100	1., 2., 3., 5., 6., 16., 17., 18., 30.	- Hodgkinův lymfom I. klinického stadia
	2.	**Leukemie**	✓	✓	✓	zhoubné onemocnění krvetvorby	potvrzení diagnózy odborným lékařem v oboru hematologie	100	1., 2., 3., 5., 6., 16., 17., 18., 30.	- chronická lymfatická leukemie s výjimkou pojistného plnění z varianty pojištění EXCLUSIVE
	3.	**Lymfom**	✓	✓	✓	zhoubné onemocnění lymfatického systému (Non Hodgkin lymfom) II. a vyššího klinického stadia onemocnění	potvrzení diagnózy a klinického stadia odborným lékařem v oboru hematologie včetně histologického nálezu	100	1., 2., 3., 5., 6., 16., 17., 18., 30.	- Non Hodgkin lymfom I. klinického stadia
	4.	**Nitrolební nádory**	✓	✓	✓	benigní (nezhoubný) nádor mozku, mozkových blan a prodloužené míchy, který ohrožuje životní funkce útlakem okolní tkáně a který je nutno řešit chirurgickým zákrokem (otevřeným z kraniotomie, stereotaktickým, endonasálním apod.), a/nebo radioterapií a/nebo chemoterapií; v případě, že je nádor 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 provedené lékařem specialistou v oboru neurologie prokázat trvalé neurologické poškození MRI nebo CT (případně PET) vyšetřením	100	4., 24., 30.	
	5.	**Rakovina vykazující rané maligní změny (včetně Hodgkinova a Non Hodgkinova lymfomu I. klinického stadia a karcinomu in situ)**	✓	✓	✓	přítomnost histologicky potvrzeného lokalizovaného maligního (zhoubného) nádoru odpovídajícího klasifikaci T1N0M0, včetně Hodgkinova lymfomu, Non Hodgkinova lymfomu a maligního melanomu I. klinického stadia a histologicky potvrzeného karcinomu in situ	potvrzení diagnózy odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM nebo jiné klasifikace	30	5.	- kožní karcinomy s výjimkou zhoubných melanomů - tumory, které jsou histologicky popsány jako prekancerosa - dysplazie děložního čípku CIN I, CIN II a CIN III
	6.	**Rakovina**	✓	✓	✓	přítomnost histologicky potvrzeného maligního (zhoubného) nádoru odpovídajícího klasifikaci vyšší než T1N0M0, včetně maligního melanomu II. nebo vyššího klinického stadia	potvrzení diagnózy odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM nebo jiné klasifikace	100	1., 2., 3., 5., 6., 16., 17., 18., 30.	- kožní karcinomy s výjimkou zhoubných melanomů - tumory, které jsou histologicky popsány jako prekancerosa - dysplazie děložního čípku CIN I, CIN II a CIN III - karcinom in situ
Nemoci oběhové soustavy	7.	**Kardiochirurgická operace**	✓	✓	✓	na podkladě vrozené srdeční vady; toto onemocnění je považováno za vážné onemocnění, vyžaduje-li vrozená srdeční vada kardiochirurgickou intervenci. Podmínkou pro splnění kritéria vážného onemocnění je projevení se prvních příznaků srdeční vady, jejich diagnostika a provedení operace v době trvání pojištění.	potvrzení diagnózy a provedení operačního výkonu odborným lékařem v oboru kardiochirurgie včetně doložení operačního protokolu	100	7., 30.	- katetrizační vyšetření a ošetření srdce, např. radiofrekvenční ablace, rotablace, laserové techniky nebo jakékoliv jiné podobné procedury (tj. provedení zákroku bez otevření hrudníku)

Vážné onemocnění			Varianta pojištění			Popis	Dokumenty	Pojistné plnění v % z aktuální pojistné částky	Související diagnózy	Výluky z pojištění
Skupina	Poř. č.	Název	B	S	E					
Nemoci nervového systému	8.	**Encefalitida**		✓	✓	zánět mozku vedoucí k těžkým a trvalým poškozením centrální nervové soustavy	stanovení diagnózy objektivním nálezem odborného pracoviště neurologie a potvrzení existence trvalého neurologického poškození objektivním neurologickým nálezem i po uplynutí 3 měsíců od data stanovení diagnózy	100	8., 30.	
	9.	**Meningitida**		✓	✓	zánět mozkových blan vedoucí k těžkým a trvalým neurologickým poškozením	stanovení diagnózy objektivním nálezem odborného pracoviště neurologie a potvrzení existence trvalého neurologického poškození objektivním neurologickým nálezem i po uplynutí 3 měsíců od data stanovení diagnózy	100	9., 23., 24., 30.	
	10.	**Epilepsie typu Grand Mal**		✓	✓	výskyt alespoň tří (a více) 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	potvrzení diagnózy, trvalé medikace a výskytu těchto záchvatů objektivním nálezem kontrolního neurologického vyšetření, včetně nálezu EEG a MR, provedeného nejdříve 1 rok po stanovení diagnózy	100	10., 30.	
	11.	**Příčná míšní léze (ochrnutí)**		✓	✓	plegie charakterizovaná jako úplná a trvalá ztráta funkce (aktivního volního pohybu) dvou nebo více končetin po ochrnutí	potvrzení diagnózy lékařem specialistou v oboru neurologie i po uplynutí 3 měsíců po stanovení diagnózy	100	11., 30.	
	12.	**Lymská borelióza - pozdní stadium**			✓	onemocnění v pozdním diseminovaném stadiu s přítomností klinických příznaků, které je potvrzeno sérologickým vyšetřením krve a dle lokalizace postižení vyšetřením mozkomíšního moku nebo kloubního punktátu	stanovení diagnózy objektivním nálezem odborného pracoviště (neurologie, infekční oddělení) s potvrzenou přítomností klinických příznaků, sérologickým vyšetřením krve a dle lokalizace postižení vyšetřením mozkomíšního moku nebo kloubního punktátu	100	12., 30.	
	13.	**Fulminantní meningokokové onemocnění**			✓	náhle vzniklé onemocnění potvrzené odborným lékařským vyšetřením včetně bakteriologického vyšetření krve a mozkomíšního moku, vedoucí k těžkým a trvalým poškozením nervového systému	stanovení diagnózy objektivním nálezem odborného pracoviště neurologie a potvrzení existence trvalého neurologického poškození objektivním neurologickým nálezem i po uplynutí 3 měsíců od data stanovení diagnózy	100	13., 23., 24., 30.	
	14.	**Creutzfeldt - Jakobova nemoc**			✓	Vzácné přenosné onemocnění mozku, jehož jednou z variant je vznik nemoci po požití hovězího masa nakaženého BSE. Nemoc způsobuje ztrátu mozkových buněk, čímž vzniká trvalé poškození mozkové tkáně s rychlou ztrátou duševních schopností a koordinace volních pohybů. Diagnóza musí splňovat alespoň dva z těchto příznaků: motorické poruchy (myoklonie, ataxie), poruchy paměti, vnímání a bdělosti, zraku, změny osobnosti.	potvrzení neurologem s pomocí dalších vyšetřovacích metod (vyšetření mozkomíšního moku, MRI, EEG, u BSE biopsie krčních mandlí)	100	14., 30.	
	15.	**Poliomyelitida**			✓	Akutní infekce virem poliomyelitidy, která vede k porušení pohybových funkcí a/ nebo respirační nedostatečnosti, je-li potvrzeno odbornými nálezy, že toto onemocnění způsobilo trvalý a nezvratný neurologický defekt, kterým je trvalá a nezvratná paralýza končetin.	stanovení diagnózy odborným lékařem infektologem nebo neurologem na základě výsledků laboratorních vyšetření včetně výsledků lumbální punkce	100	15., 30.	- pokud pojištěný nebyl řádně očkován dle očkovacího kalendáře povinných očkování

Vážné onemocnění			Varianta pojištění			Popis	Dokumenty	Pojistné plnění v % z aktuální pojistné částky	Související diagnózy	Výluky z pojištění
Skupina	Poř. č.	Název	B	S	E					
Nemoci spojené se selháním orgánů	16.	**Totální selhání ledvin**		✓	✓	konečné stadium selhávání ledvin vyznačující se nezvratným selháním funkce obou ledvin a nutností pravidelné dlouhodobé dialýzy a případného zařazení do integrovaného dialyzačně-transplantačního programu	potvrzení diagnózy odborným pracovištěm nefrologie včetně potvrzení o zařazení do dialyzační léčby	100	16., 18., 30.	- selhání transplantovaných ledvin
	17.	**Selhání jater**		✓	✓	jaterní selhání v pokročilém stadiu (CHILD C) vyžadující transplantaci jater nebo štěpu, případně intenzivní eliminační léčbu (Prometheus, MARS, ...)	potvrzení diagnózy odborným lékařem hepatologem nebo internistou a potvrzení o zařazení do intenzivní eliminační léčby nebo na seznam čekatelů na transplantaci jater	100	17., 18., 30.	- selhání jater následkem abúzu alkoholu nebo jiných návykových látek - selhání transplantovaných jater
	18.	**Transplantace orgánů**		✓	✓	životně nezbytná transplantace důležitých tělesných orgánů, tj. transplantace srdce, plic, jater, slinivky břišní, ledviny nebo kostní dřeně, při které je pojištěný příjemcem, včetně zařazení pojištěného dítěte na oficiální seznam čekatelů na transplantaci	propouštěcí zpráva z hospitalizace pro transplantaci orgánu nebo potvrzení o zařazení pojištěného dítěte na oficiální seznam čekatelů na transplantaci	100	18., 30.	- transplantace Langerhansových ostrůvků slinivky břišní (pankreatu) - transplantace nebo zařazení na čekací listinu z důvodu selhání transplantovaných orgánů
	19.	**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 jakýkoli úsek trávicí trubice) s tvorbou píštěl, vředů 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 nálezu histologického vyšetření ze vzorku odoperované tkáně. Za vážné onemocnění podle těchto podmínek se nepovažuje konzervativní léčba, tj. jiná než operační léčba.	100	19., 30.	
	20.	**HIV nákaza - V DŮSLEDKU TRANSFÚZE KRVE**			✓	Nákaza virem lidské imunitní nedostatečnosti (Human Immunodeficiency Virus – HIV) nebo syndrom získaného selhání imunity (Acquired Immune Deficiency Syndrom – AIDS). Infekce musí být prokazatelně do organismu pojištěného přenesena krevní transfúzí provedenou na území států Evropského hospodářského prostoru, Švýcarska, USA, Kanady, Japonska, Austrálie nebo Nového Zélandu po uzavření pojistné smlouvy. Instituce provádějící transfúzi musí být oficiálně zaregistrována a uznána příslušnými zdravotnickými úřady a musí být autorizovanou institucí pro provádění krevních transfúzí. K proměně krevního séra muselo dojít během 6 měsíců od transfúze.	Nahlášení příslušným orgánům činným v dané věci a řádné vyšetření v souladu s uznávanými metodami. Pojišťovně je předloženo buď písemné uznání odpovědnosti instituce, která provedla transfúzi, nebo soudní rozhodnutí s doložkou právní moci, které takovou odpovědnost potvrzuje. Vznik diagnózy v důsledku podání transfúze infikovanou krví musí být potvrzena odborným lékařem v oboru infektologie. Pojištěný je povinen předložit pojišťovně všechny výsledky krevních testů a podstoupit na žádost pojišťovny vyšetření, které provede zdravotnické zařízení pověřené pojišťovnou. Pojišťovna musí mít volný přístup ke všem vzorkům krve pojištěného a je oprávněna nechat provést nezávislé testy těchto vzorků.	100	1. až 31.	- onemocnění za přítomnosti hemofilie - jakékoli infekce jiného druhu - ostatní zdroje nákazy HIV (nitrožilní užívání drog či přenos pohlavním stykem a podobně)
	21.	**HIV nákaza - při fyzickém napadení pojištěného nebo při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě**			✓	Nákaza virem lidské imunitní nedostatečnosti (Human Immunodeficiency Virus – HIV) nebo syndrom získaného selhání imunity (Acquired Immune Deficiency Syndrom – AIDS). K nákaze musí prokazatelně dojít při fyzickém napadení pojištěného nebo při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě.	Fyzické napadení nebo dopravní nehoda musí být nahlášeny příslušným orgánům činným v dané věci, událost řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování pojišťovně doložen formou zprávy. Událost dále musí být doložena negativním výsledkem testu na HIV protilátky provedeného do 7 dnů po incidentu. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem v oboru infektologie a doložena dalším testem provedeným do 6 měsíců od incidentu, který prokazuje přítomnost viru nebo jeho protilátek. Pojišťovna musí mít volný přístup ke všem vzorkům krve pojištěného a je oprávněna nechat provést nezávislé testy těchto vzorků.	100	1. až 31.	- onemocnění za přítomnosti hemofilie - jakékoli infekce jiného druhu - ostatní zdroje nákazy HIV (nitrožilní užívání drog či přenos pohlavním stykem a podobně)

Vážné onemocnění			Varianta pojištění			Popis	Dokumenty	Pojistné plnění v % z aktuální pojistné částky	Související diagnózy	Výluky z pojištění
Skupina	Poř. č.	Název	B	S	E					
Nemoci spojené se selháním orgánů	22.	**Idiopatická plicní fibróza**			✓	zmnožení vazivové tkáně v oblasti plic bez zjevné příčiny v těžké formě s přítomnou plicní hypertenzí a respirační insuficiencí, pokud vyžaduje dlouhodobou domácí oxygenoterapii	potvrzení diagnózy odborným plicním lékařem včetně histologického nálezu z provedené biopsie tkáně	100	18., 22., 30.	
Ostatní	23.	**Klinicky potvrzená hluchota**		✓	✓	úplná, trvalá a nenávratná ztráta sluchu obou uší, pokud ji nelze změnit lékařským zákrokem	klinické potvrzení diagnózy audiometrickým vyšetřením, tympanometrií a vyšetřením akustického reflexu odborným pracovištěm ORL	100	23.	
	24.	**Klinicky potvrzená slepota**		✓	✓	úplná, trvalá a nenávratná ztráta zraku obou očí, kdy takový stav nelze změnit lékařským zákrokem, pokud je zraková ostrost podle tabulky Světové zdravotnické organizace 3/60 nebo méně na každé oko nebo omezení zorného pole (pod 10 stupňů)	potvrzení ztráty zraku lékařem specialistou v oboru očního lékařství	100	24.	- prchavá slepota
	25.	**Diabetes mellitus I. typu**		✓	✓	onemocnění cukrovkou, při němž je pojištěný plně závislý na pravidelné aplikaci inzulínu	potvrzení diagnózy laboratorními testy a vyšetřením na odborném pracovišti diabetologie, respektive dětské endokrinologie	100	16., 18., 24., 25., 29., 30.	
	26.	**Juvenilní idiopatická artritida**			✓	autoimunitní chronické zánětlivé onemocnění pohybového aparátu, pokud chybí odpověď organismu na dostupnou léčbu nebo je-li prokázáno funkční omezení jednoho či více kloubů nebo páteře	potvrzení diagnózy, refrakternosti a funkčního omezení kloubů či páteře nálezem odborného pracoviště dětské revmatologie i po uplynutí 6 měsíců po stanovení diagnózy	100	26., 30.	
	27.	**Celiakie**			✓	autoimunitní onemocnění, při kterém je primárně postiženým orgánem tenké střevo a pojištěný je trvale odkázán na dodržování bezlepkové diety	potvrzení diagnózy včetně histologického nálezu z bioptického vyšetření postiženého orgánu a nutnosti dietního režimu objektivním nálezem odborného interního pracoviště gastroenterologie	100	27.	
	28.	**Těžké popáleniny**			✓	popáleniny II. B nebo III. stupně (hluboké popáleniny) s rozsahem nejméně 20 % povrchu těla, které vznikly termickým, chemickým nebo elektrickým působením na kůži, u nichž se jako kritérium měření rozsahu uplatňuje tzv. "pravidlo devíti" podle Walace nebo mapa povrchu těla podle Lunda-Browdera	stanovení diagnózy lékařem odborného pracoviště pro léčení popálenin a její doložení lékařskou zprávou z prvního ošetření, která popisuje lokalizaci, stupeň a rozsah popálenin	100	28., 30.	
	29.	**Amputace končetiny**			✓	vysoká amputace končetiny v ramenním nebo kyčelním kloubu zapříčiněná úrazem, cévní poruchou, zhoubnými nádory na končetinách, sepsí infekčního původu	lékařské zprávy s uvedením data stanovení diagnózy, pro kterou byla nutná amputace končetiny, propouštěcí zpráva z hospitalizace pro amputaci končetiny	100	29., 30.	
	30.	**Snížená soběstačnost** (nemusí být podmíněna konkrétní diagnózou)			✓	takový dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá déle než 1 rok a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládání základních životních potřeb; za dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav se považuje tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované zdravotní postižení, jehož dopady činí pojištěného závislým na pomoci jiné osoby	prokázání snížené soběstačnosti odborným vyšetřením včetně všech relevantních (laboratorních, klinických a jiných) nálezů a doložení příslušných rozhodnutí posudkového orgánu státní správy o II., III. nebo IV. stupni závislosti podle zákona o sociálních službách a odborných lékařských zpráv, na základě kterých bylo toto rozhodnutí vydáno	100	1. až 31.	
	31.	**Poškození centrálního nervového systému následkem vakcinace**			✓	reakce na vakcinaci vedoucí k těžkému a trvalému neurologickému poškození	stanovení diagnózy objektivním nálezem odborného pracoviště neurologie a potvrzení existence trvalého neurologického poškození po aplikaci vakcinace a objektivním neurologickým nálezem po uplynutí 3 měsíců od data stanovení diagnózy	100	30., 31.	

Seznam vážných onemocnění dospělých osob

(varianta pojištění BASIC = B, STANDARD = S, EXCLUSIVE = E, ✓= je zahrnuto ve variantě)

Vážné onemocnění			Varianta pojištění			Popis	Dokumenty	Pojistné plnění v % z aktuální pojistné částky	Související diagnózy	Výluky z pojištění
Skupina	Poř. č.	Název	B	S	E					
Nádorová onemocnění	1.	**Hodgkinův lymfom**	✓	✓	✓	zhoubné onemocnění lymfatického systému; diagnóza musí splňovat parametry II. a vyššího klinického stadia onemocnění	potvrzení diagnózy a klinického stadia odborným lékařem v oboru hematologie	100	1., 2., 3., 5., 6., 28., 29., 40.	- Hodgkinův lymfom I. klinického stadia
	2.	**Leukemie**	✓	✓	✓	zhoubné onemocnění krvetvorby	potvrzení diagnózy odborným lékařem v oboru hematologie	100	1., 2., 3., 5., 6., 28., 29., 40.	- chronická lymfatická leukemie s výjimkou pojistného plnění z varianty pojištění EXCLUSIVE
	3.	**Lymfom**	✓	✓	✓	zhoubné onemocnění lymfatického systému (Non Hodgkin lymfom) II. a vyššího klinického stadia onemocnění	potvrzení diagnózy a klinického stadia odborným lékařem v oboru hematologie včetně histologického nálezu	100	1., 2., 3., 5., 6., 28., 29., 40.	- Non Hodgkin lymfom I. klinického stadia
	4.	**Nitrolební nádory**	✓	✓	✓	benigní (nezhoubný) nádor mozku, mozkových blan a prodloužené míchy, který ohrožuje životní funkce útlakem okolní tkáně a který je nutno řešit chirurgickým zákrokem (otevřeným z kraniotomie, stereotaktickým, endonasálním apod.), a/nebo radioterapií a/nebo chemoterapií; v případě, že je nádor 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 provedené lékařem specialistou v oboru neurologie prokázat trvalé neurologické poškození MRI nebo CT (případně PET) vyšetřením	100	4., 38., 40.	
	5.	**Rakovina vykazující rané maligní změny (včetně Hodgkinova a Non Hodgkinova lymfomu I. klinického stadia a karcinomu in situ)**	✓	✓	✓	přítomnost histologicky potvrzeného lokalizovaného maligního (zhoubného) nádoru odpovídajícího klasifikaci T1N0M0, včetně Hodgkinova lymfomu, Non Hodgkinova lymfomu a maligního melanomu I. klinického stadia a histologicky potvrzeného karcinomu in situ	potvrzení diagnózy odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM nebo jiné klasifikace	30	5.	- kožní karcinomy s výjimkou zhoubných melanomů - tumory, které jsou histologicky popsány jako prekancerosa - dysplazie děložního čípku CIN I, CIN II a CIN III
	6.	**Rakovina**	✓	✓	✓	přítomnost histologicky potvrzeného maligního (zhoubného) nádoru odpovídajícího klasifikaci vyšší než T1N0M0, včetně maligního melanomu II. nebo vyššího klinického stadia	potvrzení diagnózy odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM nebo jiné klasifikace	100	1., 2., 3., 5., 6., 28., 29., 40.	- kožní karcinomy s výjimkou zhoubných melanomů - tumory, které jsou histologicky popsány jako prekancerosa - dysplazie děložního čípku CIN I, CIN II a CIN III - karcinom in situ

Vážné onemocnění			Varianta pojištění			Popis	Dokumenty	Pojistné plnění v % z aktuální pojistné částky	Související diagnózy	Výluky z pojištění
Skupina	Poř. č.	Název	B	S	E					
Nemoci oběhové soustavy	7.	**Infarkt myokardu**	✓	✓	✓	nezvratné poškození části srdeční svaloviny, které je způsobeno nedostatečným krevním zásobením dané oblasti	potvrzení diagnózy kardiologem v propouštěcí zprávě z hospitalizace při vzniku onemocnění (obtíží), EKG s popisem typických změn, příp. popis dalších použitých zobrazovacích metod (ECHO, koronarografie), zpráva z biochemického vyšetření prokazující zvýšení srdečních enzymů	100	7. až 13., 39.	- angina pectoris - tichý srdeční infarkt
	8.	**Akutní koronární syndrom**		✓	✓	náhlé bolesti na hrudi, které vyžadují koronarografické vyšetření srdečních tepen, pokud je nalezena natolik významná stenóza koronárních artérií, že vyžaduje zavedení stentu nebo operaci s provedením aortokoronárního bypassu	propouštěcí zpráva z hospitalizace při vzniku onemocnění (obtíží), výsledek koronarografického vyšetření srdečních tepen, operační protokol	100	7. až 13., 40.	
	9.	**Náhrada srdeční chlopně**		✓	✓	náhrada jedné nebo více srdečních chlopní umělou chlopní z důvodu stenózy nebo nedomykavosti operační cestou; kardiochirurgický operační výkon zahrnuje náhradu aortální, mitrální, plicní nebo trikuspidální chlopně	potvrzení diagnózy a provedení operačního výkonu odborným lékařem v oboru kardiochirurgie včetně doložení operačního protokolu	100	7. až 13., 40.	- výměny chlopňových protéz - valvulotomie, valvuloplastiky a jiné operativní korekce chlopně, při nichž nedojde k její náhradě - náhrady chlopně z důvodu infekční endokarditidy vzniklé z důvodu nitrožilního podávání drog
	10.	**Operace věnčitých (koronárních) tepen**		✓	✓	operační kardiochirurgický výkon provedený z důvodu ischemické choroby srdeční, při němž je pojištěnému voperován tzv. koronární bypass (CABG, ACVB) s použitím transplantátu při otevřeném hrudníku pro funkčně významné postižení věnčitých tepen	potvrzení diagnózy a provedení operačního výkonu odborným lékařem v oboru kardiochirurgie včetně doložení operačního protokolu	100	7. až 13., 40.	- angioplastika koronárních tepen (PTCA) - rotablace, laserové techniky nebo jakékoli jiné podobné procedury (tj. provedení zákroku bez otevření hrudníku)
	11.	**Primární kardiomyopatie**			✓	postižení srdečního svalu provázené poruchou jeho funkce bez průkazu jiné příčiny (onemocnění vzniká jako samostatná choroba), pokud odborným lékařem kardiologem klinicky potvrzená diagnóza, včetně nálezu vyšetření echokardiografie a MR srdečního svalu, tohoto onemocnění splňuje alespoň jedno z následujících kritérií: i) dilatace (rozšíření) a systolická dysfunkce levé nebo obou komor (dilatační kardiomyopatie), ii) neadekvátní hypertrofie myokardu (zbytnění, zvláště přepážky) s diastolickou dysfunkcí (hypertrofická kardiomyopatie), iii) těžká diastolická dysfunkce, především na podkladě amyloidosy (restrikční kardiomyopatie), iv) arytmogenní dysplasie pravé komory (nahrazování svaloviny pravé komory tukem a vazivem)	výsledek klinického vyšetření odborným lékařem kardiologem vč. nálezu vyšetření echokardiografie a MR srdečního svalu.	100	7. až 13., 40.	- kardiomyopatie vznikající sekundárně následkem jiného onemocnění, jako je hypertenze, srdeční arytmie, chlopenní vady - kardiomyopatie při svalové dystrofii, v těhotenství, způsobené toxickými vlivy (např. léky) - alkoholické kardiomyopatie
	12.	**Operace aorty**			✓	operační kardiochirurgický výkon na aortě provedený z důvodu chronického onemocnění aorty, vedoucího k jejímu roztržení nebo vzniku výdutě nebo na základě jejího vrozeného zúžení, kdy je nutno nahradit postiženou aortu umělou cévní náhradou	potvrzení diagnózy a provedení operačního výkonu odborným lékařem v oboru kardiochirurgie včetně doložení operačního protokolu	100	7. až 13., 40.	- operace na větvích aorty nebo bypassy vystupující z aorty a vedoucí krev do periferního řečiště - angioplastiky na aortě

Vážné onemocnění			Varianta pojištění			Popis	Dokumenty	Pojistné plnění v % z aktuální pojistné částky	Související diagnózy	Výluky z pojištění
Skupina	Poř. č.	Název	B	S	E					
Nemoci nervového systému	13.	**Cévní mozková příhoda**	✓	✓	✓	infarkt mozkové tkáně nebo krvácení z nitrolebních cév, jejichž následkem je trvalý patologický neurologický nález	prokázání existence trvalého neurologického poškození objektivním nálezem lékaře specialisty v oboru neurologie i po uplynutí 3 měsíců od data vzniku tohoto onemocnění	100	7. až 13., 38., 40.	- krvácení do mozku vzniklé následkem úrazu - reverzibilní mozková ischemie - tranzitorní ischemické ataky - druhotné krvácení do již existující mozkové léze
	14.	**Demence včetně Alzheimerovy choroby**		✓	✓	Chronické progresivní onemocnění nervové soustavy na základě degenerativního zániku neuronů s tvorbou charakteristických histopatologických změn. Alzheimerovou demencí se rozumí získaná porucha paměti a dalších kognitivních schopností, která je natolik závažná, že je na překážku běžným činnostem postiženého jedince. Toto pojištění se na toto onemocnění dále vztahuje pouze za podmínky, že zdravotní stav pojištěného vyžaduje trvalou pomoc a dohled druhé osoby při běžných denních osobních úkonech a že ke vzniku tohoto stavu došlo nejpozději v roce, kdy je pojištěnému 60 let.	diagnóza musí splňovat kritéria tzv. pravděpodobné Alzheimerovy nemoci (klinicky definována vzhledem k aktuálním poznatkům lékařské vědy), pokud je toto onemocnění současně potvrzeno klinickým vyšetřením psychologa, psychiatra i neurologa, a musí být vyloučena jiná onemocnění napodobující demenci (například depresivní pseudodemence) a dále doložena nálezem MMSE skóre či jiné neuropsychologické škály a nálezem CT nebo MR vyšetření	100	14., 40.	- ostatní onemocnění napodobující demenci (např. depresivní pseudodemence)
	15.	**Amyotrofická laterální skleróza**		✓	✓	degenerativní onemocnění centrálního i periferního motorického neuronu, projevující se rychlou progresí; s přítomností svalových obrn a atrofií svalových skupin končetin, trupu a polykacího svalstva	potvrzení diagnózy klinickým neurologickým vyšetřením včetně uvedení nálezu EMG vyšetření a nálezu MR mozku a krční míchy, eventuálně vyšetřením mozkomíšního moku	100	15., 40.	
	16.	**Encefalitida**		✓	✓	zánět mozku vedoucí k těžkým a trvalým poškozením centrální nervové soustavy	stanovení diagnózy objektivním nálezem odborného pracoviště neurologie a potvrzení existence trvalého neurologického poškození objektivním neurologickým nálezem i po uplynutí 3 měsíců od data stanovení diagnózy	100	16., 40.	
	17.	**Meningitida**		✓	✓	zánět mozkových blan vedoucí k těžkým a trvalým neurologickým poškozením	stanovení diagnózy objektivním nálezem odborného pracoviště neurologie a potvrzení existence trvalého neurologického poškození objektivním neurologickým nálezem i po uplynutí 3 měsíců od data stanovení diagnózy	100	17., 37., 38., 40.	
	18.	**Parkinsonova choroba**		✓	✓	Progredující neurologické onemocnění způsobené úbytkem buněk produkujících přenašeč dopamin. Charakteristickými příznaky tohoto onemocnění jsou rigidita svalů, poruchy držení těla, svalový třes, zpomalení volních pohybů. Toto pojištění se na toto onemocnění vztahuje za podmínky, že ke vzniku tohoto onemocnění došlo nejpozději v roce, kdy je pojištěnému 60 let.	potvrzení diagnózy klinickým neurologickým vyšetřením včetně uvedení nálezu CT nebo MR a pomocí L-dopa testu, přičemž klinický stupeň závažnosti tohoto onemocnění splňuje podmínky třetího nebo vyššího stupně postižení dle stupnice Hoehn a Yahr, u pojištěného se denně (za předpokladu, že by byla vysazena terapie) vyskytuje hypokineze, rigidita svalů, klidový tremor nebo posturální instabilita a současně odpověď na dopaminergní terapii (L-dopa nebo jiné dopaminové agonisty)	100	18., 40.	- parkinsonský syndrom (sekundární parkinsonské příznaky)

Vážné onemocnění			Varianta pojištění			Popis	Dokumenty	Pojistné plnění v % z aktuální pojistné částky	Související diagnózy	Výluky z pojištění
Skupina	Poř. č.	Název	B	S	E					
Nemoci nervového systému	19.	**Příčná míšní léze (ochrnutí)**		✓	✓	plegie charakterizovaná jako úplná a trvalá ztráta funkce (aktivního volního pohybu) dvou nebo více končetin po ochrnutí	potvrzení diagnózy lékařem specialistou v oboru neurologie i po uplynutí 3 měsíců od data stanovení diagnózy	100	19., 40.	
	20.	**Ruptura aneuryzmatu mozkové tepny**		✓	✓	protržení výdutě mozkové tepny s následkem nitrolebního krvácení	prokázání existence trvalého neurologického poškození objektivním nálezem lékaře specialisty v oboru neurologie i po uplynutí 3 měsíců od data stanovení diagnózy	100	13., 20., 40.	- reverzibilní mozková ischemie - tranzitorní ischemické ataky - druhotné krvácení do již existující mozkové léze
	21.	**Lymská borelióza - pozdní stadium**			✓	onemocnění v pozdním diseminovaném stadiu s přítomností klinických příznaků, které je potvrzeno sérologickým vyšetřením krve a dle lokalizace postižení vyšetřením mozkomíšního moku nebo kloubního punktátu	stanovení diagnózy objektivním nálezem odborného pracoviště (neurologie, infekční oddělení) s potvrzenou přítomností klinických příznaků, sérologickým vyšetřením krve a dle lokalizace postižení vyšetřením mozkomíšního moku nebo kloubního punktátu	100	11., 21., 40.	
	22.	**Fulminantní meningokokové onemocnění**			✓	náhle vzniklé onemocnění potvrzené odborným lékařským vyšetřením včetně bakteriologického vyšetření krve a mozkomíšního moku, vedoucí k těžkým a trvalým poškozením nervového systému	stanovení diagnózy objektivním nálezem odborného pracoviště neurologie a potvrzení existence trvalého neurologického poškození objektivním neurologickým nálezem i po uplynutí 3 měsíců od data stanovení diagnózy	100	22., 37., 38., 40.	
	23.	**Huntingtonova nemoc**			✓	dědičné nevyléčitelné onemocnění mozku, projevující se poruchami hybnosti (tzv. chorea, tj. náhodné, rychlé a nepředvídatelné pohyby různých částí těla) a následnou demencí	prokázání diagnózy klinickým nálezem odborného lékaře v oboru neurologie vč. nálezu genetického vyšetření	100	23., 40.	
	24.	**Poliomyelitida**			✓	akutní infekce virem poliomyelitidy, která vede k porušení pohybových funkcí a/nebo respirační nedostatečnosti, je-li potvrzeno odbornými nálezy, že toto onemocnění způsobilo trvalý a nezvratný neurologický defekt, kterým je trvalá a nezvratná paralýza končetin	stanovení diagnózy odborným lékařem infektologem nebo neurologem na základě výsledků laboratorních vyšetření včetně výsledků lumbální punkce	100	24., 40.	- pokud pojištěný nebyl řádně očkován dle očkovacího kalendáře povinných očkování
	25.	**Creutzfeldt - Jakobova nemoc**			✓	Vzácné přenosné onemocnění mozku, jehož jednou z variant je vznik nemoci po požití hovězího masa nakaženého BSE. Nemoc způsobuje ztrátu mozkových buněk, čímž vzniká trvalé poškození mozkové tkáně s rychlou ztrátou duševních schopností a koordinace volních pohybů. Diagnóza musí splňovat alespoň dva z těchto příznaků: motorické poruchy (myoklonie, ataxie), poruchy paměti, vnímání a bdělosti, zraku, změny osobnosti.	potvrzení neurologem s pomocí dalších vyšetřovacích metod (vyšetření mozkomíšního moku, MRI, EEG, u BSE biopsie krčních mandlí)	100	25., 40.	
	26.	**Roztroušená skleróza**			✓	autoimunitní víceložiskové chronické zánětlivé onemocnění centrálního nervového systému, které vede jak k demyelinizaci nervových vláken, tak k jejich přímé ztrátě	prokázání existence trvalého neurologického postižení objektivním nálezem lékaře specialisty v oboru neurologie (při splnění tzv. MacDonaldových diagnostických kritérií včetně uvedení MR nálezu) i po uplynutí 3 měsíců od data vzniku prvních příznaků tohoto onemocnění	100	26., 40.	

Vážné onemocnění			Varianta pojištění			Popis	Dokumenty	Pojistné plnění v % z aktuální pojistné částky	Související diagnózy	Výluky z pojištění
Skupina	Poř. č.	Název	B	S	E					
Nemoci spojené se selháním orgánů	27.	**Chronická glomerulonefritida**		✓	✓	dlouhodobé zánětlivé onemocnění ledvinných klubíček vznikající v důsledku aktivace imunitních mechanismů, které má za následek chronické selhání ledvin s nutností trvalé dialyzační léčby	potvrzení diagnózy odborným pracovištěm nefrologie včetně histologického nálezu na základě provedené biopsie ledvin a potvrzení o zařazení do dialyzační léčby	100	27., 28., 29., 40.	
	28.	**Totální selhání ledvin**		✓	✓	konečné stadium selhávání ledvin vyznačující se nezvratným selháním funkce obou ledvin a nutností pravidelné dlouhodobé dialýzy a případného zařazení do integrovaného dialyzačně-transplantačního programu	potvrzení diagnózy odborným pracovištěm nefrologie včetně potvrzení o zařazení do dialyzační léčby	100	28., 29., 40.	- selhání transplantovaných ledvin
	29.	**Transplantace orgánů**		✓	✓	životně nezbytná transplantace důležitých tělesných orgánů, tj. transplantace srdce, plic, jater, slinivky břišní, ledviny nebo kostní dřeně, při které je pojištěný příjemcem, včetně zařazení pojištěného na oficiální seznam čekatelů na transplantaci	propouštěcí zpráva z hospitalizace pro transplantaci orgánu nebo potvrzení o zařazení pojištěného na oficiální seznam čekatelů na transplantaci	100	29., 40.	- transplantace Langerhansových ostrůvků slinivky břišní (pankreatu) - transplantace nebo zařazení na čekací listinu z důvodu selhání transplantovaných orgánů
	30.	**Systémový lupus erythematodes**		✓	✓	multiorgánové autoimunitní onemocnění (difuzní onemocnění pojivové tkáně), které je charakterizováno tvorbou autoprotilátek proti různým strukturám buněčného jádra, projevující se specifickým orgánovým postižením kůže, kloubů, plic, srdce, ledvin, mozku, krvetvorby, cév	potvrzení odborným lékařem revmatologem na podkladě důkazů čtyř nebo více klasifikačních kritérií ACR (American College of Reumatology)	100	7. až 13., 28., 29., 30., 40.	
	31.	**Difuzní forma Systémové sklerodermie**			✓	Sklerodermie je systémové autoimunitní onemocnění pojivové tkáně (kolagenóza), také označovaná jako progresivní systémová skleróza, které má chronický postupně zhoršující se charakter. Difuzní, tj. celkově se šířící, forma systémové sklerodermie spočívá v rozsáhlém postižení kůže, pohybového systému a vnitřních orgánů (srdce, plic nebo ledvin).	Prokázání diagnózy Difuzní formy Systémové sklerodermie klinickým nálezem odborného lékaře v oboru revmatologie vč. zařazení dle klasifikačních kritérií ACR/EULAR nebo jiných. Postižení srdce, plic nebo ledvin musí být potvrzeno v biopsii a sérologických testech.	100	7. až 13., 28., 29., 31., 40.	- ohraničená, tzv. kožní lokalizovaná forma sklerodermie bez difuzního šíření a orgánového postižení
	32.	**HIV nákaza - PODMÍNĚNÁ POVOLÁNÍM**			✓	Nákaza virem lidské imunitní nedostatečnosti (Human Immunodeficiency Virus – HIV) nebo syndrom získaného selhání imunity (Acquired Immune Deficiency Syndrom – AIDS). K nákaze musí dojít během běžné pracovní činnosti v zaměstnání lékaře nebo zubního lékaře, zdravotní sestry, středního zdravotnického pracovníka, hasiče nebo policisty, případně jako důsledek fyzického napadení při výkonu jejich povolání.	Nahlášení příslušným orgánům činným v dané věci a řádné vyšetření v souladu s uznávanými metodami. Událost dále musí být doložena negativním výsledkem testu na HIV protilátky provedeného do 7 dnů po incidentu. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem v oboru infektologie a doložena dalším testem provedeným do 6 měsíců od incidentu, který prokazuje přítomnost viru nebo jeho protilátek. Pojišťovna musí mít volný přístup ke všem vzorkům krve pojištěného a je oprávněna nechat provést nezávislé testy těchto vzorků.	100	1. až 44.	- onemocnění za přítomnosti hemofilie - jakékoli infekce jiného druhu - ostatní zdroje nákazy HIV (nitrožilní užívání drog či přenos pohlavním stykem a podobně)

Vážné onemocnění			Varianta pojištění			Popis	Dokumenty	Pojistné plnění v % z aktuální pojistné částky	Související diagnózy	Výluky z pojištění
Skupina	Poř. č.	Název	B	S	E					
Nemoci spojené se selháním orgánů	33.	**HIV nákaza - V DŮSLEDKU TRANSFÚZE KRVE**			✓	Nákaza virem lidské imunitní nedostatečnosti (Human Immunodeficiency Virus – HIV) nebo syndrom získaného selhání imunity (Acquired Immune Deficiency Syndrom – AIDS). Infekce musí být prokazatelně do organismu pojištěného přenesena krevní transfúzí provedenou na území států Evropského hospodářského prostoru, Švýcarska, USA, Kanady, Japonska, Austrálie nebo Nového Zélandu po uzavření pojistné smlouvy. Instituce provádějící transfúzi musí být oficiálně zaregistrována a uznána příslušnými zdravotnickými úřady a musí být autorizovanou institucí pro provádění krevních transfúzí. K proměně krevního séra muselo dojít během 6 měsíců od transfúze.	Nahlášení příslušným orgánům činným v dané věci a řádné vyšetření v souladu s uznávanými metodami. Pojišťovně je předloženo buď písemné uznání odpovědnosti instituce, která provedla transfúzi, nebo soudní rozhodnutí s doložkou právní moci, které takovou odpovědnost potvrzuje. Vznik diagnózy v důsledku podání transfúze infikovanou krví musí být potvrzen odborným lékařem v oboru infektologie. Pojištěný je povinen předložit pojišťovně všechny výsledky krevních testů a podstoupit na žádost pojišťovny vyšetření, které provede zdravotnické zařízení pověřené pojišťovnou. Pojišťovna musí mít volný přístup ke všem vzorkům krve pojištěného a je oprávněna nechat provést nezávislé testy těchto vzorků.	100	1. až 44.	- onemocnění za přítomnosti hemofilie - jakékoli infekce jiného druhu - ostatní zdroje nákazy HIV (nitrožilní užívání drog či přenos pohlavním stykem a podobně)
	34.	**HIV nákaza - při fyzickém napadení pojištěného nebo při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě**			✓	Nákaza virem lidské imunitní nedostatečnosti (Human Immunodeficiency Virus – HIV) nebo syndrom získaného selhání imunity (Acquired Immune Deficiency Syndrom – AIDS). K nákaze musí prokazatelně dojít při fyzickém napadení pojištěného nebo při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě.	Fyzické napadení nebo dopravní nehoda musí být nahlášeny příslušným orgánům činným v dané věci, událost řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování pojišťovně doložen formou zprávy. Událost dále musí být doložena negativním výsledkem testu na HIV protilátky provedeného do 7 dnů po incidentu. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem v oboru infektologie a doložena dalším testem provedeným do 6 měsíců od incidentu, který prokazuje přítomnost viru nebo jeho protilátek. Pojišťovna musí mít volný přístup ke všem vzorkům krve pojištěného a je oprávněna nechat provést nezávislé testy těchto vzorků.	100	1. až 44.	- onemocnění za přítomnosti hemofilie - jakékoli infekce jiného druhu - ostatní zdroje nákazy HIV (nitrožilní užívání drog či přenos pohlavním stykem a podobně)
	35.	**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 jakýkoli úsek trávicí trubice) s tvorbou píštěl, vředů 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 nálezu histologického vyšetření ze vzorku odoperované tkáně. Za vážné onemocnění podle těchto podmínek se nepovažuje konzervativní léčba, tj. jiná než operační léčba.	100	5., 6., 35., 40.	
	36.	**Idiopatická plicní fibróza**			✓	zmnožení vazivové tkáně v oblasti plic bez zjevné příčiny v těžké formě s přítomnou plicní hypertenzí a respirační insuficiencí, pokud vyžaduje dlouhodobou domácí oxygenoterapii	potvrzení diagnózy odborným plicním lékařem včetně histologického nálezu z provedené biopsie tkáně	100	29., 36., 40.	

Vážné onemocnění			Varianta pojištění			Popis	Dokumenty	Pojistné plnění v % z aktuální pojistné částky	Související diagnózy	Výluky z pojištění
Skupina	Poř. č.	Název	B	S	E					
Ostatní	37.	**Klinicky potvrzená hluchota**		✓	✓	úplná, trvalá a nenávratná ztráta sluchu obou uší, pokud ji nelze změnit lékařským zákrokem	klinické potvrzení diagnózy audiometrickým vyšetřením, tympanometrií a vyšetřením akustického reflexu odborným pracovištěm ORL	100	37.	
	38.	**Klinicky potvrzená slepota**		✓	✓	úplná, trvalá a nenávratná ztráta zraku obou očí, kdy takový stav nelze změnit lékařským zákrokem, pokud je zraková ostrost podle tabulky Světové zdravotnické organizace 3/60 nebo méně na každé oko nebo omezení zorného pole (pod 10 stupňů)	potvrzení ztráty zraku lékařem specialistou v oboru očního lékařství	100	38.	- prchavá slepota
	39.	**Glaukom**			✓	neurodegenerativní onemocnění, při němž odumírají nervová vlákna zrakového nervu a které má za následek trvalou a nenávratnou ztrátu zraku obou očí, kdy takový stav nelze změnit lékařským zákrokem a kdy zraková ostrost podle tabulky Světové zdravotnické organizace je 6/60 nebo méně na každé oko nebo omezení zorného pole (pod 10 stupňů)	potvrzení ztráty zraku lékařem specialistou v oboru očního lékařství	100	38., 39., 40.	
	40.	**Snížená soběstačnost** (nemusí být podmíněna konkrétní diagnózou)			✓	takový dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá déle než 1 rok a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládání základních životních potřeb; za dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav se považuje tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované zdravotní postižení, jehož dopady činí pojištěného závislým na pomoci jiné osoby	prokázání snížené soběstačnosti odborným vyšetřením včetně všech relevantních (laboratorních, klinických a jiných) nálezů a doložení příslušných rozhodnutí posudkového orgánu státní správy o II., III. nebo IV. stupni závislosti podle zákona o sociálních službách a odborných lékařských zpráv, na základě kterých bylo toto rozhodnutí vydáno	100	1. až 44.	
	41.	**Těžké popáleniny**			✓	popáleniny II. B nebo III.stupně (hluboké popáleniny) s rozsahem nejméně 20 % povrchu těla, které vznikly termickým, chemickým nebo elektrickým působením na kůži, u nichž se jako kritérium měření rozsahu uplatňuje tzv. "pravidlo devíti" podle Walace nebo mapa povrchu těla podle Lunda-Browdera	stanovení diagnózy lékařem odborného pracoviště pro léčení popálenin a její doložení lékařskou zprávou z prvního ošetření, která popisuje lokalizaci, stupeň a rozsah popálenin	100	40., 41.	
	42.	**Amputace končetiny**			✓	vysoká amputace končetiny v ramenním nebo kyčelním kloubu zapříčiněná úrazem, cévní poruchou, zhoubnými nádory na končetinách, sepsí infekčního původu	lékařské zprávy s uvedením data stanovení diagnózy, pro kterou byla nutná amputace končetiny, propouštěcí zpráva z hospitalizace pro amputaci končetiny	100	40., 42.	
	43.	**Diabetes mellitus I. typu u dospělých (LADA)**			✓	vznik onemocnění cukrovkou I. typu, který je označovaný též jako latentní autoimunitní diabetes dospělých (LADA - Latent Autoimmune Diabetes in Adults), při němž je pojištěný plně závislý na pravidelné aplikaci inzulínu	diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem diabetologie nebo endokrinologie a doložena všemi relevantními (laboratorními, klinickými a jinými) nálezy	100	7. až 13., 28., 29., 38., 39., 40., 42., 43.	
	44.	**Poškození centrálního nervového systému následkem vakcinace**			✓	reakce na vakcinaci vedoucí k těžkému a trvalému neurologickému poškození	stanovení diagnózy objektivním nálezem odborného pracoviště neurologie a potvrzení existence trvalého neurologického poškození po aplikaci vakcinace a objektivním neurologickým nálezem po uplynutí 3 měsíců od data stanovení diagnózy	100	40., 44.	

Seznam vážných onemocnění dospělých osob

(varianta pojištění PRO NI, PRO NĚ), ✓= je zahrnuto ve variantě)

Vážné onemocnění	Varianta		Popis	Dokumenty	Pojistné plnění v % z aktuální pojistné částky	Výluky z pojištění
	PRO NI	PRO NĚ				
Rakovina dělohy	✓		histologicky potvrzený maligní nádor děložního těla odpovídající klasifikaci vyšší než T1N0M0	potvrzení diagnózy odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM klasifikace	100	- tumory, které jsou histologicky popsány jako prekancerosa - dysplazie děložního čípku CIN I, CIN II a CIN III
Rakovina děložního čípku	✓		histologicky potvrzený maligní nádor děložního čípku odpovídající klasifikaci vyšší než T1N0M0	potvrzení diagnózy odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM klasifikace	100	- tumory, které jsou histologicky popsány jako prekancerosa - dysplazie děložního čípku CIN I, CIN II a CIN III
Rakovina pochvy	✓		histologicky potvrzený maligní nádor pochvy odpovídající klasifikaci vyšší než T1N0M0	potvrzení diagnózy odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM klasifikace	100	- tumory, které jsou histologicky popsány jako prekancerosa - dysplazie děložního čípku CIN I, CIN II a CIN III
Rakovina vaječníků a vejcovodů	✓		histologicky potvrzený maligní nádor vaječníků a vejcovodů odpovídající klasifikaci vyšší než T1N0M0	potvrzení diagnózy odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM klasifikace	100	- tumory, které jsou histologicky popsány jako prekancerosa - dysplazie děložního čípku CIN I, CIN II a CIN III
Rakovina vulvy	✓		histologicky potvrzený maligní nádor zevních rodidel odpovídající klasifikaci vyšší než T1N0M0	potvrzení diagnózy odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM klasifikace	100	- tumory, které jsou histologicky popsány jako prekancerosa - dysplazie děložního čípku CIN I, CIN II a CIN III
Rakovina penisu		✓	histologicky potvrzený maligní nádor penisu odpovídající klasifikaci vyšší než T1N0M0	potvrzení diagnózy odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM klasifikace	100	- tumory, které jsou histologicky popsány jako prekancerosa
Rakovina prostaty		✓	histologicky potvrzený maligní nádor prostaty odpovídající klasifikaci vyšší než T1N0M0	potvrzení diagnózy odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM klasifikace	100	- tumory, které jsou histologicky popsány jako prekancerosa
Rakovina varlat, nadvarlat a šourku		✓	histologicky potvrzený maligní nádor varlat nebo nadvarlat nebo šourku odpovídající klasifikaci vyšší než T1N0M0	potvrzení diagnózy odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM klasifikace	100	- tumory, které jsou histologicky popsány jako prekancerosa
Rakovina prsu	✓	✓	histologicky potvrzený maligní nádor prsu odpovídajícího klasifikaci vyšší než T1N0M0	potvrzení diagnózy odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM klasifikace	100	- tumory, které jsou histologicky popsány jako prekancerosa
Rakovina výše uvedených diagnóz vykazující rané maligní změny (včetně rakoviny in situ)	✓	✓	přítomnost histologicky potvrzeného lokalizovaného maligního (zhoubného) nádoru odpovídající klasifikaci T1N0M0 včetně histologicky potvrzeného karcinomu in situ	potvrzení diagnózy odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM klasifikace	30	- tumory, které jsou histologicky popsány jako prekancerosa - dysplazie děložního čípku CIN I, CIN II a CIN III
Narození vícerčat	✓	✓	porod tří a více živě narozených dětí, kdy těhotenství pojištěné ženy musí vzniknout v době pojištění	propouštěcí zpráva z porodnice a kopie rodných listů dětí, v nichž je pojištěný uveden jako otec nebo matka narozených dětí	30	
Úmrtí rodičky při porodu	✓	✓	Úmrtí matky-rodičky během porodu nebo bezprostředně po něm a narození živého dítěte. Porod musí být veden lékařem v ústavním zdravotnickém zařízení (porodnici); jde-li o porod vedený mimo ústavní zařízení, musí se jednat o tzv. překotný porod, kdy nebylo možné včas zajistit rodičce odpovídající odbornou zdravotní péči. Úmrtí rodičky při porodu musí být doloženo Závěrečnou zprávou o rodičce.	kopie rodného listu dítěte, v němž je pojištěný uveden jako otec nebo matka narozeného dítěte	100	

Vážné onemocnění	Varianta PRO NI	Varianta PRO NĚJ	Popis	Dokumenty	Pojistné plnění v % z aktuální pojistné částky	Výluky z pojištění
Vrozené vady živě narozených dětí:			těhotenství pojištěné ženy musí vzniknout v době trvání pojištění	kopie rodného listu dítěte, v němž je pojištěný uveden jako otec nebo matka narozeného dítěte		
DMD / BMD Duchenne / Becker Muscular Dystrophy	✓	✓	genetické nervosvalové onemocnění vlastního dítěte projevující se postupným ochabováním svalstva	potvrzení diagnózy odborným pracovištěm neurologie včetně doložení histologického nálezu po provedené biopsii	50	
Downův syndrom Edwardsův syndrom Patauův syndrom	✓	✓	zjištěná chromozomální abnormalita u vlastního narozeného dítěte doprovázená mentální retardací a velmi často srdečními a jinými vrozenými vadami	potvrzení diagnózy odborným pracovištěm neonatologie, resp. lékařské genetiky a pediatrie	50	
Spina bifida	✓	✓	zjištěná vrozená vada u vlastního narozeného dítěte charakterizovaná defektem páteře ve střední čáře, který má za následek prolaps obsahu páteřního kanálu	potvrzení diagnózy odborným pracovištěm neonatologie, resp. pediatrie	50	
Mikrocefalie	✓	✓	Těžká vývojová porucha projevující se zakrněním/předčasným ukončením růstu mozku a obvykle i celé hlavy. Je charakterizována malým obvodem lebky a také menším mozkem. Dochází k duševní a tělesné poruše dítěte.	potvrzení diagnózy odborným pracovištěm neurologie, resp. lékařské genetiky a pediatrie	50	
MCM syndrom	✓	✓	(syndrom makrocefalie a kapilární malformace, MCM syndrome, M-CMTC) je vrozená porucha charakterizovaná abnormální velikostí hlavy (makrocefalie), kožními, cévními a neurologickými abnormalitami	potvrzení diagnózy odborným pracovištěm lékařské genetiky a pediatrie	50	
Bulózní epidermolýza	✓	✓	(nemoc motýlích křídel) je vrozené onemocnění pojivové tkáně způsobující puchýře na kůži a sliznici s komplikovaným hojením	potvrzení diagnózy odborným pracovištěm dermatologie včetně doložení histologického nálezu, nebo potvrzení diagnózy odborným pracovištěm lékařské genetiky	50	
Fallotova tetralogie	✓	✓	Závažná srdeční vada, která postihuje novorozence. Vzniká kombinací působení genů a vnějších faktorů v průběhu těhotenství. Sestává ze čtyř různých srdečních vad a přímo ohrožuje děti na životě.	potvrzení diagnózy odborným pracovištěm kardiologie	50	
Osteogenesis imperfecta	✓	✓	dědičné onemocnění pojivové tkáně, jehož základním projevem je křehkost kostí, která vede ke zlomeninám dlouhých kostí	potvrzení diagnózy odborným pracovištěm ortopedie, resp. osteologie	50	

Vysvětlení zkratek použitých v tabulkách:

- **CABG, ACVB** znamená druh koronárního bypassu (Coronary Artery Bypass Grafting),
- **CIN** znamená změny dlaždicového epitelu děložního čípku (Cervikální Intraepiteliální Neoplázie),
- **CT** znamená radiologické vyšetření pomocí počítačové tomografie (Computed Tomography),
- **EEG** znamená elektroencefalografii (vyšetření mozku),
- **EKG** znamená elektrokardiografii (vyšetření srdce),
- **EMG** znamená elektromyografii (vyšetření svalů),
- **MMSE** skóre znamená test kognitivních funkcí (Mini Mental State Exam),
- **MR** znamená magnetickou rezonanci (někdy značeno též MMR nebo MRI),
- **ORL** znamená otorinolaryngologii, tj. obor zabývající se výzkumem, diagnostikou a léčbou ušních, nosních a krčních chorob,
- **TNM nebo jiné klasifikace** znamená mikroskopické určení stupně vyzrálosti nádoru, kde T = tumor, N = nodus, M = metastázy.

Úvěrový balíček

Článek 96
Pojistná událost (Na co se pojištění vztahuje)

- Pojistnou událostí je
  a) smrt pojištěného,
  b) invalidita příslušného stupně, a to podle toho, která varianta pojištění invalidity byla v pojistné smlouvě v rámci úvěrového balíčku sjednána,
  c) vážné onemocnění, bylo-li v pojistné smlouvě v rámci úvěrového balíčku sjednáno pojištění vážných onemocnění ve variantě EXCLUSIVE.

Pojistné plnění z úvěrového balíčku poskytneme pouze jednou; to neplatí v případě, kdy z pojištění vážných onemocnění vyplatíme nižší pojistné plnění než 100 % aktuální pojistné částky.

Článek 97
Právní úprava úvěrového balíčku (Čím se pojištění v rámci úvěrového balíčku řídí)

- Pro pojištění sjednaná v rámci úvěrového balíčku platí následující články těchto pojistných podmínek:
  a) články 25 až 29 pro pojištění pro případ smrti s výjimkou ustanovení vztahujících se k terminálnímu stadiu onemocnění,
  b) články 62 až 66 a 68 pro pojištění invalidity následkem úrazu nebo nemoci a
  c) články 88 až 92, 93 odst. 2) a 3) a 94 pro pojištění vážných onemocnění ve variantě EXCLUSIVE.

Článek 98
Zánik pojištění (Kdy pojištění přestane platit)

- Všechna pojištění sjednaná v rámci úvěrového balíčku zanikají:
  a) první pojistnou událostí s výplatou pojistného plnění, kromě případu, kdy za vážné onemocnění vyplatíme pojistné plnění nižší než 100 % aktuální pojistné částky,
  b) posledním dnem pojistného období, ve kterém nám prokážete, že byl pojištěnému přiznán starobní důchod podle zákona o důchodovém pojištění a
  c) také způsoby uvedenými v článku 12 Zánik pojištění.

Pobyt v nemocnici následkem úrazu nebo nemoci

Článek 99
Pojistná událost (Na co se pojištění vztahuje)

- 1) Pojistnou událostí je hospitalizace pojištěného, která nastane během trvání tohoto pojištění.

- 2) Jednou pojistnou událostí je nepřetržitá hospitalizace, a to bez ohledu na případnou změnu diagnózy během jejího trvání.

Článek 100
Čekací doba (Doba bez nároku na plnění)

- 1) Základní čekací doba je 2 měsíce.

- 2) V případě hospitalizace z důvodu ošetření zubů, zhotovení zubních náhrad nebo provedení úkonů čelistní ortopedie, čelistní chirurgie anebo ortopedických náhrad se čekací doba prodlužuje na 6 měsíců a v případě hospitalizace pro stavy a komplikace v souvislosti s těhotenstvím a porodem na 8 měsíců.

- 3) V případě hospitalizace výlučně následkem úrazu čekací dobu neuplatňujeme.

Článek 101
Pojistné plnění (Co a jak vyplatíme)

- 1) Právo na pojistné plnění má pojištěný, který byl hospitalizován.

- 2) Pojistné plnění za hospitalizaci vypočteme tak, že pojistnou částku vynásobíme upraveným počtem dnů hospitalizace.

- 3) Upravený počet dnů hospitalizace stanovíme tak, že každý den hospitalizace vynásobíme koeficientem navýšení podle následující tabulky a sečteme dohromady.

Trvání hospitalizace	Koeficient navýšení
prvních 30 dnů	1
31. - 90. den	1,5
91. a každý další den	2

- 4) Za den hospitalizace považujeme každou půlnoc, po kterou jste hospitalizován.

- 5) Pojistné plnění vyplatíme až po ukončení hospitalizace. Pokud však hospitalizace trvá déle než 2 měsíce, můžete nás písemně požádat o vyplacení přiměřené zálohy.

- 6) Maximální doba hospitalizace, za kterou vyplatíme pojistné plnění, je 1 000 dnů.

- 7) Pojistné plnění nenáleží za dobu hospitalizace po zániku tohoto pojištění kromě zániku uplynutím pojistné doby a zániku v důsledku pojistné události podle článku 104 odst. 2).

- 8) Vznikne-li nárok na pojistné plnění za hospitalizaci nezletilého pojištěného, který je při této hospitalizaci doprovázen zletilou osobou, stanovíme pojistné plnění podle odst. 2) a 3) z dvojnásobku pojistné částky uvedené pro toto pojištění v pojistné smlouvě, a to za dobu pobytu doprovázející osoby v nemocnici.

- 9) Pojistné plnění poskytneme i za hospitalizaci z důvodu trvalé organické duševní poruchy (diagnózy F00 až F09 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí) a pro diagnózu F20 - schizofrenie, pokud nebyly vyvolány vlastním chováním pojištěného spočívajícím v opakovaném nadměrném požívání alkoholu, zneužívání léků, aplikaci návykových látek nebo přípravků tyto látky obsahující, úmyslném sebepoškození nebo pokusu o sebevraždu.
  Každá z uvedených diagnóz musí být potvrzena lékařem specialistou v oboru psychiatrie včetně neurologického nálezu a nálezu provedených CT vyšetření hlavy a vyšetření mozku magnetickou rezonancí.

Článek 102
Povinnosti pojištěného (Co musíte splnit)

- 1) Pobyt v nemocnici nám oznamte co možná nejdříve. K oznámení použijte formulář „Oznámení pracovní neschopnosti / pobytu v nemocnici / ošetřování dítěte“, který je k dispozici na našich internetových stránkách. K formuláři přiložte v něm uvedené doklady a veškerou zdravotní dokumentaci související s Vaší hospitalizací. Pojistnou událost lze rovněž oznámit on-line na našich internetových stránkách.

- 2) Hospitalizovaný pojištěný má především povinnost dodržovat pokyny ošetřujících lékařů, neopustit bez jejich svolení

nemocnici ani jiným způsobem porušovat léčebný režim.

- 3) Další povinnosti jsou uvedeny také v článcích 5 a 11 Povinnosti a práva účastníků pojištění.

Článek 103
Výluky z pojištění (Na co se pojištění nevztahuje)

- 1) Pojistné plnění neposkytneme v případech uvedených v článku 10 Všeobecné výluky z pojištění a dále také za hospitalizaci v důsledku následujících nemocí, tělesných poškození či jiných újem na zdraví nebo lékařských vyšetření či zákroků a jakýchkoli jejich příčin, komplikací nebo následků:
  a) nemocí, úrazů nebo jiných skutečností souvisejících se zdravotním stavem pojištěného, které vznikly či byly diagnostikovány před počátkem tohoto pojištění a pro které byl pojištěný před počátkem pojištění léčen či lékařsky sledován nebo jejichž příznaky se projevily před tímto dnem, pokud byly příčinou hospitalizace v době do 5 let od počátku tohoto pojištění, resp. od účinnosti jeho změn,
  b) zákroku, který je proveden na žádost pojištěného a který není z lékařského hlediska nezbytný (například kosmetické zákroky, sterilizace, umělé přerušení těhotenství),
  c) duševní poruchy nebo poruchy chování (je-li hlavní diagnózou hospitalizace některá z diagnóz F00 až F99 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí) s výjimkou diagnóz uvedených v článku 101 odst. 9).

- 2) Výluka uvedená v písm. a) předchozího odstavce se neuplatní, pokud se v době 5 let před počátkem nebo změnou pojištění příznaky onemocnění nebo následky úrazu prokazatelně neprojevily tak, že by bylo nutné toto zaznamenat ve zdravotnické dokumentaci pojištěného, nebo způsobem, který by vyžadoval jejich léčení nebo sledování, a současně pojištěný neporušil léčebný režim stanovený lékařem.

- 3) Toto pojištění se dále nevztahuje na pobyt pojištěného v:
  a) ústavech sociální péče nebo ve zvláštních dětských odborných léčebných zařízeních,
  b) zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie, hráčské nebo jiné závislosti,
  c) lázeňských léčebnách, ozdravovnách a sanatoriích, rehabilitačních zařízeních a ústavech, léčebnách pro dlouhodobě nemocné, hospicech, odděleních následné péče; tato výluka se neuplatňuje na případy, kdy pobyt v nich časově (nejpozději do 365 dnů) navazuje na předchozí hospitalizaci a je z lékařského hlediska nezbytný za účelem doléčení nemoci nebo následků úrazu; pojistné plnění za pobyt v těchto zařízeních poskytneme z jedné hospitalizace nejvýše za dobu 30 dnů,
  d) nemocnici nebo jakémkoli jiném zařízení, pokud pojištěný pouze doprovází hospitalizovanou osobu; tato výluka se nevztahuje na hospitalizaci rodičky nebo její pravidelné návštěvy nemocnice, které lze považovat za alternativu hospitalizace v souvislosti s nezbytnou péčí o novorozence, pokud bezprostředně navazují na porod (pojistné plnění v takovém případě poskytneme nejvýše za dobu 20 dnů hospitalizace).

Článek 104
Zánik pojištění (Kdy pojištění přestane platit)

- 1) Toto pojištění nezaniká pojistnou událostí daného pojištěného; zaniká pouze způsoby uvedenými v článku 12 Zánik pojištění.

- 2) Pojištění dítěte však zaniká první pojistnou událostí, která nastane po výročním dni počátku pojištění v roce, ve kterém bude pojištěnému dítěti 26 let.

Pobyt v nemocnici pouze následkem úrazu

Článek 105
Pojistná událost (Na co se pojištění vztahuje)

- Pojistnou událostí je **úraz** pojištěného během trvání tohoto pojištění, v jehož důsledku byl pojištěný hospitalizován.

Článek 106
Čekací doba (Doba bez nároku na plnění)

- Pro toto pojištění není stanovena žádná čekací doba.

Článek 107
Pojistné plnění (Co a jak vyplatíme)

- 1) Právo na pojistné plnění má pojištěný, který byl hospitalizován v důsledku úrazu. Jednou hospitalizací se rozumí nepřetržitý pobyt v nemocnici.

- 2) Pojistné plnění za hospitalizaci vypočteme tak, že pojistnou částku vynásobíme upraveným počtem dnů hospitalizace.

- 3) Upravený počet dnů hospitalizace stanovíme tak, že každý den hospitalizace vynásobíme koeficientem navýšení podle následující tabulky a sečteme dohromady.

Trvání hospitalizace	Koeficient navýšení
prvních 30 dnů	1
31.–90. den	1,5
91. a každý další den	2

- 4) Za den hospitalizace považujeme každou půlnoc, po kterou jste hospitalizován.

- 5) Pojistné plnění vyplatíme až po ukončení hospitalizace. Pokud však hospitalizace trvá déle než 2 měsíce, můžete nás písemně požádat o vyplacení přiměřené zálohy.

- 6) Maximální doba hospitalizace, za kterou vyplatíme pojistné plnění, je 1 000 dnů.

- 7) Pojistné plnění nenáleží za dobu hospitalizace po zániku tohoto pojištění kromě zániku uplynutím pojistné doby a zániku v důsledku pojistné události podle článku 110 odst. 2).

Článek 108
Povinnosti pojištěného (Co musíte splnit)

- 1) Pobyt v nemocnici nám oznamte co možná nejdříve. K oznámení použijte formulář „Oznámení pracovní neschopnosti / pobytu v nemocnici / ošetřování dítěte“, který je k dispozici na našich internetových stránkách. K formuláři přiložte v něm uvedené doklady a veškerou zdravotní dokumentaci související s Vaší hospitalizací. Pojistnou událost lze rovněž oznámit on-line na našich internetových stránkách.

- 2) Hospitalizovaný pojištěný má především povinnost dodržovat pokyny ošetřujících lékařů, neopustit bez jejich svolení nemocnici ani jiným způsobem porušovat léčebný režim.

- 3) Další povinnosti jsou uvedeny také v článcích 5 a 11 Povinnosti a práva účastníků pojištění.

Článek 109
Výluky z pojištění (Na co se pojištění nevztahuje)

- 1) Pojistné plnění neposkytneme v případech uvedených v článku 10 Všeobecné výluky z pojištění a dále také za

hospitalizaci v důsledku následujících nemocí, tělesných poškození či jiných újem na zdraví nebo lékařských vyšetření či zákroků:

a) patologických zlomenin, tj. takových zlomenin, které vzniknou v důsledku prvotního snížení pevnosti kosti (např. vrozené kostní choroby, nádory kosti nebo osteoporóza) a k jejichž vzniku postačuje nižší intenzita působení zevních sil či vlastní tělesné síly než u zlomeniny traumatické (zlomeniny zdravé kosti),
b) zlomenin patologických výrůstků na kosti (např. osteofyty, ostruhy),
c) únavových neboli stresových (námahových) zlomenin, tj. zlomenin vzniklých z přetížení a nikoli v důsledku jednorázového působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly pojištěného (například pochodová, běžecká zlomenina),
d) opakujícího se vykloubení kloubu způsobeného například volným kloubním pouzdrem nebo insuficiencí (nedostatečností) kloubních vazů, atrofií kloubní hlavice nebo příliš plochou kloubní jamkou,
e) poškození svalů, šlach, vazů či kloubů, vzniklo-li takové poškození následkem přetěžování; tato výluka neplatí, pokud poškození vzniklo v důsledku neočekávaného a náhlého působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly pojištěného,
f) vzniku či zhoršení kýl (hernií), nádorů všech druhů a jakéhokoli původu, bércových vředů, diabetických gangrén, aseptických zánětů pochev šlachových, svalových úponů, tíhových váčků nebo epikondylitid,
g) výhřezu meziobratlové ploténky, ploténkových páteřních syndromů a jiných onemocnění zad – dorzopatií (diagnózy M40 až M54 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí),
h) diagnostických, život zachraňujících, léčebných nebo preventivních zákroků,
i) jakékoli nemoci, včetně infekční nemoci, a to i v případě, že k ní dojde v důsledku úrazu, včetně prvotního projevu obtíží majících původ v degenerativních změnách orgánů a anatomických částí těla, nebo jejího zhoršení,
j) tělesných poškození vzniklých v důsledku působení imunotoxických látek včetně alergických reakcí,
k) tělesných poškození vzniklých úrazem způsobeným úmyslně pojištěným, jako jsou sebevražda a pokus o ni, sebepoškození apod.,
l) zákroku, který je proveden na žádost pojištěného a který není z lékařského hlediska nezbytný.

- 2) Toto pojištění se dále nevztahuje na pobyt pojištěného v:
a) ústavech sociální péče nebo ve zvláštních dětských odborných léčebných zařízeních,
b) zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie, hráčské nebo jiné závislosti,
c) lázeňských léčebnách, ozdravovnách a sanatoriích, rehabilitačních zařízeních a ústavech, léčebnách pro dlouhodobě nemocné, hospicech, odděleních následné péče; tato výluka se neuplatňuje na případy, kdy pobyt v nich časově (nejpozději do 365 dnů) navazuje na předchozí hospitalizaci a je z lékařského hlediska nezbytný za účelem doléčení následků úrazu; pojistné plnění za pobyt v těchto zařízeních poskytneme z jedné hospitalizace nejvýše za dobu 30 dnů,
d) nemocnici nebo jakémkoli jiném zařízení, pokud pojištěný pouze doprovází hospitalizovanou osobu.

Článek 110
Zánik pojištění (Kdy pojištění přestane platit)

- 1) Toto pojištění nezaniká pojistnou událostí daného pojištěného; zaniká pouze způsoby uvedenými v článku 12 Zánik pojištění.

- 2) Pojištění dítěte však zaniká první pojistnou událostí, která nastane po výročním dni počátku pojištění v roce, ve kterém bude pojištěnému dítěti 26 let.

Pracovní neschopnost zaměstnance následkem úrazu nebo nemoci

Článek 111
Pojistná událost (Na co se pojištění vztahuje)

- 1) Pojistnou událostí je z lékařského hlediska nezbytná dočasná **pracovní neschopnost** pojištěného z důvodu nemoci nebo úrazu, která začne během trvání tohoto pojištění.

- 2) Toto pojištění lze sjednat v několika variantách, které se liší tím, od kterého dne trvání pracovní neschopnosti Vám poskytneme pojistné plnění.

Pojištění pracovní neschopnosti si můžete sjednat s plněním od 15. dne, 29. dne nebo 43. dne, čímž si volíte rozsah pojistné ochrany za odlišné pojistné. Pojistné je nižší, pokud si zvolíte variantu s plněním od pozdějšího dne.

- 3) Za **pojištěného** pro účely tohoto pojištění považujeme osobu, která
a) pobírá příjmy z pracovněprávního, služebního nebo členského poměru (s výjimkou dohody o provedení práce), v nichž při výkonu práce pro plátce příjmu je povinna dbát příkazů plátce (dále jen **„zaměstnanec“**) a zároveň
b) se účastní na nemocenském pojištění.

- 4) Pojištěna je pracovní neschopnost po dobu, kdy ze zdravotních důvodů nevykonáváte žádnou výdělečnou činnost a dodržujete léčebný režim stanovený lékařem.

- 5) Pracovní neschopnost je stav pojištěného, který musí odpovídat dočasné pracovní neschopnosti podle platného zákona o nemocenském pojištění v České republice nebo obdobného zákona platného v zahraničí. Pracovní neschopnost musí být potvrzena příslušným lékařem na formuláři vystaveném podle výše uvedených zákonů (tzv. neschopenka).

- 6) Délku této dočasné pracovní neschopnosti posuzujeme na základě lékařských zpráv o průběhu souvislého léčení. Pokud je pracovní neschopnost delší, než je obvyklá doba léčení příslušné diagnózy (standard léčení), a není-li v lékařské dokumentaci uvedeno dostatečné odborné odůvodnění, můžeme ve spolupráci s naším posudkovým lékařem délku Vaší pracovní neschopnosti přehodnotit.

- 7) Jednou pojistnou událostí je nepřetržitá dočasná pracovní neschopnost, a to bez ohledu na případnou změnu diagnózy během trvání pracovní neschopnosti. Pokud je pojištěný v den následující po ukončení jedné pracovní neschopnosti znovu uznán práce neschopným a tato pracovní neschopnost vznikla v důsledku stejné nemoci či úrazu, považujeme tuto pracovní neschopnost za pokračování předcházející pracovní neschopnosti.

Článek 112
Čekací doba (Doba bez nároku na plnění)

- 1) Čekací doba je 2 měsíce s výjimkou pracovní neschopnosti pro stavy a komplikace v souvislosti s těhotenstvím a porodem; v takovém případě se čekací doba prodlužuje na 8 měsíců.

- 2) V případě pracovní neschopnosti, která vznikla výlučně následkem úrazu, čekací dobu neuplatňujeme.

Článek 113
Pojistné plnění (Co a jak vyplatíme)

- 1) Právo na pojistné plnění má pojištěný, který je dočasně práce neschopen.

- 2) Pojistné plnění stanovíme tak, že počet dnů pracovní neschopnosti vypočtený podle následujícího odstavce vynásobíme sjednanou pojistnou částkou.

- 3) Počet dnů pracovní neschopnosti následkem nemoci pro účely stanovení pojistného plnění se počítá ode dne trvání pracovní neschopnosti uvedeného ve sjednané variantě pojištění do dne, kdy je tato neschopnost pojištěného z rozhodnutí lékaře ukončena. Za pracovní neschopnost následkem úrazu vyplatíme pojistné plnění od prvního dne pracovní neschopnosti, pokud doba pracovní neschopnosti přesáhne den uvedený ve sjednané variantě pojištění, do dne, kdy je pracovní neschopnost z rozhodnutí lékaře ukončena.

Pokud jste si sjednal variantu pojištění s plněním od 29. dne, vyplatíme Vám pojistné plnění pouze tehdy, bude-li Vaše pracovní neschopnost delší než 28 dnů. Pokud jste byl práce neschopen z důvodu nemoci např. od 15. 3. do 31. 5. téhož roku, což je celkem 78 dnů, budeme Vám plnit za 50 dnů (78 – 28). Pokud jste byl po uvedenou dobu v pracovní neschopnosti z důvodu úrazu, vyplatíme Vám pojistné plnění za 78 dnů.

- 4) Za pracovní neschopnost vystavenou v souvislosti s rizikovým těhotenstvím nebo stavy a komplikacemi souvisejícími s těhotenstvím, porodem a dále kvůli z lékařského hlediska nezbytnému umělému přerušení těhotenství nebo potratu, poskytneme pojistné plnění nejvýše za 30 dnů pro každé těhotenství.

- 5) Pojistné plnění poskytneme i za pracovní neschopnost vystavenou pro trvalou organickou duševní poruchu (diagnózy F00 až F09 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí) a pro diagnózu F20 - schizofrenie, pokud nebyly vyvolány vlastním chováním pojištěného spočívajícím v opakovaném nadměrném požívání alkoholu, zneužívání léků, aplikaci návykových látek nebo přípravků tyto látky obsahující, úmyslném sebepoškození nebo pokusu o sebevraždu. Každá z uvedených diagnóz musí být potvrzena lékařem specialistou v oboru psychiatrie včetně neurologického nálezu a nálezu provedených CT vyšetření hlavy a vyšetření mozku magnetickou rezonancí.

- 6) Pokud se v pracovní neschopnosti léčíte pro více diagnóz, plníme za součet dob léčení všech těchto diagnóz; pokud se doby léčení těchto diagnóz překrývají, započítáváme tyto překrývající se doby pouze jednou.

- 7) Pojistné plnění Vám vyplatíme až po ukončení pracovní neschopnosti. Pokud ale pracovní neschopnost již trvá déle než 2 měsíce, můžete nás písemně požádat o vyplacení přiměřené zálohy na pojistné plnění.

- 8) Pokud je doba pracovní neschopnosti kratší než počet dnů uvedený ve sjednané variantě pojištění, pojistné plnění Vám nenáleží.

Pokud jste si sjednal variantu pojištění s plněním od 29. dne a budete-li práce neschopen např. od 15. 3. do 5. 4. téhož roku, což je celkem 22 dnů, pojistné plnění Vám nenáleží.

- 9) Pojistné plnění nenáleží za dobu pracovní neschopnosti po zániku tohoto pojištění kromě zániku pojištění uplynutím pojistné doby a kromě zániku podle článku 116 písm. a).

Článek 114
Povinnosti pojištěného (Co musíte splnit)

- 1) Pracovní neschopnost nám oznamte co možná nejdříve. K oznámení použijte formulář „Oznámení pracovní neschopnosti / pobytu v nemocnici / ošetřování dítěte“, který je k dispozici na našich internetových stránkách, na nichž lze pojistnou událost oznámit rovněž on-line. K formuláři přiložte v něm uvedené doklady a veškerou zdravotnickou dokumentaci související s Vaší pracovní neschopností. Při šetření pojistné události Vás můžeme vyzvat k doložení potvrzení příslušného orgánu státní správy (sociálního zabezpečení), že jste během pracovní neschopnosti platil pojistné na nemocenské pojištění, resp. čerpal dávky nemocenského. Osoby v jiném než trvalém pracovním poměru (např. osoby pracující na dohodu o pracovní činnosti, členové orgánů obchodních společností, tj. jednatelé, členové představenstva) jsou povinny nám toto potvrzení doložit při uplatnění nároku na pojistné plnění automaticky.

- 2) Pokud jako pojištěný ukončíte zaměstnání, tj. zanikne pojistný zájem, jste povinen nás o této změně nejpozději do 3 měsíců informovat.

- 3) Pokud splníte svoji povinnost informovat nás o změně uvedené v předchozím odstavci a nejpozději do 3 měsíců od ukončení zaměstnání si ve stejném rozsahu sjednáte pojištění pracovní neschopnosti pro OSVČ, nebudeme zkoumat příjem, zdravotní stav ani uplatňovat čekací dobu.

- 4) Máte-li sjednáno toto pojištění, oznamte nám co nejdříve (nejpozději však do 3 měsíců) všechny změny, jako jsou tyto:
  a) odchod na mateřskou nebo rodičovskou dovolenou,
  b) přiznání starobního důchodu nebo vznik invalidity třetího stupně podle zákona o důchodovém pojištění,
  c) ukončení zaměstnání, zařazení do evidence uchazečů o zaměstnání u úřadu práce apod.
  Na základě Vašeho oznámení Vám můžeme navrhnout změnu pojistné částky, případně pojistného.

- 5) Další povinnosti jsou uvedeny také v článcích 5 a 11 Povinnosti a práva účastníků pojištění.

Článek 115
Výluky z pojištění (Na co se pojištění nevztahuje)

- 1) Pojistné plnění neposkytneme v případech uvedených v článku 10 Všeobecné výluky z pojištění a dále také za pracovní neschopnost v důsledku následujících nemocí, tělesných poškození či jiných újem na zdraví nebo lékařských vyšetření či zákroků a jakýchkoli jejich příčin, komplikací nebo následků:
  a) nemocí, úrazů nebo jiných skutečností souvisejících se zdravotním stavem pojištěného, které vznikly či byly diagnostikovány před počátkem tohoto pojištění a pro které byl pojištěný před počátkem pojištění léčen či lékařsky sledován nebo jejichž příznaky se projevily před tímto dnem, pokud byly příčinou pracovní neschopnosti v době do 5 let od počátku tohoto pojištění, resp. od účinnosti jeho změn,
  b) zákroku, který je proveden na žádost pojištěného a který není z lékařského hlediska nezbytný (například kosmetické zákroky, sterilizace, umělé přerušení těhotenství),
  c) duševní poruchy nebo poruchy chování (je-li hlavní diagnózou pracovní neschopnosti některá z diagnóz F00 až F99 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí) s výjimkou diagnóz uvedených v článku 113 odst. 5),
  d) onemocnění zad (diagnózy M40 až M54 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí) a s nimi související nemoci nervové soustavy (diagnózy označené v mezinárodní statistické klasifikaci nemocí písmenem G), pokud pracovní neschopnost v důsledku těchto nemocí nastala v době

do 2 let od počátku tohoto pojištění, resp. od účinnosti jeho změn.

- 2) Výluka uvedená v písm. a) předchozího odstavce se neuplatní, pokud se v době 5 let před počátkem nebo změnou pojištění příznaky onemocnění nebo následky úrazu prokazatelně neprojevily tak, že by bylo nutné toto zaznamenat ve zdravotnické dokumentaci pojištěného, nebo způsobem, který by vyžadoval jejich léčení nebo sledování, a současně pojištěný neporušil léčebný režim stanovený lékařem.

- 3) Toto pojištění se nevztahuje na pracovní neschopnost,
  a) během které jste jako pojištěný pobýval v zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie, hráčské nebo jiné závislosti,
  b) pokud jste se jako pojištěný stal nezaměstnaným nebo jste se ukončením zaměstnání a současným zahájením samostatné výdělečné činnosti stal OSVČ, s výjimkou prvních 3 měsíců ode dne ukončení zaměstnání,
  c) v době, po kterou jste jako pojištěný byl na mateřské nebo rodičovské dovolené,
  d) během které jste jako pojištěný porušil léčebný režim.

Článek 116
Zánik pojištění (Kdy pojištění přestane platit)

- Toto pojištění nezaniká pojistnou událostí daného pojištěného; zaniká pouze způsoby uvedenými v článku 12 Zánik pojištění a dále zaniká:
  a) posledním dnem pojistného období, ve kterém jsme byli informováni, že jste se jako pojištěný stal nezaměstnaným, včetně případů, kdy se tak stane z důvodu mateřské nebo rodičovské dovolené, nebo jste se ze zaměstnance stal OSVČ; pojištění takto zanikne pouze v případě, že jste stále nezaměstnaným nebo OSVČ i ke dni, kdy jsme o této skutečnosti byli informováni,
  b) posledním dnem pojistného období, ve kterém Vám jako pojištěnému bylo vydáno rozhodnutí příslušného orgánu státní správy o Vaší invaliditě třetího stupně podle platného zákona o důchodovém pojištění, nebo ve kterém nám prokážete, že Vám byl přiznán starobní důchod, s výjimkou případu, kdy po přiznání starobního důchodu nadále vykonáváte výdělečnou činnost, která zakládá účast na nemocenském pojištění.

Pracovní neschopnost OSVČ následkem úrazu nebo nemoci

Článek 117
Pojistná událost (Na co se pojištění vztahuje)

- 1) Pojistnou událostí je neschopnost pojištěného vykonávat výdělečnou činnost (dále jen „**neschopnost pracovat**“) z důvodu nemoci nebo úrazu, která začne během trvání tohoto pojištění.

- 2) Toto pojištění lze sjednat v několika variantách, které se liší tím, od kterého dne trvání neschopnosti pracovat Vám poskytneme pojistné plnění.

Pojištění pracovní neschopnosti si můžete sjednat s plněním od 15. dne, 29. dne nebo 43. dne, čímž si volíte rozsah pojistné ochrany za odlišné pojistné. Pojistné je nižší, pokud si zvolíte variantu s plněním od pozdějšího dne.

- 3) Za **pojištěného** pro účely tohoto pojištění považujeme osobu samostatně výdělečně činnou – OSVČ se zdanitelnými příjmy, která nepřerušila nebo neukončila výdělečnou činnost.

- 4) Za dobu neschopnosti pracovat považujeme skutečnou dobu léčení, kdy ze zdravotních důvodů nevykonáváte žádnou výdělečnou činnost a dodržujete léčebný režim stanovený lékařem. Tato doba musí být potvrzena příslušným lékařem na formuláři pojišťovny a její délku posuzujeme na základě lékařských zpráv o průběhu souvislého léčení, přičemž do této doby nezapočítáváme občasné následné kontrolní lékařské prohlídky. Pokud je neschopnost pracovat delší, než je obvyklá doba léčení příslušné diagnózy (standard léčení), a není-li v lékařské dokumentaci uvedeno dostatečné odborné odůvodnění, můžeme ve spolupráci s naším posudkovým lékařem délku Vaší neschopnosti pracovat přehodnotit.

Článek 118
Čekací doba (Doba bez nároku na plnění)

- 1) Čekací doba je 2 měsíce s výjimkou neschopnosti pracovat, která vznikla pro stavy a komplikace v souvislosti s těhotenstvím a porodem; v takovém případě se čekací doba prodlužuje na 8 měsíců.

- 2) V případě neschopnosti pracovat, která vznikla výlučně následkem úrazu, čekací dobu neuplatňujeme.

Článek 119
Pojistné plnění (Co a jak vyplatíme)

- 1) Právo na pojistné plnění má pojištěný, který je dočasně neschopen pracovat.

- 2) Pojistné plnění stanovíme tak, že počet dnů neschopnosti pracovat vypočtený podle následujícího odstavce vynásobíme sjednanou pojistnou částkou.

- 3) Počet dnů neschopnosti pracovat z důvodu nemoci pro účely stanovení pojistného plnění se počítá ode dne trvání pracovní neschopnosti uvedeného ve sjednané variantě pojištění do dne, kdy je tato neschopnost pojištěného z rozhodnutí lékaře ukončena. Za neschopnost pracovat z důvodu úrazu vyplatíme pojistné plnění od prvního dne neschopnosti pracovat, pokud doba této neschopnosti přesáhne den uvedený ve sjednané variantě pojištění, do dne, kdy je neschopnost pracovat z rozhodnutí lékaře ukončena. Neúčastníte-li se na nemocenském pojištění, poskytneme Vám pojistné plnění maximálně za 548 dnů Vaší neschopnosti pracovat. Uvedená časová omezení platí i v případě, že neschopnost pracovat byla uznána pro více následků úrazu či pro více nemocí nebo že se během trvání této neschopnosti změnila diagnóza, pro kterou jste nebyl schopen pracovat.

Pokud jste si sjednal variantu pojištění s plněním od 29. dne, vyplatíme Vám pojistné plnění pouze tehdy, nebudete-li z důvodu nemoci schopen pracovat déle než 28 dnů. Pokud jste byl práce neschopen např. od 15. 3. do 31. 5. téhož roku, což je celkem 78 dnů, budeme Vám plnit za 50 dnů (78 – 28). Pokud jste byl po uvedenou dobu práce neschopen z důvodu úrazu, vyplatíme Vám pojistné plnění za 78 dnů.

- 4) Za neschopnost pracovat, která vznikla v souvislosti s rizikovým těhotenstvím nebo stavy a komplikacemi souvisejícími s těhotenstvím, porodem a dále kvůli z lékařského hlediska nezbytnému umělému přerušení těhotenství nebo potratu, poskytneme pojistné plnění nejvýše za 30 dnů pro každé těhotenství.

- 5) Pojistné plnění poskytneme i za neschopnost pracovat

z důvodu trvalé organické duševní poruchy (diagnózy F00 až F09 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí) a pro diagnózu F20 - schizofrenie, pokud nebyly vyvolány vlastním chováním pojištěného spočívajícím v opakovaném nadměrném požívání alkoholu, zneužívání léků, aplikaci návykových látek nebo přípravků tyto látky obsahující, úmyslném sebepoškození nebo pokusu o sebevraždu.
Každá z uvedených diagnóz musí být potvrzena lékařem specialistou v oboru psychiatrie včetně neurologického nálezu a nálezu provedených CT vyšetření hlavy a vyšetření mozku magnetickou rezonancí.

- 6) Pokud se léčíte pro více diagnóz, plníme za součet dob léčení všech těchto diagnóz; pokud se doby léčení těchto diagnóz překrývají, započítáváme tyto překrývající se doby pouze jednou.

- 7) Pojistné plnění Vám vyplatíme až po ukončení léčení. Výplata ještě před skončením léčení je možná, pokud neschopnost pracovat již trvá déle než 2 měsíce. V takovém případě nás můžete písemně požádat o vyplacení přiměřené zálohy na pojistné plnění.

- 8) Pokud je doba neschopnosti pracovat kratší než počet dnů uvedený ve sjednané variantě pojištění, pojistné plnění Vám nenáleží.

Pokud jste si sjednal variantu pojištění s plněním od 29. dne a budete-li práce neschopen např. od 15. 3. do 5. 4. téhož roku, což je celkem 22 dnů, pojistné plnění Vám nenáleží.

- 9) Pojistné plnění nenáleží za dobu neschopnosti pracovat po zániku tohoto pojištění kromě zániku pojištění uplynutím pojistné doby a kromě zániku podle článku 122 písm. a).

Článek 120
Povinnosti pojištěného (Co musíte splnit)

- 1) Neschopnost pracovat nám oznamte co možná nejdříve. K oznámení použijte formulář „Oznámení pracovní neschopnosti / pobytu v nemocnici / ošetřování dítěte“, který je k dispozici na našich internetových stránkách, na nichž lze pojistnou událost oznámit rovněž on-line. K formuláři přiložte v něm uvedené doklady a veškerou zdravotnickou dokumentaci související s Vaší neschopností pracovat. Účastníte-li se na nemocenském pojištění, jste povinen nám doložit II. díl Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti, tj. Průkaz práce neschopného pojištěnce. Při šetření pojistné události Vás můžeme vyzvat k doložení potvrzení příslušného orgánu státní správy (sociálního zabezpečení), že jste během neschopnosti pracovat platil pojistné na nemocenské pojištění a čerpal dávky nemocenského.

- 2) Pokud jako pojištěný ukončíte (přerušíte) samostatnou výdělečnou činnost (tj. zanikne pojistný zájem), jste povinen nás o této změně nejpozději do 3 měsíců informovat.
Neúčastníte-li se na nemocenském pojištění, jste na naši výzvu povinen prokázat (např. prostřednictvím faktur či jiných účetních dokladů) skutečnosti týkající se Vaší samostatné výdělečné činnosti před vznikem pojistné události, v jejím průběhu a po jejím skončení.

- 3) Pokud splníte svoji povinnost informovat nás o změně uvedené v předchozím odstavci a nejpozději do 3 měsíců od ukončení (přerušení) samostatné výdělečné činnosti si ve stejném rozsahu sjednáte pojištění pracovní neschopnosti pro zaměstnance, nebudeme zkoumat příjem, zdravotní stav ani uplatňovat čekací dobu.

- 4) Máte-li sjednáno toto pojištění, oznamte nám co nejdříve (nejpozději však do 3 měsíců) všechny změny, jako jsou tyto:
  a) přiznání starobního důchodu nebo vznik invalidity třetího stupně podle zákona o důchodovém pojištění,
  b) ukončení (přerušení) výdělečné činnosti nebo zařazení do evidence uchazečů o zaměstnání u úřadu práce apod.
Na základě Vašeho oznámení Vám můžeme navrhnout změnu pojistné částky, případně pojistného.

- 5) Další povinnosti jsou uvedeny také v článcích 5 a 11 Povinnosti a práva účastníků pojištění.

Článek 121
Výluky z pojištění (Na co se pojištění nevztahuje)

- 1) Pojistné plnění neposkytneme v případech uvedených v článku 10 Všeobecné výluky z pojištění a dále také za neschopnost pracovat v důsledku následujících nemocí, tělesných poškození či jiných újem na zdraví nebo lékařských vyšetření či zákroků a jakýchkoli jejich příčin, komplikací nebo následků:
  a) nemocí, úrazů nebo jiných skutečností souvisejících se zdravotním stavem pojištěného, které vznikly či byly diagnostikovány před počátkem tohoto pojištění a pro které byl pojištěný před počátkem pojištění léčen či lékařsky sledován nebo jejichž příznaky se projevily před tímto dnem, pokud byly příčinou pracovní neschopnosti v době do 5 let od počátku tohoto pojištění, resp. od účinnosti jeho změn,
  b) zákroku, který je proveden na žádost pojištěného a který není z lékařského hlediska nezbytný (například kosmetické zákroky, sterilizace, umělé přerušení těhotenství),
  c) duševní poruchy nebo poruchy chování (je-li hlavní diagnózou neschopnosti pracovat některá z diagnóz F00 až F99 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí) s výjimkou diagnóz uvedených v článku 119 odst. 5),
  d) onemocnění zad (diagnózy M40 až M54 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí) a s nimi související nemoci nervové soustavy (diagnózy označené v mezinárodní statistické klasifikaci nemocí písmenem G), pokud neschopnost pracovat v důsledku těchto nemocí nastala v době do 2 let od počátku tohoto pojištění, resp. od účinnosti jeho změn.

- 2) Výluka uvedená v písm. a) předchozího odstavce se neuplatní, pokud se v době 5 let před počátkem nebo změnou pojištění příznaky onemocnění nebo následky úrazu prokazatelně neprojevily tak, že by bylo nutné toto zaznamenat ve zdravotnické dokumentaci pojištěného, nebo způsobem, který by vyžadoval jejich léčení nebo sledování, a současně pojištěný neporušil léčebný režim stanovený lékařem.

- 3) Toto pojištění se nevztahuje na neschopnost pracovat,
  a) během které jste jako pojištěný pobýval v zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie, hráčské nebo jiné závislosti,
  b) pokud jste se jako pojištěný stal nezaměstnaným nebo jste se ukončením (přerušením) samostatné výdělečné činnosti stal zaměstnancem, s výjimkou prvních 3 měsíců ode dne ukončení (přerušení) samostatné výdělečné činnosti,
  c) během které jste jako pojištěný porušil léčebný režim.

Článek 122
Zánik pojištění (Kdy pojištění přestane platit)

- Toto pojištění nezaniká pojistnou událostí daného pojištěného; zaniká pouze způsoby uvedenými v článku 12 Zánik pojištění a dále zaniká:
  a) posledním dnem pojistného období, ve kterém jsme byli informováni, že jste se jako pojištěný stal nezaměstnaným, nebo jste se z OSVČ stal zaměstnancem; pojištění takto zanikne pouze v případě, že jste stále nezaměstnaným, nebo zaměstnancem i ke dni, kdy jsme o této skutečnosti byli informováni,
  b) posledním dnem pojistného období, ve kterém Vám jako

pojištěnému bylo vydáno rozhodnutí příslušného orgánu státní správy o Vaší invaliditě třetího stupně podle platného zákona o důchodovém pojištění, nebo ve kterém nám prokážete, že Vám byl přiznán starobní důchod, s výjimkou případu, kdy po přiznání starobního důchodu nadále vykonáváte výdělečnou činnost, z níž Vám plynou zdanitelné příjmy.

Ošetřování dítěte

Článek 123
Pojistná událost (Na co se pojištění vztahuje)

- 1) Pojistnou událostí je **ošetřování pojištěného dítěte**, které začne během trvání tohoto pojištění. Současně musí vzniknout právo na ošetřovné, na které lékař vystavil potvrzení podle příslušných ustanovení platného zákona o nemocenském pojištění v České republice.

- 2) Jednou pojistnou událostí je nepřetržité ošetřování pojištěného dítěte, a to bez ohledu na případnou změnu diagnózy během trvání ošetřování. Pokud den následující po ukončení jednoho ošetřování pojištěného dítěte začne další ošetřování z důvodu stejného úrazu nebo nemoci, považuje se toto ošetřování pojištěného dítěte za pokračování předchozího ošetřování.

- 3) Pojistnou událostí je pouze takové ošetřování pojištěného dítěte, během kterého osoba, která o dítě pečuje a má právo na ošetřovné, nevykonává své zaměstnání a během kterého není porušován léčebný režim dítěte.

Článek 124
Čekací doba (Doba bez nároku na plnění)

- Čekací doba je 2 měsíce. V případě ošetřování dítěte výlučně následkem úrazu čekací dobu neuplatňujeme.

Článek 125
Pojistné plnění (Co a jak vyplatíme)

- 1) Právo na pojistné plnění má pojištěné dítě, které bylo ošetřováno.

- 2) Pojistné plnění stanovíme tak, že počet dnů od 10. dne ošetřování do jeho konce (maximálně však 90 dnů) vynásobíme sjednanou pojistnou částkou.

- 3) Za dobu prvních 9 dnů ošetřování Vám pojistné plnění nenáleží.

- 4) Doba ošetřování počíná dnem, který lékař stanovil jako její počátek, a končí dnem, kdy je toto ošetřování pojištěného dítěte z rozhodnutí lékaře ukončeno.

- 5) Za jedno nepřetržité ošetřování Vám vyplatíme pojistné plnění maximálně za 90 dnů. V případě několika různých ošetřování v jednom kalendářním roce Vám vyplatíme pojistné plnění maximálně za 180 dnů.

- 6) Pojistné plnění nenáleží za dobu ošetřování po zániku tohoto pojištění kromě zániku pojištění uplynutím pojistné doby.

- 7) Pojistné plnění z tohoto pojištění poskytneme i v případě hospitalizace nezletilého pojištěného dítěte s doprovodem zletilé osoby, a to za dobu pobytu doprovázející osoby v nemocnici. Poskytnutí pojistného plnění v tomto případě není podmíněno vznikem práva na ošetřovné podle platného zákona o nemocenském pojištění.

Článek 126
Povinnosti pojištěného (Co musíte splnit)

- 1) Ošetřování dítěte nám oznamte co možná nejdříve po ukončení ošetřování. K oznámení použijte formulář „Oznámení pracovní neschopnosti / pobytu v nemocnici / ošetřování dítěte“, který je k dispozici na našich internetových stránkách, na nichž lze pojistnou událost rovněž oznámit on-line. K formuláři přiložte v něm uvedené doklady a veškerou zdravotní dokumentaci dítěte související s jeho ošetřováním. Při šetření pojistné události Vás můžeme vyzvat k doložení potvrzení příslušného orgánu státní správy (sociálního zabezpečení) o čerpání ošetřovného.

- 2) Pokud nedoložíte potvrzení zaměstnavatele o nástupu do zaměstnání po ukončení ošetřování, které je součástí lékařem vystaveného potvrzení o ošetřování na příslušném tiskopisu (tzv. ošetřovačka), neposkytneme Vám pojistné plnění. Splnění této povinnosti nevyžadujeme v případě hospitalizace pojištěného dítěte s doprovodem podle článku 125 odst. 7).

- 3) Další povinnosti jsou uvedeny také v článcích 5 a 11 Povinnosti a práva účastníků pojištění.

Článek 127
Výluky z pojištění (Na co se pojištění nevztahuje)

- 1) Pojistné plnění neposkytneme v případech uvedených v článku 10 Všeobecné výluky z pojištění a dále také za ošetřování dítěte v důsledku následujících nemocí, tělesných poškození či jiných újem na zdraví nebo lékařských vyšetření či zákroků a jakýchkoli jejich příčin, komplikací nebo následků:
  a) nemocí, úrazů nebo jiných skutečností souvisejících se zdravotním stavem pojištěného, které vznikly či byly diagnostikovány před počátkem tohoto pojištění a pro které byl pojištěný před počátkem pojištění léčen či lékařsky sledován nebo jejichž příznaky se projevily před tímto dnem, pokud byly příčinou ošetřování dítěte v době do 5 let od počátku tohoto pojištění, resp. od účinnosti jeho změn,
  b) zákroku, který je proveden na žádost zákonného zástupce pojištěného dítěte a který není z lékařského hlediska nezbytný (například kosmetické zákroky).

- 2) Výluka uvedená v písm. a) předchozího odstavce se neuplatní, pokud se v době 5 let před počátkem nebo změnou pojištění příznaky onemocnění nebo následky úrazu prokazatelně neprojevily tak, že by bylo nutné toto zaznamenat ve zdravotnické dokumentaci pojištěného, nebo způsobem, který by vyžadoval jejich léčení nebo sledování, a současně pojištěný neporušil léčebný režim stanovený lékařem.

- 3) Toto pojištění se nevztahuje na ošetřování dítěte probíhající v zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie, hráčské nebo jiné závislosti.

Článek 128
Zánik pojištění (Kdy pojištění přestane platit)

- Toto pojištění zaniká z důvodů uvedených v článku 12 Zánik pojištění, nezaniká však pojistnou událostí daného pojištěného.

Cesta k zotavení

Článek 129
Obsah pojištění (Na co se pojištění vztahuje)

- Z Cesty k zotavení vyplatíme finanční prostředky na úhradu nákladů souvisejících se zotavením pojištěného po vážném úrazu (je-li hodnocení trvalých následků úrazu podle OT pro TN vyšší než 50 %), v souvislosti s invaliditou jakéhokoli stupně,

invaliditou dítěte nebo v souvislosti s vážným onemocněním, máte-li sjednanou variantu pojištění EXCLUSIVE.

Článek 130
Pojistné plnění (Co a jak vyplatíme)

- 1) Nárok na pojistné plnění Vám vznikne tehdy, pokud jsme Vám vyplatili pojistné plnění po vážném úrazu (je-li hodnocení trvalých následků úrazu podle OT pro TN vyšší než 50 %), za invaliditu jakéhokoli stupně, invaliditu dítěte nebo za vážné onemocnění ve variantě pojištění EXCLUSIVE.

- 2) V takovém případě Vám proplatíme peněžní částky, které jste vynaložil v souvislosti s Vaším zotavením za následující položky:
  a) kompenzační pomůcky, které Vám nebyly uhrazeny ze systému veřejného zdravotního pojištění, případně byly uhrazeny jen částečně (např. invalidní vozík, speciální obuv, naslouchátka apod.),
  b) výdaje za rehabilitaci, fyzioterapii, léčebné masáže, psychoterapii,
  c) výdaje za lázeňskou péči, pokud Vám nebyla uhrazena z veřejného zdravotního pojištění,
  d) výdaje na stavební úpravy domu nebo bytu v souvislosti se změnou zdravotního stavu,
  e) příspěvek na úpravu řízení osobního automobilu,
  f) příspěvek na rekvalifikační kurz,
  g) poskytování sociálních služeb podle platného zákona o sociálních službách s výjimkou domovů pro seniory a průvodcovských a předčitatelských služeb,
  h) poskytování domácí péče podle platného zákona o zdravotních službách, včetně ošetřovatelské a sociální péče, a to jen vynaložené peněžní částky nad rámec hrazený ze systému veřejného zdravotního pojištění,
  i) výdaje vynaložené za zajištění péče o nezletilé děti, rodiče, jsou-li odkázáni na Vaši pomoc, a domácí mazlíčky.

- 3) Pojistné plnění Vám vyplatíme, pokud částka na výdajovém dokladu za jednu výše uvedenou položku přesáhne 1 000 Kč. V součtu za všechny pojistné události jednoho pojištěného vyplatíme maximálně 50 000 Kč.

- 4) Nárok na pojistné plnění Vám zanikne po uplynutí 2 let od jeho vzniku.

Článek 131
Povinnosti pojištěného (Co musíte splnit)

- 1) Vznik nároku na pojistné plnění nám oznamte co možná nejdříve. K oznámení použijte formulář „Žádost o pojistné plnění / k pojistné události z pojištění osob", který je k dispozici na našich internetových stránkách. K formuláři přiložte originály dokladů o vynaložených nákladech vystavených v české měně na Vaše jméno. Doklady nám předložte nejpozději **do 2 let po výplatě pojistného plnění** za trvalé následky, invaliditu nebo vážné onemocnění. Pojistnou událost lze rovněž oznámit on-line na našich internetových stránkách.

- 2) V případě vynaložených nákladů na čerpání sociálních služeb podle zákona o sociálních službách přiložte k dokladům o vynaložených nákladech také kopii smlouvy o poskytování sociální služby včetně kopie registrace poskytovatele u příslušného krajského úřadu nebo ministerstva práce a sociálních věcí.

- 3) V případě vynaložených nákladů na čerpání služeb domácí péče podle zákona o zdravotních službách přiložte k dokladům o vynaložených nákladech také kopii registrace poskytovatele u příslušného krajského úřadu nebo ministerstva zdravotnictví.

- 4) Další povinnosti jsou uvedeny také v článcích 5 a 11 Povinnosti a práva účastníků pojištění.

Část 3 – Investování

Článek 132
Definice investičních pojmů (Důležitá slovíčka)

- Pojmy uvedené v textu této části pojistných podmínek mají pro účely tohoto pojištění následující význam:
  a) **rezervotvorná část pojistného** znamená část běžného pojistného za pojistné období určenou na pojištění pro případ dožití, tj. část běžného pojistného přesahující celkovou rizikovou část pojistného; pokud dojde k automatickému snížení celkové rizikové části pojistného (z důvodu zániku některého ze sjednaných pojištění např. uplynutím jeho pojistné doby nebo následkem pojistné události), dojde zároveň k automatickému navýšení rezervotvorné části pojistného o stejnou částku,
  b) **kapitálová hodnota pojištěn** znamená částku evidovanou na účtu pojistníka,
  c) **mimořádné pojistné** znamená pojistné zaplacené během trvání pojištění nad rámec běžného pojistného sjednaného v pojistné smlouvě,
  d) **odkupné** znamená částku, kterou Vám jako pojistníkovi vyplatíme v určitých případech zániku základního pojištění před koncem pojistné doby; výše odkupného se během trvání pojištění mění v závislosti na vývoji kapitálové hodnoty pojištění,
  e) **počáteční náklady** znamenají naše náklady související s uzavřením, resp. se změnou pojistné smlouvy (včetně provize poskytnuté pojišťovacímu zprostředkovateli), které jsou stanoveny z rezervotvorné části pojistného, resp. z jejího navýšení během trvání pojištění,
  f) **poplatky** znamenají poplatky ve výši stanovené v Přehledu, včetně poplatku na úhradu počátečních nákladů a dalších poplatků; poplatky jsou stanoveny podle verze Přehledu, která je aktuální v den, kdy se poplatky odečítají,
  g) **Přehled** znamená Přehled poplatků a parametrů pojištění, jehož aktuální verze je uvedena na našich internetových stránkách,
  h) **účet pojistníka** znamená individuální účet, který vedeme ke konkrétní pojistné smlouvě a na kterém evidujeme kapitálovou hodnotu pojištění.

Článek 133
Kapitálová hodnota pojištění (Účet pojistníka a jeho hodnota)

- 1) Ke každé pojistné smlouvě vedeme po dobu trvání základního pojištění účet pojistníka, který slouží ke stanovení výše plnění a dalších nároků plynoucích ze základního pojištění.

- 2) Kapitálová hodnota pojištění se zvyšuje o rezervotvornou část zaplaceného běžného pojistného, resp. o zaplacené mimořádné pojistné.

- 3) Zvýšení kapitálové hodnoty pojištění podle předchozího odstavce provedeme bez zbytečného odkladu ke dni, kdy tuto operaci zpracujeme v našem informačním systému, nejdříve v den, kdy pojistné zaplatíte a my jej přiřadíme k Vaší pojistné smlouvě. Pokud pojistné zaplatíte před počátkem pojištění, zvýšíme kapitálovou hodnotu pojištění nejdříve ke dni počátku pojištění.

- 4) Kapitálovou hodnotu pojištění úročíme úrokovou mírou (dále též „úrok"), jejíž výše je uvedena v Přehledu. Výši úroku máme právo během trvání pojištění upravovat.

- 5) Jednou ročně v závislosti na výnosech z finančního umístění technických rezerv můžeme k pojištění přiznat **podíl na zisku**. Pokud podíl na zisku přiznáme, zvýšíme o něj kapitálovou hodnotu pojištění.

- 6) Upozorňujeme Vás, že v Přehledu můžeme stanovit **pravidla pro nakládání s účtem pojistníka**.

- 7) Alespoň jednou ročně Vás jako pojistníka budeme informovat o stavu účtu pojistníka a kapitálové hodnotě Vašeho pojištění.

Článek 134
Poplatky spojené s pojištěním (Jaké poplatky zaplatíte)

- 1) Pokud **v souvislosti se zaplacením běžného pojistného** zvýšíme kapitálovou hodnotu pojištění, odečteme z účtu pojistníka obratem poplatek na úhradu počátečních nákladů, pokud nebyly dosud v plné výši uhrazeny.

- 2) Z účtu pojistníka můžeme odečíst i další **poplatky** (např. poplatky související se změnami pojištění). Výši a způsob odečtení těchto poplatků stanovujeme v Přehledu.

- 3) Nebude-li kapitálová hodnota pojištění dostatečná pro odečtení jednorázového **poplatku za předčasné ukončení pojistné smlouvy**, jste jako pojistník povinen nám tento poplatek uhradit i **nad rámec sjednaného pojistného**, a to i po zániku základního pojištění.

Článek 135
Mimořádné pojistné (Co je mimořádné pojistné a jakým způsobem ho můžete zaplatit)

- 1) Během trvání základního pojištění můžete vedle běžného pojistného jako pojistník nebo zaměstnavatel pojistníka, pokud je v pojistné smlouvě sjednána možnost placení pojistného zaměstnavatelem, zaplatit i mimořádné pojistné.

- 2) V Přehledu můžeme stanovit maximální výši mimořádného pojistného, kterou můžete zaplatit, aniž byste nám to předem písemně oznámil.

- 3) Platbu mimořádného pojistného můžeme odmítnout, a to i v případě, že splňuje všechny podmínky uvedené v tomto článku. V takovém případě Vám platbu vrátíme bez zbytečného odkladu.

- 4) Mimořádné pojistné zaplaťte na náš **zvláštní účet** a tuto platbu označte **specifickým symbolem**, který najdete v Informacích pro klienta a na našich internetových stránkách. Specifické symboly určují, zda se jedná o mimořádné pojistné zaplacené pojistníkem nebo zaměstnavatelem (za platbu zaměstnavatele považujeme jakoukoli platbu označenou desetimístným specifickým symbolem začínajícím číslicemi 9999).

- 5) Zaplacení mimořádného pojistného Vás jako pojistníka nezbavuje povinnosti řádně platit běžné pojistné. Pro vyloučení pochybností se uvádí, že v souvislosti se zaplacením mimořádného pojistného se nezvyšují jakékoli pojistné částky.

- 6) Mimořádné pojistné však můžeme použít na zaplacení dlužného běžného pojistného, jste-li se zaplacením běžného pojistného v prodlení.

Článek 136
Výběr z účtu pojistníka (Výběr během trvání pojištění)

- 1) Pokud jste si v pojistné smlouvě sjednal možnost výběrů z účtu pojistníka, můžete nás písemně požádat o výběr z účtu pojistníka až do výše kapitálové hodnoty pojištění.

- 2) Výběr z účtu pojistníka znamená, že Vám jako pojistníkovi vyplatíme plnění v příslušné výši a zároveň o odpovídající částku snížíme kapitálovou hodnotu pojištění. Pro vyloučení pochybností se uvádí, že v souvislosti s výběrem z účtu pojistníka se nesnižují jakékoli pojistné částky.

- 3) Pokud akceptujeme Vaši žádost o výběr z účtu pojistníka, provedeme výběr bez zbytečného odkladu, nejdříve však třetí pracovní den po obdržení výše uvedené žádosti.

- 4) Při výběru z účtu pojistníka postupujeme v souladu s právními předpisy upravujícími daň z příjmů. Plnění z výběru z účtu pojistníka je jiným příjmem z pojištění osob, který není pojistným plněním a nezakládá zánik pojistné smlouvy.

- 5) Plnění z výběru z účtu pojistníka můžeme použít na zaplacení dlužného běžného pojistného, jste-li se zaplacením běžného pojistného v prodlení.

Článek 137

Pojištění ve stavu bez placení pojistného (Co se stane, když přestanete platit pojistné)

- 1) Během stavu bez placení pojistného nejste jako pojistník povinen platit běžné pojistné.

- 2) Pojištění přejde do stavu bez placení pojistného:
  a) dohodou mezi námi a Vámi jako pojistníka na základě Vaší žádosti nebo
  b) od následujícího dne po marném uplynutí dodatečné lhůty, kterou jsme stanovili v upomínce k zaplacení dlužného pojistného, pokud je zároveň splněna podmínka, že kapitálová hodnota pojištění ke dni přechodu pojištění do stavu bez placení pojistného po odečtení celkové rizikové části případného dlužného pojistného postačuje na úhradu celkové rizikové části pojistného a veškerých poplatků v následujících 13 měsících.

- 3) Jedná-li se o přechod pojištění do stavu bez placení pojistného na Vaši žádost, musíte pojistné zaplatit až do přechodu pojištění do stavu bez placení pojistného. V žádosti o přechod pojištění do stavu bez placení pojistného můžete požádat o ukončení některých pojištění.

- 4) Jedná-li se o přechod pojištění do stavu bez placení pojistného v důsledku nezaplacení běžného pojistného, snížíme v měsíci přechodu do stavu bez placení pojistného kapitálovou hodnotu pojištění o celkovou rizikovou část dlužného pojistného.

- 5) Pokud pojistné nebo jeho část platí za pojistníka jeho zaměstnavatel, musí být pojistné zaplaceno do dne přechodu pojištění do stavu bez placení pojistného.

- 6) Přechodem pojištění do stavu bez placení pojistného se sníží investiční část pojistného na nulu a pojistné období se změní na měsíční, čímž dojde ke změně sjednaného běžného pojistného. Ostatní nastavení Vaší smlouvy nejsou přechodem do stavu bez placení pojistného dotčena.

- 7) Pojistné za pojištění pro případ smrti v rámci základního pojištění, poplatek za správu pojištění, pojistné za ostatní pojištění a případné další poplatky jsou hrazeny snižováním kapitálové hodnoty pojištění.

- 8) Kdykoli nás můžete písemně požádat o **obnovení placení pojistného**. Placení pojistného obnovíme, tj. běžné pojistné začnete znovu platit od jeho nejbližší splatnosti, resp. od jakékoli pozdější Vámi požadované splatnosti.

Článek 138

Odkupné (Co Vám vyplatíme při předčasném ukončení smlouvy)

- 1) Při předčasném ukončení pojistné smlouvy máte jako pojistník právo na odkupné.

- 2) **Odkupné** se rovná kapitálové hodnotě pojištění snížené o poplatek za předčasné ukončení pojistné smlouvy podle Přehledu. Pokud tato hodnota není kladná, pak Vám žádné odkupné nevyplatíme.

- 3) Odkupné stanovíme:
  a) v případě žádosti o odkupné: ke dni, kdy nám byla Vaše žádost o výplatu odkupného doručena, nebo k jinému pozdějšímu dni uvedenému v žádosti,
  b) v ostatních případech: ke dni zániku základního pojištění.

- 4) Z odkupného máme právo odečíst dlužné pojistné a jiné své pohledávky z pojištění.

- 5) Odkupné je splatné do 3 měsíců:
  a) ode dne, kdy nám byla doručena Vaše žádost o jeho výplatu nebo
  b) od jiného pozdějšího dne uvedeného ve Vaší žádosti o výplatu odkupného anebo
  c) ode dne zániku základního pojištění podle odst. 3) písm. b).

Vo-134 (05/2020)