

Speciální pojistné podmínky pro FLEXI životní pojištění

ze dne 1. června 2018

Pojištění se řídí pojistnou smlouvou (dále jen „smlouva“) a příslušnými právními předpisy, zejména občanským zákoníkem (dále jen „zákon“). Pokud se ve smlouvě dohodneme jinak, má toto naše ujednání přednost před ustanoveními těchto speciálních pojistných podmínek (dále jen „SPP“).

OBSAH

ČLÁNEK 1 – Základní pojmy	2
ČLÁNEK 2 – Program InSpiral	4
ČLÁNEK 3 – Pojistné a stanovení investiční strategie, zamykání výnosů	4
ČLÁNEK 4 – Náklady, poplatky a cena pojištění	6
ČLÁNEK 5 – Sleva za komplexní rozsah pojištění	6
ČLÁNEK 6 – Bonusy.	6
ČLÁNEK 7 – Změny ve smlouvě	7
ČLÁNEK 8 – Dopravní nehoda	8
ČLÁNEK 9 – Základní pojištění	9
A. Pojištění dožití se sjednaného konce pojištění	9
B. Základní pojištění smrti	9
ČLÁNEK 10 – Doplnková a úrazová složka pojištění	11
A. Doplnkové pojištění smrti	12
B. Pojištění vážných nemocí a úrazů, vč. připojištění na novotvary in situ.	13
C. Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče	21
D. Pojištění zproštění od placení pojistného.	23
E. Pojištění kapitálové hodnoty.	24
F. Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s výplatou doživotní renty	25
G. Pojištění doživotní kapitálové renty	26
H. Pojištění trvalých následků nemoci	27
I. Pojištění smrti následkem úrazu	31
J. Pojištění trvalých následků úrazu	31
K. Pojištění denního odškodného – úraz	33
L. Pojištění hospitalizace	34
M. Pojištění pracovní neschopnosti – nemoc, vč. připojištění úrazu k pracovní neschopnosti.	35
N. Pojištění ošetřování – úraz nebo nemoc	39
ČLÁNEK 11 – Dětská pojištění	40
ČLÁNEK 12 – Rizikové skupiny.	48
ČLÁNEK 13 – Indexace	50

ČLÁNEK 1 Základní pojmy

Pro účely sjednáváního pojištění platí tento výklad vybraných obecných pojmů (abecedně řazený):

a) Alokace pojistného	(dále jen „alokace“) – rozdělení pojistného na pokrytí jednotlivých položek spojených s poskytovanou finanční službou podle podmínek smlouvy <i>Počáteční alokace</i> – snížená alokace pojistného v prvních letech trvání pojištění určená na pokrytí pořizovacích nákladů (např. odměna zprostředkovateli, počáteční administrativní náklady, zdravotní ocenění) – viz platný Přehled poplatků a parametrů produktu (dále jen „PPPP“).
b) Celkové pořizovací náklady	<i>u běžně placených smluv</i> – počáteční alokace a poplatek ze zaplaceného běžného pojistného <i>u jednorázově zaplacených smluv</i> – poplatek ze zaplaceného jednorázového pojistného
c) Dopravní nehoda	nehoda na pozemní komunikaci, v drážní, ve vodní či v letecké dopravě
d) Fondy	soubor finančních instrumentů a investic, které spravujeme my nebo námi pověřená osoba, sloužící k uložení kapitálových hodnot smluv <i>Garantovaný fond</i> – fond s garantovanou výší minimálního zhodnocení finančních prostředků. Garantovaný fond je rozdělen na garantovaný fond tvořený platbami běžného pojistného a na garantovaný fond tvořený platbami jednorázového a mimořádného pojistného. <i>Investiční podílový fond</i> – charakter fondů se navzájem liší umístěním finančních prostředků, dosahovaným výnosem a mírou rizika. Investiční riziko nesete plně jako pojistník.
e) Hodnota fondu u smlouvy	počet podílových jednotek k dané smlouvě a k danému fondu vynásobený jejich prodejní cenou
f) Hotovost	částka určená k vyrovnání zaokrouhlovacích rozdílů při převodu na podílové jednotky, případně k evidování záporné kapitálové hodnoty
g) Indexace smlouvy	navýšení běžně placeného pojistného a vybraných pojistných částek, které navrhuje s ohledem na index růstu spotřebitelských cen vydávaný Českým statistickým úřadem
h) Individuální konec pojištění	pro vybraná pojištění můžete sjednat pojistnou dobu kratší, než je stanovený konec trvání smlouvy nebo stanovený konec pojištění
i) Kapitálová hodnota smlouvy	součet hodnot jednotlivých fondů sjednaných ve smlouvě a hotovosti vyjádřené v Kč
j) Klesající pojistná částka	pro vybraná pojištění se pojistná částka během trvání pojištění od jeho počátku, dodatečného sjednání nebo změny snižuje v závislosti na dohodnuté pojistné době vždy k výročnímu dni, a to dvěma způsoby klesání: – <i>lineárně</i> , kdy se pojistná částka každý rok snižuje o 1/n pojistné částky, přičemž „n“ je pojistná doba daného pojištění v letech – <i>anuitně</i> , kdy se pojistná částka snižuje dle splácení úvěru podle úrokové míry sjednané ve smlouvě (možné procentuální rozmezí této úrokové míry uvádíme v platném PPPP)
k) Nákupní cena jednotky	vztahuje se k fondům a je to cena, za kterou prodáváme jednotky ke smlouvě; nákupní cena jednotky se rovná prodejní ceně jednotky
l) Nemocnice	nemocnicí rozumíme státní, popř. soukromé zařízení s platnou registrací zabývající se péčí a ošetřováním nemocných a zraněných osob, disponující dostatečnými diagnostickými, chirurgickými a terapeutickými zařízeními, nepřetržitou ošetrovatelskou službou a pracující dle všeobecně uznávaných poznatků vědy
m) Novotvar in situ	karcinom nebo melanom, ohraničený zhoubný nádor, lokalizovaný v místě svého vzniku, který se dá z těla odstranit chirurgickou cestou, např. ve sliznici daného orgánu nebo na kůži, bez přesahu do dalších vrstev (tzv. neinvazivní nádor)
n) Oceňovací den	den, ke kterému stanovíme nákupní a prodejní cenu podílových jednotek jednotlivých fondů

o) Odkupné	kapitálová hodnota smlouvy upravená o možné poplatky a srážky Při výpočtu odkupného v prvních pěti letech ode dne vzniku pojištění odečteme za každý započatý měsíc trvání tohoto pojištění nejvýše jednu šedesátinu z celkových pořizovacích nákladů souvisejících s tímto pojištěním.
p) Odkupní poměr	je využíván pro odkupní transakce s využitím aktuálního poměru rozložení kapitálových hodnot jednotlivých fondů
q) Podílová jednotka (dále jen „jednotka“)	identická část fondu představující podíl z jeho hodnoty
r) Pojistná smlouva produktu FLEXI životní pojištění	smlouva s volitelným rozsahem pojištění, kterou s vámi uzavíráme nejdříve ve věku od dovršených 18 let a nejpozději v roce, ve kterém se dožijete věku 70 let; minimální pojistnou dobu jsme stanovili na 3 roky pro běžně placenou smlouvu a 5 let pro jednorázově uhrazenou smlouvu Smlouvu můžete uzavřít pro max. dvě dospělé osoby se vstupním věkem od dovršených 18 let do 70 let (včetně), maximálně do roku, ve kterém se pojištěný (mladší z dvojice) dožije 80 let. Do smlouvy můžete sjednat pojištění až pěti dětí se vstupním věkem od 0 let do nedovršených 18 let, pro které pojištění končí poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se dítě dožije 25 let. Pojištění můžete prodloužit do posledního dne měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěné dítě dožije 30 let, a to za podmínek stanovených ve smlouvě. Smlouvu lze uzavřít i pro osoby se vstupním věkem nad 70 let (max. do 95 let), a to pouze v omezeném rozsahu, který jsme stanovili vždy na dobu 5 let – na základě vaší žádosti můžeme sjednanou pojistnou dobu prodloužit, maximální doba trvání pojištění může být do roku, ve kterém se pojištěný dožije 100 let.
s) Pojistně-technické období	časové období, ve kterém platí parametry smlouvy; pro pojištění spojená s investičními fondy je pojistně-technickým obdobím kalendářní měsíc Pojistné za sjednaná pojištění a poplatky strháváme podle pojistně-technických pravidel z kapitálové hodnoty smlouvy vždy na počátku pojistně-technického období.
t) Pojistný rok	doba dvanácti měsíců začínající v den počátku pojištění nebo ve výroční den počátku pojištění
u) Pojištěné riziko	riziko, které je definováno typem pojištění a pojistnou částkou
v) Polytrauma	velmi závažná zranění, která mají velký rozsah a při kterých je vždy poškozeno více orgánových soustav současně
w) Poměr rozdělení pojistného do jednotlivých fondů (dále jen „rozdělení pojistného“)	vámi zvolený celočíselný poměr v procentech (v celkovém součtu 100 %), v jakém rozdělíme inkasované pojistné do příslušných fondů
x) Pracovní neschopnost	situace, kdy pojištěný nemůže dle lékařského rozhodnutí žádným způsobem, a to ani přechodně, vykonávat a ani nevykonává své obvyklé povolání nebo jakoukoliv jinou samostatně výdělečnou, popř. řídicí nebo kontrolní činnost; na základě tohoto lékařského rozhodnutí pak byl pojištěnému v souladu s platnými právními předpisy vystaven doklad o pracovní neschopnosti
y) Prodejní cena jednotky	vztahuje se k fondům a je to cena, za kterou odkoupíme jednotky ze smlouvy
z) Program InSpiral	úprava platné stávající smlouvy staršího typu flexi na smlouvu s novými pojistnými podmínkami; úpravu můžete provést na základě předložené nabídky na úpravu smlouvy
aa) Předběžné krytí	pojištění, které je sjednané na pojistnou dobu od 00:00 hodin třetího dne od podpisu nabídky do 24:00 hodin dne předcházejícího dni uvedenému ve smlouvě jako počátek pojištění, nejvýše však na dobu 29 dnů (prvním dnem se rozumí den podpisu)
bb) Převod podílových jednotek	převod kapitálové hodnoty mezi fondy; za převod podílových jednotek si můžeme účtovat poplatek dle platného PPPP
cc) Renta	částka vyplácená v dohodnutých obdobích pojištěnému podle námi stanovených podmínek

dd) Terminální stadium	vážný zdravotní stav způsobený onemocněním, který vede s vysokou pravděpodobností k úmrtí pojištěného do 12 měsíců od data potvrzení prognózy; prognóza terminálního stadia musí být potvrzena příslušným odborným lékařem (tj. onkologem, kardiologem apod.)
ee) Tělesné poškození	poškození části těla, orgánu nebo údu v důsledku úrazu bez ohledu na to, zda toto poškození zanechá či nezanechá trvalé následky
ff) Úraz	neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného, které pojištěnému během trvání pojištění způsobilo smrt nebo tělesné poškození, pokud takové tělesné poškození bylo potvrzeno přítomností objektivních znaků zjištěných při lékařském vyšetření Za úraz nepovažujeme úraz, který nastal na již postižené části těla z důvodu úrazového děje, který by zdravou část těla nepoškodil.
gg) Zamykání výnosů	automatický přesun podílových jednotek z investičních podílových fondů do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné za účelem ochrany části dosaženého zhodnocení

ČLÁNEK 2

Program InSpiral

Můžete předložit nabídku na úpravu platné smlouvy staršího typu flexi v programu InSpiral a my vám její přijetí potvrdíme vystavením dodatku.

Pro upravovanou smlouvu platí:

- Ke dni účinnosti dodatku končí platnost sjednaných pojistných podmínek upravované smlouvy a v platnost vstupují pojistné podmínky uvedené v nabídce na úpravu pojistné smlouvy v programu InSpiral.
- K datu účinnosti dodatku se všechna ustanovení pojistných podmínek s uvedením podmínky dodržení minimální doby trvání od počátku pojištění vztahují k původně sjednanému počátku pojištění na upravované smlouvě, s výjimkou ujednání článku 6 těchto SPP.
- Výročním dnem je den a měsíc účinnosti dodatku uvedený v nabídce na úpravu pojistné smlouvy.

ČLÁNEK 3

Pojistné a stanovení investiční strategie, zamykání výnosů

A. Pojistné

- Pojistné **umísťujeme do fondů** sjednaných ve smlouvě.
- Kdykoliv v době trvání smlouvy **můžete zaplatit mimořádné pojistné** v námi stanovené minimální výši (viz platný PPPP). Zaplacení mimořádného pojistného nemá vliv na vaši povinnost platit sjednané běžné pojistné. Jsme oprávněni použít část mimořádného pojistného na pokrytí dlužného běžného pojistného k datu připsání mimořádného pojistného na náš účet.
Mimořádné pojistné můžete uhradit **na základě pokynů uvedených ve smlouvě**. K úhradě mimořádného pojistného jsou určeny zvláštní **variabilní symboly**.
Jsme oprávněni odmítnout mimořádné pojistné zaplacené pod stanovenou minimální hranici.
- Běžné pojistné, jednorázové pojistné i mimořádné **pojistné se používá podle platných pojistně-technických pravidel** k navyšování kapitálové hodnoty smlouvy.
- Platby **můžete umísťovat také do konkrétního**, předem nesjednaného **fondu** dle námi stanovených podmínek.

S inkasovaným pojistným nakládáme postupně dle následujících pravidel:

I. Alokace pojistného:

- pojistné snížíme o příslušný poplatek počáteční alokace,
- takto alokované pojistné sečteme s aktuálním zůstatkem hotovosti, výsledný součet je dále považován za pojistné,
- dále pojistné použijeme na díly dle sjednaného poměru rozdělení pojistného do fondů,
- každý díl pojistného celočíselně přepočteme na podílové jednotky příslušného fondu s využitím ceny jednotky,
- nově nakoupené jednotky přičteme ke stávajícím stavům jednotek,
- vypočteme novou hotovost jako zaokrouhlovací rozdíl vzniklý předchozími kroky.

II. Alokace pojistného (časový postup):

- pojistné můžeme alokovat nejdříve v den počátku pojištění,
- pojistné alokujeme zpravidla v ceně jednotky platné následující den po datu úhrady pojistného,
- při splnění všech předepsaných podmínek (výše platby a její správná identifikace) alokujeme pojistné bez zbytečného odkladu v závislosti na našich provozních a technických podmínkách.

B. Stanovení investiční strategie

a) Garantovaný fond

Fond je rozdělen na **garantovaný fond běžného pojistného** (zhodnocení kapitálové hodnoty fondu garantujeme po celou dobu trvání pojištění a uvádíme jej v pojistce, v PPPP a na našich internetových stránkách) a na **garantovaný fond jednorázového a mimořádného pojistného (zhodnocení kapitálové hodnoty fondu vyhlášíme v námi stanovených termínech a uvádíme jej na našich internetových stránkách)**. Do garantovaného fondu běžného pojistného můžete vkládat pouze běžné pojistné. Jiným způsobem nemůžete peněžní prostředky do tohoto fondu převést (převedení podílových jednotek viz článek 7, písmeno f) těchto SPP). Do garantovaného fondu mimořádného pojistného můžete vkládat jednorázové a libovolné mimořádné pojistné. Při správě podkladových aktiv garantovaného fondu postupujeme podle pravidel skladby finančního umístění definovaných zákonem o pojišťovnictví.

b) Investiční podílové fondy

Do těchto fondů je **vkládáno běžné, jednorázové i mimořádné pojistné** dle námi stanovených pravidel. Jsme oprávněni, při současném zachování povahy podkladových aktiv fondů, měnit podkladová aktiva investičního podílového fondu pouze v případě, že dojde ke změně těchto aktiv ze strany jejich emitenta, stejně tak jsme oprávněni měnit jmenovité označení těchto fondů.

Při správě podkladových aktiv investičního podílového fondu postupujeme v souladu s vaším investičním profilem a vámi stanovenou investiční strategií ve smlouvě. Provede-li emitent spojení podkladového aktiva s jiným aktivem, nahradíme podkladové aktivum podkladovým aktivem vzniklým v důsledku spojení aktiv. Provede-li emitent zrušení podkladového aktiva, nahradíme podkladové aktivum podkladovým aktivem se srovnatelným investičním profilem od emitenta a se srovnatelnou finanční stabilitou. O provedených změnách podkladových aktiv investičního podílového fondu vás informujeme na našich internetových stránkách a v přehledu stavu pojistné smlouvy. Nebudete-li souhlasit se změnou podkladového aktiva, kterou jsme provedli při spojení nebo zrušení původního podkladového aktiva, můžete převodem podílových jednotek a změnou poměru zaúčtování zaplaceného pojistného zdarma upravit investiční strategii ve smlouvě.

C. Řízené programy investování

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

D. Zamykání výnosů

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

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

garantovaného fondu pro mimořádné pojistné a výnos tohoto fondu nebude zamknut. Do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné převedeme aktuální hodnotu daného fondu v den převodu.

ČLÁNEK 4

Náklady, poplatky a cena pojištění

1. Jako pojišťovna **máme právo stanovit výši nákladů, poplatků, slev a ceny pojištění dle smlouvy a platného PPPP**, který jste obdržel a který je nedílnou součástí smlouvy, mj. je průběžně k dispozici na našich internetových stránkách a na všech našich obchodních místech.
2. **PPPP jsme oprávněni jednostranně měnit**. Tuto změnu vám písemně oznámíme a aktuální PPPP zveřejníme na našich internetových stránkách. **Pokud s touto změnou nesouhlasíte, můžete pojištění vypovědět**, a to nejpozději do 1 měsíce od obdržení našeho oznámení o této změně. Příslušné pojištění v tomto případě zanikne posledním dnem pojistného období před provedením změny.

ČLÁNEK 5

Sleva za komplexní rozsah pojištění

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

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

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

ČLÁNEK 6

Bonusy

A. Bonus za bezeškodní průběh

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

- a) Bonus za bezeškodní průběh (dále jen „bonus“) připisujeme ke smlouvám, u kterých **v uplynulém pojistném roce a současně v uplynulých letech sledovaného období nenastala pojistná událost**.
- b) Za pojistnou událost v případě posuzování nároku na bonus nepovažujeme pojistnou událost z pojištění doživotní kapitálové renty.
- c) **Sledovaným obdobím pro posouzení nároku na bonus je vždy pětileté období** počítané od počátku smlouvy (tzn. první období je 1. až 5. rok trvání smlouvy, druhé období je 6. až 10. rok trvání smlouvy, obdobně další období), vyjma posledního sledovaného období, které může být kratší.
- d) **Bonus stanovíme v procentuální výši z celkového rizikového pojistného** za uplynulý pojistný rok. Výše bonusu se řídí platným PPPP.
- e) Celkovým rizikovým pojistným rozumíme souhrn předpisů rizikového pojistného v daném období uplynulého pojistného roku.
- f) Bonus **připíšeme ke smlouvě vždy v následujícím pojistně-technickém období** po uplynutí pojistného roku. Pokud bonus nedosáhne minimální výše stanovené v platném PPPP, za uplynulý pojistný rok jej nepřipíšeme.
- g) Připsaný bonus vždy po uplynutí sledovaného období automaticky **převedeme do kapitálové hodnoty smlouvy a stane se její standardní součástí**. K převodu dojde v následujícím pojistně-technickém období po uplynutí sledovaného období.
Při převodu do kapitálové hodnoty smlouvy bonus sečteme s aktuálním zůstatkem hotovosti a výsledný součet alokujeme do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné v ceně jednotky platné ke dni převodu. Do okamžiku převodu do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné se připsaný bonus nezhodnocuje a nelze s ním disponovat.
- h) **Pokud ve sledovaném období dojde k pojistné události, nevzniká v tomto období na bonus nárok** a případný do té doby připsaný bonus ve sledovaném období ze smlouvy odebereme. V případě, že se dozvíme o pojistné události vzniklé ve sledovaném období až po vyhodnocení tohoto období a převodu bonusu do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné, snížíme kapitálovou hodnotu o celou výši převedeného bonusu za sledované období, ve kterém k pojistné události došlo. Kapitálovou hodnotu snížíme formou odčerpání podílových jednotek z garantovaného fondu pro mimořádné pojistné. Jestliže nebude v tomto fondu dostatek podílových jednotek, odečteme částku, na kterou nepostačují jednotky v garantovaném fondu pro mimořádné pojistné, z kapitálové hodnoty v aktuálním poměru kapitálových hodnot na smlouvě. V případě, že se dozvíme o pojistné události až po ukončení smlouvy, ponížíme o bonus připsaný ve sledovaném období, ve kterém vznikla pojistná událost, vyplácené pojistné plnění. Bude-li připsaný bonus vyšší než vyplácené pojistné plnění, jste povinen nám uhradit rozdíl těchto částek.
- i) Za poslední rok trvání smlouvy před sjednaným koncem smlouvy bonus nepřipisujeme.

- j) Dojde-li k odstoupení od smlouvy z vaší strany či z naší strany (dle článku 8 VPP) nebo bude-li smlouva z důvodu její neplatnosti ukončena před počátkem (dle článku 4 VPP), nárok na bonus nevzniká a případný již vyplacený bonus odečteme od vráceného pojistného při ukončení smlouvy. Bude-li vyplacený bonus vyšší než částka vráceného pojistného, jste nám povinen uhradit rozdíl těchto částek.
- k) Dojde-li k předčasnému ukončení smlouvy z jiného důvodu, než který je uvedený v písm. j) tohoto článku, nevzniká nárok na bonus za sledované období, ve kterém nastane konec smlouvy, a případný připsaný bonus ze smlouvy odebereme.
- l) Jestliže je smlouva ve stavu zproštění od placení pojistného, nevzniká po tuto dobu nárok na bonus.

B. Bonus za věrnost

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

- a) Bonus za věrnost připisujeme **za období prvních patnácti let od počátku smlouvy** ke všem smlouvám, u kterých byla sjednána doba trvání smlouvy v minimální délce dvaceti let.
- b) Bonus za věrnost je **v procentuální výši, kterou stanovíme, z celkového sjednaného a uhrazeného běžného pojistného** v prvních patnácti letech trvání smlouvy. Výše bonusu se řídí platným PPPP.
- c) Bonus za věrnost **připíšeme ke smlouvě vždy v následujícím pojistně-technickém období** po uplynutí pojistného roku v námi stanovené procentuální výši z běžného pojistného uhrazeného v uplynulém pojistném roce.
- d) Následující pojistně-technické období po uplynutí patnácti let od počátku smlouvy **celý připsaný bonus za věrnost automaticky převedeme do kapitálové hodnoty smlouvy a stane se její standardní součástí**. Při převodu do kapitálové hodnoty smlouvy bonus sečteme s aktuálním zůstatkem hotovosti a výsledný součet alokujeme do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné v ceně jednotky platné ke dni převodu. Do okamžiku převodu do garantovaného fondu se připsaný bonus za věrnost nezhodnocuje a nelze s ním disponovat.
- e) Dojde-li v prvních patnácti letech trvání smlouvy ke zkrácení sjednané pojistné doby pod dvacet let, celý připsaný bonus za věrnost ze smlouvy odebereme. Dojde-li v prvních patnácti letech k prodloužení sjednané pojistné doby na dvacet let a více, vzniká nárok na bonus za věrnost ode dne účinnosti prodloužení pojistné doby do dne uplynutí patnácti let od počátku smlouvy.
- f) Pokud v prvních patnácti letech trvání smlouvy dojde k ukončení smlouvy, celý připsaný bonus za věrnost ze smlouvy odebereme.
- g) Dojde-li po patnácti letech trvání smlouvy k odstoupení od smlouvy z vaší strany či z naší strany (dle článku 8 VPP) nebo bude-li smlouva z důvodu její neplatnosti ukončena před počátkem (dle článku 4 VPP), nárok na bonus za věrnost nevzniká a případný vyplacený bonus za věrnost odečteme od vráceného pojistného při ukončení smlouvy.
Bude-li vyplacený bonus za věrnost vyšší než částka vráceného pojistného, jste nám povinen uhradit rozdíl těchto částek.

ČLÁNEK 7

Změny ve smlouvě

A. Můžete nás požádat o:

- a) **zvýšení nebo snížení běžného pojistného**
- b) **změnu v technice a frekvenci placení pojistného**
- c) **zvýšení, popř. snížení pojistné částky**; při zvýšení pojistné částky máme právo provést dodatečné zdravotní posouzení pojištěného
- d) **dočasné přerušování placení pojistného**
K dočasnému přerušování placení pojistného může dojít pouze v případě takového stavu kapitálové hodnoty smlouvy, která bude postačovat na pokrytí poplatků (viz článek 3 těchto SPP) a rizikového pojistného po dobu přerušování placení pojistného.
Dočasné přerušování placení pojistného vstupuje v platnost prvním dnem pojistného období následujícího po pojistném období, za které bylo naposledy zaplacené běžné pojistné.
- e) **výplatu části kapitálové hodnoty smlouvy**, pokud tato částka dosáhne námi stanovené minimální výše (dle platného PPPP)
Výplatu části kapitálové hodnoty provedeme formou odčerpání podílových jednotek ze zvolených fondů převedením na hotovost v cenách jednotky platných ke dni provedení výplaty. V žádosti o výplatu části kapitálové hodnoty můžete určit, z jakých fondů má být proveden odkup, případně v jakém poměru z jednotlivých fondů mají být podílové jednotky odčerpány; jestliže toto v žádosti o výplatu neurčíte, provedeme odkup v aktuálním poměru kapitálových hodnot fondů na smlouvě. Máte právo odčerpat podílové jednotky z garantovaného fondu mimořádného pojistného dle námi stanovených podmínek.
Jestliže jste na smlouvu uhradil mimořádné pojistné, bude možné vyplatit toto mimořádné pojistné ponížené o případný pokles ceny jednotky a poplatky (vztahující se k jeho alokaci a výplatě).
Z kapitálové hodnoty smlouvy, zbývající po případném odečtení částky k výplatě dle předchozí věty, bude možné provést výplatu za podmínky, že sjednaná výše běžně placeného pojistného a zůstatku kapitálové

hodnoty smlouvy bude až do konce trvání smlouvy postačovat na pokrytí rizikového pojistného, poplatků a zajištění vývoje kapitálové hodnoty dle našich platných pojistně-technických zásad.

Podmínkou pro uskutečnění výplaty je ponechání zůstatku kapitálové hodnoty smlouvy ve výši sjednaného rizikového pojistného na následujících 6 měsících trvání pojištění od provedení výplaty a technických poplatků za správu smlouvy do konce doby trvání. Pokud do fondu, ze kterého je vyplácena část kapitálové hodnoty, uhradíte mimořádné pojistné, bude z tohoto fondu vždy nejprve odčerpáno toto mimořádné pojistné. Při splnění výše uvedených podmínek provedeme výplatu kapitálové hodnoty nejdříve po dvou pracovních dnech a současně nejpozději do čtyř týdnů ode dne, kdy jste nám žádost doručil. Jestliže z některého ze sjednaných fondů nebude možné provést požadované odčerpání podílových jednotek, žádost o výplatu části kapitálové hodnoty nevyřídíme.

Při vyřizování žádosti o výplatu části kapitálové hodnoty jsme vám oprávněni účtovat poplatek (viz platný PPPP). Žádost lze podat pouze na našem formuláři, kde musí být provedeno ověření vašich identifikačních údajů.

f) **převedení podílových jednotek mezi fondy**

Při vyřizování žádosti o převedení podílových jednotek jsme vám oprávněni účtovat poplatek (viz platný PPPP). Žádost lze podat pouze na našem formuláři, kde musí být provedeno ověření vašich identifikačních údajů. Při převodu podílových jednotek mezi fondy postupujeme podle našich platných pojistně-technických zásad.

g) **změnu poměru zaúčtování zaplaceného pojistného (běžného, mimořádného) do zvolených fondů**

Na základě žádosti vystavíme dodatek s okamžitou platností a účinností od následující splátky běžného, resp. mimořádného pojistného.

h) **o dodatečné sjednání pojištění, popř. vyloučení doplňkové a úrazové složky pojištění nebo doplnění, popř. vyřazení dospělé pojištěné osoby nebo dítěte**

Případný přeplatek pojistného je ponechán v kapitálové hodnotě smlouvy.

i) **změnu doby trvání pojištění**

j) **doplnění nebo zrušení individuálního konce, klesající pojistné částky (lineárně nebo anuitně) a změnu výše úroku dle úvěru u anuitně klesající pojistné částky**

k) **dodatečné sjednání, popř. zrušení indexace** dle článku 13 těchto SPP

l) **dodatečné sjednání, popř. zrušení řízeného programu investování** dle článku 3 bodu C těchto SPP

m) **dodatečné sjednání, popř. zrušení zamykání výnosů** dle článku 3 bodu D těchto SPP

B. Máme právo:

a) **v souvislosti s výše uvedenými změnami zvýšit běžné pojistné** na úroveň danou platnými pojistně-technickými pravidly

b) v případě, že situace na finančních trzích nebo statisticky významné změny v oceňování pojištěného rizika způsobí nedostatek finančních prostředků v kapitálové hodnotě smlouvy oproti stavu kapitálové hodnoty předpokládané při stanovování minimálního pojistného, upravit nově výši pojistného na další pojistné období

c) **za provedené změny (vystavení dodatku) účtovat poplatek** (viz platný PPPP)

d) **stanovit výši pojistného s ohledem na změnu poplatků** v průběhu trvání pojištění a s ohledem na započtení aktuální výše kapitálové hodnoty

C. Ostatní ustanovení

a) **Jste povinen seznámit pojištěného (event. zákonného zástupce pojištěného dítěte) s obsahem smlouvy.**

b) Všechny **změny** provedené na základě vaší písemné žádosti **vstupují v platnost dnem uvedeným na dodatku**; změny v rozsahu pojištění jsou zpravidla účinné od 1. dne měsíce následujícího po doručení žádosti k nám, pokud jsme se nedohodli jinak.

c) Při jakékoliv provedené technické změně, která může ovlivnit výši pojistného, pojistné, vzhledem k charakteru pojištění, automaticky snižujeme na minimální výši postačitelnosti. **Ke snížení pojistného může dojít výhradně na základě vaší písemné žádosti.**

ČLÁNEK 8

Dopravní nehoda

Dopravní nehodou ve smyslu těchto SPP rozumíme:

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

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

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

d) Nehodu v letecké dopravě – událost spojená s provozem letadla, která se stala mezi dobou, kdy kterákoliv osoba nastoupila do letadla s úmyslem vykonat let, a dobou, kdy všechny takové osoby letadlo opustily, a při které došlo ke smrti či újmě na zdraví kterékoliv osoby následkem přítomnosti v letadle nebo přímého kontaktu s kteroukoliv částí letadla, včetně částí, které se od letadla oddělily, dále přímým působením proudu plynů (vytvořených letadlem). Toto platí také v případech, kdy je letadlo nezvěstné a cestující byli prohlášeni za mrtvé, oprávněné osoby pak mohou nahlásit pojistnou událost za nehodu v letecké dopravě.

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

- osob nacházejících se mimo prostory normálně používané pro cestující a posádku, osob dopravovaných na částech motorového vozidla, které nejsou určeny k dopravě osob (blatníky, kapota apod.) a osob dopravovaných ve vozidlech (s výjimkou řidiče), která neslouží k dopravě osob (např. silniční válce, buldozery apod.) nebo v nákladních automobilech v prostoru pro náklad, pokud není pro dopravu osob určen,
 - nastalé při účasti motorového vozidla na rychlostních závodech (včetně tréninků), obdobně pak v případě účasti lodí nebo letadel na rychlostních nebo vytrvalostních závodech (včetně tréninků na ně),
 - nastalé při provádění typových zkoušek všech druhů dopravních prostředků (při provádění typových zkoušek rychlosti, brzd, zvratu a stability motorového vozidla, dojezdu s největší rychlostí, zajíždění motorových vozidel apod.),
 - nastalé při provozování sportů a zájmových činností spadajících do 4. rizikové skupiny,
 - které si pojištěný způsobil sám nebo které mu byly způsobeny druhou osobou a které nejsou v přičinné souvislosti s dopravní nehodou.
- Dále do pojištění dopravní nehody nezahrnujeme onemocnění, a to ani v případě, že propuklo v přímé souvislosti s dopravní nehodou.

ČLÁNEK 9

Základní pojištění

A. Pojištění dožití se sjednaného konce pojištění



**POJISTNÁ
UDÁLOST,
PODMÍNKY
POJISTNÉHO
PLNĚNÍ
A JEHO
VÝPLATY**

Pojistnou událostí je **dožití se sjednaného konce pojištění**. Při dožití se sjednaného konce pojištění vyplatíme pojištěnému kapitálovou hodnotu smlouvy ve formě jednorázové výplaty nebo ve formě renty doživotní či renty na přesně stanovenou dobu (minimálně na dobu 5 let; o způsobu výpočtu výše renty budeme pojištěného informovat).

Způsob výplaty kapitálové hodnoty si před dožitím se sjednaného konce pojištění **zvolí pojištěný na základě písemné žádosti** na formuláři k výplatě pojistného plnění, a to dle naší aktuální nabídky. V případě, že pojištěný nezvolí jeden z nabízených způsobů výplaty pojistného plnění, vyplatíme mu kapitálovou hodnotu smlouvy jednorázově.

V případě pojištěné dvojice, která se dožije konce pojištění současně, bude možné zvolit jen jednorázovou výplatu a kapitálovou hodnotu rozdělíme mezi oba pojištěné rovným dílem.



**DATUM
VZNIKU
POJISTNÉ
UDÁLOSTI**

Datem vzniku pojistné události je den, kdy se pojištěný dožil sjednaného konce pojištění.



**ZÁNİK
POJISTĚNÍ**

Dožitím se poslední dospělé pojištěné osoby sjednaného konce pojištění toto pojištění i celá smlouva zaniká.

B. Základní pojištění smrti



**POPIS
POJISTĚNÍ**

Pro toto pojištění můžete sjednat individuální konec. K výročnímu dni po dovršení daného věku pojistnou částku základního pojištění smrti automaticky snížíme na 10 000 Kč (v případě pojištění dvojice dojde ke snížení pojistné částky k poslednímu dni měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se stanoveného věku dožije mladší ze dvojice pojištěných). Tato částka bude platit do konce trvání smlouvy, pokud se nedohodneme vystavením dodatku ke smlouvě jinak.



POJISTNÁ UDÁLOST, PODMÍNKY POJISTNÉHO PLNĚNÍ A JEHO VÝPLATY

Pojistnou událostí je smrt pojištěného.

V případě smrti pojištěného vyplatíme obmyšlenému pojistnou částku platnou ke dni úmrtí nebo kapitálovou hodnotu smlouvy platnou ke dni nahlášení pojistné události, je-li vyšší. Pro porovnání obou částek odalokujeme případné poplatky (vyjma měsíčního administrativního poplatku) a platby pojistného, které jste uhradil po datu úmrtí pojištěného na období po jeho smrti, z předpisů pojistného a poplatků (vyjma měsíčního administrativního poplatku) v ceně jednotky platné ke dni nahlášení pojistné události. Pokud byla před datem nahlášení úmrtí smlouva ukončena (např. předčasné ukončení smlouvy z důvodu výpovědi, zánik uplynutím doby, zánik pro neplacení pojistného), je pro výpočet kapitálové hodnoty platná cena jednotky ke dni původního ukončení smlouvy.

V případě pojištění dvojice osob a smrti jedné z nich vyplatíme pojistnou částku platnou ke dni úmrtí pojištěného ve prospěch obmyšleného a pojištění druhé osoby pokračuje. Dojde-li ke smrti obou pojištěných, vyplatíme pojistnou částku platnou ke dni úmrtí a částku vyšší hodnoty vycházející z porovnání pojistné částky platné ke dni úmrtí a kapitálové hodnoty smlouvy ke dni nahlášení pojistné události. Pojistné plnění za každou pojištěnou osobu vyplatíme ve výši poloviny součtu obou těchto částek.

Je-li v případě smrti pojistná částka vyšší než kapitálová hodnota smlouvy, vyplatíme pojistnou částku sniženou o částečné výplaty provedené po datu úmrtí. Pokud bude kapitálová hodnota smlouvy vyšší než pojistná částka, vyplatíme kapitálovou hodnotu sniženou o částečné výplaty provedené po datu nahlášení úmrtí. V případě, že byl výběr části kapitálové hodnoty vyšší než pojistná částka, vyplatíme zbývající část kapitálové hodnoty. Jestliže neuznáme pojistnou událost za likvidní, vyplatíme ve prospěch vás, resp. obmyšleného kapitálovou hodnotu smlouvy.

Po 2 letech od počátku pojištění považujeme za pojistnou událost i smrt v důsledku onemocnění a úrazů, které nastaly, byly diagnostikovány nebo jakkoliv léčeny před počátkem pojištění. Pojistné plnění vyplatíme v souladu se smlouvou.



DATUM VZNIKU POJISTNÉ UDÁLOSTI

Datem vzniku pojistné události je den úmrtí pojištěného.



VÝLUKY A OMEZENÍ PLNĚNÍ

Dojde-li ke smrti pojištěného následkem sebevraždy:

- do 2 let od počátku pojištění, vyplatíme kapitálovou hodnotu smlouvy platnou ke dni nahlášení úmrtí pojištěného. Kapitálovou hodnotu smlouvy vyplatíme vám jako pojistníkovi. Jste-li současně pojištěným, vyplatíme kapitálovou hodnotu smlouvy obmyšlenému. Pokud nebyla vytvořena kladná kapitálová hodnota smlouvy, zaniká pojištění bez výplaty pojistného plnění a bez nároku na vrácení zaplaceného pojistného. V případě pojištění dvojice pojištěných osob a sebevraždy jedné z nich nevzniká nárok na pojistné plnění.
- po 2 letech od počátku pojištění, vyplatíme pojistnou částku pojištění smrti platnou ke dni úmrtí nebo kapitálovou hodnotu smlouvy platnou ke dni nahlášení úmrtí pojištěného, je-li vyšší. Pokud došlo v průběhu posledních dvou let před sebevraždou ke zvýšení pojistné částky základního pojištění smrti, vyplatíme pojistnou částku platnou před zvýšením nebo kapitálovou hodnotu smlouvy platnou ke dni nahlášení úmrtí pojištěného, je-li vyšší. Pojistné plnění vyplatíme obmyšlenému.

Dojde-li ke smrti pojištěného, a pokud jsme se ve smlouvě nedohodli jinak, vyplatíme částku ve výši kapitálové hodnoty smlouvy v případech uvedených níže. Nebyla-li v případech uvedených níže do vzniku pojistné události vytvořena kladná kapitálová hodnota smlouvy, zaniká pojištění bez výplaty pojistného plnění a bez nároku na vrácení zaplaceného pojistného.

Kladnou kapitálovou hodnotu vyplatíme, dojde-li k pojistné události:

- a) do doby 2 let od počátku pojištění následkem jakéhokoliv onemocnění, které nastalo nebo bylo diagnostikováno před počátkem pojištění.
- b) přímo nebo nepřímo vlivem jaderného záření způsobeného výbuchem, závadou jaderného zařízení či přístrojů nebo nedbalostí odpovědných právnických či fyzických osob při dopravě, skladování nebo manipulaci s radioaktivními materiály; dále v případě události vzniklé v důsledku opakovaného a déletrvajícího působení jaderného záření při práci v uranových dolech nebo jaderných elektrárnách.



VÝLUKY A OMEZENÍ PLNĚNÍ

- c) při aktivní účasti pojištěného na vnitrostátních nepokojích či veřejných násilnostech (povstání, vojenská povstání, vzpoury, revoluce, uchvácení moci, stanné právo nebo stav obležení, dále občanské nepokoje, tj. regionální protizákonná skupinová násilná vystoupení občanů vedoucích ke vzniku škod na životě a zdraví jiných občanů a škod na majetku), tj. na násilných činech poškozujících lidský život, majetek či infrastrukturu s úmyslem ovlivnit vládu nebo zastrašovat veřejnost nebo její část; nebo v souvislosti s teroristickými událostmi všeho druhu, kdy bude pojištěný na straně iniciátora (násilná jednání poškozující lidský život, majetek či infrastrukturu a motivovaná politicky, rasově, sociálně, ideologicky nebo nábožensky s úmyslem ovlivnit vládu nebo zastrašovat veřejnost nebo její část).
- d) přímo či nepřímo válečnými událostmi, vojenskými nebo bojovými akcemi všeho druhu (vátky, invaze, nepřátelské nebo válečné operace, občanské války). Omezení uvedená v tomto bodě nevztahujeme na případy přímé či nepřímé účasti pojištěného jako člena ozbrojených složek státu na válečných událostech, vojenských nebo bojových akcích nebo vnitrostátních nepokojích všeho druhu, ke kterým došlo v rámci plnění služebních povinností v Armádě ČR nebo u Policie ČR za předpokladu, že bezprostředně souvisí s výkonem povolání nebo pracovní činností pojištěného mimo území ČR a zároveň jsou součástí mezinárodní mise autorizované/organizované NATO, OSN, EU nebo OBSE. Uvedená omezení se dále nevztahují na případy, ke kterým došlo v souvislosti s výkonem povolání nebo pracovní činností pojištěného mimo území ČR za předpokladu, že bezprostředně souvisí s výkonem povolání nebo pracovní činností pojištěného mimo území ČR a zároveň jsou součástí mezinárodní mise autorizované NATO, OSN, EU nebo OBSE.



ZÁNİK POJIŠTĚNÍ

Smrtí pojištěného (jednoho pojištěného), popř. smrtí obou pojištěných (v pojištění dvojic), pojištění zaniká. Smrtí poslední dospělé pojištěné osoby zaniká celá smlouva.

ČLÁNEK 10

Doplňková a úrazová složka pojištění

Pro FLEXI životní pojištění lze sjednat doplňkovou a úrazovou složku pojištění s těmito pojištěními:

- A. Doplnkové pojištění smrti
- B. Pojištění vážných nemocí a úrazů, vč. připojištění na novotvary in situ
- C. Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče
- D. Pojištění zproštění od placení pojistného
- E. Pojištění kapitálové hodnoty
- F. Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s výplatou doživotní renty
- G. Pojištění doživotní kapitálové renty
- H. Pojištění trvalých následků nemoci
- I. Pojištění smrti následkem úrazu
- J. Pojištění trvalých následků úrazu
- K. Pojištění denního odškodného – úraz
- L. Pojištění hospitalizace
- M. Pojištění pracovní neschopnosti – nemoc, vč. připojištění úrazu k pracovní neschopnosti
- N. Pojištění ošetřování – úraz nebo nemoc

Předběžné krytí

Předběžné krytí je sjednáno pouze pro smlouvy, u kterých je počátek pojištění stanoven na 1. den následujícího měsíce po datu podpisu nabídky.

Předběžné krytí se vztahuje pouze na úrazový děj (vyjma základního a doplňkového pojištění smrti) a na ta z následujících pojištění, která jsou platná ke dni počátku pojištění: základní pojištění smrti, doplňkové pojištění smrti, pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče vyjma pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče v dětském pojištění, pojištění smrti následkem úrazu, pojištění trvalých následků úrazu, pojištění denního odškodného – úraz s možností progresivního plnění, pojištění hospitalizace, připojištění úrazu k pracovní neschopnosti.

Předběžné krytí se sjednává za stejných podmínek a se stejnými parametry, jaké jsou u jednotlivých pojištění sjednaných ve smlouvě, s výjimkou pojistných částek, jejichž výše je omezena hodnotami uvedenými v PPPP ke dni, kdy pojistná událost nastala. Pojistné plnění z předběžného krytí poskytneme pouze v případě, že jsme nabídku přijali.

A. DOPLŇKOVÉ POJIŠTĚNÍ SMRTI



POPIS POJIŠTĚNÍ

Pojištění můžete sjednat pro osoby ve věku od dovršených 18 do 70 let. Pojištění končí nejdříve s ukončením smlouvy (max. v roce, ve kterém se pojištěný dožije 80 let). Pojištění můžete sjednat s konstantní a/nebo klesající pojistnou částkou (dále jen „varianta pojistné částky“). Pro toto pojištění můžete v rámci obou variant pojistné částky sjednat individuální konec.



POJISTNÁ UDÁLOST, PODMÍNKY POJISTNÉHO PLNĚNÍ A JEHO VÝPLATY

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

V případě úmrtí pojištěného vyplatíme obmyšlenému pojistnou částku platnou ke dni úmrtí, není-li dále uvedeno jinak.

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

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

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

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

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

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



DATUM VZNIKU POJISTNÉ UDÁLOSTI

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



VÝLUKY A OMEZENÍ PLNĚNÍ

Doplňkové pojištění smrti zanikne bez výplaty pojistného plnění a bez nároku na vrácení zaplaceného pojistného, dojde-li k pojistné události způsobené:

- přímo či nepřímo válečnými událostmi, vojenskými nebo bojovými akcemi jakéhokoliv druhu (války, invaze, nepřátelské nebo válečné operace, občanské války).

Omezení uvedená v tomto bodě nevztahujeme na případy přímé či nepřímé účasti pojištěného jako člena ozbrojených složek státu na válečných událostech, vojenských nebo bojových akcích nebo vnitrostátních nepokojích všeho druhu, ke kterým došlo v rámci plnění služebních povinností v Armádě ČR nebo u Policie ČR za předpokladu, že bezprostředně souvisí s výkonem povolání nebo pracovní činností mimo území ČR a zároveň jsou součástí mezinárodní mise autorizované/organizované NATO, OSN, EU nebo OBSE. Uvedená omezení nevztahujeme také na případy, ke kterým došlo v souvislosti s výkonem povolání nebo pracovní činností pojištěného mimo území ČR za předpokladu, že bezprostředně souvisí s výkonem povolání nebo pracovní činností mimo území ČR a zároveň jsou součástí mezinárodní mise autorizované NATO, OSN, EU nebo OBSE.

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

Dojde-li ke smrti následkem sebevraždy pojištěného:

- do dvou let od počátku pojištění, zaniká pojištění bez výplaty pojistného plnění a bez nároku na vrácení zaplaceného pojistného,
- po dvou letech od počátku pojištění, vyplatíme pojistnou částku platnou ke dni úmrtí,



VÝLUKY A OMEZENÍ PLNĚNÍ

- v případech, kdy došlo v průběhu posledních 2 let před sebevraždou ke zvýšení pojistné částky doplňkového pojištění smrti, vyplatíme pojistnou částku platnou před tímto zvýšením. Pojistné plnění vyplatíme obmyšlenému.

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

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



ZÁNIK POJIŠTĚNÍ

Smrtí pojištěného (jednoho pojištěného), popř. smrtí obou pojištěných (v pojištění dvojic), pojištění zaniká. Smrtí poslední dospělé pojištěné osoby zaniká celá smlouva.

B. POJIŠTĚNÍ VÁŽNÝCH NEMOCÍ A ÚRAZŮ



POPIS POJIŠTĚNÍ

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

Pojištění můžete sjednat s konstantní a/nebo klesající pojistnou částkou („dále jen varianta pojistné částky“). V každé variantě pojistné částky musíte zvolit buď variantu pojištění základní (pojištění 4 diagnóz), či kompletní (pojištění 37 diagnóz). Pro toto pojištění můžete v rámci obou variant pojistné částky sjednat individuální konec.



POJISTNÁ UDÁLOST, PODMÍNKY POJISTNÉHO PLNĚNÍ A JEHO VÝPLATY

Pojistnou událostí je potvrzení jedné z níže uvedených diagnóz vážných nemocí, respektive provedení některého z níže uvedených operačních zákroků, ke kterému došlo v době trvání pojištění při splnění podmínek stanovených ve smlouvě.

V základní variantě pojištění poskytneme pojistné plnění za jednu pojistnou událost, která nastane v průběhu trvání pojištění, a to ve výši 100 % pojistné částky platné ke dni vzniku pojistné události.

V kompletní variantě pojištění poskytneme pojistné plnění za maximálně tři pojistné události, které nastanou v průběhu trvání pojištění, a to vždy ve výši 100 % pojistné částky platné ke dni vzniku pojistné události. Mezi daty potvrzení diagnózy, resp. daty provedení operačního zákroku je pro jednotlivé pojistné události stanovena doba 12 měsíců, kdy neposkytneme pojistné plnění. Pokud další pojistná událost nastane v této době, pojištění nezaniká a z této pojistné události nárok na plnění nevzniká. Dojde-li k souběhu více pojistných událostí najednou v rámci jedné skupiny (výčet skupin uveden dále), vyplatíme pojistné plnění jen jednou.

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

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

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

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

1. skupina – selhání důležitých orgánů

- totální ledvinové selhání
- transplantace životně důležitých orgánů
- systémový lupus erythematoses
- systémová sklerodermie
- aplastická anémie
- onemocnění plic způsobující dechovou nedostatečnost
- primární plicní arteriální hypertenze



DĚLENÍ DO ŠESTI SKUPIN



DĚLENÍ DO ŠESTI SKUPIN

2. skupina – nervový systém

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

3. skupina – kardiovaskulární systém

- infarkt myokardu
- cévní mozková příhoda
- operace aorty
- operace věnčitých (koronárních) tepen z důvodu ischemické choroby srdeční
- náhrada jedné nebo více srdečních chlopní umělou chlopní
- primární kardiomyopatie
- embolie plicní tepny vyžadující chirurgickou embolektomii
- operace plicní tepny

4. skupina – záněty

- Crohnova choroba
- stavy vedoucí k syndromu krátkého střeva s nutností totální parenterální umělé výživy

5. skupina – nádory

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

6. skupina – ostatní

- slepota
- hluchota
- ztráta řeči
- těžké popáleniny

1

1. SKUPINA SELHÁNÍ DŮLEŽITÝCH ORGÁNŮ

Totální ledvinové selhání – konečné stadium ledvinového selhávání následkem chronického a nezvratného selhání funkce obou ledvin; pojištěný musí podstupovat pravidelnou dialýzu nebo být po transplantaci ledviny. Za pojistnou událost považujeme také zařazení pojištěného do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci.

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

Transplantace životně důležitých orgánů – životně nezbytná a lékařským nálezem indikovaná transplantace srdce, plic, jater, ledvin, slinivky břišní, kdy je příjemcem pojištěný. Operace musí být provedena na území členských států Evropské unie lékařským pracovištěm, které je oprávněno tyto operace provádět.

Povinnost plnit vzniká dnem provedení operace. Mezi kritéria plnění patří také přijetí do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci. Transplantace musí být z lékařského hlediska nezbytně nutná a musí být objektivně potvrzeno selhání funkce příslušného orgánu odborným lékařem.

Právo na plnění nevznikne, jde-li o transplantace jiných orgánů, částí výše uvedených orgánů nebo tzv. kmenových buněk.

Systémový lupus erythematoses – multiorgánové autoimunitní systémové onemocnění (difúzní onemocnění pojivové tkáně), které je charakterizováno tvorbou autoprotilátek působících proti různým strukturám buněčného jádra, projevující se specifickým orgánovým postižením kůže, kloubů, plic, srdce, ledvin, mozku, krevetvorby, cév.

1

1. SKUPINA SELHÁNÍ DŮLEŽITÝCH ORGÁNŮ

Diagnóza musí být klinicky potvrzena odborným lékařem na podkladě průkazu čtyř nebo více klasifikačních kritérií ACR (American College of Rheumatology).

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

Systémová sklerodermie – systémová choroba pojivové tkáně, která se vyznačuje progresivní fibrózou kůže, krevních cév a viscerálních orgánů. V biopsii a sérologických testech musí být potvrzeno postižení srdce, plic nebo ledvin. Diagnózu musí potvrdit odborný lékař. Vyloučeny jsou morfy, lokalizované formy sklerodermie, eozinofilní fasciitida a CREST syndrom.

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

- diagnóza aplastické anémie je potvrzena na základě výsledku punkce kostní dřeně,
- počet granulocytů (bílé krvinky s vyžralými granuly v cytoplasmě) v krvi je nižší než $500/\text{mm}^3$ (tj. $0,5 \times 10^9/\text{l}$) a krevních destiček nižší než $20\ 000/\text{mm}^3$ (tj. $20 \times 10^9/\text{l}$),
- je prokázána anémie a retikulocytopenie,
- léčení je prováděno minimálně jedním z následujících způsobů:
 - pravidelné krevní transfúze,
 - pravidelná aplikace imunosupresivních látek,
 - transplantace kostní dřeně.

Pojistná událost nenastává, jedná-li se o aplastickou anémii, která je následkem terapie (např. antibiotiky, nesteroidními antirevmatiky, zlatem, radiačním zářením nebo chemoterapií), o některou z forem vrozené aplastické anémie nebo o aplastickou anémii, pokud bylo u pojištěného diagnostikováno nádorové onemocnění před uzavřením tohoto pojištění.

Pojistná událost také nenastává v případě, že diagnóza aplastické anémie byla poprvé potvrzena během prvních dvou let od sjednání pojištění a současně toto onemocnění souviselo s chronickou anémií, které si byl pojištěný vědom před uzavřením tohoto pojištění.

Onemocnění plic způsobující dechovou nedostatečnost – je konečné stadium plicních onemocnění, která vedou k trvalému dechovému selhání (tj. globální chronické respirační insuficienci). Diagnóza musí být potvrzena splněním všech pěti následujících kritérií současně:

- hodnota FEV1 (při spirometrickém vyšetření) je trvale menší než 50 % náležité hodnoty,
- parciální tlak kyslíku (pO_2) při analýze krevních plynů je roven nebo nižší než 7,5 kPa,
- parciální tlak oxidu uhličitého (pCO_2) při analýze krevních plynů je trvale vyšší než 6,8 kPa,
- v souladu s výše uvedenými indikačními kritérii je nutná trvalá kyslíková terapie pro hypoxémii,
- je subjektivně pocítována klidová dušnost (samotná nemusí korelovat se změnami plicních funkcí).

Primární plicní arteriální hypertenze – je spojená s podstatným rozšířením pravé komory potvrzeným vyšetřeními včetně katetrizace. Vede k významnému trvalému nezvratnému fyzickému postižení nejméně třídy NYHA III–IV podle klasifikace srdečního selhání. Srdeční selhání třídy NYHA III–IV znamená, že pacient je během běžných každodenních činností symptomatický, přestože užívá léky a dietní úpravy, a současně je prokázána abnormální funkce komory při fyzikálním i laboratorním vyšetření.

2

2. SKUPINA NERVOVÝ SYSTÉM

Významné poškození mozku způsobené úrazem – klinická symptomatologie s prokázaným trvalým neurologickým postižením musí být doložena objektivním nálezem odborného lékaře. Diagnóza musí být potvrzena čerstvými změnami na CT nebo MRI. Vyloučeno je poškození mozku způsobené úrazem v souvislosti s požitím alkoholu a/nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky.

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

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

Hemiplegie – úplné a trvalé ochrnutí pravé nebo levé poloviny těla s úplným a trvalým přerušením vodivosti míchy pro vlákna zajišťující hybnost. Povinnost plnit vzniká nejdříve 6 měsíců od počátku onemocnění po potvrzení diagnózy hemiplegie příslušným odborným pracovištěm.

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

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

Demence včetně Alzheimerovy choroby – výrazný úbytek nebo úplná ztráta mentálních a sociálních schopností důsledkem nevratného selhání funkce mozku. Zdravotní stav nemocného musí vyžadovat trvalý dohled.

Diagnóza musí být potvrzena standardními psychodiagnostickými testy a dotazníky pro diagnózu Alzheimerovy choroby nebo jiných druhů demencí a dále musí být potvrzena odborným neurologickým pracovištěm.

Vyloučena je demence v důsledku požívání alkoholu a/nebo aplikace návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky a demence v důsledku choroby AIDS.

Parkinsonova nemoc – progredující neurologické onemocnění způsobené úbytkem buněk produkujících přenašeč dopamin. Nedostatek dopaminu vede k charakteristickým příznakům nemoci (rigidita svalů, poruchy držení těla, svalový třes, zpomalení volných pohybů). Následující kritéria se musí vyskytovat trvale: akinese plus rigor, klidový tremor nebo posturální instabilita. Patří sem oboustranné postižení od klinického stupně závažnosti 3 dle Hoehn a Yahr.

Potvrzení odborným neurologickým pracovištěm a pomocí L-dopa testu, CT nebo MRI. Vyloučeny z plnění jsou sekundární parkinsonské příznaky.

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

Projevuje se různými neurologickými příznaky (poruchy zraku, citlivosti, hybnosti apod.).

Prokazuje se typickými nálezy při vyšetření CNS magnetickou rezonancí (MRI).

Nárok na plnění vzniká potvrzením jednoznačné a definitivní diagnózy podle revidovaných McDonaldových kritérií (průkaz roztroušenosti v čase i prostoru) odborným lékařem.

Za pojistnou událost nepovažujeme první akutní projev tohoto onemocnění, dále nejednoznačné neurologické diagnózy a ostatní zánětlivá onemocnění.

Amyotrofická laterální skleróza – progresivní degenerativní onemocnění centrálního i periferního motorického neuronu, projevující se rychlou progresí, s přítomností svalových obrn a atrofií s následkem postižení pojištěného. Tento stav musí být lékařsky dokumentován. Diagnóza musí být potvrzena klinickým neurologickým vyšetřením včetně uvedení nálezu EMG vyšetření a nálezu MRI mozku a krční míchy, event. vyšetřením mozkomíšního moku.

Klíšťová meningoencefalitida (KE) – encefalitida a/nebo meningitida způsobená specifickými ARBO viry (rod Flavivirus).

Přenašečem je klíště. Vzácně je přenos možný alimentární cestou.

Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria:

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

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

Lymeská nemoc (borrelióza) – zánětlivé onemocnění způsobené bakteriemi komplexu *Borrelia burgdorferi*, které má projevy kožní, neurologické, kloubní, kardiologické, oční a další.

Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria:

- pojištěný jednoznačně doložil přítomnost bakterie *Borrelia burgdorferi*,
- pojištěný doložil přítomnost specifických protilátek proti Lymeské nemoci v organismu (IgM a IgG prokazujících akutní infekci),
- pojištěný byl řádně dlouhodobě léčen,
- příznaky způsobené jednoznačně Lymeskou nemocí a závažnost jejích následků jsou potvrzeny příslušným odborným lékařem (psychosyndrom, parézy periferních i hlavových nervů, dysartrie, ataxie, poruchy kognitivních a paměťových funkcí, periferní neuropatie apod., těžké invalidizující postižení kloubů).

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

Postižení kloubů a invalidizace musí být potvrzena příslušným odborným lékařem.

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

Meningitida (meningoencefalitida) – zánět mozkových blan vyvolaný infekční etiologií.

Pro plnění z meningitidy musí existovat alespoň tři z níže uvedených příznaků: poruchy sluchu, hemiparézy, epileptické záchvaty, ataxie, parézy mozkových nervů, poruchy zraku, neuropsychické potíže nebo Waterhaus-Friedrichsenův syndrom (krvácení do nadledvin při meningokokové sepsi).

Poškození musí být potvrzeno odborným lékařem na základě technické diagnostiky (CT, MRI, transkraniální duplexní sonografie), vyšetření mozkomíšního moku s typickým zánětlivým nálezem, průkazem agens, jejich antigenů nebo DNA bakterií v moku nebo krvi pomocí metody PCR.

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

Podkladem pro poskytnutí plnění je lékařská zpráva a podrobný popis postižení.

Vyloučeno je postižení vzniklé následkem infekce způsobené virem HIV.

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

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

Pro plnění z encefalitidy jsou následující kritéria: trvalé kognitivní poruchy, poruchy sluchu, řeči, epilepsie, motorické výpadky, deficit v jemné motorice, ochrnutí mozkových nervů, demence. Dále plníme za získané psychiatrické nemoci vedoucí k týmž nebo podobným následkům jako organická onemocnění mozku uvedená pod tímto písmenem.

Podkladem pro poskytnutí plnění je lékařská zpráva a podrobný popis postižení.

Vyloučeno je postižení vzniklé následkem infekce způsobené virem HIV.

Creutzfeldtova-Jakobova nemoc – vzácné přenosné onemocnění mozku, 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 volných pohybů. Pro plnění musí existovat dva z příznaků: motorické poruchy (myoklonie, ataxie), poruchy paměti, vnímání a bdělosti, zraku, změny osobnosti. Potvrzení odborným lékařem s pomocí dalších vyšetřovacích metod (vyšetření moku, MRI, EEG, u BSE biopsie mandlí).

Infarkt myokardu – nezvratné poškození části srdeční svaloviny, které je způsobeno nedostatečným krevním zásobením dané oblasti; nárok na pojistné plnění vzniká potvrzením diagnózy odborným lékařem.

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

Z pojistného plnění je vyloučena angína pectoris.

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

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

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

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

Vyloučeny jsou cévní mozkové příhody vzniklé důsledkem úrazu, tranzitorní ischemická ataka a druhotné krvácení do již existující mozkové léze.

Operace aorty operační výkon na aortě provedený v důsledku jejího roztržení, vzniku výdutě nebo jejího vrozeného zúžení; vyloučeny jsou operace na větvích aorty nebo bypassy vystupující z aorty a vedoucí krev do periferního řečiště (např. aortofemorální bypass). Povinnost plnit vzniká dnem provedení operace, pokud k ní došlo na území členských států Evropské unie.

Operace věnčitých (koronárních) tepen z důvodu ischemické choroby srdeční je operační kardiologický výkon, při němž je pojištěnému voperován alespoň dvojnásobný koronární bypass (CABG, ACVB) s použitím transplantátu při otevřeném hrudníku pro funkčně významné postižení věnčitých tepen. Podkladem pro indikaci operace musí být koronarograficky prokázána funkčně významná nedostatečnost (zúžení, uzávěr) věnčitých tepen a lékařská zpráva s přesnou diagnózou základní a operační.

Pojistná událost však nenastává, pokud je zprůchodnění věnčitých tepen provedeno pomocí intraarteriálních katetrů, mezi které patří například angioplastika (PTCA), rotablace, laserové techniky nebo jakékoliv jiné podobné procedury (tj. provedení zákroku bez otevření hrudníku).

Operace musí být provedena na území České republiky nebo na území členských států Evropské unie. V případě nesplnění této podmínky nejsme povinni vyplatit pojistné plnění.

Náhrada jedné nebo více srdečních chlopní umělou chlopní – náhrada z důvodu stenózy nebo nedomykavosti operační cestou. Kardiologický operační výkon zahrnuje náhradu aortální, mitrální, plicní nebo trikuspidální chlopně. Diagnóza a provedení operačního výkonu musí být potvrzeny odborným lékařem včetně doložení operačního protokolu, operace musí být provedena na území České republiky nebo na území členského státu Evropské unie. Pojistná ochrana se nevztahuje na jiné kardiologické zákroky a veškeré výměny chlopnových protéz. Vyloučeny jsou valvulotomie, valvuloplastiky a jiné operativní korekce chlopně, při nichž nedojde k její náhradě, dále jsou vyloučeny náhrady chlopně z důvodu infekční endokarditidy vzniklé z důvodu nitrožilního podávání drog.

Primární kardiomyopatie – onemocnění srdečního svalu provázené poruchou jeho funkce, a to bez průkazu jiné příčiny (onemocnění vzniká jako samostatná choroba). Diagnóza tohoto onemocnění musí splňovat jedno z následujících kritérií:

- dilatace (rozšíření) a systolická dysfunkce levé komory s ejekční frakcí pod 30 % potvrzené opakovaně s odstupem minimálně 6 měsíců (dilatační kardiomyopatie),
- neadekvátní hypertrofie myokardu (zbytnění, zvláště přepážky) s diastolickou dysfunkcí (hypertrofická kardiomyopatie) vyžadující nefarmakologickou léčbu (např. implantace ICD, kardiostimulátoru, alkoholová ablace mezikomorového septa),
- těžká diastolická dysfunkce, především na podkladě amyloidosy (restrikční kardiomyopatie),
- arytmogenní dysplasie pravé komory (nahrazování svaloviny pravé komory tukem a vazivem).

3

3. SKUPINA KARDIO- VASKULÁRNÍ SYSTÉM

Diagnóza musí být klinicky potvrzena odborným lékařem vč. nálezu vyšetření EKG, echokardiografie, katetrizací, ev. MRI srdečního svalu nebo biopsií (tato je vyžadována u restriktivní kardiomyopatie a arytmogenní dysplasie pravé komory). Musí se jednat o postižení s výraznými klinickými příznaky – podle klasifikace NYHA třídy III–IV. Právo na plnění nevznikne, jde-li o 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 nebo při současné infekci virem HIV.

Embolie plicní tepny vyžadující chirurgickou embolektomií – obstrukce (ucpání) plicní tepny krevní sraženinou vyžadující okamžitou embolektomií na otevřeném hrudníku (incise [naříznutí] plicní tepny k vynětí vmetku [embolu]). Jiná léčba včetně antikoagulancií nebo katetrové embolektomie není pojištěním kryta.

Operace plicní tepny – aktuální podstoupení operace vyžadující střední sternotomií (rozříznutí hrudní kosti) na doporučení odborného lékaře pro onemocnění plicní tepny za účelem vytnutí nemocné části a její náhradu štěpem.

4

4. SKUPINA ZÁNĚTY

Crohnova choroba – závažné zánětlivé onemocnění střev nejasné příčiny. Diagnóza musí být potvrzena odborným gastroenterologickým vyšetřením vycházejícím z výsledků doloženého endoskopického, histologického a laboratorního nálezu. Podmínku tohoto onemocnění splňují pacienti s recidivující fistulující či stenózující formou onemocnění vyžadující opakované střevní resekce. Dále pacienti se závažným malabsorbčním syndromem vyžadující dlouhodobé nebo trvalé podávání parenterální výživy.

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

5

5. SKUPINA NÁDORY

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

Vyloučeny jsou:

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

Nitrolební (intrakraniální) nádor – nitrolební nádory s klinickou symptomatologií, které je nutno řešit chirurgickým zákrokem (otevřeným z kraniotomie, stereotaktickým, endonasálním apod.), a/nebo radioterapií a/nebo chemoterapií.

Přítomnost nádoru musí ohrožovat životní funkce a v případě, že je neoperabilní, musí způsobovat trvalé neurologické poškození.

Povinnost plnit vzniká dnem rozhodnutí odborného lékaře o nutnosti (indikaci) operativního zákroku, eventuálně rozhodnutí o inoperabilitě nitrolebního nádorového procesu, případně prokázání již provedené operační léčby, chemoterapie nebo ozařování.

Požadujeme prokázání na MRI nebo CT (případně PET).

6

6. SKUPINA OSTATNÍ

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

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

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

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

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

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

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



DATUM VZNIKU POJISTNÉ UDÁLOSTI

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



ČEKACÍ DOBA

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

V případě, kdy jste v posledních třech měsících před pojistnou událostí zvýšil pojistnou částku pojištění vážných nemocí a úrazů, vyplatíme pojistnou částku platnou před jejím zvýšením. Pokud došlo k dané vážné nemoci v důsledku úrazu, který nastal v době trvání pojištění, a po vzniku úrazu došlo ke zvýšení pojistné částky, vyplatíme pojistnou částku platnou ke dni vzniku úrazu.

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



VÝLUKY A OMEZENÍ PLNĚNÍ

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



ZÁNİK POJIŠTĚNÍ

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

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

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

K datu potvrzení diagnózy vážné nemoci či provedení operačního zákroku končí pojištění diagnózy či zákroku, za které jsme poskytli pojistné plnění, a zároveň končí pojištění skupiny, ve které jsou tato diagnóza či zákrok obsaženy (viz výčet skupin výše).

Pojištění ostatních skupin pokračuje dál, pojistná částka a sazba pojistného zůstává beze změn. Pokud došlo v období od vzniku pojistné události do výplaty pojistného plnění k navýšení pojistné částky, pokračuje pojištění ostatních skupin s pojistnou částkou platnou před tímto navýšením.

Pojištění kompletní varianty vážných nemocí a úrazů zaniká k datu vzniku třetí pojistné události, za kterou vzniká nárok na výplatu pojistného plnění. Smlouva zůstává nadále v platnosti.

Připojištění na novotvary in situ



POPIS POJIŠTĚNÍ

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

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



POJISTNÁ UDÁLOST, PODMÍNKY POJISTNÉHO PLNĚNÍ A JEHO VÝPLATY

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

- D01 karcinom in situ jiných a neurčených trávicích orgánů (D01.0 – D01.9),
- D03 melanom in situ (D03.0 – D03.9),
- D05 karcinom in situ prsu (D05.0 – D05.9),
- D06 karcinom in situ hrdla děložního – cervicis uteri (D06.0 – D06.9),
- D07 karcinom in situ jiných a neurčených pohlavních orgánů (D07.0 – D07.6),
- D09 karcinom in situ jiných a neurčených lokalizací (D09.0 – D09.9),
- dále maligní melanom stadia IA podle TNM a primární karcinom prostaty (C61) stadia pod T2NOMO (T1a, T1b, T1c) a (D07, C61).

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



DATUM VZNIKU POJISTNÉ UDÁLOSTI

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



VÝLUKY

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



ZÁNİK POJIŠTĚNÍ

Připojištění na novotvary in situ zaniká pojistnou událostí.

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

Připojištění in situ dále zaniká v případě zániku kompletní varianty pojištění vážných nemocí a úrazů.

C. POJIŠTĚNÍ INVALIDITY NEBO DLOUHODOBÉ PÉČE



POPIS POJIŠTĚNÍ

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

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

Pro toto pojištění můžete v rámci obou variant pojistné částky sjednat individuální konec, který platí pro všechny stupně invalidity sjednané v rámci dané varianty pojistné částky. Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče sjednáváte pro případ invalidity 3. stupně. K tomu si můžete sjednat pojištění 2. a 1. stupně, popř. jen 2. stupně.

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

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



**POJISTNÁ
UDÁLOST,
PODMÍNKY
POJISTNÉHO
PLNĚNÍ
A JEHO
VÝPLATY**

Pojistnou událostí je:

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

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

Byl-li pojištěnému v době trvání pojištění způsoben úraz při dopravní nehodě dle ustanovení článku 8 těchto SPP, pro jehož následky byl pojištěný následně uznán invalidním 3. stupně, a to ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení a těchto podmínek, nebo mu byl přiznán příspěvek na péči, poskytneme mu kromě plnění za pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče navíc i plnění za invaliditu nebo dlouhodobou péči z důvodu úrazu při dopravní nehodě. Plnění vyplatíme ve výši pojistné částky pro pojištění invalidity 3. stupně nebo dlouhodobé péče sjednané ve smlouvě ke dni vzniku pojistné události (tzn. ke dni vzniku úrazu), maximálně však do výše částky 1 mil. Kč (platí pro součet obou variant pojistné částky).

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

V případě invalidity 1. nebo 2. stupně poskytneme plnění za organické duševní poruchy (diagnózy F00 – F09 dle MKN 10), které jsou dle vyšetření jednoznačně prokazatelné.

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

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

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

Splnění podmínky jednoho roku, resp. dvou let nevyžadujeme, pokud nám pojištěný jednoznačně prokáže, že onemocnění, pro které byl uznán invalidním příslušného stupně, resp. pro které mu byl přiznán příspěvek na péči, nastalo a bylo diagnostikováno po počátku pojištění. O splnění těchto podmínek máme právo rozhodnout na základě odborné lékařské expertizy.

Splnění podmínky jednoho roku, resp. dvou let dále nevyžadujeme při změně varianty pojistné částky nebo způsobu klesání, pokud zároveň nezvýšíte pojistnou částku.



**DATUM
VZNIKU
POJISTNÉ
UDÁLOSTI**

Datum vzniku pojistné události je den, od kterého byl pojištěný uznán ČSSZ invalidním určitého stupně, a to ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení a těchto pojistných podmínek, nebo mu byl přiznán příspěvek na péči.



**VÝLUKY
A OMEZENÍ
PLNĚNÍ**

V případě invalidity 3. stupně nebo dlouhodobé péče neposkytneme plnění za diagnózy F00 – F99 vzniklé v příčinné souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo psychoaktivních látek. V případě invalidity 1. nebo 2. stupně neposkytneme plnění za diagnózy F00 – F09 vzniklé v příčinné souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo psychoaktivních látek. Dále plnění neposkytneme za poruchy duševní a poruchy chování (diagnózy F10 – F99 dle MKN 10).



ZÁNİK POJIŠTĚNÍ

K datu uznání příslušného stupně invalidity nebo přiznání příspěvku na péči zaniká pojištění daného stupně a zároveň nižšího stupně / nižších stupňů, a to v obou variantách pojištění, pokud jsou na smlouvě sjednány.

Po datu uznání příslušného stupně invalidity nebo dlouhodobé péče již nemůžete zvyšovat pojistnou částku ani měnit variantu pojistné částky či variantu pojištění nebo způsob klesání či prodlužovat dobu trvání pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče. Smlouva zůstává nadále v platnosti.

D. POJIŠTĚNÍ ZPROŠTĚNÍ OD PLACENÍ POJISTNÉHO



POPIS POJIŠTĚNÍ

Pojištění můžete sjednat ve věku od dovršených 18 do 62 let.

Pojištění končí nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technického období, ve kterém se dožijete 65 let.

Pojištění můžete sjednat a nárok na zproštění od placení vzniká, pouze pokud jste na smlouvě zároveň pojištěnou osobou.

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



POJISTNÁ UDÁLOST, PODMÍNKY POJISTNÉHO PLNĚNÍ A JEHO VÝPLATY

Pojistnou událostí je:

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

Zproštění od placení pojistného začíná ode dne nejbližší splatnosti pojistného po uznání invalidity nebo po přiznání příspěvku na péči a týká se pojistného za jeden rok trvání pojištění. Povinnost platit pojistné přechází na nás.

Pokud máte ve smlouvě sjednána i další pojištění (z doplňkové a úrazové složky pojištění), vztahuje se zproštění od placení pojistného i na tato pojištění.

Nárok na zproštění od placení pojistného musí vzniknout nejpozději do dosažení 65 let věku.

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

Splnění podmínky jednoho roku nevyžadujeme, pokud nám jednoznačně prokážete, že onemocnění, pro které jste byl uznán invalidním 3. stupně, resp. pro které vám byl přiznán příspěvek na péči, nastalo a bylo diagnostikováno po počátku pojištění. O splnění těchto podmínek máme právo rozhodnout na základě odborné lékařské expertizy.

Pokud zvýšíte běžné pojistné a jste uznán invalidním nebo je vám přiznán příspěvek na péči, v obou případech výlučně z důvodu nemoci, budete zproštěn v rozsahu navýšeného pojistného až pro pojistné události, které nastanou po uplynutí jednoho roku od data účinnosti navýšení pojistného.

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

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

V případě zániku pojištění zproštění od placení pojistného můžete, pokud jste současně i 1. pojištěným, písemně požádat o opětovné sjednání pojištění zproštění od placení pojistného.



DATUM VZNIKU POJISTNÉ UDÁLOSTI

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



POVINNOSTI POJIŠTĚNÉHO

Pokud prokážete, že jste stále invalidní, že stále pobíráte příspěvek na péči, nebo pokud prodloužíme platnost odborného posudku o vašem zdravotním stavu, zproštění se prodlužuje vždy na další rok. Pokud odejdete do starobního důchodu a tuto skutečnost nám nahlásíte, nemusíte již potvrzení o trvání invalidity nebo o příspěvku na péči předkládat.

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

Pokud jste zproštěn od placení pojistného, jste povinen nás bez zbytečného odkladu informovat o skutečnosti, že již nejste uznán invalidním nebo že se výrazně zlepšil váš zdravotní stav (nebo že vám byl odejmut příspěvek na péči). Jestliže se dozvíme, že jste tyto informace zatajil, budeme na pojistné, od jehož placení jste byl neoprávněně zproštěn, uplatňovat ustanovení uvedené v článku 19 VPP.

V době trvání zproštění od placení pojistného nemůžete provádět technické změny ve smlouvě.



VÝLUKY A OMEZENÍ PLNĚNÍ

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



ZÁNİK POJIŠTĚNÍ

Zproštění od placení pojistného končí nejpozději uplynutím doby, na kterou bylo placení pojistného sjednáno, pokud jsme se ve smlouvě nedohodli jinak.

E. POJIŠTĚNÍ KAPITÁLOVÉ HODNOTY



POPIS POJIŠTĚNÍ

Pojištění můžete sjednat pro osoby ve věku od dovršených 18 do 70 let.

Pojištění končí nejdéle s ukončením smlouvy (max. v roce, ve kterém se pojištěný dožije 80 let).

Pojistná částka pro pojištění kapitálové hodnoty je ve stejné výši jako pojistná částka sjednaná pro základní pojištění smrti.



POJISTNÁ UDÁLOST, PODMÍNKY POJISTNÉHO PLNĚNÍ A JEHO VÝPLATY

V případě smrti poslední dospělé pojištěné osoby vyplatíme kapitálovou hodnotu smlouvy platnou ke dni nahlášení pojistné události, maximálně však do výše pojistné částky platné ke dni úmrtí.



DATUM VZNIKU POJISTNÉ UDÁLOSTI

Datem vzniku pojistné události je den úmrtí posledního dospělého pojištěného na smlouvě.



ZÁNİK POJIŠTĚNÍ

Smrtí posledního dospělého pojištěného pojištění kapitálové hodnoty i celá smlouva zaniká.

F. POJIŠTĚNÍ INVALIDITY NEBO DLOUHODOBÉ PĚČE S VÝPLATOU DOŽIVOTNÍ RENTY



POPIS POJIŠTĚNÍ

Pojištění můžete sjednat pro osoby ve věku od dovršených 18 do 62 let.

Pojištění končí nejpozději posledním dnem měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěný dožije 65 let.

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



POJISTNÁ UDÁLOST, PODMÍNKY POJISTNÉHO PLNĚNÍ A JEHO VÝPLATY

Pojistnou událostí je:

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

V případě vzniku pojistné události začneme od následujícího kalendářního měsíce vyplácet rentu ve výši pojistné částky platné k datu vzniku pojistné události, a to v obdobích dohodnutých ve smlouvě.

Před zahájením výplaty renty lze požádat o změnu sjednaného měsíčního období pro výplatu renty na období čtvrtletní, pololetní nebo roční. Po zahájení výplaty renty již nelze požádat o změnu období pro výplatu renty.

Rentu vyplácíme po dobu jednoho roku.

Výplatu renty prodlužujeme vždy na další rok, pokud pojištěný prokáže, že je stále invalidní nebo stále pobírá příspěvek na péči, nebo pokud prodloužíme platnost odborného posudku o jeho zdravotním stavu.

Podle našich pojistně-technických zásad se každoročně zvyšuje výše vyplácené renty o podíl na výnosech z rozdělení pojistně-technických přebytků fondu rezerv pojistného. Pokud pojištěný přestane být invalidní nebo přestane pobírat příspěvek na péči, vyplatíme rentu naposledy za období, ve kterém ještě podmínky výplaty splňoval.

V případě, že si pojištěný nevyzvedne tři po sobě jdoucí platby vyplácené renty, můžeme rozhodnout o pozastavení výplaty, a to až do doby, dokud pojištěný nedoloží, že výplata této renty může pokračovat.

V případě ukončení výplaty renty (pojištěný ve smyslu těchto pojistných podmínek přestal být invalidním nebo přestal pobírat příspěvek na péči) můžete písemně požádat o opětovné sjednání pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s výplatou doživotní renty.

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

Splnění podmínky jednoho roku nevyžadujeme, pokud nám pojištěný jednoznačně prokáže, že onemocnění, pro které byl uznán invalidním 3. stupně, resp. pro které mu byl přiznán příspěvek na péči, nastalo a bylo diagnostikováno po počátku pojištění. O splnění těchto podmínek máme právo rozhodnout na základě odborné lékařské expertizy.

Rentu vyplatíme naposledy za období, ve kterém dojde k úmrtí pojištěného.



DATUM VZNIKU POJISTNÉ UDÁLOSTI

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



POVINNOSTI POJIŠTĚNÉHO

Na naši žádost je pojištěný povinen prokázat, že je ve smyslu těchto pojistných podmínek stále invalidní nebo že stále pobírá příspěvek na péči.

Pojištěný, kterému vyplácíme rentu, je nás povinen bez zbytečného odkladu informovat o skutečnosti, že již není uznán invalidním nebo již nepobírá příspěvek na péči nebo že se výrazně zlepšil jeho zdravotní stav.

Pokud pojištěný odejde do starobního důchodu a tuto skutečnost nám nahlásí, nemusí již potvrzení o trvání invalidity či pobírání příspěvku na péči předkládat.



VÝLUKY A OMEZENÍ PLNĚNÍ

V případě invalidity 3. stupně nebo dlouhodobé péče neposkytneme plnění za diagnózy F00 – F99 dle MKN 10.



ZÁNIK POJIŠTĚNÍ

Zahájením výplaty renty zaniká pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s výplatou doživotní renty.

G. POJIŠTĚNÍ DOŽIVOTNÍ KAPITÁLOVÉ RENTY



POPIS POJIŠTĚNÍ

Pojištění můžete sjednat pro osoby ve věku od dovršených 18 let do 59 let.

Pojištění končí posledním dnem měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěný dožije 60 let.

O ukončení pojištění renty můžete požádat kdykoliv v průběhu trvání tohoto pojištění. Žádost o ukončení nám musíte doručit nejpozději 30 dnů před sjednaným koncem pojištění renty.



POJISTNÁ UDÁLOST, PODMÍNKY POJISTNÉHO PLNĚNÍ A JEHO VÝPLATY

Pojistnou událostí je dožití se pojištěného dne uvedeného ve smlouvě jako konec pojištění doživotní kapitálové renty.

V případě vzniku pojistné události začneme od následujícího kalendářního měsíce vyplácet v dohodnutých obdobích dle smlouvy rentu.

Ke dni počátku výplaty renty ponížíme kapitálovou hodnotu smlouvy jednorázově o částku potřebnou k výplatě renty.

Výši renty, která je uvedena ve smlouvě, negarantujeme. Na začátku výplaty hodnotu renty vypočítáváme pomocí aktuálních úmrtnostních a úrokových předpokladů a našich pojistně-technických zásad. Pokud nebudeme moct, vzhledem k aktuální výši kapitálové hodnoty smlouvy ke dni počátku výplaty renty, začít vyplácet pojištěnému rentu ve výši uvedené ve smlouvě, výši renty přepočítáme a vyplatíme v této nově stanovené výši. Jestliže nově stanovená výše renty nedosáhne námi stanovené minimální výše pro měsíční výplatu renty, budeme rentu vyplácet čtvrtletně.

Před zahájením výplaty renty může pojištěný požádat o změnu sjednaného měsíčního období pro výplatu renty na období čtvrtletní, pololetní nebo roční. Žádost o změnu nám musí pojištěný doručit nejpozději 30 dnů před sjednaným koncem pojištění renty. Po zahájení výplaty renty již nelze změnit období pro výplatu renty.

Vy ani pojištěný nemůžete požádat o dřívější výplatu renty, o odklad výplaty renty ani o výplatu jednorázového pojistného plnění místo výplaty renty.

Jestliže nám pojištěný nesdělí nejpozději 30 dnů před sjednaným koncem pojištění renty údaje s pokyny o způsobu výplaty renty, začneme vyplácet rentu způsobem, který oznámíme pojištěnému na jeho adresu evidovanou ve smlouvě.

Podle našich pojistně-technických zásad můžeme každoročně zvýšit výši vyplácené renty o podíl na výnosech z rozdělení pojistně-technických přebytků fondu rezerv pojistného.

V případě, že si pojištěný nevyzvedne tři po sobě jdoucí platby vyplácené renty, můžeme rozhodnout o pozastavení výplaty, a to až do doby, dokud pojištěný nedoloží, že výplata této renty může pokračovat.

Rentu budeme vyplácet trvale, maximálně však do data úmrtí pojištěného. Rentu vyplatíme naposledy za období, ve kterém dojde k úmrtí pojištěného.



DATUM VZNIKU POJISTNÉ UDÁLOSTI

Datem vzniku pojistné události je den, kdy se pojištěný dožil dne uvedeného ve smlouvě jako konec pojištění doživotní kapitálové renty.



ZÁNIK POJIŠTĚNÍ

Zahájením výplaty renty zaniká pojištění doživotní kapitálové renty.

H. POJIŠTĚNÍ TRVALÝCH NÁSLEDKŮ NEMOCI



POPIS POJIŠTĚNÍ

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



POJISTNÁ UDÁLOST, PODMÍNKY POJISTNÉHO PLNĚNÍ A JEHO VÝPLATY

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

Pojistné plnění vyplácíme max. do výše příslušného procenta pojistné částky platné ke dni vzniku pojistné události, a to dle tabulky uvedené níže. Maximální možné plnění je ve výši 400 % pojistné částky.

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



ZTRÁTA SLUCHU

Hluchota na 1 ucho

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

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

Vážná ztráta sluchu

Trvalá, nenávratná, významná část ztráty sluchu obou uší způsobená nemocí.

Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem a doložena průměrnou sluchovou ztrátou sluchovým prahem 41–80 dB při 500, 1 000, 2 000 Hz na zdravějším uchu při vyšetření tónovým audiogramem.

Hluchota

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



ZTRÁTA ZRAKU

Slepota na jedno oko

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

Silná slabozrakost

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

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

Slepota

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

Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem.



ZTRÁTA ŘEČI

Vážná ztráta řeči

Trvalá, nevratná, významná ztráta schopnosti řeči v důsledku nemoci.

Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem.

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

Úplná ztráta řeči

Úplná, trvalá, nenávratná ztráta schopnosti řeči v důsledku nemoci.

Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem.

Za pojistnou událost považujeme i stav po laryngektomii (odstranění hrtanu).

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



NÁSLEDKY SELHÁVÁNÍ ORGÁNŮ

Trvalá kolostomie

Podstoupení chirurgického zákroku, jehož účelem je vytvořit kolostomii. Kolostomií se rozumí umělé vyústění konce tlustého střeva prostřednictvím vývodu (stomie) skrze břišní stěnu.

Potřeba trvalé kolostomie musí být potvrzena odborným lékařem.

Pojistnou událostí není jakákoliv dočasná kolostomie, která je odstraněna nebo u níž se odstranění předpokládá do 12 měsíců od jejího zavedení (chirurgického zákroku).

Trvalá ileostomie

Podstoupení chirurgického zákroku, jehož účelem je vytvořit ileostomii. Ileostomií se rozumí umělé vyústění konce tenkého střeva prostřednictvím vývodu (stomie) skrze břišní stěnu.

Potřeba trvalé ileostomie musí být potvrzena odborným lékařem.

Pojistnou událostí není jakákoliv dočasná ileostomie, která je odstraněna nebo u níž se odstranění předpokládá do 12 měsíců od jejího zavedení (chirurgického zákroku).

Parenterální výživa (dlouhodobá)

Je umělá, náhradní výživa, která organismu zajišťuje podávání energetických substrátů a živin přímo do krevního řečiště, tedy mimo zažívací trakt, s cílem udržet dlouhodobě uspokojivý nutriční stav a stav vnitřního prostředí (pojištěného).

Parenterální výživa je aplikována centrální žilou a slouží k dlouhodobé komplexní výživě. Podávání parenterální výživy musí být dlouhodobé nebo trvalé.

Trvalá tracheostomie

Podstoupení chirurgického zákroku, jehož účelem je vytvořit umělé vyústění průdušnice na povrch těla prostřednictvím rozříznutí stěny průdušnice nebo vytvoření otvoru v průdušnici, za účelem umožnit pojištěnému dýchání bez využití nosu nebo úst.

Potřeba trvalé tracheostomie musí být potvrzena odborným lékařem.

Pojistnou událostí není jakákoliv dočasná tracheostomie, která je odstraněna nebo u níž se odstranění předpokládá do 12 měsíců od jejího zavedení (chirurgického zákroku).



NÁSLEDKY SELHÁVÁNÍ ORGÁNŮ

Trvalé podávání kyslíku

Oxygenoterapie je léčba pomocí inhalace kyslíku, který je považován za léčivo.

Terapie je určena nemocným s plicními i mimoplicními chorobami.

Kyslíková terapie znamená podávání kyslíku v koncentraci vyšší, než je v atmosférickém vzduchu.

Cílem je udržet parciální tlak kyslíku v tepenné krvi (paO_2) nad 8,0 kPa a zajistit přiměřenou dávku kyslíku tkáním.

Podávání kyslíku musí být min. 16 hodin denně.

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

Je konečné stadium onemocnění/selhávání některého z uvedených orgánů – obou ledvin, plic, jater, srdce nebo slinivky – následkem chronického a nevratného poškození vzniklého v důsledku jejich onemocnění.

Diagnóza musí být potvrzena příslušným odborným lékařem.

Pojistnou událostí není dočasné selhání některého z uvedených orgánů.

Vyloučeno je poškození (onemocnění/selhávání) uvedených orgánů v souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky.



OCHRUTÍ

Ochrnutí 1 končetiny

Trvalé a úplné ochrnutí jakékoliv končetiny v důsledku onemocnění míchy nebo mozku.

V případě horní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od zápěstí níže (ruka),

v případě dolní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od kotníku dolů (noha).

Ochrnutí musí trvat více než 6 měsíců a musí být potvrzeno odborným lékařem a podpořeno výsledky klinických a diagnostických testů.

Pojistnou událostí není, dojde-li ke vzniku ochrnutí v souvislosti s:

- duševní nemocí nebo poruchou chování,
- Guillain-Barrého syndromem,
- periodickým nebo hereditárním (dědičným) onemocněním.

Vyloučeno je ochrnutí vzniklé v souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky.

Obrna lícního nervu

Jedná se o naprostý výpadek funkce lícního (VII. hlavového) nervu na příslušné straně obličeje. Projevuje se výpadkem mimiky poloviny obličeje, objeví se pokleslý koutek rtu a porucha schopnosti dovřít oko (lagofthalmus).

Pojistnou událostí je periferní obrna lícního nervu, která musí být prokázána neurologickým vyšetřením.

Ochrnutí 2 končetin

Trvalé a úplné ochrnutí jakýchkoliv dvou končetin v důsledku onemocnění míchy nebo mozku. V případě horní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od zápěstí níže (ruka),

v případě dolní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od kotníku dolů (noha).

Ochrnutí musí trvat více než 6 měsíců a musí být potvrzeno odborným lékařem a podpořeno výsledky klinických a diagnostických testů.

Pojistnou událostí není, dojde-li ke vzniku ochrnutí v souvislosti s:

- duševní nemocí nebo poruchou chování,
- Guillain-Barrého syndromem,
- periodickým nebo hereditárním (dědičným) onemocněním.

Vyloučeno je ochrnutí vzniklé v souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky.

Ochrnutí 3 nebo 4 končetin

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

Ochrnutí musí trvat více než 6 měsíců a musí být potvrzeno odborným lékařem a podpořeno výsledky klinických a diagnostických testů.



OCHRUTÍ

Pojistnou událostí není, dojde-li ke vzniku ochrnutí v souvislosti s:

- duševní nemocí nebo poruchou chování,
- Guillain-Barrého syndromem,
- periodickým nebo hereditárním (dědičným) onemocněním.

Vyloučeno je ochrnutí vzniklé v souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky.



AMPUTACE KONČETIN

Amputace 1 končetiny

Konečná diagnóza kompletního snesení (amputace) jedné končetiny nejméně nad zápěstím v případě horní končetiny, anebo nad kotníkem v případě dolní končetiny, ke kterému došlo v důsledku nemoci (lékařsky indikovaná amputace).

Diagnóza musí být potvrzena příslušným odborným lékařem.

Amputace 2 končetin

Konečná diagnóza kompletního snesení (amputace) jakýchkoliv dvou končetin nejméně nad zápěstím v případě horní končetiny, anebo nad kotníkem v případě dolní končetiny, ke kterému došlo v důsledku nemoci (lékařsky indikovaná amputace).

Diagnóza musí být potvrzena příslušným odborným lékařem.

Amputace 3 nebo 4 končetin

Konečná diagnóza kompletního snesení (amputace) minimálně tří končetin nejméně nad zápěstím v případě horní končetiny, anebo nad kotníkem v případě dolní končetiny, ke kterému došlo v důsledku nemoci (lékařsky indikované amputace).

Diagnóza musí být potvrzena příslušným odborným lékařem.



ZTRÁTA SCHOPNOSTI ŘÍDIT AUTOMOBIL

Za ztrátu schopnosti řídit automobil považujeme trvalou a úplnou ztrátu zdravotní způsobilosti řídit osobní motorové vozidlo v důsledku onemocnění, ke kterému došlo v době trvání pojištění. Nemoc, vada nebo stav vylučující uvedenou zdravotní způsobilost musí být jednoznačné, objektivně zjiřitelné a měřitelné všeobecně uznávanými lékařskými metodami.

Ztráta schopnosti řídit automobil se prokazuje lékařským posudkem potvrzujícím zdravotní důvody ztráty způsobilosti včetně lékařské dokumentace dokládající konkrétní diagnózu, která ztrátu této schopnosti způsobila. V případě, že pojištěný byl držitelem řídičského oprávnění, doloží také rozhodnutí správního orgánu o odnětí řídičského oprávnění.

Jsme oprávněni přezkoumat zdravotní stav pojištěného a důvody vedoucí ke ztrátě schopnosti řídit automobil ve smyslu objektivity zdravotních důvodů vedoucích k odnětí řídičského oprávnění, přičemž jako podklad pro posouzení využijeme vyhlášku Ministerstva zdravotnictví o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel v platném znění nebo jiné právní úpravy platné k datu vzniku pojistné události, která navazuje na uvedenou vyhlášku nebo ji nahrazuje.

Pojistnou událostí je také ztráta schopnosti řídit automobil z důvodu organické duševní poruchy (diagnózy F00 – F09 dle MKN 10), která je dle vyšetření jednoznačně prokazatelná.

Pojistnou událostí není:

- ztráta schopnosti řídit automobil v důsledku užití nebo užívání alkoholu nebo jiných návykových nebo psychotropních látek nebo léčiv,
- ztráta schopnosti řídit automobil v důsledku organické duševní poruchy (diagnózy F00 – F09 dle MKN 10) vzniklé v příčinné souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo psychoaktivních látek a dále poruchy duševní a poruchy chování (diagnózy F10 – F99 dle MKN 10),
- ztráta zdravotní způsobilosti pojištěného vykonávat řízení jako pracovně-právní činnosti,
- stav, kdy pojištěný je „zdravotně způsobilý k řízení motorového vozidla s podmínkou“ ve smyslu příslušného právního předpisu (podmínka spočívá v používání nezbytného zdravotnického prostředku, v technické úpravě motorového vozidla nebo v jiných omezeních posuzované osoby),
- ztráta schopnosti řídit automobil v případech, kdy pojištěný nevyužil všech dostupných a všeobecně lékařsky uznávaných možností pro odstranění zdravotního problému (např. podstoupení operace), který vedl ke ztrátě schopnosti řídit automobil,
- ztráta schopnosti řídit automobil v souvislosti s jakýmikoliv subjektivními důvody bez existence objektivní a jednoznačně měřitelné diagnózy.



DATUM VZNIKU POJISTNÉ UDÁLOSTI

Datem vzniku pojistné události je den, kdy byl pojištěnému potvrzen jeden z výše uvedených trvalých následků nemoci, resp. den provedení operace, resp. den vystavení lékařského posudku, který potvrzuje zdravotní důvody ztráty schopnosti řídit automobil.



ČEKACÍ DOBA

Čekací doba je tři měsíce od počátku tohoto pojištění a platí jak pro nemoc, ze které trvalý následek vznikl, tak i přímo pro trvalý následek.

V případě, kdy jste v posledních třech měsících před pojistnou událostí zvýšil pojistnou částku pojištění trvalých následků nemoci, vyplatíme pojistnou částku platnou před jejím zvýšením.



ZÁNIK POJISTĚNÍ

Pojištění zaniká dnem, kdy výplata pojistného plnění z pojištění trvalých následků nemoci dosáhne 400 % pojistné částky.

I. POJIŠTĚNÍ SMRTI NÁSLEDKEM ÚRAZU



POPIS POJISTĚNÍ

Pojištění můžete sjednat pro osoby ve věku od dovršených 18 do 70 let.

Pojištění končí nejdéle s ukončením smlouvy (max. v roce, ve kterém se pojištěný dožije 80 let).



POJISTNÁ UDÁLOST, PODMÍNKY POJISTNÉHO PLNĚNÍ A JEHO VÝPLATY

Pojistnou událostí je smrt způsobená úrazem.

Pokud smrt nastane v době trvání pojištění a zároveň nejpozději do tří let ode dne úrazu, vyplatíme obmyšlenému (v případě, že v době pojistné události není určen nebo nenabude-li práva na pojistné plnění, postupujeme podle ustanovení článku 12 VPP) pojistnou částku platnou k datu vzniku úrazu.

Byl-li příčinou smrti úraz způsobený při dopravní nehodě dle ustanovení článku 8 těchto SPP, na jehož následky dojde do tří let ode dne úrazu k úmrtí, poskytneme kromě plnění za pojištění smrti následkem úrazu navíc i plnění za smrt následkem úrazu při dopravní nehodě. Plnění vyplatíme ve výši pojistné částky sjednané ve smlouvě ke dni vzniku úrazu, maximálně však 1 mil. Kč.



DATUM VZNIKU POJISTNÉ UDÁLOSTI

Datem vzniku pojistné události je den, kdy dojde k úmrtí následkem úrazu.



POVINNOSTI OPRÁVNĚNÉ OSOBY

Oprávněná osoba je nám povinna ohlásit úmrtí bez zbytečného odkladu, a to i v případě, že úraz již byl ohlášen.



ZÁNIK POJISTĚNÍ

Smrtí pojištěného (jednoho pojištěného), popř. smrtí obou pojištěných (v pojištění dvojic), pojištění zaniká. Smrtí poslední dospělé pojištěné osoby zaniká celá smlouva.

J. POJIŠTĚNÍ TRVALÝCH NÁSLEDKŮ ÚRAZU



POPIS POJISTĚNÍ

Pojištění můžete sjednat pro osoby ve věku od dovršených 18 do 70 let.

Pojištění končí nejdéle s ukončením smlouvy (max. v roce, ve kterém se pojištěný dožije 80 let).

Pojištění trvalých následků úrazu sjednáváme ve variantě s progresivním plněním od 0,5 % tělesného poškození a/nebo ve variantě s progresivním plněním od 10 % tělesného poškození. Každou z těchto variant můžete sjednat se čtyřnásobnou, nebo desetinásobnou progresí. Pro každou variantu můžete sjednat rozdílnou pojistnou částku.

Se zahrnutím čtyřnásobné progresie vám vyplatíme pojistné plnění podle příslušného % tělesného poškození takto:

- od 0,5 % a/nebo od 10 % do 25 % včetně – z jednonásobku pojistné částky,
- nad 25 % do 50 % včetně – z dvojnásobku pojistné částky,
- nad 50 % do 75 % včetně – z trojnásobku pojistné částky,
- nad 75 % do 100 % včetně – ze čtyřnásobku pojistné částky.



POPIS POJIŠTĚNÍ

Se zahrnutím desetinásobné progresse vám vyplatíme pojistné plnění podle příslušného % tělesného poškození takto:

- od 0,5 % a/nebo od 10 % do 25 % včetně – z jednonásobku pojistné částky,
- nad 25 % do 50 % včetně – z dvojnásobku pojistné částky,
- nad 50 % do 75 % včetně – z trojnásobku pojistné částky,
- nad 75 % do 90 % včetně – ze čtyřnásobku pojistné částky,
- nad 90 % do 95 % včetně – ze šestinásobku pojistné částky,
- nad 95 % do 99,99 % včetně – z osminásobku pojistné částky,
- 100 % – z desetinásobku pojistné částky.



POJISTNÁ UDÁLOST, PODMÍNKY POJISTNÉHO PLNĚNÍ A JEHO VÝPLATY

Pojistnou událostí je úraz, který zanechá pojištěnému nejpozději do tří let od úrazu trvalé následky definované v „Oceňovací tabulce plnění za trvalé následky úrazu“ (dále jen „oceňovací tabulka“) platné ke dni vzniku úrazu.

Výši pojistného plnění za trvalé následky úrazu určujeme podle dále uvedených zásad a podle oceňovací tabulky platné v době vzniku pojistné události. Oceňovací tabulku máme právo doplňovat a měnit, je součástí smlouvy a její aktuální verze je k dispozici na našich internetových stránkách.

Zanechá-li pojištěnému úraz trvalé následky, které dosáhnou minimálně 0,5 % a/nebo 10 % tělesného poškození, vyplatíme mu z pojistné částky pojistné plnění vypočtené podle příslušného % poškození.

Poškození se stanoví jako součet procent pro jednotlivá ustálená tělesná poškození, nejvýše však do výše 100 %, a to podle oceňovací tabulky (k ustálení dochází obvykle nejdříve po jednom roce ode dne úrazu, s výjimkou případů, kdy je rozsah trvalého tělesného poškození jednoznačně zřejmý před uplynutím této doby). Pokud se tělesná poškození neustálila do tří let ode dne úrazu, považujeme pro účely této smlouvy taková tělesná poškození za ustálená uplynutím této doby s výjimkou případů, kdy pojištěný nedodržel doporučený léčebný režim.

Stanoví-li oceňovací tabulka procentní rozpětí, určujeme příslušné % poškození tak, aby v rámci daného rozpětí odpovídalo plnění povaze a rozsahu tělesného poškození způsobeného úrazem.

Nemůžeme-li plnit proto, že trvalé následky úrazu nejsou po uplynutí jednoho roku ode dne úrazu ještě ustáleny, avšak je již znám jejich minimální rozsah po ustálení a tento odpovídá min. 0,5 % a/nebo 10 %, můžeme pojištěnému na základě hlášení pojistné události poskytnout zálohu.

Týkají-li se jednotlivé trvalé následky po jednom nebo více úrazech téhož údu, orgánu nebo jejich částí, hodnotíme je jako celek, a to nejvýše procentem stanoveným v oceňovací tabulce pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného údu, orgánu nebo jejich částí. Případné opakované ohodnocení trvalých následků lze provést na žádost pojištěného pouze u odborného lékaře, kterého určíme, a to ke třem letům od úrazu na náklady pojištěného.

Pokud je to nezbytné, získáváme relevantní informace na základě odborné lékařské expertizy od odborného lékaře. Odborný lékař vyhotoví expertizu, tj. zjištění zdravotního stavu nebo příčiny smrti na základě dodaných lékařských zpráv nebo zdravotnické dokumentace od všech ošetřujících lékařů a v případě potřeby i na základě prohlídky nebo vyšetření. Konečnou výši rozsahu trvalých následků úrazu stanovujeme my.

Nejsou-li jakékoliv trvalé následky úrazů obsaženy v oceňovací tabulce, jsme oprávněni stanovit výši pojistného plnění v součinnosti s naším smluvním lékařem. K určení celkové výplaty pojistného plnění použijeme hodnoty uvedené v oceňovací tabulce pro trvalé následky, které jsou daným trvalým následkům svou povahou nejbližší.



DATUM VZNIKU POJISTNÉ UDÁLOSTI

Datem vzniku pojistné události je den, kdy došlo k úrazu. Za jeden rok od tohoto dne začíná běžet promlčecí lhůta.



POVINNOSTI POJIŠTĚNÉHO

Po ustálení trvalých následků je nám pojištěný povinen nahlásit pojistnou událost, požádat nás o zajištění ohodnocení trvalých následků a dodržet termín a místo ohodnocení rozsahu trvalých následků, které jsme stanovili.



VÝLUKY A OMEZENÍ PLNĚNÍ

Nárok na plnění za trvalé následky úrazu zaniká, dojde-li k úmrtí následkem úrazu do jednoho roku ode dne, kdy k úrazu došlo, a doposud jsme nevyplatili pojistné plnění.

Není-li možno získat relevantní informace nutné k posouzení trvalých následků, nárok na pojistné plnění za trvalé následky úrazu nevzniká.

Týkají-li se trvalé následky úrazu části těla nebo orgánů, které měl pojištěný poškozeny již před úrazem, snižujeme % poškození za trvalé následky o tolik procent, kolika odpovídalo předcházející poškození, určené též podle oceňovací tabulky.



ZÁNİK POJIŠTĚNÍ

Toto pojištění pojistnou událostí nezaniká.

K. POJIŠTĚNÍ DENNÍHO ODŠKODNÉHO – ÚRAZ



POPIS POJIŠTĚNÍ

Pojištění můžete sjednat pro osoby ve věku od dovršených 18 do 70 let.

Pojištění končí nejdéle s ukončením smlouvy (max. v roce, ve kterém se pojištěný dožije 80 let).

Pojištění denního odškodného sjednáváte pro případ úrazů, které pojištěný prokazatelně utrpěl v době trvání pojištění a které jsou definované v tabulce „Maximální hodnoty plnění denního odškodného za dobu léčení úrazu“ (dále jen „oceňovací tabulka DO“).

Oceňovací tabulku DO máme právo doplňovat a měnit, je součástí smlouvy a její aktuální verze je k dispozici na našich internetových stránkách.

Pojištění můžete sjednat ve variantě s dobou léčení min. 8 dní a/nebo ve variantě s dobou léčení min. 29 dní (dále jen „varianta pojištění“). Každou z těchto variant pojištění můžete sjednat bez progresu, nebo s progresí.

Pojistnou událostí je úraz, který pojištěný utrpěl v době trvání pojištění a který je definován v oceňovací tabulce DO platné v době vzniku úrazu.

Pojistné plnění vyplatíme, pokud je doba léčení podle oceňovací tabulky DO alespoň 8 dnů, resp. 29 dnů. Pojistné plnění vyplatíme na základě lékařské zprávy o úrazu, maximálně však v počtu dnů uvedených v oceňovací tabulce DO.

Není-li jakékoliv tělesné poškození obsaženo v oceňovací tabulce DO, jsme oprávněni stanovit výši pojistného plnění v součinnosti s naším smluvním lékařem. K určení celkové výplaty pojistného plnění použijeme hodnoty uvedené v oceňovací tabulce DO, které jsou danému poškození svou povahou nejbližší.

Se zahrnutím progresu vyplácíme pojistné plnění takto:

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

Maximální počet dnů, za které vyplatíme pojistné plnění v rámci jedné pojistné události, je 365 dnů, včetně varianty s progresivním plněním.

V případě dlouhodobého léčení úrazu můžeme pojištěnému na základě hlášení pojistné události pro zálohové plnění poskytnout opakované zálohové plnění. O takové plnění nás může pojištěný požádat nejdříve po jednom měsíci od vzniku pojistné události. Opakované zálohové plnění můžeme poskytnout za každý ukončený měsíc léčení úrazu. Za druhé a každé následné vyplacené opakované zálohové plnění máme právo účtovat poplatek (viz platný PPPP).

V případě souběhu doby léčení více úrazů započítáváme souběžnou dobu léčení pouze jednou.

Způsobil-li pojištěnému jeden úraz několik tělesných poškození různých druhů, zaplatíme pouze za léčení u nejzávažnějšího úrazu s výjimkou plnění za polytraumata, kdy budeme postupovat podle konkrétního kódu a specifického ujednání uvedeného v oceňovací tabulce DO.

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



DATUM VZNIKU POJISTNÉ UDÁLOSTI

Datem vzniku pojistné události je den, kdy došlo k úrazu.



VÝLUKY A OMEZENÍ PLNĚNÍ

Při vstupu do pojištění a případně i při likvidaci pojistné události jsme oprávněni ověřit výši příjmu pojištěného a v případě snížení příjmu a tomu neodpovídající výši pojistné částky, která je stanovena v závislosti na průměrném čistém měsíčním příjmu, máme právo zkrátit pojistné plnění. Tabulka pro stanovení maximální výše pojistné částky je k dispozici na našich internetových stránkách.

Pokud pojištěný jako profesionální sportovec nastoupí v době léčení úrazu k zápasu nebo soutěži, nevzniká nárok na výplatu pojistného plnění. Pojistné plnění v těchto případech vyplatíme pouze za lékařem potvrzenou dobu léčení, max. však do dne předcházejícího dni, ve kterém pojištěný jednoznačně vykonával svou pracovní činnost.



ZÁNİK POJISTĚNÍ

Toto pojištění pojistnou událostí nezaniká.

L. POJIŠTĚNÍ HOSPITALIZACE



POPIS POJISTĚNÍ

Pojištění můžete sjednat pro osoby ve věku od dovršených 18 do 70 let.

Pojištění hospitalizace můžete sjednat jako pojištění hospitalizace následkem úrazu a/nebo jako pojištění hospitalizace následkem úrazu nebo nemoci.

Pojištění hospitalizace – **úraz nebo nemoc** končí nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěný dožije 75 let.

Pojištění hospitalizace – **úraz** končí nejdéle s ukončením smlouvy (max. v roce, ve kterém se pojištěný dožije 80 let).



POJISTNÁ UDÁLOST, PODMÍNKY POJISTNÉHO PLNĚNÍ A JEHO VÝPLATY

Pojistnou událostí je pobyt pojištěného na lůžkovém oddělení nemocničního zařízení, který je z lékařského hlediska nezbytný pro stanovení diagnózy, léčení úrazu, nemoci, těhotenství, potratu nebo porodu, kdy podmínkou poskytnutí plnění je, že k propuštění pojištěného dojde nejdříve následující den po přijetí. Plnění pak vyplatíme od 1. dne léčení (vč. sobot, nedělí a svátků); za každý den hospitalizace ve výši pojistné částky platné ke dni vzniku úrazu nebo nemoci.

Maximální počet dnů, za které vyplatíme pojistné plnění v rámci jedné pojistné události, je 730 dnů.

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

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

V případě dlouhodobého pobytu v nemocnici můžeme na základě hlášení pojistné události pro zálohové plnění poskytnout opakované zálohové plnění. O takové plnění nás může pojištěný požádat nejdříve po jednom měsíci od vzniku pojistné události. Opakované zálohové plnění můžeme poskytnout za každý ukončený měsíc pobytu v nemocnici. Spolu s každou žádostí nám musí pojištěný doložit také potvrzení lékaře o trvání pobytu v nemocnici z důvodu léčení a důvod hospitalizace. Za druhé a každé následné vyplacené opakované zálohové plnění máme právo účtovat poplatek (viz platný PPPP).

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



DATUM VZNIKU POJISTNÉ UDÁLOSTI

Datem vzniku pojistné události je den, kdy pojištěný nastoupil do nemocnice.



ČEKACÍ DOBA

Základní čekací doba pro hospitalizaci z důvodu nemoci je dva měsíce od počátku tohoto pojištění. Tato čekací doba se nevztahuje na akutní infekční onemocnění nastalé po počátku pojištění, pokud je nutná hospitalizace na specializovaném infekčním oddělení nebo oddělení s obdobným režimem.

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

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

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

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



VÝLUKY A OMEZENÍ PLNĚNÍ

Pojistné plnění z pojištění hospitalizace se nevztahuje na:

- léčebné pobyty v lázních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, s výjimkou případů, kdy pobyt bezprostředně navazuje na hospitalizaci a je nezbytný pro další léčení z důvodu vážných stavů po nemoci, úrazu a vážných pooperačních stavů. Maximální počet dnů za následnou rehabilitaci v rámci jedné pojistné události je 14 dnů (pobyty ze sociálních důvodů jsou vyloučeny). Neplníme také za pobyty v psychiatrických léčebnách nebo zařízeních, zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie nebo závislosti, a to včetně následné pracovní neschopnosti, a dále za pobyty v zařízeních souvisejících s pečovatelskou službou, jakož i ve speciálních dětských zařízeních a v ústavech sociální péče,
- zákroky a zásahy z lékařského hlediska ne nezbytné, které si nechal pojištěný provést na svém těle, jako např. kosmetické zákroky,
- preventivní léčebné zákroky z důvodů genetických předpokladů rakoviny, pokud faktory ovlivňující zdravotní stav dle MKN 10 byly zjištěny před počátkem pojištění,
- organické duševní poruchy (diagnózy F00 – F09 dle MKN 10) vzniklé v příčinné souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo psychoaktivních látek,
- poruchy duševní a poruchy chování z důvodu nemoci dle MKN 10 diagnózy F10 – F99.



ZÁNIK POJIŠTĚNÍ

Toto pojištění pojistnou událostí nezaniká.

M. POJIŠTĚNÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI – NEMOC



POPIS POJIŠTĚNÍ

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

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

Pojištění můžete sjednat s plněním následně od 15. a/nebo 29. a/nebo 57. dne trvání pracovní neschopnosti (dále jen „varianta plnění“), a to na stejnou či různou pojistnou částku pro zvolené varianty plnění.

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



**POJISTNÁ
UDÁLOST,
PODMÍNKY
POJISTNÉHO
PLNĚNÍ
A JEHO
VÝPLATY**

Pojistnou událostí je nemoc, v jejímž důsledku je pojištěný z lékařského hlediska práce neschopen a je nutné jeho léčení, jehož průběh je lékařsky potvrzen vystavenou pracovní neschopností.

Pojistné plnění vyplatíme za každou zvolenou variantu plnění, a to následně od 15. a/ nebo 29. a/ nebo 57. dne pracovní neschopnosti za každý den pracovní neschopnosti včetně sobot, nedělí a svátků. Pojistné plnění vyplatíme pojištěnému ve výši pojistné částky platné ke dni vzniku nemoci.

Maximální počet dnů, za které vyplatíme pojistné plnění v rámci jedné pojistné události, je 548 dnů.

Pokud se nemoc, kvůli které byla pracovní neschopnost vystavena, opakovaně vyskytne nejdříve po 7 letech od vyléčení, považujeme ji za novou pojistnou událost, za kterou poskytneme pojistné plnění v součtu opět za max. 548 dnů. Vyléčením rozumíme stav, kdy se příznaky nemoci neprojeví způsobem, který by bylo nutné zaznamenat do zdravotní dokumentace, nebo způsobem, který by vyžadoval léčbu a vystavení pracovní neschopnosti.

V případě dlouhodobé pracovní neschopnosti můžeme pojištěnému na základě hlášení pojistné události pro zálohové plnění poskytnout opakovaně zálohové plnění. O takové plnění nás může pojištěný požádat nejdříve po jednom měsíci od vzniku pojistné události. Opakované zálohové plnění můžeme poskytnout za každý ukončený měsíc pracovní neschopnosti. Za druhé a každé následné vyplacené opakované zálohové plnění máme právo účtovat poplatek (viz platný PPPP).

Bude-li vystavená pracovní neschopnost ve srovnání s průměrnou délkou léčení pro uvedenou nemoc neúměrně dlouhá, upravíme celkový rozsah pojistného plnění na základě relevantních informací od našeho smluvního lékaře.

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

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

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

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

V případě, kdy bude pojištěnému vystavena pracovní neschopnost z důvodu jedné z nemocí definovaných v článku 10, bodě B těchto SPP, poskytneme pojistné plnění dle sjednané varianty plnění za celou potvrzenou dobu trvání pracovní neschopnosti (u OSVČ neplátců nemocenského pojištění poskytneme pojistné plnění dle sjednané varianty plnění za dobu léčení potvrzenou lékařem).

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



**DATUM
VZNIKU
POJISTNÉ
UDÁLOSTI**

Datem vzniku pojistné události je den, kdy lékař pojištěnému potvrdil pracovní neschopnost.



ČEKACÍ DOBA

Základní čekací doba pro nemoc je dva měsíce od počátku tohoto pojištění.

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



POVINNOSTI POJIŠTĚNÉHO

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

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

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

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

OSVČ, které nejsou plátcí nemocenského pojištění, jsou povinny na naši výzvu prokázat (například prostřednictvím faktur či pokladních dokladů) skutečnosti týkající se jejich samostatné výdělečné činnosti před pojistnou událostí, v jejím průběhu a po jejím ukončení. Pojištěný je povinen co možná nejdříve zajistit zaslání všech dokladů, které si od něj vyžádáme (v českém jazyce – u originálů pořízených v cizím jazyce s opatřením překladu úředně uznávanou osobou).

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

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

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

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



VÝLUKY A OMEZENÍ PLNĚNÍ

Pojištění pracovní neschopnosti se nevztahuje na:

- léčebné pobyty v lázních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, psychiatrických léčebnách nebo zařízeních, zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie nebo závislostí, a to včetně následné pracovní neschopnosti, a dále také na pobyty v zařízeních souvisejících s pečovatelskou službou, jakož i ve speciálních dětských zařízeních a v ústavech sociální péče,
- duševní poruchy a poruchy chování podle MKN 10 (diagnózy F00 – F99),
- těhotenské komplikace, porod, předčasný porod, přerušení těhotenství, hrozící potrat nebo potrat,
- dobu, kdy pojištěný nebyl v pracovním poměru, a to i v případě, že pojistná událost vznikla v ochranné lhůtě dle zákona o nemocenském pojištění, ani nevykonával práci na základě dohody o pracovní činnosti, ani ke dni vzniku pojistné události nebyl OSVČ v evidenci příslušné správy sociálního zabezpečení (např. u osob na rodičovské dovolené, nezaměstnaných, důchodců nebo studentů),
- zákroky a zásahy z lékařského hlediska ne nezbytné, které si nechal pojištěný provést na svém těle, jako např. kosmetické zákroky.

Za onemocnění následkem úrazu neposkytneme pojistné plnění souběžně za období (za stejné kalendářní dny), za které vyplácíme pojistné plnění za dobu léčení úrazu, ani za dobu léčení následující poté, co jsme již přiznali pojistné plnění za trvalé následky úrazu, který byl příčinou onemocnění.

Při vstupu do pojištění a případně i při likvidaci pojistné události jsme oprávněni ověřit výši příjmu pojištěného a v případě snížení příjmu a tomu neodpovídající výši pojistné částky, která je stanovena v závislosti na průměrném čistém měsíčním příjmu, máme právo zkrátit pojistné plnění. Tabulka pro stanovení maximální výše pojistné částky je k dispozici na našich internetových stránkách.



ZÁNİK POJIŠTĚNÍ

Toto pojištění pojistnou událostí nezaniká.

Připojištění úrazu k pracovní neschopnosti



POPIS POJIŠTĚNÍ

Připojištění úrazu k pracovní neschopnosti je možné sjednat pouze tehdy, je-li sjednáno pojištění pracovní neschopnosti – nemoc.
Pro toto připojištění platí pojistná částka, varianta plnění a individuální konec dle pojištění pracovní neschopnosti – nemoc.



POJISTNÁ UDÁLOST, PODMÍNKY POJISTNÉHO PLNĚNÍ A JEHO VÝPLATY

Pojistnou událostí je úraz, v jehož důsledku je pojištěný z lékařského hlediska práce neschopen a je nutné jeho léčení, jehož průběh je lékařsky potvrzen vystavenou pracovní neschopností.

Pojistné plnění vyplatíme ve výši pojistné částky a varianty plnění platné pro pojištění pracovní neschopnosti – nemoc ke dni vzniku úrazu.

Maximální počet dnů, za které pojištěnému vyplatíme pojistné plnění v rámci jedné pojistné události, je 548 dnů.

Pokud se úraz, kvůli kterému byla pracovní neschopnost vystavena, opakovaně vyskytne nejdříve po 7 letech od vyléčení, považujeme ho za novou pojistnou událost, za kterou poskytneme pojistné plnění v součtu opět za max. 548 dnů. Vyléčením rozumíme stav, kdy se příznaky úrazu neprojeví způsobem, který by bylo nutné zaznamenat do zdravotní dokumentace, nebo způsobem, který by vyžadoval léčbu a vystavení pracovní neschopnosti.

V případě dlouhodobé pracovní neschopnosti můžeme pojištěnému na základě hlášení pojistné události pro zálohové plnění poskytnout opakované zálohové plnění. O takové plnění nás může pojištěný požádat nejdříve po jednom měsíci od vzniku pojistné události. Opakované zálohové plnění můžeme poskytnout za každý ukončený měsíc pracovní neschopnosti. Za druhé a každé následné vyplacené opakované zálohové plnění máme právo účtovat poplatek (viz platný PPPP).

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

V případě vzniku nového úrazu v době trvání pracovní neschopnosti je toto novou pojistnou událostí pouze v případě, kdy nový úraz není v žádné příčinné souvislosti s již diagnostikovaným úrazem.

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

V případě, že dojde k souběhu pracovní neschopnosti z důvodu nemoci a úrazu, započítává se souběžná doba léčení v pracovní neschopnosti pouze jednou – vztahuje se na případy, kdy je nemoc v příčinné souvislosti s úrazem.

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

Pokud pojistná událost nastala v době trvání pracovního poměru, resp. v době, kdy byl pojištěný aktivní OSVČ, vyplatíme pojistné plnění i v případě, že došlo v průběhu trvání pracovní neschopnosti k ukončení pracovního poměru, resp. k přerušení provozování živnosti. Pojistné plnění poskytneme dle sjednané varianty plnění a potvrzené doby trvání pracovní neschopnosti, max. však za celkový počet dní uvedený pro daný úraz v oceňovací tabulce DO platné v době vzniku pojistné události (počet dnů uvedený v tabulce DO budeme počítat od data vzniku úrazu).

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



DATUM VZNIKU POJISTNÉ UDÁLOSTI

Datem vzniku pojistné události je den, kdy lékař pojištěnému potvrdil pracovní neschopnost.



ČEKACÍ DOBA

Čekací doba se na připojištění úrazu k pracovní neschopnosti nevztahuje. V případě navýšení pojistné částky budeme za úraz, který nastal již před tímto navýšením, plnit ve výši pojistné částky platné ke dni vzniku úrazu.



POVINNOSTI POJIŠTĚNÉHO

Povinnosti pojištěného jsou stejné jako u pojištění pracovní neschopnosti – nemoc.



VÝLUKY A OMEZENÍ PLNĚNÍ

Připojištění úrazu k pracovní neschopnosti se nevztahuje na:

- léčebné pobyty v lázních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, psychiatrických léčebnách nebo zařízeních, zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie nebo závislostí, a to včetně následné pracovní neschopnosti, a dále také na pobyty v zařízeních souvisejících s pečovatelskou službou, jakož i ve speciálních dětských zařízeních a v ústavech sociální péče,
- duševní poruchy a poruchy chování podle MKN 10 (diagnózy F00 – F99),
- dobu, kdy pojištěný nebyl v pracovním poměru, a to i v případě, že pojistná událost vznikla v ochranné lhůtě dle zákona o nemocenském pojištění, ani nevykonával práci na základě dohody o pracovní činnosti, ani ke dni vzniku pojistné události nebyl OSVČ v evidenci příslušné správy sociálního zabezpečení (např. u osob na rodičovské dovolené, nezaměstnaných, důchodců nebo studentů),
- zákroky a zásahy z lékařského hlediska ne nezbytné, které si nechal pojištěný provést na svém těle, jako např. kosmetické zákroky.



ZÁNIK POJISTĚNÍ

Toto pojištění pojistnou událostí nezaniká.

N. POJIŠTĚNÍ OŠETŘOVÁNÍ – ÚRAZ NEBO NEMOC



POPIS POJISTĚNÍ

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



POJISTNÁ UDÁLOST, PODMÍNKY POJISTNÉHO PLNĚNÍ A JEHO VÝPLATY

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

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

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

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

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

V případě dlouhodobého ošetřování můžeme pojištěnému na základě hlášení pojistné události pro zálohové plnění poskytnout opakované zálohové plnění. O takové plnění nás může pojištěný požádat nejdříve po dvou měsících od vzniku pojistné události. Opakované zálohové plnění můžeme poskytnout za každý ukončený měsíc ošetřování. Za druhé a každé následné vyplacené opakované zálohové plnění máme právo účtovat poplatek (viz platný PPPP).

V případě vzniku nového úrazu, resp. nové nemoci v době trvání ošetřování je toto novou pojistnou událostí pouze v případě, kdy nový úraz, resp. nová nemoc není v žádné příčinné souvislosti s úrazem, resp. nemocí již diagnostikovanou.



POJISTNÁ UDÁLOST, PODMÍNKY POJISTNÉHO PLNĚNÍ A JEHO VÝPLATY

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

V případě, že dojde k souběhu ošetřování z důvodu nemoci a úrazu, započítává se souběžná doba ošetřování pouze jednou. Opakované léčení totožné diagnózy úrazu nebo nemoci, pro kterou je stanoveno ošetřování, považujeme za jednu pojistnou událost.

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

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



DATUM VZNIKU POJISTNÉ UDÁLOSTI

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



ČEKACÍ DOBA

Základní čekací doba pro nemoc je dva měsíce od počátku tohoto pojištění.

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

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



VÝLUKY A OMEZENÍ PLNĚNÍ

Pojistné plnění z pojištění ošetřování se nevztahuje na:

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



ZÁNİK POJIŠTĚNÍ

Toto pojištění pojistnou událostí nezaniká.

ČLÁNEK 11 Dětská pojištění

V jedné smlouvě můžete sjednat v rámci dětské doplňkové a úrazové složky pojištění až pro pět dětí. U všech pojištěných dětí můžete sjednat různý rozsah pojištění.

Dítě může vstoupit do pojištění od 0 let do nedovršených 18 let. Pojistné krytí končí standardně poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěné dítě dožije 25 let. Prodloužit dobu trvání pojištění můžete do posledního dne měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěné dítě dožije 30 let, a to prostřednictvím žádosti o změnu sepsané v období mezi dovršenými 18 lety a nedovršenými 25 lety pojištěného dítěte. Po 25. roku věku dítěte již nemůžete zvyšovat pojistné částky u sjednaných pojištění. V tomto období můžete pouze ukončit jednotlivá pojištění nebo celé pojištění dítěte.

Pojištěný, který dosáhl věku 18 let a na smlouvě je stále veden jako pojištěné dítě, se nemůže stát zároveň dospělým pojištěným na téže smlouvě.

V rámci dětské doplňkové a úrazové složky pojištění lze sjednat:

- Pojištění vážných nemocí a úrazů, vč. připojištění na novotvary in situ
- Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče
- Pojištění smrti
- Pojištění trvalých následků úrazu
- Pojištění denního odškodného – úraz
- Pojištění hospitalizace – úraz nebo nemoc
- Pojištění ošetřování – úraz nebo nemoc

Pojistné plnění vyplatíme na základě hlášení pojistné události:

- pojištěnému dítěti, je-li zletilé,
- vám, pokud je pojištěné dítě nezletilé a jste zároveň zákonným zástupcem dítěte,
- zákonnému zástupci, pokud je pojištěné dítě nezletilé, a to za podmínky, že zákonný zástupce pojistnou událost nahlásil a uvedl správné číslo smlouvy.

POJIŠTĚNÍ VÁŽNÝCH NEMOCÍ A ÚRAZŮ



POJISTNÁ UDÁLOST, PODMÍNKY POJISTNÉHO PLNĚNÍ A JEHO VÝPLATY

Pojistnou událostí je potvrzení jedné z níže uvedených diagnóz vážných nemocí, respektive provedení některého z níže uvedených operačních zákroků, ke kterému došlo v době trvání pojištění při splnění podmínek stanovených ve smlouvě.

Pojistné plnění poskytneme za maximálně tři pojistné události, které nastanou v průběhu trvání pojištění, a to vždy ve výši 100 % pojistné částky platné ke dni vzniku pojistné události.

Mezi daty potvrzení diagnózy, resp. daty provedení operačního výkonu je pro jednotlivé pojistné události stanovena doba 12 měsíců, kdy neposkytneme pojistné plnění. Pokud další pojistná událost nastane v této době, pojištění nezaniká a z této pojistné události nárok na plnění nevzniká.

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

Dojde-li k souběhu více pojistných událostí najednou v rámci jedné skupiny (výčet skupin uveden dále), vyplatíme pojistné plnění jen jednou.

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



DĚLENÍ DO ŠESTI SKUPIN

Diagnózy a operační zákroky dělíme do šesti skupin.

1. skupina – selhání důležitých orgánů

- totální ledvinové selhání
- transplantace životně důležitých orgánů
- aplastická anémie
- diabetes mellitus I. typu s intenzifikovaným inzulínovým režimem (závislý na inzulínu)

2. skupina – nervový systém

- paraplegie
- tetraplegie (kvadruplegie)
- hemiplegie
- kóma
- roztroušená skleróza
- mozková obrna (poliomyelitida)
- klíšťová meningoencefalitida
- Lymeská nemoc (borrelióza)
- meningitida (meningoencefalitida)
- encefalitida (meningoencefalitida)
- epilepsie
- tetanus
- významné poškození mozku způsobené úrazem

3. skupina – kardiovaskulární systém

- infarkt myokardu
- cévní mozková příhoda
- operace aorty
- operace srdeční chlopně
- získané chronické srdeční selhání
- revmatická horečka



DĚLENÍ DO ŠESTI SKUPIN

4. skupina – záněty

- virová hepatitida
- Crohnova choroba
- stavy vedoucí k syndromu krátkého střeva s nutností totální parenterální umělé výživy
- astma bronchiale

5. skupina – nádory

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

6. skupina – ostatní

- slepota
- hluchota
- ztráta řeči
- těžké popáleniny

1

1. SKUPINA SELHÁNÍ DŮLEŽITÝCH ORGÁNŮ

Totální ledvinové selhání – konečné stadium ledvinového selhávání následkem chronického a nezvratného selhání funkce obou ledvin; pojištěné dítě musí podstupovat pravidelnou dialýzu nebo být po transplantaci ledviny. Za pojistnou událost považujeme také zařazení pojištěného dítěte do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci. Nárok na pojistné plnění vzniká i v případě cévních komplikací v návaznosti na diabetes mellitus, při splnění všech definovaných podmínek.

Transplantace životně důležitých orgánů – životně nezbytná a lékařským nálezem indikovaná transplantace srdce, plic, jater, ledvin, slinivky břišní, střeva, kdy je příjemcem pojištěné dítě. Operace musí být provedena na území členských států Evropské unie lékařským pracovištěm, které je oprávněno tyto operace provádět.

Povinnost plnit vzniká dnem provedení operace. Mezi kritéria plnění patří také přijetí do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci. Transplantace musí být z lékařského hlediska nezbytně nutná a musí být objektivně potvrzeno selhání funkce příslušného orgánu odborným lékařem.

Právo na plnění nevznikne, jde-li o transplantaci jiných orgánů, částí výše uvedených orgánů nebo tzv. kmenových buněk.

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

- diagnóza aplastické anémie je potvrzena na základě výsledku punkce kostní dřeně,
- počet granulocytů (bílé krvinky s vy zralými granuly v cytoplasmě) v krvi je nižší než $500/\text{mm}^3$ (tj. $0,5 \times 10^9/\text{l}$) a krevních destiček nižší než $20\,000/\text{mm}^3$ (tj. $20 \times 10^9/\text{l}$),
- je prokázána anémie a retikulocytopenie,
- léčení je prováděno minimálně jedním z následujících způsobů:
 - pravidelné krevní transfúze,
 - pravidelná aplikace imunosupresivních látek,
 - transplantace kostní dřeně.

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

Diabetes mellitus I. typu s intenzifikovaným inzulínovým režimem (závislý na inzulínu)

- diabetem pro účely pojištění rozumíme získané chronické onemocnění, v jehož důsledku vznikne stav chronické hyperglykemie; podmínkou vzniku pojistné události je doložení lékařské zprávy s potvrzenou diagnózou diabetes mellitus I. typu, která pro svou závažnost vyžaduje léčení pravidelnými aplikacemi inzulínových injekcí. Vyloučen je diabetes mellitus II. typu vzniklý na základě obezity.

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

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

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

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

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

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

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

Projevuje se různými neurologickými příznaky (poruchy zraku, citlivosti, hybnosti apod.).

Prokazuje se typickými nálezy při vyšetření CNS magnetickou rezonancí (MRI).

U pacientů ve věku 10–12 let je nutná magnetická rezonance.

Nárok na plnění vzniká potvrzením jednoznačné a definitivní diagnózy podle revidovaných McDonaldových kritérií (průkaz roztroušenosti v čase i prostoru) odborným lékařem.

Za pojistnou událost nepovažujeme první akutní projev tohoto onemocnění, dále nejednoznačné neurologické diagnózy ani ostatní zánětlivá onemocnění.

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

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

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

Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria:

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

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

Lymeská nemoc (borrelióza) – zánětlivé onemocnění způsobené bakteriemi komplexu *Borrelia burgdorferi*, které má projevy kožní, neurologické, kloubní, kardiologické, oční a další.

Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria:

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

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

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

Postižení kloubů a invalidizace musí být potvrzeny příslušným odborným lékařem.

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

Meningitida (meningoencefalitida) – zánět mozkových blan vyvolaný infekční etiologií. Pro plnění z meningitidy musí existovat alespoň tři z níže uvedených příznaků: poruchy sluchu, hemiparézy, epileptické záchvaty, ataxie, parézy mozkových nervů, poruchy zraku, neuropsychické potíže nebo Waterhaus-Friedrichsenův syndrom (krvácení do nadledvin při meningokokové sepsi).

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

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

Poškození musí být potvrzeno odborným lékařem na základě technické diagnostiky (CT, MRI, transkraniální duplexní sonografie), vyšetření mozkomíšního moku s typickým zánětlivým nálezem, průkazem agens, jejich antigenů nebo DNA bakterií v moku nebo krvi pomocí metody PCR.

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

Podkladem pro poskytnutí plnění je lékařská zpráva a podrobný popis postižení.

Vyloučeno je postižení vzniklé následkem infekce způsobené virem HIV.

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

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

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

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

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

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

Podkladem pro poskytnutí plnění je lékařská zpráva a podrobný popis postižení.

Vyloučeno je postižení vzniklé následkem infekce způsobené virem HIV.

Epilepsie – pro účely pojištění rozumíme záchvatovitou přechodnou poruchu mozkové činnosti, která se projevuje poruchou vědomí.

Podmínkou vzniku pojistné události je, aby provedené EEG vyšetření vykazovalo patologickou epileptickou aktivitu mozku a zároveň došlo k více než jednomu záchvatu tonicko-klonických křečí postihující všechny kosterní svaly a současné poruše vědomí (grand mal) minimálně jedenkrát za sedm dnů.

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

- úraz hlavy,

2

2. SKUPINA NERVOVÝ SYSTÉM

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

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

Významné poškození mozku způsobené úrazem – klinická symptomatologie s prokázaným trvalým neurologickým postižením musí být doložena objektivním nálezem odborného lékaře. Diagnóza musí být potvrzena čerstvými změnami na CT nebo MRI. Vyloučeno je poškození mozku způsobené úrazem v souvislosti s požitím alkoholu a/ nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky.

3

3. SKUPINA KARDIO- VASKULÁRNÍ SYSTÉM

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

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

Jedná se buď o dokončený akutní ischemický iktus (uzávěr cévy trombem, embolem nebo jiným útvarům) nebo krvácení (intracerebrální, intraventrikulární a subarachnoidální). Příčinou krvácení může být i prasklé aneurysma. Musí být prokázano trvalé neurologické postižení doložené objektivním nálezem odborného lékaře. Diagnóza musí být potvrzena čerstvými změnami na CT nebo MRI.

Nárok na pojistné plnění vzniká i v případě cévních komplikací v návaznosti na diabetes mellitus, při splnění všech definovaných podmínek. Vyloučeny jsou cévní mozkové příhody vzniklé důsledkem úrazu, tranzitorní ischemická ataka a druhotné krvácení do již existující mozkové léze.

Operace aorty – operační výkon na aortě provedený v důsledku jejího roztržení, vzniku výdutě; vyloučeny jsou operace na větvích aorty nebo bypassy vystupující z aorty a vedoucí krev do periferního řečiště. Povinnost plnit vzniká dnem provedení operace, pokud k ní došlo na území členských států Evropské unie.

Operace srdeční chlopně – pro účely pojištění rozumíme operaci srdeční chlopně provedenou přes otevřený hrudník za účelem léčebného zákroku na srdeční chlopni. Operace srdeční chlopně musí být lékařsky nezbytná a usí být v lékařské dokumentaci řádně zdůvodněna. Pojistná událost nenastává v případě, že k operaci došlo v důsledku získaného onemocnění zapříčiněného požíváním alkoholu a/nebo aplikací omamných či návykových látek.

Získané chronické srdeční selhání – pro účely pojištění rozumíme získané selhání srdce, které se projevuje trvalou funkční a/nebo morfológickou patologií srdeční tkáně (srdeční chlopně, endokard, myokard a/nebo perikard). Podmínkou vzniku pojistné události je, aby onemocnění vedlo k trvalému chronickému srdečnímu selhání stupně II až IV podle NYHA klasifikace. Pojistná událost nenastává, jedná-li se o získané chronické srdeční selhání:

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

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

Podmínkou vzniku pojistné události je, aby onemocnění vedlo k trvalému chronickému srdečnímu selhání stupně II až IV podle NYHA klasifikace. Diagnóza revmatické horečky musí být potvrzena odborným lékařem a musí být prokázano splnění všech diagnostických kritérií podle Jonesa. Pojistná událost nenastává, trpělo-li pojištěné dítě chlopenní vadou jakéhokoliv původu před počátkem pojištění.

4

4. SKUPINA
ZÁNĚTY

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

- pojištěné dítě je v době oznámení pojistné události infikováno virem hepatitidy, průkaz viru hepatitidy metodou PCR,
- jaterní testy (ALT, AST) jsou zvýšeny nejméně čtyřikrát nad standardní fyziologickou hladinu v důsledku zánětu jater,
- zvýšená hladina jaterních enzymů musí být zjištělná v séru alespoň šest měsíců po skončení léčení virového zánětu jater a zároveň v době oznámení pojistné události.

Onemocnění je doloženo také v případech, kdy byla hepatitida léčena interferonem, léčba skončila, k vyléčení dosud nedošlo a virus hepatitidy přetrvává v těle i po jednom roce od ukončení léčby interferonem.

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

Crohнова choroba – závažné zánětlivé onemocnění střev nejasné příčiny. Diagnóza musí být potvrzena odborným gastroenterologickým vyšetřením vycházejícím z výsledků doloženého endoskopického, histologického a laboratorního nálezu. Podmínku tohoto onemocnění splňují pacienti s recidivující fistulující či stenózující formou onemocnění vyžadující opakované střevní resekce. Dále pacienti se závažným malabsorbčním syndromem vyžadující dlouhodobé nebo trvalé podávání parenterální výživy.

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

Astma bronchiální – je závažným onemocněním za splnění některého z následujících kritérií:

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

5

5. SKUPINA
NÁDORY

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

Vyloučeny jsou:

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

Nitrolební (intrakraniální) nádor – nitrolební nádory s klinickou symptomatologií, které je nutno řešit chirurgickým zákrokem (otevřeným z kraniotomie, stereotaktickým, endonasálním apod.), a/nebo radioterapií a/nebo chemoterapií.

Přítomnost nádoru musí ohrožovat životní funkce a v případě, že je neoperabilní, musí způsobovat trvalé neurologické poškození.

Povinnost plnit vzniká dnem rozhodnutí odborného lékaře o nutnosti (indikaci) operativního zákroku, eventuálně rozhodnutí o inoperabilitě nitrolebního nádorového procesu, případně prokázání již provedené operační léčby, chemoterapie nebo ozařování.

Požadujeme prokázání na MRI nebo CT (případně PET).

6

6. SKUPINA OSTATNÍ

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

Stav nelze změnit lékařským zákrokem.

Pojistnou událostí není snížení visu (zraku) nižšího stupně.

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

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

Pojistnou událostí není snížení sluchu nižšího stupně.

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

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

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

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

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



DATUM VZNIKU POJISTNÉ UDÁLOSTI

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



ČEKACÍ DOBA

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

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

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



VÝLUKY A OMEZENÍ PLNĚNÍ

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



ZÁNİK POJIŠTĚNÍ

K datu potvrzení diagnózy vážné nemoci či provedení operačního zákroku končí pojištění diagnózy či zákroku, za který jsme poskytli pojistné plnění, a zároveň končí pojištění skupiny, ve které jsou tato diagnóza či zákrok obsaženy (viz výčet skupin výše).

Pojištění ostatních skupin pokračuje dál, pojistná částka a sazba pojistného zůstává beze změn. Pokud došlo v období od vzniku pojistné události do výplaty pojistného plnění k navýšení pojistné částky, pokračuje pojištění ostatních skupin s pojistnou částkou platnou před tímto navýšením.

Pojištění vážných nemocí a úrazů zaniká k datu třetí pojistné události, za kterou vzniká nárok na výplatu pojistného plnění. Smlouva zůstává nadále v platnosti.

Připojištění na novotvary in situ

Pro připojištění na novotvary in situ **platí ustanovení článku 10 bodu B těchto SPP**, vyjma části Zánik pojištění.

V rámci dětského pojištění **zaniká připojištění** na novotvary in situ:

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

POJIŠTĚNÍ INVALIDITY NEBO DLOUHODOBÉ PÉČE

Pro pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče **platí ustanovení článku 10 bodu C** těchto SPP, **vyjma možnosti sjednat:**

- pojištění invalidity 1. a 2. stupně,
- pojištění pouze z důvodu úrazu,
- klesající pojistné částky,
- individuální konec pro toto pojištění.

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

POJIŠTĚNÍ SMRTI

V případě úmrtí dítěte **vyplatíme pojistnou částku pro pojištění smrti platnou k datu úmrtí dítěte.**

Obmyšleným jste v tomto případě vy jako pojistník. Výluky pro dané pojištění platí dle ustanovení VPP a těchto SPP (článek 10, bod A), vyjma ustanovení o terminálním stadiu onemocnění.

POJIŠTĚNÍ TRVALÝCH NÁSLEDKŮ ÚRAZU

Pro pojištění trvalých následků úrazu **platí ustanovení článku 10 bodu J** těchto SPP, **vyjma možnosti sjednat:**

- pojištění trvalých následků úrazu s progresivním plněním od 10 %,
- desetinásobnou progresi.

POJIŠTĚNÍ DENNÍHO ODŠKODNÉHO – ÚRAZ

Pro pojištění denního odškodného – úraz **platí ustanovení článku 10 bodu K** těchto SPP, **vyjma možnosti sjednat** pro pojištěné dítě variantu pojištění denního odškodného s celkovou **dobou léčení alespoň 29 dnů.**

POJIŠTĚNÍ HOSPITALIZACE – ÚRAZ NEBO NEMOC

Pro pojištění hospitalizace **platí ustanovení článku 10 bodu L** těchto SPP, **vyjma možnosti sjednat** pojištění hospitalizace **pouze následkem úrazu** a vyjma pobytu v nemocnici za účelem preventivních léčebných zákroků z důvodu genetických předpokladů rakoviny.

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

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

POJIŠTĚNÍ OŠETŘOVÁNÍ – ÚRAZ NEBO NEMOC

Pro pojištění ošetřování **platí ustanovení článku 10 bodu N** těchto SPP; pro ošetřované dítě je navíc stanovena zvláštní čekací doba v délce 8 měsíců, a to z důvodu zubního ošetření, zhotovení zubních náhrad a úkonů chirurgie a ortopedie čelisti.

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

Pro výše uvedená dětská pojištění se dále sjednává, že:

- do posledního dne roku, ve kterém dítě dovrší 10 let věku, platí odchylně od ustanovení VPP, článku 15, že můžeme poskytnout pojistné plnění z úrazové složky i za otravy v důsledku požití pevných nebo kapalných látek polknutím.
- **děti nezařazujeme do rizikových skupin.**

ČLÁNEK 12

Rizikové skupiny

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

A. RIZIKOVÉ SKUPINY

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

1. riziková skupina

Veškerá povolání v nevýrobní oblasti, popř. ve výrobní oblasti s minimálními riziky úrazu, a povolání s převažující duševní činností, popř. malým podílem manuální práce (např. architekt, lékař, prodavač, učitel, úředník). Do této rizikové skupiny řadíme povolání typu manažer, obchodní zástupce, soukromý podnikatel aj., pokud u vykonávané činnosti převažuje administrativní práce v kanceláři. Dále sem patří sporty vykonávané rekreačně (vyjma sportů uvedených ve 4. rizikové skupině).

2. riziková skupina

Všechna povolání ve výrobní oblasti a v oblasti s převažujícím podílem manuální práce, popř. se zvýšeným rizikem úrazu, která nepatří do 1. ani 3. rizikové skupiny, včetně vojáků z povolání. Patří sem např. dělník, hasič, instalatér, pokrývač, příslušník policie. Dále sem patří sporty vykonávané registrovaně ve sportovních organizacích (vyjma sportů uvedených ve 4. rizikové skupině) a sporty vykonávané profesionálně, u kterých není zvýšené riziko úrazu (např. bowling, golf, šachy).

3. riziková skupina

Povolání s velmi vysokým rizikem úrazu (např. lesní dělník, člen jednotky rychlého nasazení, osoba pracující ve výškách, důlní práce, práce s jedy nebo výbušninami apod.).

4. riziková skupina

Všechny práce nebo činnosti s extrémním, velmi vysokým stupněm ohrožení zdraví, např. činnosti při zajištění motorových vozidel a jejich typových zkouškách, tovární jezdcí motorových vozidel nebo plavidel, kaskadéři a všechna sportovní odvětví vykonávaná profesionálně. Za profesionálního sportovce považujeme klienta, který má se sportovním klubem či jiným subjektem v této oblasti sepsanou profesionální smlouvu a/nebo vykonává sportovní činnost za úplatu, která je hlavním nebo převažujícím příjmem, a/nebo vykonává sportovní činnost min. 28 hodin týdně (včetně víkendu), včetně tréninku. Nepatří sem profesionální sporty spadající do 2. rizikové skupiny. Dále sem patří všechny sporty s velmi vysokým rizikem úrazu (horolezectví, bungee jumping, potápění s dýchacím přístrojem, rafting, box, bojové sporty, letecké sporty a všechny adrenalinové sporty), včetně motoristických sportů (za motoristický sport považujeme jakoukoliv sportovní činnost využívající motorových dopravních prostředků, která může být prováděna i amatérsky; dále za motoristický sport považujeme i použití motorového dopravního prostředku na účelové komunikaci, zejména na lesní či polní cestě, nebo mimo pozemní komunikaci; motoristický sport rovněž provozuje spolujezdec a další osoby v motorovém dopravním prostředku ve výše uvedených případech užívání). V případě pojistné události je nutné doložit usnesení policie o dopravní nehodě.

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

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

B. RIZIKOVÉ REKREAČNÍ SPORTY

K níže uvedeným rizikům doplňkové a úrazové složky pojištění **lze sjednat bez navýšení stávajícího pojistného pojištění rizikových rekreačních sportů.**

Na rizikovou činnost spojenou s rekreačními sporty **lze na každé smlouvě vyčerpat za jeden kalendářní rok limit stanovený v platném PPPP. Informaci o počátku a konci období**, na které by měla platit rozdílná (vyšší) riziková skupina, než která je sjednaná ve smlouvě, **nám pojištěný podá prostřednictvím SMS zprávy, vyplněním formuláře na našich internetových stránkách nebo prostřednictvím internetového bankovníctví České spořitelny.**

Limit na pojištění rizikových rekreačních sportů lze poprvé čerpat až od data počátku pojištění (nevztahuje se na předběžné krytí).

Pojištění rizikových rekreačních sportů **lze aktivovat od aktuálního dne. Pojištění začne platit dvě hodiny poté**, co obdržíme oznámení a zašleme zpět potvrzení.

Pojištění rizikových rekreačních sportů **lze sjednat k následujícím úrazovým rizikům**: pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče, pojištění smrti následkem úrazu, pojištění trvalých následků úrazu, pojištění denního odškodného – úraz s možností progresivního plnění, pojištění hospitalizace a připojištění úrazu k pracovní neschopnosti.

Pojištění rizikových rekreačních sportů se nevztahuje na činnosti, při kterých se pojištěný účastní sportovních soutěží či závodů, a dále na činnosti, které pojištěný vykonává za úplatu.

ČLÁNEK 13

Indexace

- a) **Byla-li ve smlouvě sjednána indexace, navrhne úpravu běžně placeného pojistného** a vybraných **pojistných částek** tak, aby reálná hodnota pojištění zůstala zachována. Můžeme stanovit limity pojistných částek pro jednotlivá pojištění, které nemohou být indexací pojistné částky překročeny. Pojistná částka může být zvýšena maximálně na hodnotu tohoto limitu.
- b) Indexace se vztahuje **pouze na pojištění dospělého** pojištěného stanovená v platném PPPP (vyjma pojištění s klesající pojistnou částkou).
- c) Indexace běžně placeného pojistného a vybraných pojistných částek **se provádí vždy k výročnímu dni počátku pojištění**, a to **nejdříve po dvou letech** od počátku pojištění v námi stanovené výši v souladu s růstem indexu spotřebitelských cen, min. však o 5 %. Vybrané pojistné částky budou navýšeny podle pojistně-technických a kalkulačních zásad v odpovídající výši k indexaci běžně placeného pojistného, max. však o stanovenou výši indexace běžně placeného pojistného.
Minimální výši běžného pojistného, při které se indexace provádí, stanovujeme my.
- d) Indexace se provádí **bez dalšího zkoumání zdravotního stavu** pojištěného.
- e) V souladu s poskytnutým písemným souhlasem v nabídce na uzavření smlouvy vám zašleme nabídku rozsahu indexace smlouvy a k výročnímu dni počátku pojištění vystavíme dodatek ke smlouvě, ve kterém bude uvedeno upravené pojistné a pojistné částky. **Máte právo pro dané období indexaci písemně odmítnout.** Písemné odmítnutí nám musí být doručeno nejpozději 15 dnů před výročním dnem počátku pojištění. Odmítnutí indexace doručené po tomto termínu nejsme povinni akceptovat. Neodmítnete-li indexaci písemným zasláním svého odmítnutí, má se za to, že s indexací souhlasíte v souladu s poskytnutým písemným souhlasem ve smlouvě.
- f) **O trvalé odmítnutí indexace musíte požádat písemnou formou** žádostí o změnu smlouvy. Přijetí žádosti potvrdíme vystavením dodatku ke smlouvě.
- g) Indexaci pojištění nebudeme provádět v případě vzniku nároku na zproštění od placení pojistného. V tomto případě dojde k automatickému vyřazení indexace ze smlouvy.
- h) Indexaci pojištění nebudeme provádět u pojistných smluv, u nichž je:
- sjednán příspěvek zaměstnavatele v jakékoliv variantě příspěvků,
 - v době ode dne zaslání nabídky rozsahu indexace smlouvy do dne vystavení dodatku ke smlouvě týkající se této indexace provedena pojistně-technická změna (dle ustanovení článku 7 těchto SPP),
 - dohodnuto přerušení placení pojistného, a to nejdéle na dobu 3 následujících měsíců od výročního dne počátku pojištění.

Neprovedení indexace v uvedených případech bude pouze dočasné (pro nejbližší nadcházející období). Pro další období můžeme indexaci opět nabídnout.