

Výňatek z ujednání Speciálních pojistných podmínek pro FLEXI životní pojištění – verze 07/2021

Tento Výňatek z ujednání Speciálních pojistných podmínek pro FLEXI životní pojištění (dále jen „výňatek“) ode dne účinnosti vámi požadované změny pojistné smlouvy FLEXI životní pojištění doplňuje a v rozsahu v něm obsažených ujednání má přednost a nahrazuje příslušná ustanovení speciálních pojistných podmínek, které jste obdržel při sjednání nabídky na uzavření této pojistné smlouvy.

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:

- *lineárně*, kdy se pojistná částka každý rok snižuje o 1/n pojistné částky, přičemž „n“ je pojistná doba daného pojištění v letech
- *anuitně*, kdy se pojistná částka snižuje dle splácení úvěru podle úrokové míry sjednané ve smlouvě (možné procentuální rozmezí této úrokové míry uvádíme v platném PPPP)

ŘÍZENÉ PROGRAMY INVESTOVÁNÍ

- 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.
- 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.
- 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 převodu.
- V rámci řízených programů investování neprevádíme mimořádné pojistné uhrazené do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné, bonusy převedené do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné ani částku převedenou do tohoto fondu v rámci marketingové akce nebo zamykání výnosů.
- 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 webových stránkách a na všech našich obchodních místech.
- 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).

ZAMYKÁNÍ VÝNOSŮ

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

- 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.
- 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).
- Zhodnocení jednotlivých fondů se vyhodnocuje vždy za uplynulý kalendářní rok. Zhodnocovacím 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, nepřevedeme 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.

SLEVA

A. 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.

B. SLEVA ZA ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL

Slevu za zdravý životní styl můžeme přiznat, pokud máte na smlouvě nárok na slevu za komplexní rozsah pojištění, vyplníte Dotazník pro slevu za zdravý životní styl a zároveň splníte námi stanovená kritéria pro získání slevy.

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

Konkrétní výčet jednotlivých pojištění, na která se sleva vztahuje, je uveden v PPPP. Uvedené parametry můžeme v průběhu trvání pojištění měnit.

C. SLEVA ZA POJIŠTĚNÍ ÚVĚRU

Slevu uplatníme na rizikové pojistné námi stanovených jednotlivých pojištění sjednávaných v rámci pojištění úvěru.

Konkrétní výše slevy a uplatnění slevy jsou uvedeny v PPPP. Uvedené parametry můžeme v průběhu trvání pojištění měnit.

BONUSY

A. BONUS ZA BEZEŠKODNÍ PRŮBĚH

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

- Bonus za bezeškový průběh (dále jen „bonus“) připisujeme ke smlouvám, u kterých v uplynulém pojistném roce a současně v uplynulých letech sledovaného období nenastala pojistná událost.
- Za pojistnou událost v případě posuzování nároku na bonus nepovažujeme pojistnou událost z pojištění doživotní kapitálové renty.
- 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), výjma posledního sledovaného období, které může být kratší.

- Bonus stanovíme v procentuální výši z celkového rizikového pojistného za uplynulý pojistný rok. Výše bonusu se řídí platným PPPP.
- Celkovým rizikovým pojistným rozumíme souhrn předpisů rizikového pojistného v daném období uplynulého pojistného roku.
- Bonus připočítáme 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 nepřipočítáme.
- 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.
- 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 odcerpání 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.
- Za poslední rok trvání smlouvy před sjednaným koncem smlouvy bonus nepřipočítáme.
- Dojde-li k odstoupení od smlouvy z vaší strany či z naší strany (dle ustanovení VPP) nebo bude-li smlouva z důvodu její neplatnosti ukončena před počátkem (dle ustanovení VPP), nárok na bonus nevzniká a případný již vyplacený bonus odečteme od vráceného pojistného při ukončení smlouvy. Bude-li vyplácený bonus vyšší než částka vráceného pojistného, jste nám povinen uhradit rozdíl těchto částek.
- 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.
- 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.

- 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 dvacet let.
- 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.
- Bonus za věrnost připočítáme 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.
- 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.
- 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.
- Pokud v prvních patnácti letech trvání smlouvy dojde k ukončení smlouvy, celý připsaný bonus za věrnost ze smlouvy odebereme.
- Dojde-li po patnácti letech trvání smlouvy k odstoupení od smlouvy z vaší strany či z naší strany (dle ustanovení VPP) nebo bude-li smlouva z důvodu její neplatnosti ukončena před počátkem (dle ustanovení VPP), nárok na bonus za věrnost nevzniká a případný vyplácený bonus za věrnost odečteme od vráceného pojistného při ukončení smlouvy. Bude-li vyplácený bonus za věrnost vyšší než částka vráceného pojistného, jste nám povinen uhradit rozdíl těchto částek.

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.

Dopravní nehodou rozumíme:

- 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.
- 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.
- 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.
- 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 kterákoliv osoby následkem přítomnosti v letadle nebo za přímého kontaktu s kteroukoliv

části letadla, včetně částí, které se od letadla oddělily, dále přímým působením proudů 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, zajištění motorových vozidel apod.),
- které si pojištěný způsobil sám nebo které mu byly způsobeny druhou osobou a které nejsou v příčinné souvislosti s dopravní nehodou.

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

DOSPĚLÝ POJIŠTĚNÝ

DOPLŇKOVÁ A ÚRAZOVÁ SLOŽKA POJIŠTĚNÍ

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).

Kromě doplňkového pojištění smrti můžete sjednat také **pojištění pozůstalostního důchodu**. Pojištění pozůstalostního důchodu můžete sjednat vždy jen pro dvojici pojištěných se stejnou pojistnou částkou a dobou trvání pojištění.

Doplňkové pojištění smrti můžete sjednat s konstantní a/nebo klesající pojistnou částkou (dále jen „varianta pojistné částky“).

Pro doplňkové pojištění smrti (pro obě varianty pojistné částky) i pro pojištění pozůstalostního důchodu můžete sjednat individuální konec. U pojištění pozůstalostního důchodu musí být individuální konec u obou pojištěných stejný (dle staršího ze dvojice pojištěných).

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. Pojištění pozůstalostního důchodu se na terminální stadium onemocnění nevztahuje.

V případě úmrtí pojištěného vyplatíme obmyšlenému pojistnou částku platnou ke dni úmrtí, není-li dále uvedeno jinak. V případě úmrtí pojištěného budeme z pojištění pozůstalostního důchodu obmyšlenému po sjednanou dobu (12 měsíců), počínaje kalendářním měsícem následujícím po měsíci, ve kterém pojištěný zemřel, vyplácet měsíčně důchod ve výši platné ke dni úmrtí pojištěného.

Po dvou letech od počátku pojištění považujeme za pojistnou událost i smrt v důsledku onemocnění a úrazu, která 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 prodloužovat dobu trvání pojištění. Pojistné platíte i nadále za původně sjednanou pojistnou částku, nikoliv za její zbývající část po odečtení zálohy.

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

Zvýšíte-li pojistnou částku doplňkového pojištění smrti v posledních dvou letech přede dnem, kdy lékař potvrdil terminální stadium onemocnění, stanovíme výši zálohy z pojistné částky doplňkového pojištění smrti platné před jejím zvýšením. Při následném úmrtí pojištěného pak 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 vzniku pojistné události.

Datum vzniku pojistné události

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

Výluky a omezení plnění

Doplňkové pojištění smrti nebo pojištění pozůstalostního důchodu 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).

Pojistné plnění nevyplatíme v případě úmrtí do dvou let od počátku pojištění v důsledku onemocnění a úrazu, 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 nebo začneme vyplácet pozůstalostní důchod ve výši platné ke dni úmrtí,
- v případech, kdy došlo v průběhu posledních 2 let před sebevraždou ke zvýšení pojistné částky doplňkového pojištění smrti nebo pojištění pozůstalostního důchodu, vyplatíme pojistnou částku nebo budeme vyplácet důchod pro pozůstalé ve výši platné 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

Doplňkové pojištění smrti zaniká smrtí pojištěného.

Pojištění pozůstalostního důchodu zaniká pro oba pojištěné smrtí jednoho z nich.

POJIŠTĚNÍ VÁŽNÝCH NEMOCÍ A ÚRAZŮ

Popis pojištění

Pojištění můžete sjednat pro osoby ve věku od dovršených 18 do 65 let. Pojištění končí nejspíše 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 38 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 diagnózy některé z vážných nemocí nebo podstoupení některé z operací, k němuž došlo během trvání pojištění, zároveň se příznaky neprojevily před počátkem pojištění ani v čekací době, a které splňuje podmínky stanovené ve smlouvě. 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 maximálně za jednu pojistnou událost z každé skupiny diagnóz, která nastane v průběhu trvání pojištění, a to vždy ve výši 100% pojistné částky platné ke dni vzniku pojistné události. 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
- zařazení do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci životně důležitých orgánů
- systémový lupus erythematoses
- systémová sklerodermie
- aplastická anémie
- onemocnění plic způsobující dechovou nedostatečnost
- primární plicní arteriální hypertenze

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 věncitých (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

- operace při komplikacích Crohnovy nemoci (Morbus Crohn)
- 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
- HIV

1. skupina – selhání důležitých orgánů

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

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

Zařazení do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci životně důležitých orgánů – životně důležitými orgány pro účely pojištění rozumíme srdce, plíce, játra, ledviny, slinivku břišní, střeva, kdy příjemcem orgánu je pojištěný. Povinnost plnit vzniká dnem zařazení do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci, přičemž transplantace musí být z lékařského hlediska nezbytně nutná a musí být objektivně potvrzeno selhání funkce příslušného orgánu odborným lékařem.

Systémový lupus erythematoses – multiorgánové autoimunitní systémové onemocnění (difúzní onemocnění pojivové tkáně), které je charakterizováno tvorbou autoantilátěk působících proti různým strukturám buněčného jádra, projevující se specifickým orgánovým postižením kůže, kloubů, plic, srdce, ledvin, mozku, krvetvorby, cév. Diagnóza musí být klinicky potvrzena odborným lékařem na podkladě průkazů čtyř nebo více klasifikačních kritérií ACR (American College of Rheumatology).

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

Systémová sklerodermie – systémové autoimunitní onemocnění pojivové tkáně (kolenogóza), také označované jako progresivní systémová skleróza, které má chronický postupně zhoršující se charakter; musí se jednat o difúzní formu sklerodermie. Difúzní, tj. celkové se šíří, forma systémové sklerodermie spočívá v rozsáhlém postižení kůže, pohybového systému a vnitřních orgánů (srdce, plic nebo ledvin). Nezbytné je prokázání diagnózy difúzní formy systémové sklerodermie klinickým nálezem odborného lékaře v oboru revmatologie vč. zařazení dle klasifikačních kritérií ACR/EULAR nebo jiných. Postižení srdce, plic nebo ledvin musí být potvrzeno v biopsii a sérologických testech. 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 dřevě,
- počet granulocytů (bílé krvinky s vyzrálými granulami v cytoplasmě) v krvi je nižší než 500/mm³ (tj. 0,5 x 10⁹/l) a krevních destiček nižší než 20 000/mm³ (tj. 20 x 10⁹/l),
- je prokázána anémie a retikulocytopenie,
- léčení je prováděno minimálně jedním z následujících způsobů:
 - pravidelné krevní transfuze,
 - pravidelná aplikace imunosupresivních látek,
 - transplantace kostní dřevě.

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 dechové selhání (tj. globální chronické respirační insuficience). 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 (pO₂) při analýze krevních plynů je roven nebo nižší než 7,5 kPa,
- parciální tlak oxidu uhličitého (pCO₂) 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).

Prímární 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 symptomaticky, přestože užívá léky a dietní úpravy, a současně je prokázána abnormální funkce komory při fyzikálním i laboratorním vyšetření.

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 vláčna 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 neplatí za kóma vzniklé na podkladě úrazu v souvislosti s požitím alkoholu a/nebo aplikace 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 – progresivní neurologické onemocnění způsobené úbytkem buněk produkujících přenašeč dopamin. Nedostatek dopaminu vede k charakteristickým příznakům nemoci (rigidita svalů, poruchy držení těla, svalový třes, zpomalení volních pohybů). Následující kritéria se musí vyskytovat trvale: akinesie 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 vláčna).

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 jednoznačně a definitivní diagnózou podle revidovaných McDonaldových kritérií (příkaz 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 – degenerativní onemocnění centrálního i periferního motorického neuronu, projevující se rychlou progresí, s přítomností svalových obrn a atrofií svalových skupin končetin, trupu a polykacího svalstva. 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, eventuelně vyšetřením mozkomíšního moku.

Klíšťová meningoencefalitida (KE) – encefalitida a/nebo meningitida způsobená specifickým ARBO virem (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 doloží 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 prokazující akutní infekci),
- pojištěný byl řádně dlouhodobě léčen,

- příznaky způsobené jednoznačně Lymeskou nemocí a závažnost jejich 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 událost při neurologických komplikacích jsou onemocnění s trvalým neurologickým defektem a současně klinicky potvrzeným nálezem odborného lékaře. Postižení kloubů a invalidizace musí být potvrzeny příslušným odborným lékařem.

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

Meningitida (meningoencefalitida) – zánět mozkových blan vedoucí k těžkým a trvalým neurologickým poškozením (například hemiparéz, epileptické záchvaty, poruchy zraku a sluchu). Diagnóza musí být stanovena objektivním nálezem odborného pracoviště neurologie a musí být potvrzena existence trvalého neurologického poškození objektivním neurologickým nálezem i po uplynutí 6 měsíců od data stanovení diagnózy.

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

Encefalitida (meningoencefalitida) – zánět mozkové tkáně vyvolaný infekční etiologií. Pro plnění z encefalitidy je nutné mít potvrzeno neurologem a s pomocí dalších vyšetřovacích metod (vyšetření mozku, 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 touto diagnózou.

Vyloučeno je postižení vzniklé následkem infekce způsobené virem HIV.

Creutzfeldtova-Jakobova nemoc – vzácné přenosné onemocnění mozku, jednou z variant je vznik nemoci po požití hověžích masa nakaženého BSE.

Nemoc způsobuje ztrátu mozkových buněk, čímž vzniká trvalé poškození mozkové tkáně s rychlou ztrátou duševních schopností a koordinace volních 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 mozku, MRI, EEG, u BSE biopsie mandlí).

3. skupina – kardiovaskulární systém

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 útvarem), nebo o krvácení (intracerebrální, intraventrikulární a subarachnoidální). Příčinou krvácení může být i prasklé aneurysma.

Plníme za prokázanou trvalou 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 kardiologický výkon na aortě provedený v důsledku jejího roztržení, vzniku vředu nebo jejího vrozeného zúžení; vyloučeny jsou operace na větších aortě nebo bypassy vystupující z aorty a vedoucí krev do periferního řečiště (např. aortofemorální bypass). Povinnost plnit vzniká dnem provedení operace.

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

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

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.

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.

Prímární kardiomyopatie – onemocnění srdečního svalu prozávené 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 (dilatáční 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).

Diagnóza musí být klinicky potvrzena odborným lékařem vč. nálezu vyšetření EKG, echokardiografie, katetrizací, ev. MRI srdečního svalu nebo biopsií (tato je vyžadována u restrikční 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, chlopně vady, kardiomyopatie při svalové dystrofii, v těhotenství, způsobené toxickými vlivy (např. léky), alkoholické kardiomyopatie nebo při současně infekci virem HIV.

Embolie plicní tepny vyžadující chirurgickou embolektomii – obstrukce (ucpání) plicní tepny krevní sráženinou vyžadující okamžitou embolektomii na otevřeném hrudniku (incise [nařiznutí] plicní tepny k vymezení vřemku [embolu]). Jiná léčba včetně antikoagulancí nebo katetrové embolektomie není pojištěním kryta.

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

4. skupina – záněty

Operace při komplikacích Crohnovy nemoci (Morbus Crohn) – operační chirurgický výkon provedený z důvodu komplikací Crohnovy nemoci, tj. zánětlivého střevního onemocnění, které postihuje různé úseky střeva (výjimkou je jakýkoliv úsek trávicí trubice) s tvorbou píštěl, vředů a následným zúžením průsvitu střeva. Tyto komplikace základního onemocnění mohou v těžších formách vést k chirurgickému zákroku. Prokázaný diagnózy Crohnovy nemoci klinickým nálezem odborného lékaře v oboru gastroenterologie vč. nálezu provedených vyšetření. Operace a příčina operace musí být prokázaná propouštěcí zprávou

z nemocnice vč. uvedení typu a důvodu operace a nálezu histologického vyšetření ze vzorku odoperované tkáně. Za vážnou nemoc podle těchto podmínek se nepovažuje konzervativní léčba, tj. jiná než operační léčba.

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

5. skupina – nádory

Rakovina (náborová 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. lymfomou kožního, Hodgkinovu chorobu, zhoubný nádor kostní dřeni a sarkom.

Vyloučeny jsou:

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

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

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

6. skupina – ostatní

Slepta – 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 hlasivky. 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.

HIV – nákaza virem lidské imunitní nedostatečnosti (Human Immunodeficiency Virus – HIV) nebo syndrom získaného selhání imunity (Acquired Immune Deficiency Syndrom – AIDS). Pojistnou událostí je HIV infekce nastalá při:

- transfúzi infikované krve nebo krevních produktů z transfúzní stanice, která je oficiálně registrována a užívána zdravotnickými úřady po datu počátku pojištění;
- náhodné poranění jehlou, ke kterému došlo při plnění běžných profesních povinností osoby jako lékaře / zubního lékaře, zdravotní sestry, zdravotníka, hasiče nebo policisty;
- příjem transplantovaného orgánu, kdy byl tento orgán dříve infikován virem HIV;
- fyzickým napadením;
- poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě.

Každá událost, která vede k potenciálnímu nároku, musí nastat během trvání pojištění a musíte nám ji doložit negativním testem na protilátky proti HIV provedeným do 7 dnů po této události (vyjma transfúze). Sérokonverze na infekci HIV musí proběhnout do 6 měsíců od události.

Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem.

Ke každé události musí být doloženo nahlášení příslušným orgánům činným v dané věci a řádné vyšetření v souladu s uznávanými metodami a dále u:

- transfúze krve: nám musíte předložit buď písemné uznání odpovědnosti instituce, která provedla transfúzi, nebo soudní rozhodnutí s doložkou právní moci, která takovou odpovědnost potvrzuje;
- fyzického napadení nebo poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě nám musíte výsledek vyšetřování doložit formou zprávy.

Pojistovna musí mít volný přístup ke všem vzorkům krve pojištěného a je oprávněna nechat provést nezávislé testy těchto vzorků.

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

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 dva měsíce ode dne počátku tohoto pojištění. Čekací doba se nevztahuje na případy, kdy došlo k vážné nemoci výlučně v důsledku úrazu vzniklého nejdříve v den počátku pojištění.

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

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.

Zánik 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). Po vyplacení plnění za první pojistnou událost již nemůžete prodlužovat dobu trvání pojištění.

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

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

PŘIPOJIŠTĚNÍ NA NOVOTVARY IN SITU

Popis pojištění

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

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

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 svédčícího pro zhoubné onemocnění:

- D01 karcinom in situ jiných a neurčených trávících 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 T2N0MO (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.

Zánik pojištění

Připojištění na novotvary in situ zaniká pojistnou událostí.

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

Dále připojištění na novotvary in situ zaniká v případě zániku základní nebo kompletní varianty pojištění vážných nemocí a úrazů.

POJIŠTĚNÍ INVALIDITY NEBO DLOUHODOBÉ PĚČE

Popis pojištění

Pojištění můžete sjednat pro osoby ve věku od dovršených 18 do 65 let. Pojištění končí nejspíše poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technického období, ve kterém se pojištění 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:

- uznání invalidity ČSSZ ve smyslu platných předpisů o sociálních 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 vyplatíme pojištěnému pojistné plnění ve výši pojistné částky platné k datu vzniku pojistné události.

By-li pojištěnému v době trvání pojištění způsoben úraz při dopravní nehodě, pro jehož následky byl pojištěný následně uznán invalidním 3. stupně, a to ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení a příslušných 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 úrazu, maximálně však do výše částky 1 mil. Kč (platí pro součet obou variant pojistné částky).

V případě invalidity 3. stupně nebo dlouhodobé péče a invalidity 2. stupně 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 nejdříve po jednom roce od počátku tohoto pojištění, v případě pojištění invalidity 1. stupně nejdříve po jednom a půl roce 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. jednoho a půl roku (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. jednoho a půl roku nevyžadujeme, pokud nám pojištěný jednoznačně prokáže, že onemocněl, 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. jednoho a půl roku dále nevyžadujeme při změně varianty pojistné částky nebo způsobu klesání, pokud zároveň nezvýšíte pojistnou částku.

Datum vzniku pojistné události

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

Výluky a omezení plnění

V případě invalidity 3. stupně nebo dlouhodobé péče a invalidity 2. stupně neposkytneme plnění za diagnózy F00 – F99 vzniklé v příčinné souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo psychoaktivních látek.

V případě invalidity 1. stupně neposkytneme plnění za diagnózy F00 – F09 a za diagnózu schizofrenie (F20), pokud vzniknou 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), vyjma schizofrenie (F20).

Zánik 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 prodloužovat dobu trvání pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče. Smlouva zůstává nadále v platnosti.

POJIŠTĚNÍ INVALIDITY NEBO DLOUHODOBÉ PĚČE S JEDNORÁZOVOU VÝPLATOU POJISTNÉ ČÁSTKY VČETNĚ PŘIPOJIŠTĚNÍ K POJIŠTĚNÍ INVALIDITY NEBO DLOUHODOBÉ PĚČE S JEDNORÁZOVOU VÝPLATOU POJISTNÉ ČÁSTKY

Od 1. 1. 2015 nemůžete tato pojištění sjednat.

Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z těchto pojištění zůstávají v platnosti dle Speciálních pojistných podmínek pro FLEXI životní pojištění (dále jen „SPP FLEXI“).

POJIŠTĚNÍ ÚVĚRY

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 pojištění dožije 70 let.

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

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

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

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

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

Pojistná událost, podmínky plnění a jeho výplaty

U pojištění smrti je pojistnou událostí smrt pojištěného, pokud k pojistné události došlo v době trvání pojištění a zároveň došlo ke splnění všech podmínek stanovených ve smlouvě. V případě úmrtí pojištěného 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.

Pro pojištění invalidity je pojistná událost popsána v části DOSPĚLÝ POJIŠTĚNÝ – Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče tohoto výňatku.

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

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

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

Z pojištění pracovní neschopnosti poskytneme plnění za organické duševní poruchy (diagnózy F00 – F09 dle MKN 10) a také za diagnózu schizofrenie (F20), které jsou dle vyšetření jednoznačně prokazatelné.

Pojistnou událostí je také pracovní neschopnost z důvodu komplikací po kosmetických operacích, které jsou prokazatelně nezaviněné pojištěným.

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

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

V případě dlouhodobé pracovní neschopnosti můžeme pojištěnému na základě hlášení pojistné události pro zálohové plnění poskytnout opakovaně zálohové plnění. O takové plnění nás může pojištěný požádat nejříve po jednom měsíci od vzniku pojistné události. Opakované zálohové plnění můžeme poskytnout za každý ukončený měsíc pracovní neschopnosti.

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

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

V případě, že dojde k souběhu pracovní neschopnosti z důvodu nemoci a úrazu, započítává

se souběžná doba léčení v pracovní neschopnosti pouze jednou.

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

Pokud nemoc, pro kterou byla pracovní neschopnost vystavena, nastala v době trvání pracovního poměru, resp. v době, kdy byl pojištěný aktivní OSVČ, 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 potvrzené doby trvání pracovní neschopnosti, max. však po dobu 30 dnů od data ukončení pracovního poměru, resp. od data přerušení provozování živnosti.

V případě, kdy bude pojištěnému vystavena pracovní neschopnost z důvodu jedné z nemocí jmenovaných v tomto výňatku v části DOSPĚLÝ POJIŠTĚNÝ – Pojištění vážných nemocí a úrazů, poskytneme pojistné plnění za celou potvrzenou dobu trvání pracovní neschopnosti (u OSVČ – neplátce nemocenského pojištění poskytneme pojistné plnění za dobu léčení potvrzenou lékařem).

Pokud k úrazu, pro který byla pracovní neschopnost vystavena, došlo v době trvání pracovního poměru, resp. v době, kdy byl pojištěný aktivní OSVČ, 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 potvrzené doby trvání pracovní neschopnosti, max. však dle Oceňovací tabulky plnění za léčení úrazu platné v době vzniku úrazu.

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

Datum vzniku pojistné události

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

U pojištění invalidity je popsáno v části DOSPĚLÝ POJIŠTĚNÝ – Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče tohoto výňatku.

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

Čekací doba

U pojištění pracovní neschopnosti sjednaného v pojištění úvěru je základní čekací doba pro nemoc dva měsíce od počátku tohoto pojištění.

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

Pokud pojištěný zvýší pojistnou částku tohoto pojištění, běží pro navýšenou část ode dne účinnosti změny nová čekací doba. V případě navýšení pojistné částky budeme za onemocnění, které nastalo, bylo diagnostikováno nebo prvotně léčeno již před tímto navýšením, plnit ve výši pojistné částky platné ke dni vzniku onemocnění. V případě navýšení pojistné částky budeme za úraz, který nastal již před tímto navýšením, plnit ve výši pojistné částky platné ke dni vzniku úrazu.

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

Povinnosti pojištěného

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Výluky a omezení plnění

Pojištění smrti zanikne bez výplaty pojistného plnění a bez nároku na vrácení zaplaceného pojistného, dojde-li k pojistné události způsobené přímo či nepřímo válečnými událostmi, vojenskými nebo bojovými akcemi jakéhokoliv druhu (váleky, invaze, nepřátelské nebo válečné operace, občanské války).

Dojde-li ke smrti následkem sebevraždy:

- do dvou let od počátku pojištění, zaniká pojištění bez výplaty pojistného plnění a bez nároku na vrácení zaplaceného pojistného,

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

U pojištění invalidity jsou výluky popsány v části DOSPĚLÝ POJIŠTĚNÝ – Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče tohoto výňatku.

U pojištění pracovní neschopnosti jsou výluky popsány v části DOSPĚLÝ POJIŠTĚNÝ – Pojištění pracovní neschopnosti – nemoc tohoto výňatku.

Zánik pojištění

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

POJIŠTĚNÍ ZPROŠTĚNÍ OD PLACENÍ POJISTNÉHO Z DŮVODU INVALIDITY NEBO DLOUHODOBÉ PĚČE

Popis pojištění

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

Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplaty

Pojistnou událostí je:

- uznání invalidity 2. nebo 3. stupně ČSSZ ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení a ustanovení smlouvy, ke kterému došlo v průběhu trvání pojištění, nebo
- příznání příspěvku na péči v souladu se zákonem o sociálních službách, ke kterému došlo v průběhu trvání pojištění.

Podmínkou výplaty pojistného plnění je, že k uznání invalidity 2. nebo 3. stupně nebo příznání 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 onemocněli, pro které jste byli uznáni invalidním 2. nebo 3. stupně, resp. pro které vám byl příznán 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 příznán příspěvek na péči, v obou případech vylučně 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 příznán příspěvek na péči vylučně v důsledku úrazu, budete zproštěn v rozsahu pojistného platného ke dni vzniku úrazu.

Od placení vás zprostíme i v případě uznání invalidity 2. nebo 3. stupně nebo příznání příspěvku na péči z důvodu diagnózy F00 – F99 (poruchy duševní a poruchy chování dle MKN 10).

Datum vzniku pojistné události

Datem vzniku pojistné události je den, od kterého jste byl ČSSZ uznán invalidním 2. nebo 3. stupně, a to ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení a těchto pojistných podmínek, nebo vám byl příznán příspěvek na péči.

Povinnosti pojištěného

Na naši žádost jste povinen prokázat, že jste stále invalidní 2. nebo 3. stupně nebo že stále pobíráte příspěvek na péči.

Výluky a omezení plnění

Od placení vás nezprostíme v případě invalidity 2. nebo 3. stupně nebo dlouhodobé péče z důvodu diagnózy F00 – F99 vzniklé v příčinné souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo psychoaktivních látek.

Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z pojištění zproštění od placení pojistného z důvodu invalidity nebo dlouhodobé péče zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI.

POJIŠTĚNÍ KAPITÁLOVÉ HODNOTY

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). Ostatní podmínky - předmět a rozsah pojištění a pojistná událost zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI.

POJIŠTĚNÍ INVALIDITY NEBO DLOUHODOBÉ PĚČE S VÝPLATOU DOŽIVOTNÍ RENTY

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“). Podmínky pro uznání invalidity nebo příznání příspěvku na péči jsou totožné s podmínkami pro pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče.

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 3. stupně nebo dlouhodobé péče neposkytneme plnění za diagnózy F00 – F99 dle MKN 10 vzniklé v příčinné souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo psychoaktivních látek.

Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s výplatou doživotní renty zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI.

POJIŠTĚNÍ TRVALÝCH NÁSLEDKŮ NEMOCI

Popis pojištění

Pojištění můžete sjednat pro osoby ve věku od dovršených 18 do 65 let. Pojištění končí nejdříve poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technického 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, resp. provedení asistované reprodukce.

Pojistné plnění vyplácíme max. do výše příslušného procenta pojistné částky platné ke dni vzniku pojistné události, a to dle tabulky uvedené níže. Po vyplacení plnění za první pojistnou událost již nemůžete zvyšovat pojistnou částku ani prodlužovat dobu trvání pojištění. Maximální možné plnění je ve výši 400 % pojistné částky.

Procento plnění z PC	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		
Asistovaná reprodukce IVF	Asistovaná reprodukce IVF		

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 jako následek nemoci, jejíž stav nelze změnit lékařským zákrokem. 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 omezením 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).

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 (paO₂) 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.

OCHRNUTÍ

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 nemoci 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 naprosto výpadek funkce lícního (VII. hlavového) nervu na příslušné straně obličeje. Projevuje se výpadkem mimiky poloviny obličeje, objeví se pokleslý koutek rtu a porucha schopnosti dovířit 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 nemoci 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 kotníku dolů (noha), 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 nemoci 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 indikovaná 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 jednoznačně, objektivně zjištělné 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 řídicího oprávnění, doloží také rozhodnutí správního orgánu o odnětí řídicího oprávnění. Jsme oprávněni přezkoumat zdravotní stav pojištěného a důvody vedoucí ke ztrátě schopnosti řídit automobil ve smyslu objektivit zdravotních důvodů vedoucích k odnětí řídicího 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) a také z důvodu diagnózy schizofrenie (F20). Tyto diagnózy musí být dle vyšetření jednoznačně prokazatelné.

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) nebo schizofrenie (F20) vzniklé v příčině souvislosti s požíváním alkoholu a/ nebo psychoaktivních látek a dále poruchy duševní a poruchy chování (diagnózy F10 - F99 dle MKN 10), vyjma schizofrenie (F20),
- ztráta zdravotní způsobilosti pojištěného vykonávat řízení jako pracovní 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. odstoupení operace), který vedl ke ztrátě schopnosti řídit automobil,
- ztráta schopnosti řídit automobil v souvislosti s jakýmkoliv subjektivními důvody bez existence objektivní a jednoznačně měřitelné diagnózy.

ASISTOVANÁ REPRODUKCE IVF

Asistovaná reprodukce (In Vitro Fertilizace - dále jen „IVF“) rozumíme lékařské postupy léčby neplodnosti, při kterých dochází k manipulaci se zárodečnými buňkami, k oplodnění vajíček mimo tělo a následný přenos embrya do dělohy pojištěné osoby.

Pojištění pro případ asistované reprodukce je určeno výhradně pro pojištěné ženy, kdy je IVF provedeno z důvodu neplodnosti pojištěné ženy. Zdravotní komplikace spojené s neplodností musí být pojištěné ženě stanoveny v době trvání pojištění po čekací době.

K asistované reprodukci musí dojít nejpozději poslední den měsíce předcházejícího měsíce, ve kterém se pojištěná žena dožije 45 let.

Plnění poskytneme za 4. provedenou asistovanou reprodukci.

Asistovanou reprodukci musí provést odborný lékař ve specializovaném zdravotnickém zařízení, které musí být k provádění takovýchto výkonů oprávněno.

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, resp. den provedení asistované reprodukce.

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 pojištění

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

POJIŠTĚNÍ SMRTI NÁSLEDKEM ÚRAZU

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).

Pro toto pojištění můžete sjednat individuální konec.

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

Byl-li příčinou smrti úraz způsobený při dopravní nehodě, 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.

Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z pojištění smrti následkem úrazu zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI.

POJIŠTĚNÍ TRVALÝCH NÁSLEDKŮ ÚRAZU

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).

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

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

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

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

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

POJIŠTĚNÍ DENNÍHO ODŠKODNĚNÍ - ÚRAZ

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).

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

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

Se zahrnutím progresie 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.

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 max. plnění denního odškodného (dále jen „oceňovací tabulka DO“).

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

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

PŘIPOJIŠTĚNÍ K DENNÍMU ODŠKODNĚNÍ

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

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

POJIŠTĚNÍ HOSPITALIZACE

Popis pojištění

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-technického období, ve kterém se pojištěný dožije 75 let.

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

Pro toto pojištění můžete sjednat individuální konec, který může být pro každou z variant rozdílný.

Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplaty

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

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

Pojistnou událostí je také hospitalizace z důvodu komplikací po kosmetických operacích, které jsou prokazatelně nezaviněné pojištěným. Pojistné plnění poskytneme v případě, kdy je pojištěný hospitalizován s komplikacemi po kosmetické operaci a zároveň má po tuto dobu vystavenou pracovní neschopnost. Osoba samostatně výdělečně činná, která je poplatníkem nemocenského pojištění, dokládá potvrzení správy sociálního zabezpečení o čerpání nemocenských dávek. Osoba samostatně výdělečně činná, která není poplatníkem nemocenského pojištění, prokazuje nárok na plnění potvrzením lékaře o době léčení, na kterou by jinak pracovní neschopnost vystavena byla.

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

V případě dlouhodobého pobytu v nemocnici můžeme na základě hlášení pojistné události pro zálohové plnění poskytnout opakované zálohové plnění. O takové plnění nás může pojištěný požádat nejříve 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.

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

Čekací doba

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

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.

Výluky a omezení plnění

Pojistné plnění z pojištění hospitalizace se nevztahuje na:

- léčebné pobyty v lůžnicích, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, s výjimkou případů, kdy je pobyt nutný z důvodu přešetlé 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 poskytneme pojistné plnění za následný léčebný pobyt či pobyt v psychiatrické léčebně, v rámci jedné pojistné události je 30 dnů (pobyty ze sociálních důvodů jsou vyloučeny).
- Neplníme také za pobyty v zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie nebo závislosti, a to včetně následné pracovní neschopnosti, a dále za pobyty v zařízeních souvisejících s pečovatelskou službou, jakož i ve speciálních dětských zařízeních a v ústavech sociální péče.
- 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) a také na diagnózu schizofrenie (F20), které vznikly v příčinné souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo psychoaktivních látek,
- poruchy duševní a poruchy chování z důvodu nemoci dle MKN 10 diagnózy F10 - F99, vyjma schizofrenie (F20).

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

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 nejpозději posledním den měsíce předcházejícího pojistně-technického období, ve kterém se pojištěný dožije 75 let.

Pojištění můžete sjednat ve variantě (dále jen „varianta plnění“):

PN15 (s plněním následně od 15. dne)

a/ nebo PN29:

a) s plněním následně od 29. dne nebo

b) s plněním od 1. dne

a/ nebo PN57 (s plněním následně od 57. dne).

Pro zvolené varianty plnění můžete sjednat stejnou či různou pojistnou částku.

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

Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplaty

Pojistné plnění vyplatíme za každou zvolenou variantu plnění, a to za každý den pracovní neschopnosti včetně sobot, nedělí a svátků. Pojistné plnění vyplatíme pojištěnému ve výši pojistné částky platné ke dni vzniku nemoci.

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

Z pojištění pracovní neschopnosti poskytneme plnění za organické duševní poruchy (diagnózy F00 – F09 dle MKN 10) a také za diagnózu schizofrenie (F20), které jsou dle vyšetření jednoznačně prokazatelné.

Pojistnou událostí je také pracovní neschopnost z důvodu komplikací po kosmetických operacích, které jsou prokazatelně nezaviněné pojištěným.

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

V případě dlouhodobé pracovní neschopnosti můžeme pojištěnému na základě hlášení pojistné události pro zálohové plnění poskytnout opakované zálohové plnění. O takové plnění nás může pojištěný požádat nejříve po jednom měsíci od vzniku pojistné události. Opakované zálohové plnění můžeme poskytnout za každý ukončený měsíc pracovní neschopnosti.

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 nemocí, 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 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 živnosti.

V případě, kdy bude pojištěnému vystavena pracovní neschopnost z důvodu jedné z diagnóz jmenovaných u pojištění vážných nemocí a úrazů, poskytneme pojistné plnění dle sjednané varianty plnění za celou potvrzenou dobu trvání pracovní neschopnosti (u OSVČ – neplátčů nemocenského pojištění poskytneme pojistné plnění dle sjednané varianty plnění za dobu léčení potvrzenou lékařem).

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

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 těhotenství, včetně těhotenských komplikací, zubního ošetření, zhotovení zubních náhrad a úkonů chirurgie a ortopedie čelisti. Pokud zvysíte pojistnou částku u tohoto pojištění, běží pro navýšenou část 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.

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

Povinnosti pojištěného

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

- řádně vyplněné hlášení pojistné události,
 - kopii dokladu o pracovní neschopnosti, popř. potvrzení správy sociálního zabezpečení o čerpání nemocenských dávek nebo o odhlášení z placení nemocenského pojištění.
- Pokud pojištěný není poplatníkem nemocenského pojištění, prokazuje nám nárok na pojistné plnění potvrzením lékaře o době léčení, na kterou by jinak pracovní neschopnost vystavena byla, vč. potvrzení příslušné správy sociálního zabezpečení, že není účasten nemocenského pojištění.

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

OSVČ, které nejsou plátcí nemocenského pojištění, jsou povinny na naši výzvu prokázat (například prostřednictvím faktur či pokladních dokladů) skutečnosti týkající se jejich samostatné výdělečné činnosti před pojistnou událostí, v jejím průběhu a po jejím ukončení.

Výluky a omezení plnění

Pojištění pracovní neschopnosti se nevztahuje na:

- léčebné pobyty v lůžnicích, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, s výjimkou případů, kdy je pobyt nutný z důvodu léčení vážných stavů po nemoci 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 poskytneme za podmínky, že je pobyt v lůžnicích, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, psychiatrických léčebnách a zařízeních nutný z důvodu daného léčení a zároveň započne do 1 roku od ukončení pracovní neschopnosti z důvodu léčení nemoci, přičemž nemusí na pracovní neschopnost bezprostředně navazovat.
- Maximální počet dnů, za které poskytneme pojistné plnění za léčebný pobyt či pobyt v psychiatrické léčebně, v rámci jedné pojistné události je 30 dnů (pobyty ze sociálních důvodů jsou vyloučeny).
- Pojištění se nevztahuje také na pobyty v zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie nebo závislosti a dále na pobyty v zařízeních souvisejících s pečovatelskou službou, jakož i ve speciálních dětských zařízeních a v ústavech sociální péče.
- 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) a také na diagnózu schizofrenie (F20), které vznikly v příčinné souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo psychoaktivních látek,
- poruchy duševní a poruchy chování z důvodu nemoci dle MKN 10 diagnózy F10 - F99, vyjma schizofrenie (F20),
- porod, předčasný porod, přerušení těhotenství nebo potrat, ke kterému nedošlo z důvodu těhotenských komplikací,
- 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.

Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z pracovní neschopnosti – nemoc zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI bez jakýchkoliv změn.

POJIŠTĚNÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI – NEMOC S POJIŠTNÝM PLNĚNÍM ZPĚTNĚ OD 1. DNE

(při splnění podmínky trvání pracovní neschopnosti min. 64 dnů)
Od 1. 2. 2018 nemůžete sjednat pojištění pracovní neschopnosti – nemoc s pojištným plněním zpětně od 1. dne. Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z pracovní neschopnosti – nemoc s pojištným plněním zpětně od 1. dne zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI bez jakýchkoliv změn.

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 výplata

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.

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

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 nejdrive po jednom měsíci od vzniku pojistné události. Opakované zálohové plnění můžeme poskytnout za každý ukončený měsíc pracovní neschopnosti.

Bude-li vystavená pracovní neschopnost ve srovnání s průměrnou délkou léčení pro uvedený úraz 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 OSVC, vyplatíme pojistné plnění i v případě, že došlo v průběhu trvání pracovní neschopnosti k ukončení pracovního poměru, resp. k přerušení živnosti. Pojistné plnění poskytneme dle sjednané varianty plnění a potvrzené doby trvání pracovní neschopnosti, max. však za celkový počet dnů uvedený pro daný úraz v oceňovací tabulce D0 platné v době vzniku pojistné události (počet dnů uvedený v oceňovací tabulce D0 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, sanatorích, rehabilitačních centrech, léčebnách, s výjimkou případů, kdy je pobyt nutný z důvodu léčení vážných stavů po úrazu v pracovní neschopnosti.
- plnění poskytneme za podmínky, že je pobyt v lázních, sanatorích, rehabilitačních centrech, léčebnách nutný z důvodu daného léčení a zároveň započne do 1 roku od ukončení pracovní neschopnosti z důvodu léčení úrazu, přičemž nemusí na pracovní neschopnost bezprostředně navazovat.
- Maximální počet dnů, za které poskytneme pojistné plnění za léčebný pobyt, v rámci jedné pojistné události je 30 dnů (pobyty ve sociálních důvodech jsou vyloučeny).
- Pojištění se nevztahuje také na pobyty v zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie nebo závislosti a dále na pobyty v zařízeních souvisejících s pečovatelskou službou, jakož i ve speciálních dětských zařízeních a v ústavech sociální péče.
- 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 OSVC 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 pojištění

Toto pojištění pojistnou událostí nezaniká.

POJIŠTĚNÍ OŠETŘOVÁNÍ – ÚRAZ NEBO NEMOC

Popis pojištění

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

Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplata

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 našim 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 opakovaně zálohové plnění. O takové plnění nás může pojištěný požádat nejdrive po dvou měsících od vzniku pojistné události. Opakované zálohové plnění můžeme poskytnout za každý ukončený měsíc ošetřování.

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

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

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

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

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

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

Datum vzniku pojistné události

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

Čekací doba

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

Pokud zvýšíte pojistnou částku u 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, které 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, sanatorích, 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 ve sociálních důvodech). 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.

Zánik pojištění

Toto pojištění pojistnou událostí nezaniká.

ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ INFOLINKA MAJÁK

Popis pojištění

Pojištění můžete sjednat pouze pro jednoho dospělého pojištěného a až 5 osob jemu blízkých (ve smyslu § 22 občanského zákoníku). Odchýlíme od ustanovení příslušných Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění spojená s investičními fondy nevzdujeme u těchto blízkých osob, aby nabídka či žádost o změnu podepsali, pokud se na ně vztahuje pouze toto pojištění.

Pojištění můžete sjednat pro osobu ve věku od dovršených 18 do 70 let. Pojištění končí nejpozději posledním dnem měsíce předcházejícího pojistné-technického období, ve kterém se pojištění dožije 80 let.

Pojistná událost a podmínky pojistného plnění

Pojistným plněním z tohoto pojištění jsou následující služby:

a) Rychlé informace z oblasti zdravotnictví

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

b) Lékar na telefon

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

c) Rychlé informace a konzultace z oblasti sociálních věcí

- informace o nárocích plynoucích z důchodového pojištění (starobní, invalidní a pozůstalostní důchody),
- informace o nároku na příspěvek na bydlení, příspěvek na péči, příspěvek v hmotné nouzi (příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení a mimořádná okamžitá pomoc),
- informace o sociálních dávkách a průkazech mimořádných výhod osobám zdravotně postiženým (příspěvek na opatření zdravotních pomůcek, příspěvek na úpravu bytu, zakoupení vozidla atd.),
- informace o možných poskytovatelích sociálních služeb dle situace v místě bydliště oprávněné osoby (poradenské, terénní, asistenční, denní stacionáře, domovy pro seniory, pečovatelské domy atd.),

- kontakty na poskytovatele sociálních služeb,
- pomoc se zjištěním podmínek pro umístění do vhodného zařízení pro seniory (čekací doba, finanční náklady, zdravotní předpoklady atd.),
- zprostředkování kontaktu na odborníky, kteří navrhnou ergonomicky nejlepší řešení přestavby bytu nebo jeho části,
- informace o formulářích potřebných pro podání žádosti o sociální dávky,
- informace o tom, jak obvykle probíhá dědické řízení.

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

Čekací doba

Pro toto pojištění není stanovena žádná čekací doba.

Povinnost pojištěného

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

Výluky a omezení plnění

Pojistné plnění neposkytneme v případech uvedených v ustanovení příslušných Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění spojená s investičními fondy. Odchylně od ustanovení příslušných Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění spojená s investičními fondy se toto pojištění vztahuje pouze na území České republiky.

Zánik pojištění

Toto pojištění zaniká způsoby uvedenými v ustanovení příslušných Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění spojená s investičními fondy.

Poskytovatel služeb

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

Asistenční centrum poskytovatele služeb je dostupné 24 hodin denně 7 dní v týdnu.

Služby poskytované z tohoto pojištění je třeba vyžádat telefonicky – kontakt na poskytovatele služeb je uveden v **kartičce zdravotní a sociální infolinky MAJÁK**.

KONZULTAČNÍ A ASISTENČNÍ SLUŽBY MAJÁK+

Popis pojištění

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

Pojištění můžete sjednat pro osobu ve věku od dovršených 18 do 70 let. Pojištění končí nejpozději posledním dnem měsíce předcházejícího pojistně-technického období, ve kterém se pojištění dožije 80 let.

Pojistná událost a podmínky pojistného plnění

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

a) Rychlé informace z oblasti zdravotnictví

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

b) Lékař na telefonu

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

c) Rychlé informace a konzultace z oblasti sociálních věcí

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

d) Právní konzultace

- obecné informace o právních předpisech a jejich znění,
- obecné informace o vztahu občan a soud (např. informace o věcné a místní příslušnosti soudu, náležitosti podání, zastupování, nákladech soudního jednání, odměnách znalců, tlumočnicků, advokátů),
- informace o adresách a kontaktech na instituce a služby (např. soudy, finanční a obecní úřady, katastrální úřady, stavební úřady, advokáty a exekutory, notáře a matriky, soudní znalce, odhadce, tlumočníky a překladatele),

- poskytnutí kontaktu na advokáta za účelem právního zastoupení nebo sepsování smluv; **poskytnuté služby advokáta v tomto případě hradíte vy**,
- právní poradenství k základním možnostem řešení životní situace pojištěného v oblasti rodinného práva (např. manželství, rodičovství, opatrovnictví), dědického práva (např. závět, dědická smlouva, vydědění, výměnek), závazkových smluvních vztahů a vztahů k movitým věcem (např. darování, koupě, nájem) a pracovních právních vztahů (např. dluhy pracovních poměrů, výpověď, dovolená);
- tuto službu poskytujeme v pracovní dny v rozmezí 9–17 hodin.

e) Konzultace a podpora při psychických potížích

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

f) Domácí asistence v případě nouzové situace v domácnosti

- nouzovou situací se rozumí náhlá a nepředvídatelná havárie, porucha nebo obdobná událost, která vyvolává nebezpečí vzniku nebo zvětšení rozsahu následků škody či jiné vám hrozící újmy a současně vyžaduje neprodlévané zprostředkování provedení prací v oboru elektrikář, instalatér, klempíř, topenář, plynař, sklenář, zámečnický, pokrývač, komíník (dále jen „řemeslné práce“),
 - nouzovou situací se rozumí i zabouchnutí nebo mechanické zablokování vjezdových vrat garáže či vjezdových vrat a vstupních branek, vstupních nebo interiérových dveří, jakož i situace, kdy se nemovitost nebo její část stane nepřístupnou z důvodu ztráty klíčů; pojištění se nevztahuje na opravu poruchy funkce elektrických či hydraulických pohonů vrat, bran či branek,
 - nouzovou situací se rozumí také závažná a bezprostřední hrozba způsobená hlodavci, hmyzem, včetně včel, vos či sršní, vyvolávající potřebu odchyty nebo likvidace hlodavců či potřebu likvidace včelího roje, vosího nebo sršního hnízda. V případě této nouzové situace vám zajistíme zprostředkování a úhradu účelné vynaložených nákladů na deratizaci, dezinfekci, odchyty nebo likvidaci. Činnost osoby provádějící tyto úkony se pro účely těchto pojistných podmínek považuje rovněž za řemeslnou práci definovanou výše v tomto písmenu f),
 - v případě vzniku nouzové situace máte právo, abychom prostřednictvím našeho smluvního partnera zprostředkovali provedení řemeslných prací nezbytných k odstranění nouzové situace a uhradili účelné vynaložené náklady spojené s provedením uvedených prací v rozsahu nákladů na:
 - dopravu osoby provádějící řemeslné práce do místa provedení prací a zpět,
 - práci osoby provádějící řemeslné práce,
 - drobný materiál nezbytný k odstranění nouzové situace,
 - uvedení místa provedení řemeslných prací do stavu umožňujícího řádné užívání, včetně úklidu místa provádění prací.
- Tuto službu poskytujeme 24 hodin denně.

g) Domácí asistence v případě potřeby IT konzultace

- IT konzultací se rozumí řešení úplné nebo částečné nefunkčnosti hardware nebo software bránící využití stolního počítače, notebooku, tabletu nebo routeru (dále souhrnně jen „počítač“), který vlastníte nebo pro svou potřebu oprávněně užíváte, s výjimkou zařízení sloužících k plnění pracovních úkolů nebo výkonu jiné výdělečné činnosti,
 - v případě potřeby IT konzultace máte právo, abychom vám prostřednictvím našeho smluvního partnera poskytli telefonické konzultace s IT technikem nebo opravy či úpravy software počítače prováděné IT technikem cestou vzdáleného připojení realizovaného prostřednictvím internetové sítě bez osobní přítomnosti technika,
 - v případě zjištění IT technika, že nefunkčnost počítače není řešitelná cestou vzdáleného připojení nebo cestou telefonické konzultace, vám poskytneme informaci o místně dostupných odborných servisech. **Z pojištění nevzniká právo na úhradu nákladů na opravu počítače.**
- Tuto službu poskytujeme v pracovní dny v rozmezí 9–17 hodin.

h) Hodinový manžel

- pro účely těchto pojistných podmínek se tím rozumí služba pro domácnost, která nabízí všestranné zručné řemeslníky, kteří ovládají základní práce týkající se fungování domácnosti,
 - v případě potřeby poskytnutí této služby máte právo, abychom vám prostřednictvím našeho smluvního partnera zajistili poskytnutí této služby v rozsahu:
 - jednoduché údržbářské činnosti v domácnosti (např. výměna nebo jednoduchá oprava vodovodní baterie, odpadu, protékajícího záchodu, výměna silikonu kolem sanity, výměna nebo jednoduchá oprava zámků, vložek a kování apod.),
 - drobné montážní činnosti (jako je pověšení obrazů a zrcadel, vrtnání poliček, garnýží a závěsných systémů, montáž svítidel, montáž sprchové zástěny, vany, nebo sprchového koutu, montáž nábytku apod.),
 - drobné stěhovačské činnosti,
 - zapojení a provozování elektrických spotřebičů, včetně svítidel, bez nutnosti zásahu do elektrické rozvodné sítě,
 - malování pokojů,
 - a to vše za podmínek dále uvedených v tomto článku.
 - v případě poskytnutí služby Hodinový manžel máte právo, abychom prostřednictvím našeho smluvního partnera zprostředkovali provedení uvedených požadovaných prací a uhradili účelné vynaložené náklady spojené s provedením vámi požadovaných prací v rozsahu nákladů na:
 - dopravu osoby provádějící vyžádané práce do místa provedení prací a zpět,
 - práci osoby provádějící vyžádané práce,
 - drobný materiál nezbytný k provedení vyžádané práce,
 - uvedení místa provedení vyžádané práce do stavu umožňujícího řádné využívání, včetně úklidu místa provádění prací.
- Tuto službu poskytujeme v pracovní dny v rozmezí 9–17 hodin, a to nejpozději do 7 dnů od nahlášení požadavku na asistenční centrum.

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

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

Čekací doba

Pro toto pojištění není stanovena žádná čekací doba.

Povinnosti pojištěného

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

Výluky a omezení plnění

Pojištění plnění neposkytneme v případech uvedených v ustanovení příslušných Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění spojená s investičními fondy. Odchylně od ustanovení příslušných Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění spojená s investičními fondy se toto pojištění vztahuje pouze na území České republiky.

Domácí asistenci neposkytneme v případě nouzové situace vzniklé následkem:

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

Domácí asistenci neposkytneme v případě nouzové situace vzniklé ve společných prostorech bytového domu.

Nezprostředkujeme a nehradíme náklady na domácí asistenci na:

- opravárenské, údržbářské, rekonstrukční a obdobné práce, které nejsou nezbytné k odstranění nouzové situace, ledaže by šlo o práce poskytované v rámci služby Hodinový manžel,
- odstranění nouzové situace vzniklé v budovách ve výstavbě.

Spočívá-li nouzová situace v zabouchnutí nebo mechanickým zablokování vstupních dveří (vjezdových vrat či bran nebo vstupních branek a garážových vrat do nemovitosti), nevzniká vám právo na poskytnutí domácí asistence spočívající ve zprístupnění nemovitosti, existující pochybnosti o vašem právu vystoupit do nemovitosti.

Neposkytneme službu Domácí asistence v případě potřeby IT konzultace spočívající v prolomení hesla či jiných zabezpečovacích prvků sloužících k zamezení neoprávněného přístupu do počítače.

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

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

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

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

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

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

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

Zánik pojištění

Toto pojištění zaniká způsoby uvedenými v ustanovení příslušných Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění spojená s investičními fondy.

Poskytovatel služeb

Služby popsané výše pro nás zajišťuje náš smluvní partner, společnost GLOBAL ASSISTANCE a.s., se sídlem Dopraváků 749/3, 184 00 Praha 8, IČO 271 81 898, a její smluvní partneri. Asistenční centrum poskytovatele služeb je dostupné 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Služby poskytované z tohoto pojištění je třeba vyžádat telefonicky – kontakt na poskytovatele služeb je uveden v **kartičce konzultační a asistenční služby MAJÁK+**.

DĚTSKÁ POJIŠTĚNÍ

U všech pojištěných dětí lze 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-technického 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.

POJIŠTĚNÍ VÁŽNÝCH NEMOCÍ A ÚRAZŮ

Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplaty

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

Pojistné plnění poskytneme maximálně za jednu pojistnou událost z každé skupiny diagnóz, která nastane v průběhu trvání pojištění, a to vždy ve výši 100 % pojistné částky platné ke dni vzniku pojistné události.

Výplatu pojistného plnění provedeme na základě 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.

Diagnózy a operační zákroky dělíme do šesti skupin.

1. skupina - selhání důležitých orgánů

- totální ledvinové selhání
- zařazení do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci životně důležitých orgánů
- aplastická anémie
- diabetes mellitus I. typu s intenzifikovaným 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

4. skupina - záněty

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

5. skupina - nádory

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

6. skupina - ostatní

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

1. skupina - selhání důležitých orgánů

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

Nárok na pojistné plnění vzniká i v případě cévních komplikací v návaznosti na diabetes mellitus, při splnění všech následujících požadavků:

Zařazení do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci životně důležitých orgánů – životně důležité orgány pro účely pojištění rozumíme srdce, plíce, játra, ledviny, slinivku břišní, střeva, kdy příjemcem orgánu je pojištěné dítě. Povinnost plnit vzniká dnem zařazení do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci, přičemž transplantace musí být z lékařského hlediska nezbytně nutná a musí být objektivně potvrzeno selhání funkce příslušného orgánu odborným lékařem.

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

- diagnóza aplastické anémie je potvrzena na základě výsledku punkce kostní dřeně,
- počet granulocytů (bílé krvinky s výzráhlými granulami v cytoplasmě) v krvi je nižší než 500/mm³ (tj. 0,5 × 10⁹/l) a krevních destiček nižší než 20 000/mm³ (tj. 20 × 10⁹/l),

- je prokázána anémie a retikulocytopenie,

- léčení je prováděno minimálně jedním z následujících způsobů:

- pravidelné krevní transfuze,
- 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, radičním 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.

2. skupina - nervový systém

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

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

Hemiplegie – úplné a trvalé ochrnutí poloviny těla s úplným a trvalým přerušením vodivosti míchy pro vlákná 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 události by trvale prokazatelně 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.

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, citivosti, 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 klíšť. 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 vedoucí k těžkým a trvalým neurologickým poškozením (například hemiparézy, epileptické záchvaty, poruchy zraku a sluchu).

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

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

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

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

Vyloučeno je postižení vzniklé následkem infekce způsobené virem HIV.

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

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

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

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

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

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

Vyloučeno je postižení vzniklé následkem infekce způsobené virem HIV.

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

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,
- 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. skupina - kardiovaskulární systém

Infarkt myokardu - nezvratné poškození části srdeční svaloviny, které je způsobeno nedostatečným krevním zásobením dané oblasti; nárok na pojistné plnění vzniká potvrzením diagnózy stanovené příslušným 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 (zaváževý trombem, embolem nebo jiným útvarcem) nebo krvácení (intracerebrální, intraventriculární 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, tranzitní ischemická ataka a druhotné krvácení do již existující mozkové léze.

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

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

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 morfologickou 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 Jonese.

Pojistná událost nenastává, trpělo-li pojištěné dítě chlopenní vadou jakéhokoliv původu před počátkem pojištění.

4. skupina - záněty

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

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

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

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

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

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

5. skupina - nádory

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

Vyloučeny jsou:

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

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

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

6. skupina - ostatní

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

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

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

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

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

Pojistnou událostí je HIV infekce nastalá při:

- transfúzi infikované krve nebo krevních produktů z transfúzní stanice, která je oficiálně registrována a užívána zdravotníckými úřady po datu počátku pojištění;
- náhodným poraněním jehlou, ke kterému došlo při plnění běžných profesních povinností osoby jako lékaře / zubního lékaře, zdravotní sestry, zdravotníka, hasiče nebo policisty;
- příjmu transplantovaného orgánu, kdy byl tento orgán dříve infikován virem HIV;

- fyzickým napadení;
- poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě.
Každá událost, která vede k potenciálnímu nároku, musí nastat během trvání pojištění a pojištěné dítě nám ji musí doložit negativním testem na protilátky proti HIV provedeným do 7 dnů po této události (vyjma transfúze). Sérokonverze na infekci HIV musí proběhnout do 6 měsíců od události.
Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem.
Ke každé události musí být doloženo nahlášení příslušným orgánům činným v dané věci a řádné vyšetření v souladu s uznávanými metodami a dále u:
- transfúze krve: nám pojištěné dítě musí předložit buď písemné uznání odpovědnosti instituce, která provedla transfúzi, nebo soudní rozhodnutí s doložkou právní moci, která takovou odpovědnost potvrzuje;
- fyzického napadení nebo poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě nám pojištěné dítě musí výsledek vyšetřování doložit formou zprávy.
Pojišťovna musí mít volný přístup ke všem záznamům krve pojištěného dítěte a je oprávněna nechat provést nezávislé testy těchto vzorků.
Pojišťovnou událostí není onemocnění za přítomnosti hemofilie, dále jakékoli infekce jiného druhu a ostatní zdroje nákazy HIV (nitrozilní užívání drog či přenos pohlavním stykem a podobně).

Datum vzniku pojistné události

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

Čekací doba

U pojištění vážných nemocí a úrazů uplatňujeme pro vznik pojistné události čekací dobu dva měsíce ode dne počátku tohoto pojištění. Čekací doba se nevztahuje na případy, kdy došlo k vážné nemoci výlučně v důsledku úrazu vzniklého nejdříve v den počátku pojištění. V případě, kdy jste v posledních dvou měsících před pojistnou událostí zvýšili pojistnou částku pojištění vážných nemocí a úrazů, vyplatíme pojistnou částku platnou před jejím zvýšením.
Pokud došlo k dané vážné nemoci v důsledku úrazu, který nastal v době trvání pojištění, a po vzniku úrazu došlo ke zvýšení pojistné částky, vyplatíme pojistnou částku platnou ke dni vzniku úrazu.

Výluky a omezení plnění

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

Zánik pojištění

K datu potvrzení diagnózy vážné nemoci či provedení operačního zákroku končí pojištění diagnózy či zákroku, za který jsme poskytli pojistné plnění, a zároveň končí pojištění skupiny, ve které jsou tato diagnóza či zákrok obsaženy (viz výčet skupin výše). Po vyplacení plnění za první pojistnou událost již nemůžete prodloužovat dobu trvání pojištění.
Pojištění ostatních skupin pokračuje dál, pojistná částka a sazba pojistného zůstává beze změn. Pokud došlo v období po vzniku pojistné události před jejím nahlášením k navýšení pojistné částky, pojištění vážných nemocí a úrazů bude ukončeno bez možnosti pokračování. Pokud došlo v období od nahlášení pojistné události do výplaty pojistného plnění k navýšení pojistné částky, pokračuje pojištění ostatních skupin s pojistnou částkou platnou před tímto navýšením.
Zánikem pojištění všech výše uvedených skupin, zaniká pojištění vážných nemocí a úrazů. Smlouva zůstává nadále v platnosti.

PŘIPOJIŠTĚNÍ NA NOVOTVARY IN SITU

Pro připojištění na novotvary in situ platí stejné ustanovení jako pro dospělé pojištěné osoby, 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 toto pojištění platí stejné ustanovení jako pro dospělé pojištěné osoby, vyjma možnosti sjednat:
- pojištění invalidity 1. a 2. stupně,
- pojištění pouze z důvodu úrazu,
- klesající pojistné částky,
- individuální konec pro toto pojištění.

Dále je odlišně od pojištění pro dospělé pojištěné osoby podmínkou výplaty pojistného plnění, že k uznání invalidity 3. stupně nebo přiznání příspěvku na péči dojde v důsledku onemocnění nejdříve po šesti měsících od počátku tohoto pojištění.
Pokud zvýšíte pojistnou částku a pojištěné dítě je uznáno invalidním nebo je mu přiznán příspěvek na péči, v obou případech výlučně z důvodu nemoci, vzniká nárok na takto zvýšené pojistné plnění až pro pojistné události, které nastanou po uplynutí šesti měsíců od data účinnosti této změny.
Splnění podmínky šesti měsíců nevyžadujeme, pokud nám pojištěné dítě jednoznačně prokáže, že onemocněl, pro které bylo uznáno invalidním 3. stupně, resp. pro které mu byl přiznán příspěvek na péči, nastalo a bylo diagnostikováno po počátku pojištění. O splnění těchto podmínek máme právo rozhodnout na základě odborné lékařské expertizy.

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

POJIŠTĚNÍ SMRTI NÁSLEDKEM ÚRAZU

Od 1. 12. 2016 není možné sjednat pojištění smrti následkem úrazu. Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z pojištění smrti následkem úrazu zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI.

POJIŠTĚNÍ SMRTI

V případě úmrtí dítěte vyplatíme pojistnou částku pro pojištění smrti platnou k datu úmrtí dítěte. Obmysleným jste v tomto případě vy jako pojistník.
Součástí tohoto pojištění není terminální stadium onemocnění a pro dítě není možné sjednat ani pojištění pozůstalostního důchodu. Výluky pro pojištění smrti platí dle ustanovení příslušných VPP a tohoto výňatku v části Dospělý pojištěný – Doplňkové pojištění smrti.

POJIŠTĚNÍ DENNÍHO ODŠKODNĚNÍ – ÚRAZ

Pojištění můžete sjednat bez progresse, nebo s progresí.

Se zahrnutím progresse vyplácíme pojistné plnění takto:

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

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

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

léčení úrazu. 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.

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

PŘIPOJIŠTĚNÍ K DENNÍMU ODŠKODNĚNÍ

Od 1. 10. 2012 není možné sjednat připojištění k dennímu odškodnému. Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z připojištění k dennímu odškodnému zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI.

POJIŠTĚNÍ HOSPITALIZACE – ÚRAZ NEBO NEMOC

Pro toto pojištění platí stejné ustanovení jako pro dospělé pojištěné osoby, 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 dnů, za které dvojnásobné plnění vyplatíme (viz platný PPPP). V případě doprovodu dítěte při pobytu v láních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, psychiatrických léčebnách a zařízeních poskytneme dvojnásobné pojistné plnění za max. 30 dnů v rámci jedné pojistné události (pobyty ze sociálních důvodů jsou vyloučeny).
Pokud je dítě opakovaně hospitalizováno v láních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, psychiatrických léčebnách a zařízeních z důvodu jedné z diagnóz vážných nemocí a úrazů definovaných výše, považujeme v případě doprovodu tyto opakované hospitalizace za jednu pojistnou událost.

POJIŠTĚNÍ OŠETŘOVÁNÍ – ÚRAZ NEBO NEMOC

Pro pojištění ošetřování platí stejné ustanovení jako pro dospělé pojištěné osoby, vyjma zvláštní čekací doby pro ošetřování v délce 8 měsíců, která je stanovena z důvodu zubního ošetření, zhotovení zubních náhrad a úkonů chirurgie a ortopedie čelisti a platí pouze pro ošetřované pojištěné dítě.
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 pojistné-technického období, ve kterém se pojištěné dítě dožije 18 let.

RIZIKOVÉ SKUPINY

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

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

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.

1. riziková skupina

Veškerá povolání v nevýrobní oblasti, popř. ve výrobní oblasti s minimálními riziky úrazu, a povolání s převážující duševní činností, popř. malým podílem manuální práce (např. architekt, lékař, prodávač, učitel, úředník). Do této rizikové skupiny řadíme povolání typu majitel společnosti, vedoucí pracovník firmy aj., pokud u vykonávané činnosti převládá administrativní práce v kanceláři. Dále sem patří sporty vykonávané rekreačně, a to včetně adrenalinových sportů.

2. riziková skupina

Všechna povolání ve výrobní oblasti a v oblasti s převážujícím podílem manuální práce, popř. se zvýšeným rizikem úrazu, která nepatří do 1. rizikové skupiny, včetně vojáků z povolání. Radíme sem např. povolání dělník, hasič, instalatér, pokrývač, příslušník policie. Patří sem sporty vykonávané registrované ve sportovních organizacích a zároveň aktivně (pojištěná osoba je nejen registrovaná ve sportovní organizaci, ale zároveň daný sport vykonává). Dále sem patří sporty vykonávané profesionálně, u kterých není zvýšené riziko úrazu (např. bowling, golf, šachy).

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 a všechna sportovní odvětví vykonávaná profesionálně. Za profesionálního sportovce považujeme pojištěného, 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 převážujícím příjmem, a/nebo vykonává sportovní činnost min. 28 hodin týdně (včetně víkendů), včetně tréninku. Nepatří sem profesionální sporty spadající do 2. rizikové skupiny.

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

NEVPOVĚDITELNOST POJIŠTĚNÍ

Jednotlivá pojištění můžeme vypovědět a zanikají:

- a) ke konci pojistného období, jde-li o pojištění s běžně placeným pojistným,
- b) s šestidenní výpovědní dobou, jde-li o pojištění s jednorázově zaplaceným pojistným,
- c) 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
- Základní pojištění smrti
- Doplňkové pojištění smrti
- Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče (úraz/nemoc, úraz)
- Pojištění zproštění od placení pojistného z důvodu invalidity nebo dlouhodobé péče
- Pojištění vážných nemocí a úrazů