

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

Žádost o změnu v pojistné smlouvě FLEXI RISK

Z2070

Tato žádost slouží výhradně pro pojistné smlouvy FLEXI RISK.

Číslo pojistné smlouvy

Já jako pojistník

Příjmení, jméno, titul

Rodné číslo

Upozornění:

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

Část A. Netechnické a technické změny (určeno pro níže uvedené změny, pro změny rozsahu pojištění slouží část B.):

1. Netechnické změny a sdělení – nemají vliv na výši pojistného (změna adresy, telefonního čísla, změna jména, příjmení, změna obmyslené osoby apod.).

Změna mých kontaktních údajů

Příjmení, jméno, titul

Rodné číslo

Povolání

OSVČ

Sportovní/Zájmová činnost

Státní občanství

E-mail

Telefon

Trvalé bydliště

Ulice

Č.p.

PSČ

Obec

Stát

Prohlašuji, že jsem daňovým rezidentem jiného státu než ČR, jakého: _____

DIČ (daňové identifikační číslo) _____

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

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

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

Ulice

Č.p.

PSČ

Obec

Stát

zrušení kontaktní adresy

Změna mého statusu politicky exponované osoby (dále jen „PEP“)

Prohlašuji, že

- nyní **jsem** (nebo jsem v posledních 12 měsících byl) **PEP** ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, a přikládám k žádosti o změnu vyplněný formulář **Prohlášení klienta o politicky exponované osobě**, který je její nedílnou součástí.
- nyní **jsem** (nebo jsem v posledních 12 měsících byl) **vůči PEP v postavení osoby blízké či jiné** (např. společník stejné s.r.o. jako politicky exponovaná osoba) ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, a přikládám k žádosti o změnu vyplněný formulář **Prohlášení klienta o politicky exponované osobě**, který je její nedílnou součástí.
- nyní **nejsem** (ani jsem v posledních 12 měsících nebyl) **PEP** ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu.
- nyní **nejsem** (ani jsem v posledních 12 měsících nebyl) **vůči PEP v postavení osoby blízké či jiné** (např. společník stejné s.r.o. jako politicky exponovaná osoba) ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu.

Obmyšlený v případě mé smrti (příjmení, jméno / obchodní firma, datum narození / IČ, podíl v %)

_____	_____	_____	_____ %
_____	_____	_____	_____ %
_____	_____	_____	_____ %
_____	_____	_____	_____ %

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

Datum účinnosti dodatku od _____ **Změna doby trvání do** _____ **let věku.**

Pojistné a způsob placení pojistného

Frekvence placení pojistného: ročně pololetně čtvrtletně měsíčně

Celkové běžné pojistné (dle frekvence placení)

_____ Kč

Technika placení pojistného:

SIPO spojovací číslo

inkaso z účtu e-faktura (ČS) číslo účtu kód banky specifický symbol
 _____ - _____ _____ _____

jiný způsob (např. trvalý příkaz)

Část B. Žádost o změnu

Základní dotazy

Moje výška _____ cm Moje váha _____ kg Kouřím nebo jsem v posledních 2 letech před požadovanou změnou pojištění kouřil **NE ANO**


Individuální konec pojištění

Individuální konec pojištění ve věku _____ let. Platí pro všechna pojištění, u kterých je zvolen.


Doplnění/změna rozsahu pojištění/zrušení

*Zvolte vždy pouze jednu variantu.

Pojištění smrti				Zrušení	
pojistná částka	varianta pojistné částky	varianta klesání	individuální konec	pojištění	individ. konce
_____ Kč	<input type="checkbox"/> konstantní* <input type="checkbox"/> klesající*	<input type="checkbox"/> lineárně* <input type="checkbox"/> anuitně* úrok úvěru _____ % p. a.	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
Pojištění vážných nemocí				Zrušení	
pojistná částka	varianta pojistné částky	varianta klesání	individuální konec	pojištění	individ. konce
<input type="checkbox"/> s jednorázovou výplatou** _____ Kč	<input type="checkbox"/> konstantní* <input type="checkbox"/> klesající*	<input type="checkbox"/> lineárně* <input type="checkbox"/> anuitně* úrok úvěru _____ % p. a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> s flexibilní výplatou** _____ Kč	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pojštění invalidity nebo dlouhodobé péče				Zrušení	
pojistná částka	varianta pojistné částky	varianta klesání	individuální konec	pojištění	individ. konec
3. st. _____ Kč 	<input type="checkbox"/> konstantní* <input type="checkbox"/> klesající*	<input type="checkbox"/> lineárně* <input type="checkbox"/> anuitně* úrok úvěru _____ % p. a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. st. _____ Kč				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. st. _____ Kč				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pojštění pracovní neschopnosti - min. doba léčení 29 dní (s plněním od 1. dne)			Zrušení	
pojistná částka		individuální konec	pojištění	individ. konec
_____ Kč/den		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Zrušení pojištění
Pojštění smrti následkem úrazu	_____ Kč 	<input type="checkbox"/>
Pojštění trvalých následků úrazu - od 0,5 % tělesného poškození s 10-ti násobnou progresí	_____ Kč	<input type="checkbox"/>
Pojštění léčení úrazu	_____ Kč krát násobek dle diagnózy	<input type="checkbox"/>
Pojštění hospitalizace	_____ Kč/den	<input type="checkbox"/>

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

Zajištění závazku	
<input type="checkbox"/>	Sjednání (Vyplňte vždy název, IČ a kontaktní adresu oprávněného subjektu, v jehož prospěch je zajištění sjednáno.)
<input type="checkbox"/>	Zrušení (Doložte souhlas vinkulačního partnera.)
<input type="checkbox"/>	Změna (Doložte souhlas původního vinkulačního partnera se zrušením vinkulace.)
Název oprávněného subjektu _____ IČ _____	
Kontaktní adresa	
Ulice _____	Č.p. _____ PSČ _____
Obec _____	Stát _____
Číslo úvěrové smlouvy (je-li známo) _____	
Souhlasím s tím, aby pojišťovna poskytla výše uvedené třetí osobě informace týkající se pojištění specifikovaného výše, zejména informace o placení pojistného, trvání pojistné smlouvy, informace o zániku pojištění, o vzniku pojistné události nebo o vzniku jakéhokoli jiného práva na vyplacení plnění.	

Zdravotní dotazy	
Beru na vědomí, že odpovědi na následující zdravotní dotazy mají zásadní význam pro rozhodnutí pojišťovny, jak ohodnotí pojistné riziko, zda je pojištěn a za jakých podmínek. Rozumím tomu, že v případě nepravdivého nebo neúplného zodpovězení těchto dotazů může pojišťovna od pojistné smlouvy odstoupit nebo odmítnout či snížit pojistné plnění.	
1. Jste následkem zdravotních komplikací pod pravidelným lékařským dohledem, užíváte pravidelně léky, čekáte na výsledky nějakého vyšetření nebo je u vás plánován pobyt v nemocnici, popř. operace (s výjimkou těhotenství)? Máte nebo jste měl zvýšené hodnoty krevních tuků (cholesterol), cukru (glykemie) nebo jaterních testů?	NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Byl jste nebo jste v současné době uznán invalidním 1., 2., 3. stupně? Byl jste nebo jste držitelem průkazu zdravotně postiženého? Měl jste nebo máte změněnou pracovní schopnost?	NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Trpíte nebo jste v minulosti v posledních sedmi letech trpěl některou z těchto chorob: onemocnění srdce a cév, plic, ledvin, jater, nervového systému, zhoubné nádory, cukrovka, psychické obtíže?	NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Léčíte se nebo jste se v posledních sedmi letech léčil pod lékařským dohledem s obtížemi, onemocněními nebo úrazy souvisejícími se svalovým nebo kosterním systémem (kosti, klouby, páteř, svaly, vazy, meziobratlové ploténky, záda, šíje, ramena, záněty kloubů, revmatismus apod.)?	NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Byl jste z důvodu diagnostiky a léčení onemocnění v posledních pěti letech hospitalizován na specializovaném pracovišti nebo jste podstoupil v posledních sedmi letech vyšetření CT, MRI, EEG, endoskopie, izotopy aj.?	NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ**PROHLÁŠENÍ**

- Beru na vědomí, že žádost o změnu je vyhotovena v listinné podobě.
- Zmocňuji vás k zjišťování či ověřování mého zdravotního stavu pro účely změny pojistné smlouvy, šetření pojistných událostí či výkonu jiných práv a povinností z pojistné smlouvy, a to zejména formou dotazů u příslušných lékařů (zdravotnických zařízení), žádostí o poskytnutí lékařských zpráv, pořízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace, popř. z jiných zápisů, které se vztahují k mému zdravotnímu stavu; toto zmocnění platí i po mé smrti.
- Zprošťuji v souladu s § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, příslušného lékaře, resp. provozovatele zdravotnického zařízení ve vztahu k vám mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém jste oprávněni požadovat informace či dokumenty podle předchozího odstavce a dále podle toho, jak je povinen je poskytovat pacientovi podle § 31 a následujících citovaného zákona.
- Prohlašuji, že jsem byl seznámen a převzal jsem Výňatek z ujednání Pojistných podmínek produktu FLEXI RISK 01/2019.

ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

V následující části jsou uvedeny základní informace o zpracování vašich osobních údajů. Více informací, včetně způsobu odvolání souhlasu, možnosti podání námitek v případě zpracování na základě oprávněného zájmu, práva na přístup a dalších práv, naleznete v dokumentu Informace o zpracování osobních údajů v pojištění osob, který je trvale dostupný na webové stránce www.koop.cz v sekci „O pojišťovně Kooperativa“.

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

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

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

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

souhlasím jako pojištěný

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

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

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

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

- zasílání slev či jiných nabídek třetích stran, a to i elektronickými prostředky,
- zpracování vašich osobních údajů nad rámec oprávněného zájmu pojišťovny za účelem vyhodnocení vašich potřeb a zaslání relevantnějších nabídek (jedná se o některé případy sledování vašeho chování, spojování osobních údajů shromážděných pro odlišné účely, použití pokročilých analytických technik),
- předávání vašich osobních údajů společností Česká podnikatelská pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, IČO: 63998530 a Česká spořitelna, a.s., IČO: 45244782 (dále jen „společnosti skupiny“), které je mohou využít pro účely zaslání svých reklamních sdělení a nabídky služeb, a to i elektronickými prostředky.

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

souhlasím jako pojistník/pojištěný

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

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

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

Zpracování pro účely plnění zákonné povinnosti

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

Zpracování pro účely přímého marketingu

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

Proti takovému zpracování máte jako pojistník/pojištěný právo kdykoli podat námitku.

2.3. POVINNOST POJISTNÍKA INFORMOVAT TŘETÍ OSOBY

Zavazujete se informovat každého obmyšleného a případné další osoby, které jste uvedl v tomto formuláři, o zpracování jejich osobních údajů.

2.4. INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ ZÁSTUPCE POJISTNÍKA/POJIŠTĚNÉHO**Zpracování na základě oprávněných zájmů pojišťovny**

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

Zpracování pro účely plnění zákonné povinnosti

Osoba oprávněná zastupovat pojistníka/pojištěného bere na vědomí, že identifikační a kontaktní údaje pojišťovna dále zpracovává **ke splnění své zákonné povinnosti** vyplývající zejména ze zákona upravujícího distribuci pojištění, zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, zákona č. 69/2006 Sb., o provádění mezinárodních sankcí a zákona č. 164/2013 Sb., o mezinárodní spolupráci při správě daní.

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

Žádost jsem podal:

V _____ dne _____

 podpis pojistníka/pojištěného

Žádost převzal/a: Příjmení, jméno poradce / spolupracovníka ziskatele

(vyplňte hůlkovým písmem)

Identifikace partnera (HR) / Ziskatelské číslo _____	Identifikace poradce / Osobní číslo spolupracovníka ziskatele _____	Registrační číslo u ČNB _____
Telefon _____	E-mail _____	

_____ podpis poradce / spolupracovníka ziskatele

Výňatek z ujednání Pojistných podmínek produktu FLEXI RISK – verze 01/2019

DOPRAVNÍ NEHODA

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

Ostatní podmínky zůstávají v platnosti dle Pojistných podmínek produktu FLEXI RISK (dále jen „PP FLEXI RISK“).

POJIŠTĚNÍ VÁŽNÝCH NEMOCÍ S FLEXIBILNÍ VÝPLATOU

Definice pojmu

Operace věnicých (koronárních) tepen z důvodu ischemické choroby srdeční – kardiologický výkon, při němž vám je voperován koronární bypass (CABG, ACVB) s použitím transplantátu při otevřeném hrudníku pro funkčně významné postižení věnicých tepen, anebo zprůchodnění věnicých tepen provedené pomocí intraarteriálních katetrů, mezi které patří například angioplastika (PTCA), rotablace, Jaserové techniky nebo jakékoliv jiné podobné procedury (tj. provedení zákroku bez otevření hrudníku).

Operace aorty

– operační kardiologický výkon na aortě provedený v důsledku jejího roztržení, vzniku výdutě nebo jejího vrozeného zúžení.

Ostatní podmínky

U všech zdravotních událostí a zákroků byla odstraněna podmínka provedení na území České republiky nebo na území členských států Evropské unie. U všech diagnóz, zákroků a zdravotních událostí, kde poskytujeme pojistné plnění za hospitalizaci na jednotce intenzivní péče („JIP“), rozšiřujeme nárok na pojistné plnění také za hospitalizaci na anesteziologicko-resuscitačním oddělení („ARO“).

Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z pojištění vážných nemocí s flexibilní výplátou zůstávají v platnosti dle PP FLEXI RISK.

POJIŠTĚNÍ INVALIDITY NEBO DLOUHODOBÉ PÉČE

Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplát

V případě invalidity 3. stupně nebo dlouhodobé péče a invalidity 2. stupně vám poskytneme plnění i za diagnózy F00 – F99 (poruchy duševní a poruchy chování dle MKN 10). V případě invalidity 1. stupně poskytneme plnění za organické duševní poruchy (diagnózy F00 – F09) a také za diagnózu schizofrenie (F20). Tyto diagnózy musí být dle vyšetření jednoznačně prokazatelné.

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

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

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

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

Výluky a omezení plnění

V případě invalidity 3. stupně nebo dlouhodobé péče a invalidity 2. stupně vám neposkytneme plnění za diagnózy F00 – F99 vzniklé v příčinné souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo psychoaktivních látek. V případě invalidity 1. stupně vám neposkytneme plnění za diagnózy F00 – F09 a za diagnózu schizofrenie (F20), pokud vzniknou v příčinné souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo psychoaktivních látek. Dále vám plnění neposkytneme za poruchy duševní a poruchy chování (diagnózy F10 – F99 dle MKN 10), vyjma schizofrenie (F20).

Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče zůstávají v platnosti dle PP FLEXI RISK.

POJIŠTĚNÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI

Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplát

Z pojištění pracovní neschopnosti poskytujeme plnění za organické duševní poruchy (diagnózy F00 – F09 dle MKN 10), které jsou dle vyšetření jednoznačně prokazatelné.

Pojistnou událostí je také pracovní neschopnost z důvodu komplikací po kosmetických operacích, které jste prokazatelně nezavinil.

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

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

Pokud nemoc, pro kterou byla pracovní neschopnost vystavena, nastala v době trvání pracovního poměru, resp. v době, kdy jste byl aktivní osobou samostatně výdělečně činnou (dále také „OSVC“), vyplátíme vám pojistné plnění i v případě, že došlo v průběhu trvání pracovní neschopnosti k ukončení pracovního poměru, resp. k přerušení provozování živnosti. Pojistné plnění poskytujeme dle potvrzené doby trvání pracovní neschopnosti, max. však po dobu 30 dnů od data ukončení pracovního poměru, resp. od data přerušení provozování živnosti.

V případě, kdy vám bude vystavena pracovní neschopnost z důvodu jedné z nemocí definovaných v II. kapitole PP FLEXI RISK, v článku 5, bodě A nebo B, poskytneme pojistné plnění za celou potvrzenou dobu trvání pracovní neschopnosti (u OSVC neplátů nemocenského pojištění poskytneme pojistné plnění za dobu léčení potvrzenou lékařem). Pokud k úrazu, pro který byla pracovní neschopnost vystavena, došlo v době trvání pracovního poměru, resp. v době, kdy jste byl aktivní OSVC, vyplátíme vám pojistné plnění i v případě, že došlo v průběhu trvání pracovní neschopnosti k ukončení pracovního poměru, resp. k přerušení provozování živnosti. Pojistné plnění poskytujeme dle potvrzené doby trvání pracovní neschopnosti, max. však dle Oceňovací tabulky plnění za léčení úrazu platné v době vzniku úrazu.

Odchylně od ustanovení PP FLEXI RISK jsme zrušili poplatek za opakované zálohové plnění.

Čekací doba

Zvláštní čekací doba pro nemoc v délce osmi měsíců je stanovena pro pracovní neschopnost z důvodu těhotenství, včetně těhotenských komplikací, zubního ošetření, zhotovení zubních náhrad a úkonů chirurgie a ortopedie čelistí.

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

Výluky a omezení plnění

Pojištění pracovní neschopnosti se nevztahuje na:

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

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

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

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

– 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,

– porod, předčasný porod, přerušení těhotenství nebo potrat, ke kterému nedošlo z důvodu těhotenských komplikací,

Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z pojištění pracovní neschopnosti zůstávají v platnosti dle PP FLEXI RISK.

POJIŠTĚNÍ HOSPITALIZACE

Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplát

Pojistnou událostí je také hospitalizace z důvodu komplikací po kosmetických operacích, které jste prokazatelně nezavinil. Pojistné plnění vám poskytneme v případě, že jste hospitalizován s komplikacemi po kosmetické operaci a zároveň máte po tuto dobu vystavenou pracovní neschopnost. Pokud jste osoba samostatně výdělečně činná, která je poplatníkem nemocenského pojištění, doložte potvrzení správy sociálního zabezpečení o čerpání nemocenských dávek. Pokud jste osoba samostatně výdělečně činná, která není poplatníkem nemocenského pojištění, prokážete nárok na plnění potvrzením lékaře o době léčení, na kterou by vám jinak pracovní neschopnost vystavena byla.

Pojistné plnění poskytujeme 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 vyplátíme pojistné plnění v rámci jedné pojistné události, je v tomto případě 30 dnů.

Odchylně od ustanovení PP FLEXI RISK jsme zrušili poplatek za opakované zálohové plnění.

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.

Výluky a omezení plnění

Pojistné plnění z pojištění hospitalizace se nevztahuje na:

– léčebné pobyty v lázních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, s výjimkou případů, kdy je pobyt nutný z důvodu přešlé hospitalizace a je nezbytný pro další léčení z důvodu vážných stavů po nemoci, úrazu a vážných pooperačních stavů.

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

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

Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z pojištění hospitalizace zůstávají v platnosti dle PP FLEXI RISK.

NEVPOVĚDITELNOST POJIŠTĚNÍ

Jednotlivá pojištění můžeme vypovědět a zanikají:

- ke konci pojistného období,
- do tří měsíců ode dne oznámení vzniku pojistné události.

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

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