



20
LET
POJIŠŤOVNA
ČESKÉ SPOŘITELNY
VIENNA INSURANCE GROUP

flexi
životní pojištění

Brožura pojistných podmínek

Pojišťovna České spořitelny, a.s.,
Vienna Insurance Group

Výhody pro klienty

FLEXI životního pojištění:

Pojištění rizikových rekreačních sportů

- s FLEXI si můžete aktivovat pojištění rizikových rekreačních sportů vždy v rozsahu 30 dní* za kalendářní rok pro každou smlouvu (pokud jsou na smlouvě sjednány dvě pojištěné osoby, čerpají limit společně, provozují-li ale rizikový rekreační sport ve stejném období, čerpají limit pouze za jednu osobu)
- aktivace služby je snadná, pomocí SMS přesně na období, kdy danou sportovní aktivitu plánujete
- rizikovým rekreačním sportem se rozumí např. horolezectví, bungee jumping, potápění s dýchacím přístrojem, rafting, box, bojové a letecké sporty

Aktivace pojištění rizikových rekreačních sportů

Telefonní číslo pro zaslání: +420 736 333 860

SMS posílejte ve tvaru: RSP 1234567890 0906 1506

A

B

C

A – RSP – povinný kód, stejný pro všechny

B – 1234567890 – číslo smlouvy, nebo návrhu smlouvy

C – 0906 1506 – období, kdy budete provozovat rizikový rekreační sport, ve formátu DDMM

Pojištění rizikových rekreačních sportů se vztahuje bez navýšení pojistného k těmto úrazovým rizikům (pokud jsou na smlouvě sjednána):

- pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky, včetně připojištění
- pojištění pro případ smrti následkem úrazu
- pojištění trvalých následků úrazu
- pojištění denního odškodného – úraz, včetně připojištění
- pojištění hospitalizace
- připojištění úrazu k pracovní neschopnosti

Storno již akceptovaného pojištění lze provést prostřednictvím SMS na stejné telefonní číslo nejpozději 1 hodinu před počátkem nahlášeného období.

Telefonní číslo pro zaslání: +420 736 333 860

SMS posílejte ve tvaru: RSS 12345

A

B

A – RSS – povinný kód pro storno

B – 12345 – identifikační číslo obsažené v SMS zaslané při potvrzení pojištění

Bonus za bezeškový průběh smlouvy

- je stanoven ve výši 10 %* z celkového rizikového pojistného za uplynulý rok
- započítává se automaticky, pokud během sledovaného pětiletého období nedojde k pojistné události
- na konci pětiletého období je bonus převeden jako mimořádný vklad do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné

Bonus za věrnost

- pro smlouvy uzavřené na dobu minimálně 20 let
- je stanoven ve výši 5 %* ze sjednaného a skutečně zaplaceného běžného pojistného
- je připisován prvních 15 let ke smlouvě vždy po uplynutí pojistného roku
- po uplynutí 15 let je celý bonus převeden jako mimořádný vklad do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné

* Výše je stanovena pojistitelem v platném přehledu poplatků a parametrů produktu (k nahlédnutí na všech pobočkách ČS či na www.flexi.cz).

Podrobné informace najdete na www.flexi.cz

- ☐ **Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění spojená s investičními fondy OSOINV 6**
- ☐ **Všeobecné pojistné podmínky pojištění osob OSOŽIV 8**
- ☐ **Speciální pojistné podmínky pro FLEXI životní pojištění**
- ☐ **Speciální pojistné podmínky pro Flexibilní životní pojištění JUNIOR**
- ☐ **Speciální pojistné podmínky pro Úvěrové životní pojištění HYPOTÉKA**
- ☐ **Speciální pojistné podmínky pro Komplexní pojištění pro účastníky penzijního připojištění**

Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění spojená s investičními fondy OSOINV 6

ze dne 1. ledna 2012

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro smluvní soukromé pojištění (dále jen „pojištění“) osob, které sjednává Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group (dále jen „pojistitel“), platí zákon č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě (dále jen „zákon“), zákon č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví, a ostatní obecně závazné právní předpisy České republiky, tyto Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění spojená s investičními fondy, speciální pojistné podmínky uvedené v pojistné smlouvě a ostatní ujednání pojistné smlouvy. Smluvní pojištění osob se sjednává jako pojištění obnosové.

OBECNÁ USTANOVENÍ ČLÁNEK 1 – Základní pojmy

Pro účely sjednáváného pojištění platí tento výklad pojmů (abecedně řazený):

- běžné pojistné** – pojistné stanovené za pojistné období
- čekací doba** – doba, po kterou pojištěním nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění z události, které by jinak pojištění událostmi byly
- jednorázové pojistné** – pojistné stanovené na celou dobu, na kterou bylo pojištění sjednáno
- mimořádné pojistné** – zaplacené pojistné vložené nad rámec sjednaného běžného pojistného nebo počátečního jednorázového pojistného, zvyšuje kapitálovou hodnotu smlouvy
- nahodilá skutečnost** – skutečnost, která je možná a u které není jisté, zda v době trvání pojištění vůbec nastane nebo není známa doba jejího vzniku
- obmyslený** – osoba určená pojistníkem v pojistné smlouvě, které vznikne právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného
- odkupné** – část nespotrebovaného pojistného ukládaná pojistitelem jako technická rezerva vypočtená pojistně-matematickými metodami k datu zániku pojištění
- oprávněná osoba** – osoba, které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění
- počátek pojištění** – okamžik, kterým vzniká povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění v případě vzniku pojistné události a jeho právo na pojistné podle uzavřené pojistné smlouvy
- pojistitel** – právnická osoba, která je oprávněna provozovat pojišťovací činnost podle zvláštního zákona
- pojistná částka** – pojistnou smlouvou dohodnutá částka nebo důchod, kterou je pojistitel povinen vyplácet v případě pojistné události
- pojistná doba** – doba, na kterou je pojištění sjednáno
- pojistná smlouva uzavřená formou obchodu na dálku v souladu s právem Evropských společenství** – pojistná smlouva uzavřená s výhradním použitím jednoho nebo více prostředků komunikace na dálku
- pojistná událost** – nahodilá skutečnost blíže označená v pojistné smlouvě, se kterou je spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění
- pojistné období** – časové období dohodnuté v pojistné smlouvě, za které se platí pojistné
- pojistné plnění** – pojistná částka nebo důchod, které jsou podle pojistné smlouvy vyplaceny, nastane-li pojistná událost
- pojistné riziko** – míra pravděpodobnosti vzniku pojistné události vyvolaná pojistným nebezpečím
- pojistně-technické období** – časové období, ve kterém platí parametry smlouvy; pro pojištění spojená s investičními fondy je pojistně-technickým obdobím kalendářní měsíc; pojistné za sjednaná pojištění a poplatky jsou strženy podle pojistně-technických pravidel z kapitálové hodnoty smlouvy vždy na počátku pojistně-technického období
- pojistník** – fyzická nebo právnická osoba, která s pojistitelem uzavřela pojistnou smlouvu a je povinna platit stanovené pojistné
- pojištění obnosové** – pojištění, jehož účelem je získání obnosu, tj. dohodnuté finanční částky v důsledku pojistné události ve výši, která je nezávislá na vzniku nebo rozsahu škody
- pojištěný** – osoba, na jejíž život nebo zdraví se pojištění vztahuje
- renta** – částka vyplácená v dohodnutých obdobích pojištěnému, nejdéle však do data jeho úmrtí
- trvalý nosič dat** – nástroj, který umožňuje uchování informací tak, aby mohly být k dispozici během doby přiměřené účelu informace, a reprodukci těchto informací v nezměněné podobě
- výroční den** – den a měsíc z data počátku pojištění uvedeného v návrhu na uzavření pojistné smlouvy, resp. v pojistné smlouvě

ČLÁNEK 2 – Druhy pojištění

- Pojistitel sjednává pojištění osob jako pojištění obnosové.
V pojištění osob lze pojistit fyzickou osobu pro:
 - případ smrti,
 - případ dožití se určitého věku nebo dne stanoveného v pojistné smlouvě jako konec pojištění,
 - případ úrazu,
 - případ nemoci nebo jiné skutečnosti související se zdravím nebo se změnou osobního postavení této osoby,
 - případ vyplácení renty.
- Pojistník může uzavřít pojistnou smlouvu na pojistné riziko pojištěného, který je osobou odlišnou od pojistníka (dále jen „pojištění cizího pojistného rizika“). Pojistník je povinen seznámit pojištěného s obsahem pojistné smlouvy týkající se pojištění jeho pojistného rizika.
- Pojistnou smlouvu lze uzavřít i ve prospěch třetí osoby.

ČLÁNEK 3 – Uzavření pojistné smlouvy

- Pojistná smlouva je smlouvou o finančních službách, ve které se pojistitel zavazuje v případě vzniku nahodilé události poskytnout ve sjednaném rozsahu plnění a pojistník se zavazuje platit pojistiteli pojistné.
- Navrhovatelem je zájemce, který předkládá návrh na uzavření pojistné smlouvy pojistiteli.
- K uzavření pojistné smlouvy je třeba, aby návrh byl pojistitelem přijat ve lhůtě tří měsíců ode dne, kdy zástupce pojistitele obdržel návrh od navrhovatele. Za datum uzavření pojistné smlouvy se považuje 21. den po vystavení pojistky.
- Pojistka slouží jako písemné potvrzení o uzavření pojistné smlouvy. V případě přijetí

návrhu pojistitelem obdrží pojistník pojistku do tří měsíců od data převzetí návrhu zástupcem pojistitele.

- Při nepřijetí návrhu na pojištění pojistitelem pojistná smlouva nevzniká. Pojistiteli nevzniká závazek poskytnout pojistné plnění při vzniku nahodilé skutečnosti, v návrhu blíže označené, a pojistník nemá povinnost platit pojistné. V případě, že pojistník již uhradil částku (v návrhu označenou jako pojistné), bude mu vrácena do 30 dnů od data rozhodnutí o nepřijetí návrhu.
- V případech, kdy se sjednává pojistná smlouva ihned (bez návrhu), je tato současně pojistkou sloužící jako písemné potvrzení o uzavření pojistné smlouvy. Pojistná smlouva je uzavřena dnem jejího sepsání.
- V případech, že se pojištění stává z pojistně-technických či jiných důvodů nemožné, má pojistitel právo zaslat pojistníkovi do jednoho měsíce od doručení pojistné smlouvy na centrálu pojistitele oznámení o zániku pojištění.
- Každá ze smluvních stran musí obdržet alespoň jedno vyhotovení pojistné smlouvy.
- Pojištěný je kryt v rozsahu uvedeném na pojistce ode dne sjednání jako počátek pojištění.
- Dojde-li ke ztrátě, poškození nebo zničení pojistky, vydá pojistitel na žádost a náklady pojistníka druhopis pojistky.
- Nedílno souhlasí návrhu na uzavření pojistné smlouvy, resp. pojistné smlouvy, jsou písemné dotazy pojistitele týkající se sjednáváného pojištění.
- V případě, že navrhovatel písemně odvolá návrh na uzavření pojistné smlouvy a odvolání návrhu bude doručeno na centrálu pojistitele nejpозději jeden den před datem uzavření pojistné smlouvy, má pojistitel právo na úhradu vzniklých nákladů spojených s posouzením návrhu a nákladů na zdravotní ocenění (viz platný přehled poplatků a parametrů produktu).
- Pojistník a pojištěný jsou zejména povinni:
 - umožnit pojistiteli nebo jím pověřeným osobám posoudit pojistné riziko, poskytnout údaje o zdravotním stavu, případně umožnit pojistiteli přezkoumat jejich zdravotní stav, popř. finanční situaci,
 - pravdivě a úplně odpovědět na všechny písemné dotazy pojistitele týkající se sjednáváného pojištění; to platí i v případě, že jde o změnu pojištění,
 - oznámit bez zbytečného odkladu pojistiteli všechny změny týkající se skutečnosti, na které byl pojistitelem tázán nebo které jsou uvedeny v pojistné smlouvě (např. změnu korespondenční adresy nebo adresy trvalého bydliště apod.), změnu pojistného rizika (např. změnu povolání, změnu rizikové skupiny, změnu výše příjmu, odchod do invalidního nebo starobního důchodu, příp. byl-li uznán invalidním).
- Na základě souhlasu pojistníka a pojištěného s těmito všeobecnými pojistnými podmínkami, vyjádřeného podpisem na návrhu pojistné smlouvy, resp. pojistné smlouvy, je pojistitel oprávněn zjišťovat a přezkoumávat fyzický i psychický zdravotní stav pojištěného u všech lékařů, zdravotnických zařízení a zařízení poskytujících zdravotní péči, u kterých se dosud léčil/a, léčí nebo bude léčit. Souhlas pojistník a pojištěný uděluje za účelem uzavření pojistné smlouvy (pojistných smluv) a pro vyřizování pojistných událostí i na dobu po jeho smrti a dále zmocňuje lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči k vyhotovení lékařských zpráv, výpisu ze zdravotnické dokumentace či k jejich zapůjčení. Zjišťování zdravotního stavu nebo příčiny smrti se provádí na základě zpráv a zdravotnické dokumentace vyžádaných pojistitelem pověřeným zdravotnickým zařízením od ošetřujících lékařů a v případě potřeby i prohlídkou nebo vyšetřením provedeným zdravotnickým zařízením. Pojistník a pojištěný dále souhlasí s tím, že pojistitel je oprávněn v rámci šetření pojistných událostí vyžádat si podklady i od jiných institucí. Pojistník a pojištěný svým souhlasem zprošťují od povinnosti zachovávat mlčenlivost lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči, které pojistitel požádá o uvedené informace. Pojistitel je též oprávněn v případě potřeby ověřovat pobírání invalidního důchodu, příp. ověřit, zda je pojištěný stále invalidní. Skutečnosti týkající se pojištění a skutečnosti, o kterých se pojistitel dozví při zjišťování zdravotního stavu, smí pojistitel použít pouze pro svou potřebu; tyto skutečnosti může pojistitel poskytnout v případě souhlasu pojištěného jiným pojišťovněm, popř. jejich společným institucím, nebo v souladu s právním předpisem.
- Pojistitel je povinen zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, které se dozví při sjednávání pojištění, jeho správě a při likvidaci pojistných událostí. Poskytnout tyto informace může jen se souhlasem osoby, které se skutečnosti týkají, nebo pokud tak stanoví právní předpis.
- Pojištění nelze sjednat pro osoby, které jsou v pracovní neschopnosti (tj. neschopnosti pro jakékoliv onemocnění nebo úraz), jsou hospitalizovány nebo jsou trvale upoutány na lůžko, není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak.

ČLÁNEK 4 – Forma právních úkonů

Pojistná smlouva a všechny ostatní právní úkony týkající se pojištění musí mít písemnou formu, není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak.

U ostatních právních úkonů týkajících se pojištění, vyjma uzavření pojistné smlouvy, je písemná forma zachována i v případě, je-li právní úkon učiněn elektronickými prostředky, jež umožňují zachycení obsahu právního úkonu a určení osoby, která právní úkon učinila.

ČLÁNEK 5 – Pojistná doba, trvání pojištění a pojistné období

- Pojištění lze sjednat buď na přesně stanovenou dobu (se sjednaným koncem pojištění) nebo na dobu neurčitou.
- Pojistná smlouva je platná od data uzavření a účinná od data počátku pojištění. Pojištění se může vztahovat i na dobu před uzavřením pojistné smlouvy.
V případech, kdy se sjednává pojistná smlouva ihned (bez návrhu), platí, že pojistná smlouva je platná od data uzavření a účinná nejdříve následujícím dnem po uzavření pojistné smlouvy.
Počátek pojištění je stanoven na 00.00 hodin dne sjednání jako počátek pojištění na pojistce.
- U pojištění sjednaných na přesně stanovenou dobu pojištění končí ve 24.00 hodin dne sjednání jako konec pojištění.

ČLÁNEK 6 – Pojistná částka a limit pojistného plnění

Pojistitel si vyhrazuje právo stanovit pro jednotlivé druhy pojištění osob nejvyšší a nejvyšší pojistné částky, případně limity pojistného plnění.

ČLÁNEK 7 – Pojistné a placení pojistného

- Pojistník je povinen platit pojistné. Pojistné je úplatou za poskytnutou pojistnou ochranu a jeho výše je uvedena v pojistné smlouvě.
- Právo pojistitele na pojistné vzniká dnem dohodnutým v pojistné smlouvě jako počátek pojistění. Pojistitel má právo na pojistné za dobu do zániku pojistění. Nastane-li pojistná událost, v důsledku které pojistění zaniklo, náleží pojistiteli pojistné do konce pojistného období, v němž pojistná událost nastala; jednorázové pojistné náleží v takovém případě pojistiteli za celou dobu, na kterou bylo pojistění sjednáno.
- Na písemnou žádost pojistníka je pojistitel povinen sdělit zásady pro stanovení výše pojistného. Výše pojistného se určuje podle sazeb pro jednotlivé druhy pojistění stanovených pojistitelem.
- Pojistné se platí buď najednou za celou dobu, na kterou bylo pojistění sjednáno (jednorázové pojistné), nebo za dohodnutá pojistná období (běžné pojistné). Pojistné období je roční nebo pololetní (čtvrtletní nebo měsíční). V případě měsíčního pojistného období pojistitel účtuje inkasní poplatek (viz platný přehled poplatků a parametrů produktu). Běžné pojistné se platí po sjednanou dobu pojistění. Podle způsobu a techniky úhrady pojistného má pojistitel právo účtovat poplatek (viz platný přehled poplatků a parametrů produktu).
- Za datum úhrady je považován den, kdy bylo pojistné pod správným variabilním a specifickým symbolem připsáno na účet pojistitele uvedený v pojistné smlouvě. Pojistník nehradí pojistné před doručením pojistky a případné zaplacení pojistného v této době se nepovažuje za uzavření pojistné smlouvy. Takto uhrazené pojistné na účet pojistitele se do data počátku pojistné smlouvy nepřirážuje k pojistné smlouvě ani se nezahodnocuje.
- Splatnost pojistného je určena pojistitelem a je uvedena v pojistce. Není-li v pojistce splatnost pojistného uvedena, pak platí, že běžné pojistné je splatné prvního dne pojistného období a jednorázové pojistné dnem počátku pojistění.
- Pojistné je splatné v České republice v tuzemské měně, pokud není ve smlouvě dohodnuto jinak.
- Pojistitel má právo v souladu se zákonem upravit výši běžného pojistného na další pojistné období v souvislosti se změnami podmínek rozhodných pro stanovení výše pojistného, s výjimkou změny věku a zdravotního stavu. Pokud pojistník se změnou výše pojistného nesouhlasí a svůj nesouhlas uplatní do jednoho měsíce ode dne, kdy se o navrhované změně dozvěděl, pojistění zanikne uplynutím pojistného období, na které bylo pojistné zaplacené. U jednorázové placené pojistného nelze v průběhu trvání pojistění pojistné navýšovat.
- Výše pojistného se stanoví zejména s ohledem na zdravotní stav, vykonávané povolání, zájmovou činnost a vstupní věk pojistného. Je-li výše pojistného závislá též na věku pojistného, považuje se za jeho vstupní věk rozdíl mezi kalendářním rokem počátku pojistění a kalendářním rokem, v němž se pojistění narodil. Výši pojistného dále ovlivňuje zejména rozsah pojistění, výše pojistných částek a doba trvání pojistění.
- Pokud byl v důsledku uvedení nesprávného data narození nebo nesprávného pohlaví stanoveny chybné technické parametry pojistění (pojistné, pojistná doba, doba placení pojistného nebo pojistná částka), je pojistitel oprávněn pojistné plnění ze smlouvy snížit v poměru pojistného, které bylo placeno, k výši pojistného, které by bylo placeno, kdyby pojistník uvedl správné datum narození nebo pohlaví pojistného.
- Pojistitel je oprávněn započíst proti pojistnému plnění dlužné částky pojistného a jiné splatné pohledávky z pojistění; klesne-li po započtení uvedených pohledávek částka pojistného plnění určená k výplatě oprávněné osobě pod 20 Kč, není pojistitel povinen tuto částku vyplácet.
- Pojistitel je oprávněn odečíst případné nedoplatky pojistného ze všech smluv pojistníka od výplat, které nejsou pojistným plněním (např. odkupné, pohledávky z vratek pojistného, podíly na zisku). Případné přeplatky pojistného a výplaty, které nejsou pojistným plněním, není pojistitel do částky 20 Kč povinen vyplácet.
- V případě, že pojistník požaduje výplatu na účet, musí být na žádosti provedeno ověření identifikačních údajů pojistníka.
- Zaplaceným pojistným uhrazuje pojistitel své pohledávky na pojistné v pořadí, v jakém po sobě vznikly.
- Nemůže-li pojistník v odůvodněných případech zaplatit pojistné v termínu dohodnutém ve smlouvě a požádá-li písemně před uplynutím této lhůty pojistitele o její prodloužení, může pojistitel na základě písemné dohody prodloužit splatnost až o tři měsíce.
- Pokud si pojistník zvolil způsob placení běžného pojistného inkasem z účtu nebo formou SIPO a pojistitel nemohl vyinkasovat pojistné za tři po sobě jdoucí pojistná období, může pojistitel způsob placení běžného pojistného inkasem z účtu nebo formou SIPO pojistníka zrušit a pojistník je poté povinen hradit běžné pojistné jiným způsobem.

ČLÁNEK 8 – Pojistná událost

1. Pojistnou událostí se rozumí smrt pojistného, dožití se určitého věku nebo dne stanoveného v pojistné smlouvě jako konec pojistění, úraz, nemoc nebo jiná skutečnost související se zdravím nebo se změnou osobního postavení pojistného, která je sjednaná v pojistné smlouvě.
2. Pojistění se týká pojistných událostí, které nastanou v době trvání pojistění.
3. Územní platnost pojistění není omezena.
4. Ozámením pojistné události se rozumí písemné předání úplné a pravdivě vyplněného formuláře hlášení pojistné události, včetně všech požadovaných a v době hlášení pojistné události dostupných příloh, doručených pojistiteli. Náklady spojené s vyplněním formuláře hradí oprávněná osoba. Doklady, které si pojistitel vyžádá v rámci šetření pojistné události, je oprávněná osoba povinna předávat písemně.
5. Jestliže se pojistný dožije určitého věku nebo dne stanoveného v pojistné smlouvě, není povinen tuto skutečnost pojistiteli oznamovat. Pojistný bude dva měsíce předem upozorněn a vyzván k určení způsobu výplaty.
6. Jestliže dojde k úmrtí pojistníka před počátkem pojistění, pojistná smlouva bude ukončena před tímto počátkem a v případě, že bylo uhrazeno pojistné, stane se součástí dědického řízení.
- B) Nastane-li pojistná událost, je oprávněná osoba zejména povinna:
 1. bez zbytečného odkladu pojistiteli nahlásit, že pojistná událost nastala (kdy a kde pojistná událost nastala, o jakou událost se jedná, okolnosti vzniku pojistné události), podat pravdivě vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události,
 2. předložit doklady potřebné pro výplatu pojistného plnění, které si pojistitel vyžádá, a to v českém jazyce a originální dokumenty pořízené v cizím jazyce opatřené překladem úředně uznávanou osobou,
 3. řídit se pokyny pojistitele a postupovat způsobem dohodnutým v pojistné smlouvě (např. podrobit se lékařské prohlídce na vyzvání pojistitele); pojistitel hradí pouze náklady za lékařskou prohlídku, ostatní náklady hradí pojistný sám,
 4. umožnit pojistiteli nebo jím pověřeným osobám veškerá šetření nezbytná pro posouzení nároku na pojistné plnění a jeho výši,
 5. oznámit změny, které mají vliv na výplatu pojistného plnění; je-li pojistnou událostí smrt pojistného, má tyto povinnosti obměšeny,
 6. bez zbytečného odkladu vyhledat lékařské ošetření,
 7. řídit se pokyny lékaře, podrobit se nařízeným či doporučeným léčebným výkonům a dodržovat léčebný režim,
 8. pokud možno přispívat ke zmírnění následků pojistné události, tj. chovat se a jednat tak, aby následky pojistné události byly minimální, a vyžaduje-li to pojistitel, dát se na jeho náklad vyšetřit lékařem, kterého pojistitel určí.
- C) Důsledky porušení povinností:
 1. Poruší-li pojistník nebo pojistný některou z povinností uvedených v článku 3 odst. 13 písm. a), b), c) a bylo-li v důsledku toho stanoveno nižší pojistné, může pojistitel pojistné plnění přiměřeně snížit. Pojistitel může pojistné plnění přiměřeně snížit i v případě uvedení nepravdivých údajů – článek 7 odst. 9 a 10.

2. Pokud oprávněná osoba porušila povinnosti uvedené v článku 8 bodu B odst. 1 až 9, je pojistitel oprávněn snížit pojistné plnění úměrně tomu, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinností plnit.
3. Pojistitel není povinen plnit, jestliže oprávněná osoba porušila povinnost uvedenou v článku 8 bodu B odst. 3, 5 a 6; dále v případě odst. 7, pokud nelze nezpochybnitelně prokázat datum vzniku pojistné události.
4. Pojistitel je oprávněn odmítnout pojistné plnění v souvislosti se skutečnostmi uvedenými v článku 13 odst. 8 písm. a) a b).

ČLÁNEK 9 – Pojistné plnění

1. Pojistné plnění je omezeno horní hranicí. Horní hranice se určí pojistnou částkou nebo limitem pojistného plnění.
2. V případě pojistné události je pojistitel povinen poskytnout jednorázové nebo opakované pojistné plnění v rozsahu a za podmínek stanovených pojistnou smlouvou.
3. Opakované pojistné plnění se vyplácí pojistnému nebo tomu, komu vzniklo právo na výplatu pojistného plnění, v dohodnutých obdobích, nejdéle však po dobu a ve výši vypočtené podle zásad pro její stanovení.
4. a) Pojistné plnění může být použito k zajištění závazku formou vinkulace nebo zřízením zástavního práva (dále jen „zajištění závazku“). Zajištění závazku se provádí na žádost pojistníka. O zajištění závazku může pojistník požádat vždy se souhlasem pojistného. Účinnost zajištění závazku nebo jeho zrušení nastává dnem, kdy pojistitel potvrdil podmínky zajištění závazku, na kterých se dohodl pojistník a třetí osoba, v jejíž prospěch má být pojistné plnění zajištěno. V případě sjednání zajištění závazku se třetí osoba, v jejíž prospěch je zajištění závazku sjednáno, stává oprávněnou osobou i obměšleným.
b) K zániku pojistění, a tím i k ukončení zajištění závazku může dojít pouze se souhlasem třetí osoby, v jejíž prospěch bylo pojistné plnění zajištěno, nebo pokud pojistiteli bylo písemně oznámeno ukončení smluvního vztahu mezi pojistníkem a třetí osobou, v jejíž prospěch bylo zajištění závazku sjednáno (např. splacením úvěrového závazku). K ukončení pojistné smlouvy dojde i zánikem pojistného rizika.
5. Pojistné plnění je splatné v České republice v tuzemské měně, pokud není ve smlouvě dohodnuto jinak.
6. Po oznámení události, se kterou je spojen požadavek na plnění z pojistění, je pojistitel povinen bez zbytečného odkladu zahájit šetření ke zjištění rozsahu jeho povinností plnit. Pojistitel je povinen ukončit šetření do tří měsíců po tom, co mu byla událost, se kterou je spojen požadavek na plnění z pojistění, oznámena.
Lhůta stanovená pro ukončení šetření neběží, je-li šetření znemožněno nebo ztíženo z viny oprávněné osoby. Pokud v takovém případě provádí pojistitel zjišťování údajů nutných k obnovení šetření pojistné události na vlastní náklady, není povinen o přerušení běhu lhůty stanovené pro ukončení šetření informovat oprávněnou osobu. Šetření je skončeno, jakmile pojistitel sdělí výsledky šetření nutného ke zjištění výše pojistného plnění obýejnou listovní zásilkou na korespondenční adresu, případně elektronickou formou (např. elektronickou poštou apod.) oprávněné osobě.
Nemůže-li pojistitel ukončit šetření v uvedené lhůtě, je povinen postupovat způsobem určeným v zákoně. Pojistné plnění je splatné do 15 dnů po skončení šetření nutného ke zjištění rozsahu povinností pojistitele plnit. Vyplacením pojistného plnění se rozumí odepsání finančních prostředků z účtu pojistitele na účet nebo adresu oprávněné osoby. Jestliže oprávněná osoba požaduje výplatu pojistného plnění na účet, musí být na oznámení pojistné události provedeno ověření identifikačních údajů příjemce plnění.
7. Právo na plnění ze základního pojistění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin, z doplňkového pojistění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin a z pojistění kapitálové hodnoty se promlčí nejpozději za 10 let; promlčecí doba na pojistné plnění počíná běžet za jeden rok po vzniku pojistné události. Právo na plnění z ostatních pojistění doplňkové a úrazové složky se promlčí nejpozději za 3 roky; promlčecí doba na pojistné plnění počíná běžet za jeden rok po vzniku pojistné události.

ČLÁNEK 10 – Omezení pojistného plnění

Pojistitel může pojistné plnění snížit i v těchto dalších případech:

1. Pojistitel je oprávněn snížit, podle odůvodněných okolností případu, pojistné plnění, nejvýše však o jednu polovinu:
 - a) došlo-li k pojistné události v souvislosti s jednáním, pro které byl pojištěný soudem uznán vinným trestným činem,
 - b) zemřel-li pojištěný v souvislosti s jednáním, jímž jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt,
 - c) došlo-li k pojistné události u pojištěného po požití alkoholu nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky.
2. Byl-li trestný čin dle odst. 1 písm. a) spáchán pojištěným úmyslně a okolnosti případu to odůvodňují, může pojistitel snížit své pojistné plnění o více než polovinu.
3. Byla-li pojistná událost způsobena obměšlením (nebo osobami stanovenými v článku 11 těchto VPP) z nedbalosti nebo po požití alkoholu nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky, může pojistitel snížit pojistné plnění, nejvýše však o jednu polovinu.
4. Oprávněná osoba nemá právo na pojistné plnění, jestliže pojistnou událost způsobila úmyslně sama nebo z jejího podnětu jiná osoba.
5. Nastane-li smrt následkem sebevraždy pojistného:
 - a) do dvou let trvání pojistění, vyplatí pojistitel kapitálovou hodnotu smlouvy platnou ke dni nahlášení úmrtí pojistného. Kapitálová hodnota smlouvy bude vyplacena pojistníkově. Je-li pojistník současně pojistným, bude kapitálová hodnota smlouvy vyplacena obměšlenému. Pokud nebyla vytvořena kladná kapitálová hodnota smlouvy, zaniká pojistění bez náhrady. V případě pojistění dvojice pojištěných osob a sebevraždy jedné z nich nevzniká nárok na pojistné plnění.
 - b) po dvou letech trvání pojistění, vyplatí pojistitel sjednanou pojistnou částku pro případ smrti platnou ke dni úmrtí, nebo kapitálovou hodnotu smlouvy platnou ke dni nahlášení úmrtí pojistného, je-li vyšší. V případech, kdy došlo v průběhu posledních dvou let před sebevraždou ke zvýšení pojistné částky pro případ smrti pojistného, vyplatí pojistitel pojistnou částku platnou před zvýšením nebo kapitálovou hodnotu smlouvy platnou ke dni nahlášení úmrtí pojistného, je-li vyšší. Pojistné plnění bude vyplaceno obměšlenému.
6. Pokud dojde ke smrti pojistného a není-li ve smlouvě dohodnuto jinak, vyplatí pojistitel částku ve výši kapitálové hodnoty smlouvy v případech uvedených níže. Nebyla-li do vzniku pojistné události vytvořena kladná kapitálová hodnota smlouvy, zaniká pojistění bez náhrady. Kladná kapitálová hodnota bude vyplacena, dojde-li k pojistné události:
 - a) do doby dvou let od počátku pojistění následkem jakéhokoli onemocnění, které nastalo nebo bylo diagnostikováno před počátkem pojistění,
 - b) způsobené přímo nebo nepřímo jadernou katastrofou nebo jaderným zařízením vyvolaným výbuchem nebo závadou jaderného zařízení a přístrojů,
 - c) při aktivní účasti pojištěného na vnitrostátních nepokojích či veřejných násilnostech nebo v souvislosti s teroristickými událostmi všeho druhu (násilném jednání motivovaném politicky, rasově, sociálně, ideologicky nebo nábožensky) na straně iniciátora,
 - d) způsobené přímo či nepřímo válečnými událostmi, vojenskými nebo bojovými akcemi všeho druhu.Omezení uvedená v tomto bodě se nevztahují na případy přímé či nepřímé účasti pojištěného na válečných událostech, vojenských nebo bojových akcích nebo vnitrostátních nepokojích všeho druhu, ke kterým došlo při plnění služby v Armádě ČR nebo u Policie ČR za předpokladu, že bezprostředně souvisí s výkonem povolání nebo pracovní činností pojištěného mimo území ČR, a zároveň jsou součástí mezinárodní mise autorizované Organizací spojených národů (např. mise International Security Assistance Force – ISAF). Uvedená omezení se dále nevztahují na případy, ke kterým došlo v souvislosti s výkonem povolání nebo pracovní činností pojištěného mimo území ČR za předpokladu, že bezprostředně souvisí s výkonem povolání nebo pracovní činností pojištěného mimo území ČR, a zároveň jsou součástí mezinárodní mise autorizované Organizací spojených národů.

- Pojistitel má právo krátit pojistné plnění v případě, kdy pojistná částka, stanovená v závislosti na průměrném čistém měsíčním příjmu, neodpovídá skutečné výši tohoto příjmu v době vzniku pojistné události.
- Pojistění se nevztahuje na dobu před počátkem pojištění a pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění, pokud pojistník v době podání návrhu na uzavření pojistné smlouvy věděl nebo mohl vědět, že pojistná událost již nastala.

ČLÁNEK 11 – Oprávněné osoby

- Oprávněnými osobami jsou:
 - obmyšlený – fyzická osoba určená pojistníkem v pojistné smlouvě, a to příjmem, jménem a datem narození, nebo právnická osoba určená pojistníkem v pojistné smlouvě, a to obchodní firmou a IČ, které vznikne právo na pojistné plnění v případě smrti pojistného (včetně smrti následkem úrazu),
 - pojištěný – pro pojistné plnění z doplňkové a úrazové složky pojištění. Jestliže před výplatou pojistného plnění pojištěný zemře a lze dostatečně prokázat, že vznikl nárok na pojistné plnění, a jsou k dispozici relevantní a dostatečné údaje pro prokázání výše pojistného plnění, nabývají práva na pojistné plnění dědicí pojistného.
- Je-li pojistnou událostí smrt pojistného, poskytne pojistitel pojistné plnění z pojistné smlouvy obmyšlenému. Nebyl-li v době pojistné události určen obmyšlený nebo nenabude-li obmyšlený práva na pojistné plnění, nabývají tohoto práva osoby v pořadí stanoveném zákonem.
- Je-li pojistnou událostí jiná událost než smrt pojistného, nabývá právo na pojistné plnění oprávněná osoba – v první řadě pojištěný, respektive jeho zákonný zástupce.
- V případě pojištění cizího rizika právo na pojistné plnění může uplatnit pojistník, a to pouze tehdy, jestliže prokáže, že pojistného se seznámil s obsahem pojistné smlouvy týkající se pojištění jeho pojistného rizika a jestliže prokáže, že mu byl k přijetí pojistného plnění dán souhlas pojistného, popřípadě zákonného zástupce takové osoby, není-li zákonným zástupcem pojistník sám.
- Vznikne-li právo na pojistné plnění několika osobám a nejsou-li jejich podíly určeny, má každá z nich právo na stejný díl.
- V případě, že je pojistník odlišný od pojistného, může určit osobu obmyšleného nebo sjednat podmínky zajištění závazku jen s písemným souhlasem pojistného.
- Až do vzniku pojistné události může pojistník obmyšleného měnit. Změna obmyšleného je účinná dnem doručení sdělení pojistiteli. V případě, že pojistník není sám pojištěným, potřebuje ke změně obmyšleného, případně ke změně zajištění závazku, písemný souhlas pojistného.

ČLÁNEK 12 – Redukce pojistné částky, přerušení pojištění

- Pojištění spojená s investičními fondy nelze v důsledku neplacení pojistného změnit na pojištění se sníženou pojistnou částkou (redukce pojistné částky). V důsledku neplacení pojistného pojištění zaniká dnem následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené pojistitelem v úpomině k zaplacení dlužného pojistného nebo jeho části.
- Pojištění se pro neplacení pojistného nepřerušuje, a to ani v případě, že pojistné nebylo zapláceno do dvou měsíců ode dne jeho splatnosti.

ČLÁNEK 13 – Zánik pojištění

- Pojištění zaniká pro neplacení pojistného dnem následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené pojistitelem v úpomině k zaplacení dlužného pojistného nebo jeho části. Nebyla-li vytvořena kladná kapitálová hodnota smlouvy, zaniká pojištění bez náhrady. Jestliže byla vytvořena kladná kapitálová hodnota smlouvy, pojištění zaniká a pojistitel vyplácí pojistníkovi kapitálovou hodnotu smlouvy k datu ukončení pojistné smlouvy. Do doby dvou let od počátku pojištění je odkupné rovné min. 90% kapitálové hodnoty smlouvy. Maximální možné snížení kapitálové hodnoty smlouvy (poplatek za předčasné ukončení pojištění smlouvy) je stanoveno pojistitelem a je uvedeno v přehledu poplatků a parametrů produktu. Po uplynutí dvou let je odkupné rovné kapitálové hodnotě smlouvy. Lhůta uvedená v úpomině je nejméně tři měsíce po původně stanoveném datu splatnosti (počítá se od data splatnosti počátku upomínaného období).
- Pokud dojde k předčasnému ukončení pojistné smlouvy, je pojistník povinen uhradit dlužné pojistné. Je-li k datu ukončení absolutní hodnota záporné kapitálové hodnoty smlouvy nižší než dlužné pojistné, je pojistník povinen uhradit pouze tuto nižší částku.
- Pojištění zaniká uplynutím pojistné doby.
- Pojištění může zaniknout i dohodou smluvních stran. Do doby dvou let od počátku pojištění je odkupné rovné min. 90% kapitálové hodnoty smlouvy. Maximální možné snížení kapitálové hodnoty smlouvy (poplatek za předčasné ukončení pojistné smlouvy) je stanoveno pojistitelem a je uvedeno v přehledu poplatků a parametrů produktu. Po uplynutí dvou let je odkupné rovné kapitálové hodnotě smlouvy.
- Zodpoví-li pojistník nebo pojištěný při sjednávání pojistné smlouvy úmyslně nebo z nedbalosti nepravdivě nebo neúplně písemně dotazy pojistitele týkající se sjednávání pojištění, má pojistitel právo od pojistné smlouvy odstoupit, jestliže při pravdivém a úplném zodpovězení dotazů by pojistnou smlouvu neuzavřel. Toto právo může pojistitel uplatnit do dvou měsíců ode dne, kdy takovou skutečnost zjistil, jinak právo zanikne. To platí i v případě změny pojistné smlouvy. Odstoupením od pojistné smlouvy se smlouva od počátku ruší. Pojistitel je povinen bez zbytečného odkladu, nejpozději ve lhůtě 30 dnů ode dne odstoupení od pojistné smlouvy, vrátit zaplacené pojistné, od kterého se odečte to, co již z pojištění plnil. V případě odstoupení pojistitele se od zaplaceného pojistného odečítají i náklady spojené se vznikem a správou pojištění (viz platný přehled poplatků a parametrů produktu).
- Pojistník nebo pojištěný, který není současně pojistníkem, popřípadě obmyšlený, je ve stejné lhůtě jako pojistitel povinen pojistiteli vrátit částku vyplaceného pojistného plnění, která přesahuje výši zaplaceného pojistného.
- Stejně právo odstoupit od pojistné smlouvy jako pojistitel má, za podmínek uvedených v odst. 5 tohoto článku, i pojistník, jestliže má pojistitel nebo jím zmocněný zástupce nepravdivě nebo neúplně zodpověděl jeho písemné dotazy týkající se sjednávání pojištění.
- Pokud pojistník v souvislosti s uzavřením pojistné smlouvy nebo v průběhu trvání pojištění svým jednáním způsobí neplatný právní úkon, je pojistná smlouva absolutně neplatná a musí dojít k vypořádání vzájemných závazků pojistitele a pojistníka (tj. zaplaceného pojistného a vyplaceného pojistného plnění).
- Pojistitel může plnění z pojistné smlouvy odmítnout, jestliže:
 - příčinou pojistné události byla skutečnost, o které se dozvěděl až po vzniku pojistné události a kterou nemohl zjistit při sjednávání pojištění nebo jeho změně v důsledku úmyslné nebo z nedbalosti nepravdivě nebo neúplně zodpovězených písemných dotazů, a jestliže by při znalosti této skutečnosti v době uzavření pojistné smlouvy tuto smlouvu neuzavřel, nebo ji uzavřel za jiných podmínek, nebo
 - oprávněná osoba uvede při uplatňování práva na plnění z pojištění vědomě nepravdivě nebo hrubě zkreslené údaje týkající se rozsahu pojistné události nebo podstatné údaje týkající se této události zamílčí.

Dnem doručení oznámení o odmítnutí pojistného plnění pojištění zanikne. Pojistitel vrátí pojistníkovi nespotrebovanou část ze zaplaceného pojistného, není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak.

- Pojistitel má právo účtovat poplatek za správu a ukončení pojistné smlouvy. Poplately za správu a ukončení pojistné smlouvy se rozumí poplatek stanovený podle platných pojistné-technických zásad pojistitele na základě výše nákladů, které pojistiteli vznikly v souvislosti s uzavřením, správou a ukončením pojistné smlouvy (viz platný přehled poplatků a parametrů produktu).
- Pojistník je oprávněn odstoupit od smlouvy ve lhůtě 30 dnů ode dne, kdy obdržel sdělení o uzavření obchodu na dálku, nebo ode dne, kdy mu byly sděleny pojistné podmínky, pokud k tomuto sdělení dojde na jeho žádost po uzavření pojistné smlouvy. Pojistitel je povinen bez zbytečného odkladu, nejpozději ve lhůtě do 30 dnů ode dne odstoupení od pojistné smlouvy, vrátit pojistníkovi zaplacené pojistné, od kterého se odečte to, co již z pojištění plnil, a pojistník nebo pojištěný, který není současně pojistníkem, popřípadě obmyšlený, je ve stejné lhůtě povinen pojistiteli vrátit částku vyplaceného pojistného plnění, která přesahuje výši zaplaceného pojistného.

ČLÁNEK 14 – Výpověď pojištění

- Pojistník může pojištění písemně vypovědět do dvou měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy. Dnem doručení výpovědi na centrálu pojistitele počíná běžet osmidená výpovědní lhůta, jejímž uplynutím pojištění zaniká,
 - Pojistitel může pojištění písemně vypovědět do dvou měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy. Dnem doručení výpovědi počíná běžet osmidená výpovědní lhůta, jejímž uplynutím pojištění zaniká.
- Pojistitel má v případě běžného pojistného právo na poměrnou část pojistného odpovídající délce trvání pojištění a na náklady spojené se vznikem a správou pojištění, v případě jednorázového pojistného má pojistitel právo na poplatek (viz platný přehled poplatků a parametrů produktu). Případný přeplatek pojistného bude pojistníkovi vrácen do 30 dnů po datu ukončení pojistné smlouvy.
- Pojistitel může jednotlivá pojištění doplňkové a úrazové složky s běžně placeným pojistným písemně vypovědět ke konci pojistného období.
 - Pojistník může pojištění s běžně placeným pojistným písemně vypovědět ke konci pojistného období.
- Výpověď musí být na centrálu pojistitele nebo na adresu pojistníka uvedenou ve smlouvě doručena alespoň šest týdnů před uplynutím pojistného období. Při běžně placeném pojistném pojištění zanikne posledním dnem tohoto pojistného období. Při jednorázově placeném pojistném pojištění zanikne po uplynutí šesti týdnů od data doručení výpovědi na centrálu pojistitele.
- U jednorázově hrazených pojistných smluv se doplňková a úrazová složka pojištění sjednává na dobu jednoho roku. Pokud žádná ze smluvních stran toto pojištění nevypoví, a to nejpozději šest týdnů před uplynutím této doby, prodlužuje se sjednaná doba trvání těchto pojištění automaticky vždy o jeden rok, nejdéle však do doby ukončení pojistné smlouvy.
- Pojistitel nebo pojistník mohou pojištění vypovědět do tří měsíců ode dne doručení oznámení vzniku pojistné události. Dnem doručení výpovědi na centrálu pojistitele nebo na adresu pojistníka uvedenou ve smlouvě počíná běžet výpovědní lhůta jednoho měsíce, jejímž uplynutím pojištění zaniká.
- Po ukončení pojištění výpovědi se pojistníkovi vyplácí odkupné vypočtené podle pojistné-technických zásad, pokud nárok na odkupné vznikl. Odkupné neodpovídá celkovému zaplacenému pojistnému, ale kapitálové hodnotě smlouvy. Výplata odkupného je možná pouze za předpokladu kladné kapitálové hodnoty smlouvy. V prvním roce trvání, pokud není uhazeno mimořádné pojistné nebo počáteční jednorázové pojistné, nevzniká nárok na výplatu odkupného. Do doby dvou let od počátku pojištění je odkupné rovné min. 90% kapitálové hodnoty smlouvy. Maximální možné snížení kapitálové hodnoty smlouvy (poplatek za předčasné ukončení pojistné smlouvy), je stanoveno pojistitelem a je uvedeno v přehledu poplatků a parametrů produktu. Po uplynutí dvou let je odkupné rovné kapitálové hodnotě smlouvy.
- Pojistník má právo kdykoliv během trvání pojištění požadovat na pojistiteli sdělení o tom, kolik by činila výše odkupného. Pojistitel výši odkupného sdělí ve lhůtě jednoho měsíce ode dne obdržení žádosti pojistníka. Pojistitel je oprávněn za sdělení výše odkupného účtovat pojistníkovi poplatek (viz platný přehled poplatků a parametrů produktu).
- Pokud bylo v životním pojištění, sjednaném s běžným pojistným, zapláceno pojistné nejméně za dva roky nebo jde-li o pojištění za jednorázové pojistné sjednané na dobu delší než jeden rok, má pojistník právo, aby mu na jeho žádost pojistitel vyplatil odkupné. Při jednorázově zaplaceném pojistném za životní pojištění sjednaném na dobu delší než jeden rok, má ten, kdo s pojistitelem uzavřel smlouvu, právo požádat o výplatu odkupného kdykoliv po počátku pojištění. Odkupné je splatné do tří měsíců ode dne, kdy pojistitel obdržel žádost o výplatu odkupného. Výplatu odkupného pojištění zaniká.
- Výši odkupného pojistitel vypočítává podle pojistné-technických zásad schválených ČNB.

ČLÁNEK 15 – Změna pojištění

- Pojistník je povinen bez zbytečného odkladu písemně oznámit pojistiteli změnu nebo zánik pojistného rizika. Za změnu se považuje v tomto případě i změna povolání. V případě pojištění cizího pojistného rizika má tuto povinnost pojištěný. K přijetí žádosti o změnu pojištění se musí pojistitel vyjádřit do tří měsíců ode dne doručení žádosti na centrálu pojistitele.
- Pokud pojistník požádá o změnu pojištění a je-li s ní spojena změna pojistného, souhlasí pojistník s jeho navýšením v nezbytně nutné výši odpovídající změnám pojištění.
- Pokud se účastníci dohodnou o změně pojištění již sjednaného, je pojistitel povinen plnit ze změněného pojištění až z pojistných událostí, které nastanou od účinnosti vystaveného dodatku k pojistné smlouvě (výjma čekacích dob uvedených u jednotlivých pojistných rizik v SPP). Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění, pokud pojistník v době podání návrhu na změnu pojištění věděl nebo mohl vědět, že pojistná událost již nastala.
- Pojistitel si vyhrazuje právo v závislosti na aktuálním stavu pojistné smlouvy žádost o změnu zamítnout.

ČLÁNEK 16 – Doručování a sdělení

- Písemnosti pojistitele určené pojistníkovi, pojištěnému nebo oprávněné osobě (dále jen „adresát“) se doručují prostřednictvím držitele poštovní licence (dále jen „pošta“) doporučenou zásilkou, doporučenou zásilkou s dodejkou nebo obyčejnou zásilkou na korespondenční adresu uvedenou v pojistné smlouvě. Pokud pojistník písemně pojistitele požádá výslovně o změnu korespondenční adresy, budou mu písemnosti pojistitele doručovány na takto změněnou korespondenční adresu. Písemnosti se doručují také elektronickými prostředky, pojistitel určuje rozsah písemností interními pravidly.
- Pojistitel při volbě formy komunikace přihlíží k povinnostem stanoveným příslušnými právními předpisy, charakteru sdělovaných informací, okolnostem, jakož i potřebám a zájmům pojistníka, pojistného nebo oprávněné osoby.
- Písemnosti se doručují:
 - doporučenou zásilkou**
Písemnost odeslaná doporučenou zásilkou adresátovi se považuje za doručenu 21. den po datu vystavení písemnosti i v případě:
 - doručení příjemci rozdílného od adresáta (např. rodinnému příslušníkovi), jemuž pošta doručila zásilku v souladu s právními předpisy o poštovních službách,
 - odepře-li adresát přijetí doporučené písemnosti,
 - že adresát nebyl zastížen a písemnost odeslaná doporučenou zásilkou byla uložena na poště a adresát si písemnost nevyzvedl v úložní lhůtě, i když se adresát o uložení nedozvěděl nebo se v místě doručení nezdržoval,
 - že se doporučená písemnost vrátila jako nedoručená z jiných důvodů, než je uvedeno v předchozích bodech.
 - doporučenou zásilkou s dodejkou**
- Písemnost pojistitele odeslaná adresátovi doporučenou zásilkou s dodejkou se považuje za doručenu dnem převzetí uvedeným v dodejce. Za doručenu adresátovi se považuje i zásilka doručená příjemci rozdílného od adresáta (např. rod. příslušníkovi), jemuž pošta doručila zásilku v souladu s právními předpisy o poštovních službách.
- Odepře-li adresát přijetí doporučené písemnosti s dodejkou, považuje se písemnost za doručenu dnem, kdy bylo její převzetí adresátem odepřeno.
- Nebyl-li adresát zastížen a písemnost odeslaná doporučenou zásilkou s dodejkou byla uložena na poště a adresát si písemnost v úložní lhůtě nevyzvedl, považuje se písemnost za doručenu posledním dnem úložní lhůty, i když se adresát o uložení nedozvěděl nebo se v místě doručení nezdržoval.
- Pokud se doporučená zásilka s dodejkou vrátila jako nedoručená z jiných důvodů, považuje se tato písemnost za doručenu dnem jejího vrácení pojistiteli.
- Dojde-li ke ztrátě odeslané doporučené zásilky s dodejkou, považuje se tato písemnost za doručenu 21. den po datu vystavení písemnosti.
 - obyčejnou zásilkou**
Pojistitel odesílá obyčejnou zásilkou písemnosti týkající se běžné korespondence s pojistníkem, vč. vystavení pojistky, a výsledky šetření pojistné události.
 - elektronickými prostředky**
Písemná sdělení pojistitele adresovaná pojistníkovi, pojištěnému nebo oprávněné

osobě a učiněná elektronickými prostředky jsou doručena okamžikem, kdy byla doručena na e-mailovou adresu uvedenou v pojistné smlouvě nebo na e-mailovou adresu písemně oznámenou pojistníkem, pokud došlo ke změně výše uvedené e-mailové adresy.

3. Veškerá písemná sdělení zasláná pojistiteli poštou (vyjma návrhu na uzavření pojistné smlouvy) se považují za převzatá dnem jejich doručení na centrálu pojistitele. Veškerá písemná sdělení adresovaná pojistiteli a učiněná elektronickými prostředky se považují za doručena okamžikem, kdy byla doručena na e-mailovou adresu pojistitele: pojistovnacs@pojistovnacs.cz.
4. Veškeré písemnosti budou doručovány pouze na území ČR, pokud není v pojistné smlouvě dohodnuto jinak.

ČLÁNEK 17 – Právní vztahy osob zúčastněných na smlouvě

1. Pokud pojištěný a pojistník není osoba totožná, dispoziční práva vyplývající ze smlouvy náleží pojistníkovi. Pojištěný je však spolu s pojistníkem odpovědný za pravdivé zodpovězení otázek týkajících se jeho zdravotního stavu.
2. Všechna ustanovení platná pro pojistníka se vztahují i na případné právní nástupce.
3. Zemře-li nebo zanikne-li bez právního nástupce pojistník, který sjednal pojištění cizího rizika, vstupuje pojištěný do pojištění namísto pojistníka. Na nového pojistníka přecházejí všechna práva a povinnosti (včetně závazků) předchozího pojistníka. Není-li pojištěný plnoletý, nemůže nastoupit na místo pojistníka. V takovém případě pak pojištěný požádá jeho zákonného zástupce a v případě jeho souhlasu nastupuje do práv a povinností pojistníka tak, jak je uvedeno výše. V opačném případě dochází k ukončení pojistné smlouvy k datu úmrtí pojistníka a případné odkupné je součástí dědického řízení. U právnické osoby se postupuje obdobným způsobem.
4. Pojistník může udělit plnou moc k zastupování v jednání s pojistitelem. Plná moc musí být podepsaná zmocnitelem a podpis musí být ověřen.

ČLÁNEK 18 – Rozhodné právo

1. Pojistná smlouva a právní vztahy z ní vyplývající se řídí právním řádem České republiky.
2. Pro spory z pojistné smlouvy jsou příslušné soudy České republiky.

ČLÁNEK 19 – Závěrečná ustanovení

Veškeré dokumenty a doklady týkající se pojištění musí být účastníky pojištění předkládány v českém jazyce. V případě, že by byly vystaveny v cizím jazyce, musí k nim být přiložen úředně ověřený překlad do českého jazyka.

Vyrovnaní nákladů spojených s platbami do zahraničí a s platbami pojistného ze zahraničí se řídí příslušným právním předpisem.

Pojistitel nehradí za pojištěného náklady spojené s vyhotovením znaleckého posudku, které pojištěný vynaložil v souvislosti s mimosoudním projednáváním nároku na pojistné plnění, pokud se na zhotovení posudku obě strany nedohodly. Pojistitel dále nehradí náklady spojené s právním zastupením, které pojištěný vynaložil v souvislosti s mimosoudním projednáváním nároku na pojistné plnění.

Vyžaduje-li to účel a povaha pojištění, je možné se od ustanovení všech článků těchto všeobecných pojistných podmínek v pojistné smlouvě odchýlit, avšak pouze ve prospěch pojištěného.

ZVLÁŠTNÍ USTANOVENÍ I. – ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

Životní pojištění sjednává Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, je upraveno příslušnými ustanoveními zákona o pojistné smlouvě, těmito všeobecnými pojistnými podmínkami (úvodní, obecná a zvláštní ustanovení I.), příslušnými speciálními pojistnými podmínkami a ostatními ujednáními uvedenými v pojistné smlouvě. Životní pojištění lze sjednat pouze jako pojištění obnosové.

Kapitálové navýšení (podíl na zisku)

K životnímu pojištění se sjednáním garantovaným výnosem kapitálové hodnoty smlouvy se každoročně podle výsledků roční účetní závěrky připisuje navýšení kapitálové hodnoty o rozdíl mezi garantovaným zhodnocením sjednaným ve smlouvě a skutečně docíleným zhodnocením aktiv odpovídajícím hodnotě kapitálové hodnoty dané smlouvou (dále jen „podíl na zisku“). Tento podíl na zisku činí minimálně 85 % z takto vypočtené hodnoty za sledované období.

ČLÁNEK 1 – Druhy pojištění

1. V rámci životního pojištění lze pojišť fyzickou osobu pro případ smrti, dožití se určitého věku nebo dne stanoveného v pojistné smlouvě jako konec pojištění anebo pro případ jiné skutečnosti související se zdravím nebo se změnou osobního postavení této osoby, vymezené pojistnou smlouvou.
2. Pojistitel může sjednat i jiné druhy životního pojištění. Pokud takové pojištění není upraveno zvláštními právními předpisy nebo pojistnou smlouvou, platí pro ně ta ustanovení těchto všeobecných pojistných podmínek, která jsou mu povahou a účelem nejbližší.
3. V jedné pojistné smlouvě lze sjednat se životním pojištěním i další druhy pojištění osob. Pro ně pak platí speciální pojistné podmínky příslušného druhu pojištění.

ČLÁNEK 2 – Pojistná událost

1. Pojistnou událostí je v životním pojištění smrt pojištěného, dožití se určitého věku nebo dne stanoveného v pojistné smlouvě jako konec pojištění nebo jiné skutečnosti, související se zdravím nebo se změnou osobního postavení pojištěného.

ZVLÁŠTNÍ USTANOVENÍ II. – DOPLŇKOVÁ A ÚRAZOVÁ SLOŽKA POJIŠTĚNÍ

Doplňková a úrazová složka pojištění sjednává Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, je upravena příslušnými ustanoveními zákona o pojistné smlouvě, těmito všeobecnými pojistnými podmínkami (úvodní, obecná a zvláštní ustanovení II.), příslušnými speciálními pojistnými podmínkami a ostatními ujednáními uvedenými v pojistné smlouvě. Doplnkovou a úrazovou složku pojištění lze sjednat pouze jako pojištění obnosové.

ČLÁNEK 1 – Druhy pojištění

1. V rámci doplňkové a úrazové složky pojištění lze v souladu s Přílohou č. 1 k zákonu o pojišťovnictví v platném znění sjednat:
 - doplňkové pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin,
 - pojištění velmi vážných onemocnění,
 - pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky – úraz nebo nemoc, vč. připojištění k pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky,
 - pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky – úraz, vč. připojištění k pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky,
 - pojištění zproštění od placení pojistného,
 - pojištění kapitálové hodnoty,
 - pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s výplatou doživotní renty,
 - pojištění doživotní kapitálové renty,
 - pojištění pro případ smrti následkem úrazu,
 - pojištění trvalých následků úrazu,
 - pojištění denního odškodného – úraz, vč. připojištění k dennímu odškodnému,
 - pojištění hospitalizace – úraz nebo nemoc,
 - pojištění hospitalizace – úraz,

- pojištění pracovní neschopnosti – nemoc, vč. připojištění úrazu k pracovní neschopnosti.
2. Pojistitel může sjednat i jiné druhy doplňkové a úrazové složky pojištění. Pokud takové pojištění není upraveno zvláštními právními předpisy nebo pojistnou smlouvou, platí pro ně ta ustanovení těchto všeobecných pojistných podmínek, která jsou mu povahou a účelem nejbližší.
 3. Rozsah pojištění je uveden v pojistné smlouvě.
 4. V jedné pojistné smlouvě lze sjednat s doplňkovou a úrazovou složkou pojištění i další druhy pojištění. Pro ně pak platí speciální pojistné podmínky příslušného druhu pojištění.

ČLÁNEK 2 – Pojistná událost

Pojistnou událostí je úraz nebo nemoc pojištěného. Úrazem se rozumí neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávislé na vůli pojištěného, ke kterému došlo během trvání pojištění a kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt. Poškození zdraví musí být potvrzeno přítomností objektivních příznaků zjištěných při lékařském vyšetření.

ČLÁNEK 3 – Omezení pojistného plnění

1. Pojistitel má právo:
 - a) odmítnout poskytnutí pojistného plnění, došlo-li k úrazu pojištěného v souvislosti s jednáním, pro které byl uznán vinným úmyslným trestným činem nebo kterým si úmyslně poškodil zdraví,
 - b) snížit pojistné plnění až na jednu polovinu, došlo-li k úrazu následkem požití alkoholu nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky pojištěným, a okolností, za kterých k úrazu došlo, to odůvodňují; měl-li však takový úraz za následek smrt pojištěného, sníží pojištěný pojistné plnění jen tehdy, jestliže k tomuto úrazu došlo v souvislosti s jednáním pojištěného, jímž jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt.
2. Pojistitel neplní v případech vzniklých následkem onemocnění a následkem úrazů, které nastaly, byly diagnostikovány nebo prvotně léčeny před počátkem pojištění nebo v čekací době (např. onemocnění a úrazy kloubů, páteře atd.) a za opakovanou chronická onemocnění, která nastala, byla diagnostikována nebo léčena před počátkem pojištění nebo v čekací době.
3. Za pojistnou událost se nepovažuje:
 - a) sebevražda, pokus o ni a úmyslné sebepoškození,
 - b) otrava v důsledku požití pevných nebo kapalných látek polknutím,
 - c) úraz, k němuž dojde přímo nebo nepřímo vlivem jaderného záření, jednáním nebo nedbalostí odpovědných osob, institucí nebo úřadů při dopravě, skladování nebo manipulaci s radioaktivními materiály,
 - d) úraz, k němuž dojde při událostech vzniklých při aktivní účasti pojištěného na vnitrostátních nepokojích či veřejných násilnostech nebo v souvislosti s teroristickými událostmi všeho druhu (násilném jednání motivovaném politikou, rasově, sociálně, ideologicky nebo nábožensky) na straně iniciátora,
 - e) událost, která byla způsobena přímo či nepřímo válečnými událostmi, vojenskými nebo bojovými akcemi všeho druhu.Omezení uvedená v tomto bodě se nevztahují na případy přímé či nepřímé účasti pojištěného na válečných událostech, vojenských nebo bojových akcích nebo vnitrostátních nepokojích všeho druhu, ke kterým došlo při plnění služby v Armádě ČR nebo u Policie ČR za předpokladu, že pojištěný je zařazen ve 4. rizikové skupině, a dále za předpokladu, že služba bezprostředně souvisí s výkonem povolání nebo pracovní činností pojištěného mimo území ČR, a zároveň jsou součástí mezinárodní mise autorizované Organizací spojených národů (např. mise International Security Assistance Force – ISAF).
4. Pojistitel v těchto případech neposkytne pojistné plnění.
 - A úrazové složky pojištění pojistitel neplní:
 - a) za vznik a zhoršení kýl, hernií všeho druhu, nádorů všech druhů a původů, za vznik a zhoršení aseptických zánětů pochev šlachových, úponů svalových, tlivých váčků, epikondylitid, za natažení svalů a šlach, za ploténkové páteřní syndromy a jiné chronické páteřní syndromy, patologické zlomeniny, náhlé cévní příhody a amoce sinice,
 - b) za tělesná poškození vzniklá v důsledku působení mikrobiálních jedů či imunotoxických látek,
 - c) za tělesná poškození prvotně vzniklá a postupně se vyvíjející svým opakovaným výskytem v závažnější diagnózu stanovenou až v době pojištění,
 - d) za onemocnění, včetně infekčních nemocí, srdečního infarktu a mozkové mrtvice, která se dostavila jako následek úrazu nebo pokud následkem úrazu došlo k jejich rozvoji (zhoršení),
 - e) za diagnostické a preventivní zákroky a dále za léčebné zákroky, které nebyly provedeny za účelem léčení úrazu a jeho následků, ani za následky všech v tomto bodě uvedených zákroků, ani za nepříznivé následky léčebných zákroků,
 - f) při úrazech způsobených při duševních poruchách, při kolapsech, epileptických nebo jiných záchvatech a křečích, které zachvátí celé tělo; nárok na pojistné plnění však zůstává zachován, jestliže tyto stavy byly vyvolány úrazem, na který se pojištění vztahuje,
 - g) při úrazech způsobených přímo nebo nepřímo syndromem získaného selhání imunity (AIDS),
 - h) za úraz, k němuž dojde při provozování profesionálního hokeje či profesionálního fotbalu, vč. tréninkových aktivit.
 5. Pojistitel má právo snížit podle okolností případnou pojistnou částku až na jednu polovinu v případě úrazu vzniklého v souvislosti s ustanoveními článku 10 Obecných ustanovení těchto všeobecných pojistných podmínek.

ČLÁNEK 4 – Osoby se zvýšeným rizikem

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

ČLÁNEK 5 – Změna povolání, sportovní nebo zájmové činnosti

1. Veškeré změny související se změnou povolání, sportovní nebo jiné zájmové činnosti pojištěného musí být neodkladně pojistníkem, respektive pojištěným, oznámeny pojistiteli.
2. Pokud novému povolání, sportovní nebo jiné zájmové činnosti pojištěného podle sazebníku pojistitele platného v okamžiku změny odpovídá nižší pojistné, je pojištěl povinen úměrně této změně snížit pojistné, a to s účinností ode dne, kdy se o této změně dozvěděl.
3. Odpovídá-li změněnému povolání, sportovní nebo jiné zájmové činnosti pojistné vyšší, zůstává zachováno do nejbližší splatnosti pojistného následující po oznámení změny povolání, sportovní nebo jiné zájmové činnosti rozsah pojištění podle do té doby platné smlouvy. Dojde-li po uplynutí této doby k úrazu, aniž by byla oznámena změna nebo dosaženo jiné dohody o výši pojistného, snižuje se pojistné plnění v poměru pojistného, které má být placeno, a pojistného, které bylo placeno do té doby.

ČLÁNEK 6 – Zánik pojištění

Jedná-li se o pojistnou smlouvu uzavřenou formou obchodu na dálku v rozsahu samostatného úrazu, má pojistník právo bez udání důvodu odstoupit od pojistné smlouvy ve lhůtě čtrnácti dnů ode dne uzavření pojistné smlouvy nebo ode dne, kdy mu byla sdělena pojistné podmínky, pokud k tomuto sdělení dojde na jeho žádost po uzavření pojistné smlouvy.

Všeobecné pojistné podmínky pojištění osob

ze dne 1. ledna 2012

OSOŽIV 8

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro smluvní soukromé pojištění (dále jen „pojištění“) osob, které sjednává Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group (dále jen „pojišťovna“), platí zákon č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě (dále jen „zákon“), zákon č. 363/1999 Sb., o pojistovnictví, a ostatní obecně závazné právní předpisy České republiky, tyto Všeobecné pojistné podmínky pojištění osob, speciální pojistné podmínky uvedené v pojistné smlouvě a ostatní ujednání pojistné smlouvy. Smluvní pojištění osob se sjednává jako pojištění obnosové.

OBECNÁ USTANOVENÍ

ČLÁNEK 1 – Základní pojmy

Pro účely sjednávání pojištění platí tento výklad pojmů (abecedně řazený):

- běžné pojistné** – pojistné stanovené za pojistné období
- čekací doba** – doba, po kterou pojištělci nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění z události, které by jinak pojistnými událostmi byly
- jednorázové pojistné** – pojistné stanovené na celou dobu, na kterou bylo pojištění sjednáno
- nahodilá skutečnost** – skutečnost, která je možná a u které není jisté, zda v době trvání pojištění vůbec nastane nebo není známa doba jejího vzniku
- obmyšlený** – osoba určená pojistníkem v pojistné smlouvě, které vznikne právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného
- odkupné** – část nespotebbovaného pojistného ukládaná pojistitelem jako technická rezerva vypočtená pojistně-matematickými metodami k datu zániku pojištění
- oprávněná osoba** – osoba, které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění
- počátek pojištění** – okamžik, kterým vzniká povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění v případě vzniku pojistné události a jeho právo na pojistné podle uzavřené pojistné smlouvy
- pojišťovna** – právnická osoba, která je oprávněna provozovat pojišťovací činnost podle zvláštního zákona
- pojistná částka** – pojistnou smlouvou dohodnutá částka nebo důchod, kterou je pojišťovna povinen vyplatit v případě pojistné události
- pojistná doba** – doba, na kterou je pojištění sjednáno
- pojistná smlouva uzavřená formou obchodu na dálku v souladu s právem Evropských společenství** – pojistná smlouva uzavřená s výhradním použitím jednoho nebo více prostředků komunikace na dálku
- pojistná událost** – nahodilá skutečnost blíže označená v pojistné smlouvě, se kterou je spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění
- pojistné období** – časové období dohodnuté v pojistné smlouvě, za které se platí pojistné
- pojistné plnění** – pojistná částka nebo důchod, které jsou podle pojistné smlouvy vyplaceny, nastane-li pojistná událost
- pojistné riziko** – míra pravděpodobnosti vzniku pojistné události vyvolaná pojistným nebezpečím
- pojištěník** – fyzická nebo právnická osoba, která s pojistitelem uzavřela pojistnou smlouvu a je povinna platit stanovené pojistné
- pojištění obnosové** – pojištění, jehož účelem je získání obnosu, tj. dohodnuté finanční částky v důsledku pojistné události ve výši, která je nezávislá na vzniku nebo rozsahu škody
- pojištěný** – osoba, na jejíž život nebo zdraví se pojištění vztahuje
- trvalý nosič dat** – nástroj, který umožňuje uchování informací tak, aby mohly být k dispozici během doby přiměřené účelu informace, a reprodukci těchto informací v nezměněné podobě
- výroční den** – den a měsíc z data počátku pojištění uvedeného v návrhu na uzavření pojistné smlouvy, resp. v pojistné smlouvě

ČLÁNEK 2 – Druhy pojištění

- Pojišťovna sjednává pojištění osob jako pojištění obnosové.
V pojištění osob lze pojišť fyzickou osobu pro:
 - případ smrti,
 - případ dožití do určitého věku nebo dne stanoveného v pojistné smlouvě jako konec pojištění,
 - případ úrazu,
 - případ nemoci nebo jiné skutečnosti související se zdravím nebo se změnou osobního postavení této osoby.
- Pojištěník může uzavřít pojistnou smlouvu na pojistné riziko pojištěného, který je osobou odlišnou od pojištěníka (dále jen „pojištění cizího pojistného rizika“). Pojištěník je povinen seznámit pojištěného s obsahem pojistné smlouvy týkající se pojištění jeho pojistného rizika.
- Pojistnou smlouvu lze uzavřít i ve prospěch třetí osoby.

ČLÁNEK 3 – Uzavření pojistné smlouvy

- Pojistná smlouva je smlouvou o finančních službách, ve které se pojišťovna zavazuje v případě vzniku nahodilé události poskytnout ve sjednaném rozsahu plnění a pojištěník se zavazuje platit pojišťovně pojistné.
- Navrhovatelem je zájemce, který předkládá návrh na uzavření pojistné smlouvy pojišťovně.
- K uzavření pojistné smlouvy je třeba, aby návrh byl pojišťovnou přijat ve lhůtě tří měsíců ode dne, kdy zástupce pojištělce obdržel návrh od navrhovatele. Za datum uzavření pojistné smlouvy se považuje 21. den po vystavení pojistky.
- Pojistka slouží jako písemné potvrzení o uzavření pojistné smlouvy. V případě přijetí návrhu pojišťovnou obdrží pojištěník pojistku do tří měsíců od data převzetí návrhu zástupcem pojištělce. V případě, kdy se sjednává pojistná smlouva ihned (bez návrhu), je tato současně pojistkou sloužící jako písemné potvrzení o uzavření pojistné smlouvy.
- V případě, že se pojištění stává z pojistně-technických či jiných důvodů nemožné, má pojišťovna právo zaslat pojištěníkovu od jednoho měsíce od doručení pojistné smlouvy na centrálu pojišťovny oznámení o zániku pojištění.
- Při nepřijetí návrhu na pojištění pojišťovnou pojistná smlouva nevzniká. Pojišťovně nevzniká závazek poskytnout pojistné plnění při vzniku nahodilé skutečnosti, v návrhu blíže označené, a pojištěník nemá povinnost platit pojistné. V případě, že pojištěník již uhradil částku (v návrhu označenou jako pojistné), bude mu vrácena do 30 dnů od data rozhodnutí o nepřijetí návrhu.
- Každá ze smluvních stran musí obdržet alespoň jedno vyhotovení pojistné smlouvy.
- Pojištění je kryt v rozsahu uvedeném na pojistce ode dne sjednání jako počátek pojištění.
- Dojde-li ke ztrátě, poškození nebo zničení pojistky, vydá pojišťovna na žádost a případně i náklady pojištěníka druhopis pojistky. V případě, kdy se sjednává pojistná smlouva ihned, vydá pojišťovna pojištěníkovu na jeho žádost a případně i na jeho náklady ověřenou fotokopii pojistné smlouvy (pojistky).
- Nedílnou součástí návrhu na uzavření pojistné smlouvy, resp. pojistné smlouvy, jsou písemné dotazy pojištělce týkající se sjednávání pojištění.
- V případě, že navrhovatel písemně odvolá návrh na uzavření pojistné smlouvy a odvolání návrhu bude doručeno na centrálu pojišťovny nejpozději jeden den před datem uzavření pojistné smlouvy, má pojišťovna právo na úhradu vzniklých nákladů spojených s posouzením návrhu a nákladů na zdravotní ocenění (viz platný přehled poplatků a parametrů produktu).

- Pojištěník a pojištěný jsou zejména povinni:
 - umožnit pojišťovně nebo jím pověřeným osobám posoudit pojistné riziko, poskytnout údaje o zdravotním stavu, případně umožnit pojišťovně přezkoumat jejich zdravotní stav, popř. finanční situaci,
 - pravdivě a úplně odpovědět na všechny písemné dotazy pojišťovny týkající se sjednávání pojištění; to platí i v případě, že jde o změnu pojištění,
 - oznámit bez zbytečného odkladu pojišťovně všechny změny týkající se skutečností, na které byl pojištěním tázán nebo které jsou uvedeny v pojistné smlouvě (např. změnu korespondenční adresy nebo adresy trvalého bydliště apod.), změnu pojistného rizika (např. změnu povolání, změnu rizikové skupiny, odchod do invalidního nebo do starobního důchodu, příp. byl-li uznán invalidním).
- Na základě souhlasu pojištěníka a pojištěného s těmito všeobecnými pojistnými podmínkami, vyjádřeného podpisem na návrhu pojistné smlouvy, resp. pojistné smlouvy, je pojišťovna oprávněna zjišťovat a přezkoumávat fyzický i psychický zdravotní stav pojištěného u všech lékařů, zdravotnických zařízení a zařízení poskytujících zdravotní péči, u kterých se dosud léčil/a, léčí nebo bude léčit. Souhlas pojištěníka a pojištěného uděluje za účelem uzavření pojistné smlouvy (pojistných smluv) a pro vyřizování pojistných událostí i na dobu po jeho smrti a dále zmocňuje lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči k vyhotovení lékařských zpráv, výpisu ze zdravotnické dokumentace či k jejich zapůjčení. Zjišťování zdravotního stavu nebo příčiny smrti se provádí na základě zpráv a zdravotnické dokumentace vyžádaných pojišťovnou pověřeným zdravotnickým zařízením od ošetřujících lékařů a v případě potřeby i prohlídkou nebo vyšetřením provedeným zdravotnickým zařízením. Pojištěník a pojištěný dále souhlasí s tím, že pojišťovna je oprávněna v rámci šetření pojistných událostí vyžádat si podklady i od jiných institucí. Pojištěník a pojištěný svým souhlasem zproštuje od povinnosti zachovávat mlčenlivost lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči, které pojišťovna požádá o uvedené informace.
Pojišťovna je též oprávněna v případě potřeby ověřovat pobírání invalidního důchodu, příp. ověřit, zda je pojištěný stále invalidní.
Skutečnosti týkající se pojištění a skutečnosti, o kterých se pojišťovna dozví při zjišťování zdravotního stavu, smí pojišťovna použít pouze pro svou potřebu; tyto skutečnosti může pojišťovna poskytnout v případě souhlasu pojištěného jiným pojišťovnám, popř. jejich společným institucím, nebo v souladu s právním předpisem.
- Pojišťovna je povinen zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, které se dozví při sjednávání pojištění, jeho správe a při likvidaci pojistných událostí. Poskytnout tyto informace může jen se souhlasem osoby, které se skutečnosti týkají, nebo pokud tak stanoví právní předpis.
- Pojištění nelze sjednat pro osoby, které jsou v pracovní neschopnosti (tj. neschopnosti pro jakékoliv onemocnění nebo úraz), jsou hospitalizovány nebo jsou trvale upoutány na lůžko, není-li v pojistné smlouvě ujednáno jinak.

ČLÁNEK 4 – Forma právních úkonů

Pojistná smlouva a všechny ostatní právní úkony týkající se pojištění musí mít písemnou formu, není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak.
U ostatních právních úkonů týkajících se pojištění, výjma uzavření pojistné smlouvy, je písemná forma zachována i v případě, je-li právní úkon učiněn elektronickými prostředky, jež umožňují zachycení obsahu právního úkonu a určení osoby, která právní úkon učinila.

ČLÁNEK 5 – Pojistná doba, trvání pojištění a pojistné období

- Pojištění lze sjednat buď na přesně stanovenou dobu (se sjednaným koncem pojištění) nebo na dobu neurčitou.
- Pojistná smlouva je platná od data uzavření a účinná od data počátku pojištění. Pojištění se může vztahovat i na dobu před uzavřením pojistné smlouvy.
V případech, kdy se sjednává pojistná smlouva ihned (bez návrhu), platí, že pojistná smlouva je platná od data uzavření a účinná nejdříve následujícím dnem po uzavření pojistné smlouvy.
Počátek pojištění je stanoven na 00.00 hodin dne sjednání jako počátek pojištění na pojistce.
- U pojištění sjednaných na přesně stanovenou dobu pojištění končí ve 24.00 hodin dne sjednání jako konec pojištění.

ČLÁNEK 6 – Pojistná částka a limit pojistného plnění

Pojištěník si vyhrazuje právo stanovit pro jednotlivé druhy pojištění osob tarify, nejnižší a nejvyšší pojistné částky, případně limity pojistného plnění.

ČLÁNEK 7 – Pojistné a placení pojistného

- Pojištěník je povinen platit pojistné. Pojistné je úplatou za poskytnutou pojistnou ochranu a jeho výše je uvedena v pojistné smlouvě.
- Právo pojišťovny na pojistné vzniká dnem dohodnutým v pojistné smlouvě jako počátek pojištění. Pojišťovna má právo na pojistné za dobu do zániku pojištění. Nastane-li pojistná událost, v důsledku které pojištění zaniklo, náleží pojišťovně pojistné do konce pojistného období, v němž pojistná událost nastala; jednorázové pojistné náleží v takovém případě pojišťovně za celou dobu, na kterou bylo pojištění sjednáno.
- Na písemnou žádost pojištěníka je pojišťovna povinen sdělit zásady pro stanovení výše pojistného. Výše pojistného se určuje podle sazeb pro jednotlivé druhy pojištění stanovených pojišťovnou.
- Pojistné se platí buď najednou za celou dobu, na kterou bylo pojištění sjednáno (jednorázové pojistné), nebo za dohodnutá pojistná období (běžné pojistné). Pojistné období je roční nebo področní (poletní, čtvrtletní nebo měsíční). V případě področních plateb je příslušné pojistné navýšeno o příplatek (viz platný přehled poplatků a parametrů produktu). Běžné pojistné se platí po sjednanou dobu pojištění. Podle způsobu a techniky úhrady pojistného má pojišťovna právo účtovat poplatek (viz platný přehled poplatků a parametrů produktu).
- Za datum úhrady je považován den, kdy bylo pojistné pod správným variabilním a specifickým symbolem připsáno na účet pojišťovny uvedený v pojistné smlouvě. Pojištěník nehradí pojistné před doručením pojistky a případně zaplacení pojistného v této době se nepovažuje za uzavření pojistné smlouvy. Takto uhrazené pojistné na účet pojišťovny se do data počátku pojistné smlouvy nepřipisuje k pojistné smlouvě ani se nezahodnocuje.
- Splatnost pojistného je určena pojišťovnou a je uvedena v pojistce. Není-li v pojistce splatnost pojistného uvedena, pak platí, že běžné pojistné je splatné prvního dne pojistného období a jednorázové pojistné dnem počátku pojištění.
- Pojistné je splatné v České republice v tuzemské měně, pokud není ve smlouvě dohodnuto jinak.
- Pojištěník má právo v souladu se zákonem upravit výši běžného pojistného na další pojistné období v souvislosti se změnami podmínek rozhodných pro stanovení výše pojistného, s výjimkou změny věku a zdravotního stavu. Pokud pojištěník se změnou výše pojistného nesehláší a svůj nesouhlas uplatní do jednoho měsíce ode dne, kdy se o navrhované změně dozvěděl, pojištění zanikne uplynutím pojistného období, na které bylo pojistné zaplacené. U jednorázově placeného pojistného nelze v průběhu trvání pojištění pojistné navýšovat.
- Výše pojistného se stanoví zejména s ohledem na zdravotní stav, vykonávané povolání, zájmovou činnost a vstupní věk pojištěného. Je-li výše pojistného závislá též na věku pojištěného, považuje se za jeho vstupní věk rozdíl mezi kalendářním rokem počátku pojištění a kalendářním rokem, v němž se pojištění narodil. Výše pojistného dále ovlivňuje zejména rozsah pojištění, výše pojistných částek a doba trvání pojištění.

10. Pokud byly v důsledku uvedení nesprávného data narození nebo nesprávného pohlaví stanoveny chybné technické parametry pojištění (pojistné, pojistná doba, doba placení pojistného nebo pojistná částka), je pojistitel oprávněn pojistné plnění ze smlouvy snížit v poměru pojistného, které bylo placeno, k výši pojistného, které by bylo placeno, kdyby pojistník uvedl správné datum narození nebo pohlaví pojistného.
11. Pojistitel je oprávněn započíst proti pojistnému plnění dlužné částky pojistného a jiné splatné pohledávky z pojištění; klesne-li po započtení uvedených pohledávek částka pojistného plnění určená k výplatě oprávněné osobě pod 20 Kč, není pojistitel povinen tuto částku vyplácet.
12. Pojistitel je oprávněn odečíst případné nedoplatky pojistného ze všech smluv pojistníka od výplat, které nejsou pojistným plněním (např. odkupné, pohledávky z vratek pojistného, podíly na zisku). Případné přeplatky pojistného a výplaty, které nejsou pojistným plněním, není pojistitel do částky 20 Kč povinen vyplácet.
13. V případě, že pojistník požaduje výplatu na účet, musí být na žádosti provedeno ověření identifikačních údajů pojistníka.
14. Zaplacením pojistným uhrazuje pojistitel své pohledávky na pojistné v pořadí, v jakém po sobě vznikly.
15. Nemůže-li pojistník v odůvodněných případech zaplatit pojistné v termínu dohodnutém ve smlouvě a požádá-li písemně před uplynutím této lhůty pojistitele o její prodloužení, může pojistitel na základě písemné dohody prodloužit splatnost až o tři měsíce.
16. Pokud si pojistník zvolil způsob placení běžného pojistného inkasem z účtu nebo formou SIPO a pojistitel nemohl vyinkasovat pojistné za tři po sobě jdoucí pojistná období, může pojistitel způsob placení běžného pojistného inkasem z účtu nebo formou SIPO pojistníka zrušit a pojistník je poté povinen hradit běžné pojistné jiným způsobem.

ČLÁNEK 8 – Pojistná událost

- A) Pojistnou událostí se rozumí smrt pojistného, dožití se určitého věku nebo dne stanoveného v pojistné smlouvě jako konec pojištění, úraz, nemoc nebo jiná skutečnost související se zdravím nebo se změnou osobního postavení pojistného, která je sjednána v pojistné smlouvě.
2. Pojištění se týká pojistných událostí, které nastanou v době trvání pojištění.
3. Územní platnost pojištění není omezena.
4. Oznamováním pojistné události se rozumí písemné předání úplné a pravdivě vyplněného formuláře hlášení pojistné události, včetně všech požadovaných a v době nahlášení pojistné události dostupných příloh, doručených pojistiteli. Náklady spojené s vyplněním formuláře hradí oprávněná osoba. Doklady, které si pojistitel vyžádá v rámci šetření pojistné události, je oprávněná osoba povinna předávat písemně.
5. Jestliže se pojištění dožije určitého věku nebo dne stanoveného v pojistné smlouvě, není povinen tuto skutečnost pojistiteli oznamovat. Pojištěný bude dva měsíce předem upozorněn a vyzván k určení způsobu výplaty.
6. Jestliže dojde k úmrtí pojistníka před počátkem pojištění, pojistná smlouva bude ukončena před tímto počátkem a v případě, že bylo uhrazeno pojistné, stane se součástí dědického řízení.
- B) Nastane-li pojistná událost, je oprávněná osoba zejména povinna:
 1. bez zbytečného odkladu pojistiteli nahlásit, že pojistná událost nastala (kdy a kde pojistná událost nastala, o jakou událost se jedná, okolnosti vzniku pojistné události),
 2. podat pravdivě vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události,
 3. předložit doklady potřebné pro výplatu pojistného plnění, které si pojistitel vyžádá, a to v českém jazyce a originální dokumenty pořízené v cizím jazyce opatřené překladem úředně uznávanou osobou,
 4. řídit se pokyny pojistitele a postupovat způsobem dohodnutým v pojistné smlouvě (např. podrobit se lékařské prohlídce na vyzvání pojistitele); pojistitel hradí pouze náklady za lékařskou prohlídku, ostatní náklady hradí pojištěný sám,
 5. umožnit pojistiteli nebo jím pověřeným osobám veškerá šetření nezbytná pro posouzení nároku na pojistné plnění a jeho výši,
 6. oznámit změny, které mají vliv na výplatu pojistného plnění; je-li pojistnou událostí smrt pojistného, má tyto povinnosti obmyšlený,
 7. bez zbytečného odkladu vyhledat lékařské ošetření,
 8. řídit se pokyny lékaře, podrobit se nařízeným či doporučeným léčebným výkonům a dodržovat léčebný režim,
 9. pokud možno přispívat ke zmírnění následků pojistné události, tj. chovat se a jednat tak, aby následky pojistné události byly minimální, a vyžaduje-li to pojistitel, dát se na jeho náklad vyšetřit lékařem, kterého pojistitel určí.
- C) Důsledky porušení povinností:
 1. Porušil-li pojistník nebo pojištěný některou z povinností uvedených v článku 3 odst. 12 písm. a), b), c) a bylo-li v důsledku toho stanoveno nižší pojistné, může pojistitel pojistné plnění přiměřeně snížit. Pojistitel může pojistné plnění přiměřeně snížit i v případě uvedení nepravdivých údajů – článek 7 odst. 9 a 10.
 2. Pokud oprávněná osoba ztížila šetření pojistitele porušením povinností uvedených v článku 8 bodu B odst. 1 až 9, je pojistitel oprávněn snížit pojistné plnění úměrně tomu, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinností plnit.
 3. Pojistitel není povinen plnit, jestliže oprávněná osoba porušila povinnost uvedenou v článku 8 bodu B odst. 3, 5 a 6; dále v případě odst. 7, pokud nelze nepochybně prokázat datum vzniku pojistné události.
 4. Pojistitel je oprávněn odmítnout pojistné plnění v souvislosti se skutečnostmi uvedenými v článku 13 odst. 7 písm. a) a b).

ČLÁNEK 9 – Pojistné plnění

1. Pojistné plnění je omezeno horní hranicí. Horní hranice se určí pojistnou částkou nebo limitem pojistného plnění.
2. V případě pojistné události je pojistitel povinen poskytnout jednorázové nebo opakované pojistné plnění v rozsahu a za podmínek stanovených pojistnou smlouvou.
3. Opakované pojistné plnění se vyplácí pojištěnému nebo tomu, komu vzniklo právo na výplatu pojistného plnění, v dohodnutých obdobích, nejdéle však po dobu a ve výši vypočtené podle zásad pro její stanovení.
4. a) Pojistné plnění může být použito k zajištění závazku formou vinkulace nebo zřízením zástavního práva (dále jen „zajištění závazku“). Zajištění závazku se provádí na žádost pojistníka. O zajištění závazku může pojistník požadovat vždy se souhlasem pojištěného. Účinnost zajištění závazku nebo jeho zrušení nastává dnem, kdy pojistitel potvrdil podmínky zajištění závazku, na kterých se dohodl pojistník a třetí osoba, v jejíž prospěch má být pojistné plnění zajištěno. V případě sjednání zajištění závazku se třetí osoba, v jejíž prospěch je zajištění závazku sjednáno, stává oprávněnou osobou i obmyšleným.
- b) K zániku pojištění, a tím i k ukončení zajištění závazku může dojít pouze se souhlasem třetí osoby, v jejíž prospěch bylo pojistné plnění zajištěno, nebo pokud pojistiteli bylo písemně oznámeno ukončení smluvního vztahu mezi pojistníkem a třetí osobou, v jejíž prospěch bylo zajištění závazku sjednáno (např. splacením úvěrového závazku). K ukončení pojistné smlouvy dojde i zánikem pojistného rizika.
5. Pojistné plnění je splatné v České republice v tuzemské měně, pokud není ve smlouvě dohodnuto jinak. Po oznámení události, se kterou je spojen požadavek na plnění z pojištění, je pojistitel povinen bez zbytečného odkladu zahájit šetření ke zjištění rozsahu jeho povinností plnit. Pojistitel je povinen ukončit šetření do tří měsíců po tom, co mu byla událost, se kterou je spojen požadavek na plnění z pojištění, oznámena.
- Lhůta stanovená pro ukončení šetření nebežší, je-li šetření znemožněno nebo ztíženo z viny oprávněné osoby. Pokud v takovém případě provádí pojistitel zjišťování údajů nutných k obnovení šetření pojistné události na vlastní náklady, není povinen o přerušení běhu lhůty stanovené pro ukončení šetření informovat oprávněnou osobu.
- Šetření je skončeno, jakmile pojistitel sdělí výsledky šetření nutného ke zjištění výše pojistného plnění obyčejnou listovní zásilkou na korespondenční adresu, případně elektronickou formou (např. elektronickou poštou apod.) oprávněné osobě.
- Nemůže-li pojistitel ukončit šetření v uvedené lhůtě, je povinen postupovat způsobem určeným v zákoně. Pojistné plnění je splatné do 15 dnů po skončení šetření nutného ke zjištění rozsahu povinností pojistitele plnit. Vyplacením pojistného plnění se rozumí odesání finančních prostředků z účtu pojistitele na účet nebo adresu oprávněné osoby. Jestliže oprávněná osoba požaduje výplatu pojistného plnění na účet, musí být na oznámení pojistné události provedeno ověření identifikačních údajů příjemce plnění.
- Právo na plnění ze životního pojištění se promlčí nejpозději za 10 let; promlčecí doba na pojistné plnění počíná běžet za jeden rok po vzniku pojistné události. Právo na plnění z úrazového a doplňkového

pojištění se promlčí nejpозději za 3 roky; promlčecí doba na pojistné plnění počíná běžet za jeden rok po vzniku pojistné události.

ČLÁNEK 10 – Omezení pojistného plnění

Pojistitel může pojistné plnění snížit i v těchto dalších případech:

1. Pojistitel je oprávněn snížit, podle odůvodněných okolností případu, pojistné plnění, nejvýše však o jednu polovinu:
 - a) došlo-li k pojistné události v souvislosti s jednáním, pro které byl pojištěný soudem uznán vinným trestným činem,
 - b) zemřel-li pojištěný v souvislosti s jednáním, jímž jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt,
 - c) došlo-li k pojistné události u pojištěného po požití alkoholu nebo aplikaci návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky.
2. Byl-li trestný čin dle odst. 1 písm. a) spáchán pojištěným úmyslně a okolnosti případu to odůvodňují, může pojistitel snížit své pojistné plnění o více než polovinu.
3. Byla-li pojistná událost způsobena obmyšleným (nebo osobami stanovenými v článku 11 těchto VPP) z nedbalosti nebo po požití alkoholu nebo aplikaci návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky, může pojistitel snížit pojistné plnění, nejvýše však o jednu polovinu.
4. Oprávněná osoba nemá právo na pojistné plnění, jestliže pojistnou událost způsobila úmyslně sama nebo z jejího podnětu jiná osoba.
5. Nastane-li smrt následkem sebevraždy pojištěného:
 - a) do jednoho roku od počátku pojištění, zaniká pojištění bez náhrady a bez výplaty pojistného plnění, může pojistitel snížit své pojistné plnění do dvou let trvání pojištění, vrátí pojistitel částku ve výši zhodnocené rezervy životního pojištění pojistníkoví,
 - c) po dvou letech trvání pojištění, vyplatí pojistitel sjednanou pojistnou částku pro případ smrti, s výjimkou případů, kdy došlo v průběhu posledních dvou let před sebevraždou ke zvýšení pojistné částky životního pojištění; v takovém případě vyplatí pojistitel pojistnou částku životního pojištění platnou před zvýšením. Pojistné plnění bude vyplaceno obmyšlenému.
6. Pokud dojde ke smrti pojištěného a není-li ve smlouvě dohodnuto jinak, vyplatí pojistitel částku ve výši kapitálové hodnoty smlouvy v případech uvedených níže. Nebyla-li do vzniku pojistné události vytvořena kladná kapitálová hodnota smlouvy, zaniká pojištění bez náhrady. Kladná kapitálová hodnota bude vyplacena, dojde-li k pojistné události:
 - a) do doby dvou let od počátku pojištění následkem jakéhokoliv onemocnění, které nastalo nebo bylo diagnostikováno před počátkem pojištění,
 - b) způsobené přímo nebo nepřímo jadernou katastrofou nebo jaderným zářením vyvolaným výbuchem nebo žádoucí jaderného zařízení a přístrojů,
 - c) při aktivní účasti pojištěného na vnitrostátních nepokojích či veřejných násilnostech nebo v souvislosti s teroristickými událostmi všeho druhu (násilném jednání motivovaném politicky, rasově, sociálně, ideologicky nebo nábožensky) na straně iniciátora,
 - d) způsobené přímo či nepřímo válečnými událostmi, vojenskými nebo bojovými akcemi všeho druhu.
 Omezení uvedená v tomto bodě se nevztahují na případy přímé či nepřímé účasti pojištěného na válečných událostech, vojenských nebo bojových akcích nebo vnitrostátních nepokojích všeho druhu, ke kterým došlo při plnění služby v Armádě ČR nebo u Policie ČR za předpokladu, že bezprostředně souvisí s výkonem povolání nebo pracovní činností pojištěného mimo území ČR, a zároveň jsou součástí mezinárodní mise autorizované Organizací spojených národů (např. mise International Security Assistance Force – ISAF). Uvedená omezení se dále nevztahují na případy, ke kterým došlo v souvislosti s výkonem povolání nebo pracovní činností pojištěného mimo území ČR za předpokladu, že bezprostředně souvisí s výkonem povolání nebo pracovní činností pojištěného mimo území ČR, a zároveň jsou součástí mezinárodní mise autorizované Organizací spojených národů.
7. Pojištění se nevztahuje na dobu před počátkem pojištění a pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění, pokud pojistník v době podání návrhu na uzavření pojistné smlouvy nebo v době uzavření pojistné smlouvy věděl nebo mohl vědět, že pojistná událost již nastala.

ČLÁNEK 11 – Oprávněné osoby

1. Oprávněnými osobami jsou:
 - a) obmyšlený – fyzická osoba určená pojistníkem v pojistné smlouvě, a to přijímáním, jménem a datem narození, nebo právnická osoba určená pojistníkem v pojistné smlouvě, a to obchodní firmou a IČ, které vznikne právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného (včetně smrti následkem úrazu),
 - b) pojištěný – pro pojistné plnění v úrazovém a doplňkovém pojištění.
 Jestliže před výplatou pojistného plnění pojištěný zemře a lze dostatečně prokázat, že vznikl nárok na pojistné plnění, a jsou k dispozici relevantní a dostatečné údaje pro prokázání výše pojistného plnění, nabývají práva na pojistné plnění dědici pojištěného.
2. Je-li pojistnou událostí smrt pojištěného, poskytne pojistitel pojistné plnění z pojistné smlouvy obmyšlenému. Nebyl-li v době pojistné události určen obmyšlený nebo nenabude-li obmyšlený práva na pojistné plnění, nabývají tohoto práva osoby v pořadí stanoveném zákonem.
3. Je-li pojistnou událostí jiná událost než smrt pojištěného, nabývá právo na pojistné plnění oprávněná osoba – v první řadě pojištěný, respektive jeho zákonný zástupce.
4. V případě pojištění cizího rizika právo na pojistné plnění může uplatnit pojistník, a to pouze tehdy, jestliže prokáže, že pojištěného seznámil s obsahem pojistné smlouvy týkající se pojištění jeho pojistného rizika a jestliže prokáže, že mu byl k přijetí pojistného plnění dán souhlas pojištěného, popřípadě zákonného zástupce takové osoby, není-li zákonným zástupcem pojistník sám.
5. Vznikne-li právo na pojistné plnění několika osobám a nejsou-li jejich podíly určeny, má každá z nich právo na stejný díl.
6. V případě, že je pojistník odlišný od pojištěného, může určit osobu obmyšleného nebo sjednat podmínky zajištění závazku jen s písemným souhlasem pojištěného.
7. Až do vzniku pojistné události může pojistník obmyšleného měnit. Změna obmyšleného je účinná dnem doručení sdělení pojistiteli. V případě, že pojistník není sám pojištěným, potřebuje ke změně obmyšleného, případně ke změně zajištění závazku, písemný souhlas pojištěného.

ČLÁNEK 12 – Důsledky neplacení pojistného, redukce

1. Pojištění zaniká pro neplacení pojistného dnem následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené pojistitelem v upomínce k zaplacení dlužného pojistného nebo jeho části.
2. Pokud bylo u životního pojištění s běžným pojistným zaplacením pojistné alespoň za jeden rok trvání pojištění a následně pojistné nebylo zaplacené ve lhůtě stanovené pojistitelem, mění se pojištění automaticky na pojištění se sníženou pojistnou částkou nebo na pojištění se sníženým důchodem (redukce pojistné částky nebo důchodu), a to bez povinnosti platit další pojistné, pokud je redukováná pojistná částka alespoň 10 000 Kč, popřípadě redukován roční důchod alespoň 1000 Kč. Pokud snížená pojistná částka životního pojištění je menší než 10 000 Kč, popř. snížený roční důchod je menší než 1000 Kč, bude pojištění ukončeno s výplatou odkupného pojistníkoví, pokud byla vytvořena kladná hodnota pojištění.
3. Pokud bylo pojistné za základní životní pojištění placeno jednorázově a pojistné za připojištění nebylo zaplacené, zanikají sjednaná připojištění dnem uvedeným v upomínce.
4. Pojištění pro případ smrti, které bylo sjednáno na přesně stanovenou dobu trvání za běžné pojistné, zaniká pro neplacení pojistného bez nároku na redukci pojistné částky, snížení ročního důchodu nebo redukci pojistné doby.
5. Redukci pojistné částky nebo důchodu dojde k vystavení nově pojistné smlouvy, která má účinnost od 00.00 hodin prvního dne po datu, jehož uplynutím pojištění jinak zaniká pro neplacení pojistného.
6. Pojištění se pro neplacení pojistného nepřerušuje, a to ani v případě, že pojistné nebylo zaplacené do dvou měsíců ode dne jeho splatnosti.

ČLÁNEK 13 – Zánik pojištění

- Pojištění zaniká pro neplacení pojistného dnem následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené pojistitelem v upomínce k zaplacení dlužného pojistného nebo jeho části. Lhůta uvedená v upomínce je nejméně tři měsíce po původně stanoveném datu splatnosti (počítá se od data splatnosti počátku upomínaného období).
- Pojištění zaniká uplynutím pojistné doby.
- Pojištění může zaniknout i dohodou smluvních stran.
- Zodpoví-li pojistník nebo pojištěný při sjednávání pojistné smlouvy úmyslně nebo z nedbalosti nepravdivě nebo neúplně písemné dotazy pojistitele týkající se sjednávajícího pojištění, má pojistitel právo od pojistné smlouvy odstoupit, jestliže při pravdivém a úplném zodpovězení dotazů by pojistnou smlouvu neu uzavřel. Toto právo může pojistitel uplatnit od dvou měsíců ode dne, kdy takovou skutečnost zjistil, jinak právo zanikne. To platí i v případě změny pojistné smlouvy. Odstoupením od pojistné smlouvy se smlouva od počátku ruší. Pojistitel je povinen bez zbytečného odkladu, nejpozději ve lhůtě 30 dnů ode dne odstoupení od pojistné smlouvy, vrátit zaplacené pojistné, od kterého se odečte to, co již z pojištění plnil. V případě odstoupení pojistitele se od zaplaceného pojistného odečítají i náklady spojené se vznikem a správou pojištění (viz platný přehled poplatků a parametrů produktu). Pojistník nebo pojištěný, který není současně pojistníkem, popřípadě obmyšlený, je ve stejné lhůtě jako pojistitel povinen pojistiteli vrátit částku vyplaceného pojistného plnění, která přesahuje výši zaplaceného pojistného.
- Stejně právo odstoupit od pojistné smlouvy jako pojistitel má, za podmínek uvedených v odst. 4 tohoto článku, i pojistník, jestliže má pojistitel nebo jím zmocněný zástupce nepravdivě nebo neúplně zodpověděl jeho písemné dotazy týkající se sjednávajícího pojištění.
- Pokud pojistník v souvislosti s uzavřením pojistné smlouvy nebo v průběhu trvání pojištění svým jednáním způsobí neplatný právní úkon, je pojistná smlouva absolutně neplatná a musí dojít k vyporádání vzájemných závazků pojistitele a pojistníka (tj. zaplaceného pojistného a vyplaceného pojistného plnění).
- Pojistitel může plnění z pojistné smlouvy odmítnout, jestliže:
 - příčinou pojistné události byla skutečnost, o které se dozvěděl až po vzniku pojistné události a kterou nemohl zjistit při sjednávání pojištění nebo jeho změně v důsledku úmyslné nebo z nedbalosti nepravdivě nebo neúplně zodpovězených písemných dotazů, a jestliže by při znalosti této skutečnosti v době uzavření pojistné smlouvy tuto smlouvu neu uzavřel, nebo ji uzavřel za jiných podmínek, nebo
 - oprávněná osoba uvede při uplatňování práva na plnění z pojištění vědomě nepravdivě nebo hrubě zkreslené údaje týkající se rozsahu pojistné události nebo podstatné údaje týkající se této události zamlčí.Dnem doručení oznámení o odmítnutí pojistného plnění pojištění zanikne. Pojistitel vrátí pojistníkovi nespolečnou část ze zaplaceného pojistného, není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak.
- Pojistitel má právo účtovat poplatek za správu a ukončení pojistné smlouvy. Poplatek za správu a ukončení pojistné smlouvy se rozumí poplatek stanovený podle platných pojistně-technických zásad pojistitele na základě výše nákladů, které pojistiteli vznikly v souvislosti s uzavřením, správou a ukončením pojistné smlouvy (viz platný přehled poplatků a parametrů produktu).
- Pojistník je oprávněn odstoupit od smlouvy ve lhůtě 30 dnů ode dne, kdy obdržel sdělení o uzavření obchodu na dálku, nebo ode dne, kdy mu byly sděleny pojistné podmínky, pokud k tomuto sdělení dojde na jeho žádost po uzavření pojistné smlouvy. Pojistitel je povinen bez zbytečného odkladu, nejpozději ve lhůtě 30 dnů ode dne odstoupení od pojistné smlouvy, vrátit pojistníkovi zaplacené pojistné, od kterého se odečte to, co již z pojištění plnil, a pojistník nebo pojištěný, který není současně pojistníkem, popřípadě obmyšlený, je ve stejné lhůtě povinen pojistiteli vrátit částku vyplaceného pojistného plnění, která přesahuje výši zaplaceného pojistného.

ČLÁNEK 14 – Výpověď pojištění

- Pojistník může pojištění písemně vypovědět od dvou měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy. Dnem doručení výpovědi na centrálu pojistitele počíná běžet osmdenní výpovědní lhůta, jejímž uplynutím pojištění zaniká.
 - Pojistitel může pojištění písemně vypovědět od dvou měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy. Dnem doručení výpovědi počíná běžet osmdenní výpovědní lhůta, jejímž uplynutím pojištění zaniká. Pojistitel má v případě běžného pojistného právo na poměrnou část pojistného odpovídající délce trvání pojištění a na náklady spojené se vznikem a správou pojištění, v případě jednorázového pojistného má pojistitel právo na poplatek (viz platný přehled poplatků a parametrů produktu). Případný přeplatek pojistného bude pojistníkovi vrácen do 30 dnů po datu ukončení pojistné smlouvy.
- Pojistitel může jednotlivá úrazová a doplňková pojištění s běžně placeným pojistným písemně vypovědět ke konci pojistného období.
 - Pojistník může pojištění s běžně placeným pojistným písemně vypovědět ke konci pojistného období. Výpověď musí být na centrálu pojistitele nebo na adresu pojistníka uvedenou ve smlouvě doručena alespoň šest týdnů před uplynutím pojistného období. Při běžně placeném pojistném pojištění zanikne posledním dnem tohoto pojistného období. Při jednorázově placeném pojistném pojištění zanikne po uplynutí šesti týdnů od data doručení výpovědi na centrálu pojistitele.
- U jednorázově hrazených pojistných smluv se úrazové a doplňkové pojištění sjednává na dobu jednoho roku. Pokud žádná ze smluvních stran tuto pojištění nevypoví, a to nejpozději šest týdnů před uplynutím této doby, prodlužuje se sjednaná doba trvání těchto pojištění automaticky vždy o jeden rok, nejdéle však do doby ukončení pojistné smlouvy.
- Pojistitel nebo pojistník mohou pojištění vypovědět do tří měsíců ode dne doručení oznámení vzniku pojistné události. Dnem doručení výpovědi na centrálu pojistitele nebo na adresu pojistníka uvedenou ve smlouvě počíná běžet výpovědní lhůta jednoho měsíce, jejímž uplynutím pojištění zaniká.
- Po ukončení pojištění výpovědí životního pojištění se pojistníkovi vyplácí odkupné vypočtené podle pojistně-technických zásad, pokud je nárok na odkupné od pojištění zahrnut a pokud byla vytvořena kladná hodnota pojištění (technická rezerva pojistného). V případě běžně placeného pojistného vzniká nárok na výplatu odkupného po zaplacení pojistného nejméně za dva roky trvání životního pojištění. Při jednorázově zaplaceném pojistném za životní pojištění sjednaném na dobu delší než jeden rok nebo pojištění s redukovanou pojistnou částkou má ten, kdo s pojistitelem uzavřel smlouvu, právo požádat o zrušení pojištění s výplatou odkupného kdykoliv po počátku pojištění.
- Pokud bylo v životním pojištění, sjednaném s běžným pojistným, zaplacené pojistné nejméně za dva roky nebo jde-li o pojištění za jednorázové pojistné sjednané na dobu delší než jeden rok nebo jde-li o pojištění s redukovanou pojistnou částkou, má pojistník právo, aby mu na jeho žádost pojištění vyplatil odkupné. Při jednorázově zaplaceném pojistném za životní pojištění sjednaném na dobu delší než jeden rok nebo pojištění s redukovanou pojistnou částkou má ten, kdo s pojistitelem uzavřel smlouvu, právo požádat o výplatu odkupného kdykoliv po počátku pojištění. Odkupné je splatné do tří měsíců ode dne, kdy pojistitel obdržel žádost o výplatu odkupného. Výplatu odkupného pojištění zaniká.
- Pojistník má právo kdykoliv během trvání pojištění požadovat na pojistiteli sdělení o tom, kolik by činila výše odkupného. Pojistitel výši odkupného sdělí ve lhůtě jednoho měsíce ode dne obdržení žádosti pojistníka. Pojistitel je oprávněn za sdělení výše odkupného účtovat pojistníkovi pojistně-technický poplatek (viz platný přehled poplatků a parametrů produktu).
- Právo na výplatu odkupného není u rizikových pojištění sjednaných na přesně stanovenou dobu a u pojištění, u kterých již došlo k výplatě důchodu, pokud nebylo ve smlouvě dohodnuto jinak.
- Odkupné neodpovídá celkovému zaplacenému pojistnému, ale snížené technické rezervě pojistného, kde výše snížení je stanovena v pojistně-technických zásadách.
- Sníženou pojistnou částku, snížený důchod a výši odkupného pojistitel vypočítává podle pojistně-technických zásad schválených ČNB.

ČLÁNEK 15 – Změna pojištění

- Pojistník je povinen bez zbytečného odkladu písemně oznámit pojistiteli změnu nebo zánik pojistného rizika. Za změnu se považuje v tomto případě i změna povolání. V případě pojištění cizího pojistného rizika má tuto povinnost pojištěný. K přijetí žádosti o změnu pojištění se musí pojistitel vyjádřit do tří měsíců ode dne doručení žádosti na centrálu pojistitele.
- Pokud pojistník požádá o změnu pojištění a je-li s ní spojena změna pojistného, souhlasí pojistník s jeho navýšením v nezbytně nutné výši odpovídající změnám pojištění.
- Pokud se účastníci dohodnou o změně pojištění již sjednaného, je pojistitel povinen plnit ze změněného pojištění až z pojistných událostí, které nastanou od účinnosti vystaveného dodatku k pojistné smlouvě (vyjma čekacích dob uvedených u jednotlivých pojistných rizik v SPP). Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění, pokud pojistník v době podání návrhu na změnu pojištění věděl nebo mohl vědět, že pojistná událost již nastala.

- Změnu pojistné částky nebo doby trvání životního pojištění lze provést výlučně k výročnímu dni počátku pojištění, pokud tuto změnu konkrétní pojištění, respektive příslušný pojistný produkt umožňuje.
- Změnu pojistné částky úrazového, nemocenského připojištění, popř. doplňkového pojištění lze provést k počátku nejbližšího pojistného období.
- Pojistitel si vyhrazuje právo v závislosti na aktuálním stavu pojistné smlouvy žádost o změnu zamítnout.

ČLÁNEK 16 – Doručování a sdělení

- Písemnosti pojistitele určené pojistníkovi, pojištěnému nebo oprávněné osobě (dále jen „adresát“) se doručují prostřednictvím držitele poštovní licence (dále jen „pošta“) doporučenou zásilkou, doporučenou zásilkou s dodejkou nebo obyčejnou zásilkou na korespondenční adresu uvedenou v pojistné smlouvě. Pokud pojistník písemně pojistitele požádá výslovně o změnu korespondenční adresy, budou mu písemnosti pojistitele doručovány na takto změněnou korespondenční adresu. Písemnosti se doručují také elektronickými prostředky, pojistitel určuje rozsah písemností interními pravidly. Pojistitel při volbě formy komunikace přihlíží k povinnostem stanoveným příslušnými právními předpisy, charakteru sdělovaných informací, okolnostem, jakož i potřebám a zájmům pojistníka, pojištěného nebo oprávněné osoby.
- Písemnosti se doručují:
 - doporučenou zásilkou**
Písemnost odeslaná doporučenou zásilkou adresátovi se považuje za doručenu 21. den po datu vystavení písemnosti i v případě:
 - doručení příjemci rozdílnému od adresáta (např. rodinnému příslušníkovi), jemuž pošta doručila zásilkou v souladu s právními předpisy o poštovních službách,
 - odepře-li adresát přijetí doporučené písemnosti,
 - že adresát nebyl zastížen a písemnost odeslaná doporučenou zásilkou byla uložena na poště a adresát si písemnost nevyzvedl v úložní lhůtě, i když se adresát o uložení nedozvěděl nebo se v místě doručení nezdržoval,
 - že se doporučená písemnost vrátila jako nedoručená z jiných důvodů, než je uvedeno v předchozích bodech.
 - doporučenou zásilkou s dodejkou**
 - Písemnost pojistitele odeslaná adresátovi doporučenou zásilkou s dodejkou se považuje za doručenu dnem převzetí uvedeným na dodejce. Za doručenu adresátovi se považuje i zásilka doručená příjemci rozdílnému od adresáta (např. rod. příslušníkovi), jemuž pošta doručila zásilkou v souladu s právními předpisy o poštovních službách.
 - Odepře-li adresát přijetí doporučené písemnosti s dodejkou, považuje se písemnost za doručenu dnem, kdy byl její převzetí adresátem odepřeno.
 - Nebyl-li adresát zastížen a písemnost odeslaná doporučenou zásilkou s dodejkou byla uložena na poště a adresát si písemnost v úložní lhůtě nevyzvedl, považuje se písemnost za doručenu posledním dnem úložní lhůty, i když se adresát o uložení nedozvěděl nebo se v místě doručení nezdržoval.
 - Pokud se doporučená zásilka s dodejkou vrátila jako nedoručená z jiných důvodů, považuje se tato písemnost za doručenu dnem jejího vrácení pojištění.
 - Dojde-li ke ztrátě odeslané doporučené zásilky s dodejkou, považuje se tato písemnost za doručenu 21. den po datu vystavení písemnosti.
 - obyčejnou zásilkou**
Pojistitel odesílá obyčejnou zásilkou písemnosti týkající se běžné korespondence s pojistníkem, vč. vystavení pojistky, a výsledky šetření pojistné události.
 - elektronickými prostředky**
Písemná sdělení pojistitele adresovaná pojistníkovi, pojištěnému nebo oprávněné osobě a učiněná elektronickými prostředky jsou doručena okamžikem, kdy byla doručena na e-mailovou adresu uvedenou v pojistné smlouvě nebo na e-mailovou adresu písemně oznámenou pojistníkem pojištění, pokud došlo ke změně výše uvedené e-mailové adresy.
- Veškerá písemná sdělení zasláná pojistiteli poštou (vyjma návrhu na uzavření pojistné smlouvy) se považují za převzatá dnem jejich doručení na centrálu pojistitele.
- Veškerá písemná sdělení adresovaná pojistiteli a učiněná elektronickými prostředky se považují za doručena okamžikem, kdy byla doručena na e-mailovou adresu pojistitele: pojistovnac@pojistovnac.cz.
- Veškeré písemnosti budou doručovány pouze na území ČR, pokud není v pojistné smlouvě dohodnuto jinak.

ČLÁNEK 17 – Právní vztahy osob zúčastněných na smlouvě

- Pokud pojištěný a pojistník není osoba totožná, dispoziční práva vyplývající ze smlouvy náleží pojistníkovi. Pojištěný je však spolu s pojistníkem odpovědný za pravdivé zodpovězení otázek týkajících se jeho zdravotního stavu.
- Všechna ustanovení platná pro pojistníka se vztahují i na případné právní nástupce.
- Zemře-li nebo zanikne-li bez právního nástupce pojistník, který sjednal pojištění cizího rizika, vstupuje pojištěný do pojištění namísto pojistníka. Na nového pojistníka přecházejí všechna práva a povinnosti (včetně závazků) předchozího pojistníka. Není-li pojištěný plnoletý, nemůže nastoupit na místo pojistníka. V takovém případě pak pojistitel požádá jeho zákonného zástupce a v případě jeho souhlasu nastupuje do práv a povinností pojistníka tak, jak je uvedeno výše. V opačném případě dochází k ukončení pojistné smlouvy k datu úmrtí pojistníka a případné odkupné je součástí dědického řízení. U právnícké osoby se postupuje obdobným způsobem.
- Pojistník může udělit plnou moc k zastupování v jednání s pojistitelem. Plná moc musí být podepsaná zmocnitelem a podpis musí být ověřen.

ČLÁNEK 18 – Rozhodné právo

- Pojistná smlouva a právní vztahy z ní vyplývající se řídí právním řádem České republiky.
- Pro spory z pojistné smlouvy jsou příslušné soudy České republiky.

ČLÁNEK 19 – Závěrečná ustanovení

Veškeré dokumenty a doklady týkající se pojištění musí být účastníky pojištění předkládány v českém jazyce. V případě, že by byly vystaveny v cizím jazyce, musí k nim být přiložen úředně ověřený překlad do českého jazyka.

Vyrovnaní nákladů spojených s platbami do zahraničí a s platbami pojistného ze zahraničí se řídí příslušným právním předpisem.

Pojistitel nehradí za pojištěného náklady spojené s vyhotovením znaleckého posudku, které pojištěný vynaložil v souvislosti s mimosoudním projednáváním nároku na pojistné plnění, pokud se na zhotovení posudku obě strany nedohodly. Pojistitel dále nehradí náklady spojené s právním zastoupením, které pojištěný vynaložil v souvislosti s mimosoudním projednáváním nároku na pojistné plnění.

Výzaduje-li to účel a povaha pojištění, je možné se od ustanovení všech článků těchto všeobecných pojistných podmínek v pojistné smlouvě odchýlit, avšak pouze ve prospěch pojištěného.

ZVLÁŠTNÍ USTANOVENÍ I. – ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

Životní pojištění sjednáváne Pojišťovnou České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, je upraveno příslušnými ustanoveními zákona o pojistné smlouvě, těmito všeobecnými pojistnými podmínkami (úvodní, obecná a zvláštní ustanovení I.), příslušnými speciálními pojistnými podmínkami a ostatními ujednáními uvedenými v pojistné smlouvě. Životní pojištění lze sjednat pouze jako pojištění obnosové.

Kapitálové navýšení (podíl na zisku)

K životnímu pojištění zahrnujícímu kapitálovou složku se sjednáním garantovaným výnosem kapitálové hodnoty smlouvy se každoročně podle výsledků roční účetní závěrky připsuje navýšení kapitálové hodnoty o rozdíl mezi garantovaným zhodnocením sjednaným ve smlouvě a skutečné docílením zhodnocením aktiv odpovídající hodnotě kapitálové hodnoty dané smlouvou (dále jen „podíl na zisku“). Tento podíl na zisku činí minimálně 85 % z takto vypočtené hodnoty za sledované období.

ČLÁNEK 1 – Druhy pojištění

- V rámci životního pojištění lze pojistit fyzickou osobu pro případ smrti, dožití se určitého věku nebo dne stanoveného v pojistné smlouvě jako konec pojištění anebo pro případ jiné skutečnosti související se zdravím nebo se změnou osobního postavení této osoby, vymezené pojistnou smlouvou.

2. Pojistitel může sjednávat i jiné druhy životního pojištění. Pokud takové pojištění není upraveno zvláštními právními předpisy nebo pojistnou smlouvou, platí pro ně ta ustanovení těchto všeobecných pojistných podmínek, která jsou mu povahou a účelem nejbližší.
3. V jedné pojistné smlouvě lze sjednat se životním pojištěním i další druhy pojištění osob. Pro ně pak platí speciální pojistné podmínky příslušného druhu pojištění.

ČLÁNEK 2 – Pojistná událost

1. Pojistnou událostí je v životním pojištění smrt pojištěného, dožití se určitého věku nebo dne stanoveného v pojistné smlouvě jako konec pojištění (respektive počátek dohodnuté výplaty důchodu) anebo jiné skutečnosti, související se zdravím nebo se změnou osobního postavení pojištěného.

ČLÁNEK 3 – Pojištění pro případ smrti

Zemřel-li pojištěný v době trvání pojištění, poskytne pojistitel na základě písemné žádosti toho, komu smrti pojištěného vzniklo právo na plnění, smluvně dohodnutou pojistnou částku.

ČLÁNEK 4 – Pojištění pro případ smrti nebo dožití

1. Na základě písemné žádosti pojištěného nebo osoby, které smrti pojištěného vzniklo právo na plnění, poskytne pojistitel v pojištění pro případ smrti nebo dožití pojistnou částku, pokud pojištěný zemře v době, na kterou bylo pojištění sjednáno, nebo pokud se dožije dne stanoveného v pojistné smlouvě jako konec pojištění, resp. počátek výplaty důchodu.
2. Pokud bylo takové pojištění sjednáno pro dvojici pojištěných, pojistitel vyplatí pojistnou částku uvedenou v pojistné smlouvě, pokud alespoň jeden z pojištěných zemře v době, na kterou bylo pojištění sjednáno, nebo když se oba pojištění dožijí konce této doby.

ČLÁNEK 5 – Pojištění pro případ dožití se sjednaného konce pojištění

Dožije-li se pojištěný sjednaného konce pojištění dle pojistné smlouvy, vyplatí pojistitel sjednanou pojistnou částku pro případ dožití, včetně kapitálového zhodnocení z vytvořené pojistné rezervy.

ČLÁNEK 6 – Zproštění od placení pojistného

1. Předpoklady pro zproštění od placení pojistného
Pojištěný je ve smyslu tohoto pojištění invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 70 % (jedná se o invaliditu třetího stupně). Pracovní schopností se rozumí schopnost pojištěného vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem. Poklesem pracovní schopnosti se rozumí pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových a duševních schopností ve srovnání se stavem, který byl u pojištěného před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.
Při určování poklesu pracovní schopnosti se vychází ze zdravotního stavu pojištěného doloženého výsledky funkčních vyšetření; přitom se bere v úvahu, zda jde o zdravotní postižení trvale ovlivňující pracovní schopnost, zda se jedná o stabilizovaný zdravotní stav, zda a jak je pojištěný na své zdravotní postižení adaptován, schopnost rekvalifikace pojištěného na jiný druh výdělečné činnosti, než dosud vykonával, a v případě poklesu pracovní schopnosti nejméně o 70 % též to, zda je pojištěný schopen výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek.
Za zdravotní postižení se pro účely posouzení poklesu pracovní schopnosti považuje soubor všech funkčních poruch, které s ním souvisejí.
2. Nárok na zproštění od placení pojistného má pojistník, pokud je současně pojištěným, není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak a pokud dojde ke splnění následujících podmínek:
 - a) Pojištěný se stal trvale a nezvratně neschopným a tímto nezpůsobilým k výkonu práce nebo jiné výdělečné činnosti. O splnění této podmínky rozhodne pojistitel na základě odborné lékařské expertizy od smluvního lékaře.
 - b) V životním pojištění je pojistník, pokud je současně i pojištěným, zproštěn povinnosti platit běžné pojistné, jestliže během trvání pojištění, nejdříve však po dvou letech od počátku pojištění, byl uznán ve smyslu předpisů o sociálním zabezpečení invalidním ve 3. stupni.
Pokud pojistník a pojištěný jsou různé osoby, nárok na zproštění od placení pojistného nevzniká.
 - c) Splnění podmínek dvou let podle tohoto článku odst. 2 písm. b) se nevyžaduje, pokud byl uznán invalidním výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo v době trvání pojištění.
 - d) Pojištěný vyvine na požádání pojistitele přiměřenou potřebnou součinnost.
3. Realizace zproštění od placení pojistného
 - a) Zproštění od placení pojistného počíná ode dne nejbližší splatnosti pojistného po datu vzniku invalidity a týká se pojistného za jeden rok trvání pojištění. Zproštění se prodlužuje vždy na další rok, prokáže-li pojistník, že je stále invalidní, nebo pojistitel prodlouží platnost odborného posudku o jeho zdravotním stavu. Pojistník, který odejde do starobního důchodu a tuto skutečnost nahlásí pojistiteli, již nemusí potvrzení o trvání invalidity předkládat. Zproštění od placení pojistného končí nejpozději uplynutím doby, na kterou bylo placení pojistného sjednáno, nebylo-li ve smlouvě dohodnuto jinak.
 - b) Byla-li ve smlouvě životního pojištění sjednána i další rizika (např. úrazové nebo doplňkové pojištění), vztahuje se zproštění od placení pojistného i na tato pojištění.
 - c) Na žádost pojistitele je pojistník povinen prokázat, že je stále invalidní.
 - d) Pojistník, který je zproštěn od placení pojistného, je povinen bez zbytečného odkladu pojistitele informovat o odnětí invalidity nebo o výrazném zlepšení svého zdravotního stavu. Jestliže se pojistitel dozví, že pojistník tyto informace zatají, bude na pojistné, od jehož placení byl pojistník neoprávněně zproštěn, uplatňovat ustanovení uvedená v článku 12 Obecných ustanoveních těchto všeobecných pojistných podmínek.
 - e) V době trvání zproštění od placení pojistného nelze provádět technické změny v pojistné smlouvě.
4. Zproštění od placení se nevztahuje na onemocnění, která byla diagnostikována před počátkem pojištění.

ČLÁNEK 7 – Podíly na přebytcích pojistného

Případné přebytky pojistného použije pojistitel ke zvýhodnění pojištění formou rozšíření jeho rozsahu, zvýšení pojistných částek nebo snížení sazeb pojistného.

- a) V životním pojištění jsou každoročně stanoveny pojistné-technické přebytky – kapitálové navýšení hodnoty pojištění. Poměrná část těchto pojistné-technických přebytků je připisována každý měsíc ke kapitálovým hodnotám jednotlivých smluv, s výjimkou pojištění, ze kterých je již vyplácen důchod, a pojištění vázaných na interní fondy.
V průběhu trvání pojištění může pojistitel na základě písemné žádosti pojistníka vyplatit kapitálové navýšení pojistné smlouvy, pokud tato částka dosáhne minimální výše stanovené pojistitelem.
- b) U smluv, ze kterých je již vyplácen důchod, jsou přebytky připisovány formou valorizace důchodu.

ZVLÁŠTNÍ USTANOVENÍ II. – ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ

Úrazové pojištění sjednáváne Pojišťovnou České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, je upraveno příslušnými ustanoveními zákona o pojistné smlouvě, těmito všeobecnými pojistnými podmínkami (úvodní, obecná a zvláštní ustanovení II.), příslušnými speciálními pojistnými podmínkami a ostatními ujednáními uvedenými v pojistné smlouvě. Úrazové pojištění lze sjednat pouze jako pojištění obnosové.

ČLÁNEK 1 – Druhy pojištění

1. V rámci úrazového pojištění lze v souladu s Přílohou č. 1 k zákonu o pojištníctví v platném znění sjednat:
 - pojištění pro případ smrti následkem úrazu,
 - pojištění trvalých následků úrazu,
 - pojištění denního odškodného.
2. Pojistitel může sjednávat i jiné druhy úrazového pojištění. Pokud takové pojištění není upraveno zvláštními právními předpisy nebo pojistnou smlouvou, platí pro ně ta ustanovení těchto všeobecných pojistných podmínek, která jsou mu povahou a účelem nejbližší.
3. Rozsah pojištění je uveden v pojistné smlouvě.

4. V jedné pojistné smlouvě lze sjednat s úrazovým pojištěním i další druhy pojištění. Pro ně pak platí speciální pojistné podmínky příslušného druhu pojištění.

ČLÁNEK 2 – Pojistná událost

Pojistnou událostí je v úrazovém pojištění úraz pojištěného. Úrazem se rozumí neočekávané a náhle působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného, ke kterému došlo během trvání pojištění a kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt. Poškození zdraví musí být potvrzeno přítomností objektivních příznaků zjištěných při lékařském vyšetření.

ČLÁNEK 3 – Omezení pojistného plnění

1. Pojistitel má právo:
 - a) odmítnout poskytnutí pojistného plnění, došlo-li k úrazu pojištěného v souvislosti s jednáním, pro které byl uznán vinným úmyslným trestným činem nebo kterým si úmyslně poškodil zdraví,
 - b) snížit pojistné plnění až na jednu polovinu, došlo-li k úrazu následkem požití alkoholu nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky pojištěným, a okolnosti, za kterých k úrazu došlo, to odůvodňují; měl-li však takový úraz za následek smrt pojištěného, sníží pojistitel pojistné plnění jen tehdy, jestliže k tomuto úrazu došlo v souvislosti s jednáním pojištěného, jímž jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt.
2. Pojistitel neplní v případech vzniklých následkem onemocnění a následkem úrazů, které nastaly, byly diagnostikovány nebo prvotně léčeny před počátkem pojištění nebo v čekací době (např. onemocnění a úrazy kloubů, páteře atd.) a za opakovanou chronickou onemocnění, která nastala, byla diagnostikována nebo léčena před počátkem pojištění nebo v čekací době.
3. Za pojistnou událost se nepovažuje:
 - a) sebevražda, pokus o ni a úmyslné sebepoškození,
 - b) otrava v důsledku požití pevných nebo kapalných látek polknutím,
 - c) úraz, k němuž dojde přímo nebo nepřímo vlivem jaderného záření, jednáním nebo nedbalostí odpovědných osob, institucí nebo úřadů při dopravě, skladování nebo manipulaci s radioaktivními materiály,
 - d) úraz, k němuž dojde při událostech vzniklých při aktivní účasti pojištěného na vnitrostátních nepokojích či veřejných násilnostech nebo v souvislosti s teroristickými událostmi všeho druhu (násilným jednáním motivovaným politiky, rasové, sociální, ideologické nebo náboženské) na straně iniciátora,
 - e) událost, která byla způsobena přímo či nepřímo válečnými událostmi, vojenskými nebo bojovými akcemi všeho druhu.
- Pojistitel v těchto případech neposkytne pojistné plnění.
4. Pojistitel neplní z úrazového pojištění:
 - a) za vznik a zhoršení kýl, hernií všeho druhu, nádorů všech druhů a původů, za vznik a zhoršení aseptických zánětů pochev šlachových, úponů svalových, tíhových váček, epikondylitid, za natažení svalů a šlach, za ploténkové páteřní syndromy a jiné chronické páteřní syndromy, patologické zlomeniny, náhlé cévní příhody a amoce sítnice,
 - b) za tělesná poškození vzniklá v důsledku působení mikrobiálních jedů či imunotoxických látek,
 - c) za tělesná poškození prvotně vzniklá a postupně se vyvíjející svým opakovaným vyskytem v závažnější diagnózu stanovenou až v době pojištění,
 - d) za onemocnění, vč. infekčních nemocí, srdečního infarktu a mozkové mrtvice, která se dostavila jako následek úrazu nebo pokud následkem úrazu došlo k jejich rozvoji (zhoršení),
 - e) za diagnostické a preventivní zákroky a dále za léčebné zákroky, které nebyly provedeny za účelem léčení úrazu a jeho následků, ani za následky všech v tomto bodě uvedených zákroků, ani za nepříznivé následky léčebných zákroků,
 - f) při úrazech způsobených při duševních poruchách, při kolapsech, epileptických nebo jiných záchvatech a křečích, které zachvátí celé tělo; nárok na pojistné plnění však zůstává zachován, jestliže tyto stavy byly vyvolány úrazem, na který se pojištění vztahuje,
 - g) při úrazech způsobených přímo nebo nepřímo syndromem získaného selhání imunity (AIDS).
5. Pojistitel má právo snížit podle okolností případu pojistné plnění až na jednu polovinu v případě úrazu vzniklého v souvislosti s ustanoveními článku 10 Obecných ustanovení těchto všeobecných pojistných podmínek.

ČLÁNEK 4 – Zproštění od placení

Na úrazové pojištění se nevztahuje nárok na zproštění od placení pojistného v případě invalidity pojištěného, s výjimkou případů, kdy bylo úrazové pojištění sjednáno na jedné smlouvě s životním pojištěním.

ČLÁNEK 5 – Osoby se zvýšeným rizikem

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

ČLÁNEK 6 – Změna povolání, sportovní nebo zájmové činnosti

1. Veškeré změny související se změnou povolání, sportovní nebo jiné zájmové činnosti pojištěného musí být neodkladně pojistníkem, respektive pojištěným, oznámeny pojistiteli.
2. Pokud novému povolání, sportovní nebo jiné zájmové činnosti pojištěného podle sazebníku pojistitele platného v okamžiku změny odpovídá nižší pojistné, je pojistitel povinen úměrně snížit pojistné, a to s účinností ode dne, kdy se o této změně dozvěděl.
3. Odpovídá-li změněnému povolání, sportovní nebo jiné zájmové činnosti pojistné vyšší, zůstává zachováno do nejbližší splatnosti pojistného následující po oznámení změny povolání, sportovní nebo jiné zájmové činnosti rozsah pojištění podle do té doby platné smlouvy. Dojde-li po uplynutí této doby k úrazu, aniž by byla oznámena změna nebo dosaženo jiné dohody o výši pojistného, snižuje se pojistné plnění v poměru pojistného, které má být placeno, a pojistného, které bylo placeno do té doby.

ČLÁNEK 7 – Zánik pojištění

Jedná-li se o pojistnou smlouvu uzavřenou formou obchodu na dálku v rozsahu samostatného úrazu, má pojistník právo bez udání důvodu odstoupit od pojistné smlouvy ve lhůtě čtrnácti dnů ode dne uzavření pojistné smlouvy nebo ode dne, kdy mu byly sděleny pojistné podmínky, pokud k tomuto sdělení dojde na jeho žádost po uzavření pojistné smlouvy.

ČLÁNEK 8 – Podíly na přebytcích pojistného

Případné přebytky pojistného použije pojistitel ke zvýhodnění pojištění formou rozšíření jeho rozsahu, zvýšení pojistných částek nebo snížení sazeb pojistného.

ZVLÁŠTNÍ USTANOVENÍ III. – DOPLŇKOVÉ POJIŠTĚNÍ

Doplňkové pojištění sjednáváne Pojišťovnou České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, je upraveno příslušnými ustanoveními zákona o pojistné smlouvě, těmito všeobecnými pojistnými podmínkami (úvodní, obecná a zvláštní ustanovení III.), příslušnými speciálními pojistnými podmínkami a ostatními ujednáními uvedenými v pojistné smlouvě. Jednotlivá doplňková pojištění lze sjednat pouze jako obnosová pojištění.

V rámci doplňkového pojištění lze sjednat:

- pojištění pracovní neschopnosti z důvodu nemoci,
- pojištění velmi vážných onemocnění,
- pojištění invalidity.

Pojistitel může sjednávat i jiné druhy doplňkového pojištění. Pokud takové pojištění není upraveno zvláštními právními předpisy nebo pojistnou smlouvou, platí pro ně ta ustanovení těchto všeobecných pojistných podmínek, která jsou mu povahou a účelem nejbližší.
Rozsah pojištění je uveden v pojistné smlouvě.
V jedné pojistné smlouvě lze sjednat s doplňkovým pojištěním i další druhy pojištění osob. Pro ně pak platí speciální pojistné podmínky příslušného druhu pojištění.

Speciální pojistné podmínky pro FLEXI životní pojištění

Speciální pojistné podmínky (dále jen „SPP“) se řídí zákonem o pojistné smlouvě a všeobecnými pojistnými podmínkami pro pojištění spojená s investičními fondy OSOINV 6 ze dne 1. ledna 2012 (dále jen „VPP“) a jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.

ČLÁNEK 1 Základní pojmy

Pro účely sjednávání pojištění platí tento výklad pojmů (abecedně řazený):

- a) **Alokace pojistného** (dále jen „alokace“) – rozdělení pojistného na pokrytí jednotlivých položek spojených s poskytovanou finanční službou podle podmínek pojistné smlouvy.
Počáteční alokace – snížená alokace pojistného v prvních letech trvání určená na pokrytí počátečních nákladů (např. provize, počáteční administrativní náklady, zdravotní ocenění) – viz platný přehled poplatků a parametrů produktu.
Běžná alokace – průběžná alokace určená na běžné správní náklady – viz platný přehled poplatků a parametrů produktu.
- b) **Fondy** – soubor finančních instrumentů a investic spravovaný pojištěním nebo pojištěním pověřenou osobou, sloužící k uložení kapitálových hodnot pojistných smluv.
Garantovaný fond – fond s garantovanou výší minimálního zhodnocení ceny jednotky. Garantovaný fond je rozdělen na garantovaný fond tvořený platbami běžného pojistného a na garantovaný fond tvořený platbami jednorázového a mimořádného pojistného.
Investiční podílový fond – charakter fondů se navzájem liší umístěním finančních prostředků, dosahováním výnosem a mírou rizika. Investiční riziko nese plně pojištník.
- c) **Hodnota fondu u smlouvy** – počet podílových jednotek k dané pojistné smlouvě a k danému fondu vynásobený jejich prodejní cenou.
- d) **Hotovost** – částka určená k vyrovnání zaokrouhlovacích rozdílů při převodu na podílové jednotky, případně k držení záporné kapitálové hodnoty.
- e) **Indexace pojistné smlouvy** – navýšení běžné placené hodnoty pojistného a vybraných pojistných částek navrhované pojištěním s ohledem na index růstu spotřebitelských cen vydávaný Českým statistickým úřadem.
- f) **Individuální konec pojistného rizika ve věku** – u vybraných rizik lze pojištníkem sjednat kratší dobu trvání pojištění, než je stanovený konec doby trvání pojistné smlouvy, resp. konec pojistného rizika.
- g) **FLEXI životní pojištění** – komplexní spojení životního pojištění, doplňkové a úrazové složky pojištění a investic do fondů nabízených pojištěním. Pojistné částky jednotlivých pojistných rizik jsou pevně dány pojistnou smlouvou a částka určená k výplatě při dožití se konce pojištění, resp. v případě ukončení pojistné smlouvy, je dána aktuální výší kapitálové hodnoty pojistné smlouvy.
- h) **FLEXI životní pojištění** se uzavírá pro max. dvě dospělé osoby se vstupním věkem od dovršených 18 let do 70 let (včetně) ve volitelném rozsahu na dobu minimálně 3 let, maximálně do roku, ve kterém se pojištěný (mladší z dvojice) dožije 75 let. Do pojistné smlouvy je možné sjednat pojištění až pěti dětí se vstupním věkem od 0 let do nedovršených 18 let. Pojistné krytí končí poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěné dítě dožije 25 let. Pro osoby se vstupním věkem nad 70 let (max. do 97 let) se pojištění uzavírá pouze v omezeném rozsahu stanoveném pojištěním vždy na dobu 3 let – na základě žádosti pojištníka je možné sjednat pojistnou dobu prodloužit, maximální doba trvání pojištění může být do roku, ve kterém se pojištěný dožije 100 let.
- i) **Kapitálová hodnota pojistné smlouvy** – součet hodnot jednotlivých fondů sjednaných v pojistné smlouvě a hotovosti vyjádřené v Kč.
- j) **Nákupní cena jednotky** – cena, za kterou pojištník prodává jednotky k pojistné smlouvě (v okamžiku úhrady pojistného). Pojištník může stanovit několik nákupních cen jednotek v závislosti na typu alokovaného pojistného (poplatek „marže“).
- k) **Oceňovací den** – den, ke kterému pojištník stanoví nákupní a prodejní cenu podílových jednotek jednotlivých fondů.
- l) **Odkupní hodnota** – kapitálová hodnota pojistné smlouvy upravená o možné poplatky a srážky.
- m) **Odkupní poměr** – je využíván pro odkupní transakce s využitím aktuálního poměru rozložení kapitálových hodnot jednotlivých fondů.
- n) **Podílová jednotka** (dále jen „jednotka“) – identická část fondu představující podíl z jeho hodnoty.
- o) **Pojistný rok** – doba dvanácti měsíců začínající v den počátku pojištění nebo ve výroční den počátku pojištění.
- p) **Pojištěné riziko** – riziko, které je definováno typem pojištění a pojistnou částkou.
- q) **Poměr rozdělení pojistného do jednotlivých fondů** (dále jen „rozdělení pojistného“) – pojištníkem zvolený celočíselný poměr v procentech (v celkovém součtu 100 %), v jakém pojištník rozdělí inkasované pojistné do příslušných fondů.
- r) **Prodejní cena jednotky** – cena, za kterou pojištník odkoupí jednotky z pojistné smlouvy (v okamžiku ukončení pojistné smlouvy nebo výplaty části kapitálové hodnoty).
- s) **Předběžné krytí** – pojištění, které je sjednané na pojistnou dobu od 00:00 hodin třetího dne od podpisu návrhu do 24:00 hodin dne předcházejícího dni uvedenému v pojistné smlouvě jako počátek pojištění, nejvýše však na dobu 29 dnů (prvním dnem se rozumí den podpisu).
- t) **Převod podílových jednotek** – převedení kapitálové hodnoty mezi fondy; za převod podílových jednotek si pojištník může účtovat poplatek dle platného přehledu poplatků a parametrů produktu.
- u) **Režim upravené smlouvy** – platná stávající pojistná smlouva měněná v programu InSpiral s novými pojistnými podmínkami, upravená na základě pojištníkem předloženého návrhu na úpravu pojistné smlouvy.
- v) **Zamykání výnosů** – automatický přesun podílových jednotek z investičních podílových fondů do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné za účelem ochrany části dosaženého zhodnocení.
- x) **Změny**
Technické změny – změny na smlouvě s vlivem na alokace, odkupy, výši pojistného, pojištěná rizika apod.

Netechnické změny – změny na smlouvě nemající vliv na alokace, odkupy, pojistné (např. změna adresy).

ČLÁNEK 2 Základní pojištění

A. Pojištění pro případ dožití se sjednaného konce pojištění

Při dožití se sjednaného konce pojištění bude pojištěnému vyplacena kapitálová hodnota pojistné smlouvy. V případě pojištění dvojice bude kapitálová hodnota rozdělena rovným dílem.

B. Základní pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin

- a) Při smrti pojištěného vyplácí pojištník oprávněné osobě pojistnou částku platnou ke dni úmrtí nebo kapitálovou hodnotu pojistné smlouvy platnou ke dni nahlášení pojistné události, je-li vyšší. Pro porovnání obou částek budou případné poplatky (výjma měsíčního administrativního poplatku) a platby pojistného, které byly uhrazeny po datu úmrtí pojištěného na období po jeho smrti, odalkovány z předpisu pojistného a poplatků (výjma měsíčního administrativního poplatku) v ceně jednotky platné ke dni nahlášení pojistné události.
V případě, že před datem nahlášení úmrtí byla smlouva ukončena (např. předčasné ukončení pojistné smlouvy z důvodu výpovědi, zánik uplynutím doby, zánik pro neplacení pojistného), je pro výpočet kapitálové hodnoty platná cena jednotky ke dni původního ukončení pojistné smlouvy.
V případě pojištění dvou osob a smrti jedné z nich bude vyplacena pojistná částka platná ke dni úmrtí pojištěného ve prospěch oprávněné osoby a pojištění druhé osoby pokračuje. Dojde-li ke smrti obou pojištěných, bude vyplacena pojistná částka platná ke dni úmrtí a částka vyšší hodnoty vycházející z porovnání pojistné částky platné ke dni úmrtí a kapitálové hodnoty pojistné smlouvy ke dni nahlášení pojistné události. Pojistné plnění za každou pojištěnou osobu bude vyplaceno ve výši poloviny součtu obou těchto částek.
- b) Je-li v případě smrti pojistná částka vyšší než kapitálová hodnota pojistné smlouvy, bude vyplacena pojistná částka snížená o částečné výplaty provedené po datu úmrtí. Pokud bude kapitálová hodnota pojistné smlouvy vyšší než pojistná částka, bude vyplacena kapitálová hodnota snížená o částečné výplaty provedené po nahlášení úmrtí. Jestliže nebude pojistná událost uznána pojištěním za likvidní, bude ve prospěch pojištníka, resp. obmyšleného, vyplacena kapitálová hodnota pojistné smlouvy.
- c) Smrti pojištěného (jednoho pojištěného), popř. smrti obou pojištěných (v pojištění dvojici), pojištění zaniká.
- d) Pro toto pojištění je možné sjednat individuální konec pojistného rizika ve stanoveném věku. Po dovršení sjednaného věku bude pojistná částka pro případ smrti automaticky snížena na 10 000 Kč a bude platit do konce trvání pojistné smlouvy, pokud nebude vystavením dodatku k pojistné smlouvě dohodnuto jinak. Pojištník má právo automaticky upravit dobu trvání pojistného rizika tak, aby byla shodná s koncem trvání pojistné smlouvy v případě, že doba trvání pojištění neodpovídá podmínkám pro sjednání tohoto pojištění.
V případě pojištění dvojice končí pojistné krytí poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se mladší ze dvojice dožije tohoto věku.

ČLÁNEK 3 Pojistné a stanovení investiční strategie, zamykání výnosů

A. Pojistné

- a) Pojistné je umísťováno do fondů. Pojištník si může kdykoliv v době trvání pojistné smlouvy předplatit běžné pojistné, tj. zaplatit najednou jednu nebo více plateb běžného pojistného před datem jejich splatnosti. K předplacení plateb běžného pojistného slouží účet, variabilní symbol a specifický symbol, který je určen k platbám běžného pojistného.
V případě ukončení pojistné smlouvy podle:
– článku 2, bodu B, písm. c) těchto SPP (smrti pojištěného) pojištník nevrací předplacené běžné pojistné a výplaci pojistné plnění způsobem stanoveným článkem 2, bodu B, písm. a) a b) těchto SPP,
– článku 13 bodu 4) VPP (dohodou) a článku 14 VPP (výpovědí) pojištník nevrací předplacené pojistné.
Pojištník v těchto případech vrácí pojistné uhrazené po datu ukončení nebo po dni provedení ukončení pojištění, s výjimkou případů dlužného pojistného.
- b) Pojištník může kdykoliv v době trvání pojistné smlouvy zaplatit mimořádné pojistné v minimální výši stanovené pojištěním. Zaplacení mimořádného pojistného nemá vliv na povinnost pojištníka platit sjednané běžné pojistné. Pojištník je oprávněn použít část mimořádného pojistného na pokrytí dlužného běžného pojistného k datu připsání mimořádného pojistného na účet pojištěného. Mimořádné pojistné je možno uhradit na základě pokynů uvedených ve smlouvě. K úhradě mimořádného pojistného jsou určeny zvláštní variabilní symboly. Pojištník je oprávněn odmítnout mimořádné pojistné zaplacené pod stanovenou minimální hranici.
- c) Běžné pojistné, jednorázové pojistné i mimořádné pojistné se používá podle platných pojistně-technických pravidel k navýšování kapitálové hodnoty smlouvy.
- d) Pojištník začítuje jednorázové, běžné a mimořádné pojistné bez zbytečného odkladu, nejdříve však v den, kdy jsou platby připsány a identifikovány na účtu pojištěného. Pojištník není zodpovědný za zpoždění identifikace platby (za škodu vzniklou uvedením chybného čísla účtu a/nebo variabilního symbolu a/nebo specifického symbolu), kterou zavinil pojištník nebo jiná osoba.
- e) Platby je možné umísťovat také do konkrétního předem nesjednaného fondu dle podmínek stanovených pojištěním.

Pojištník nakládá s inkasovaným pojistným postupně dle následujících pravidel:

1. Alokace pojistného:

- a) pojistné je sníženo o příslušný poplatek počáteční alokace, případně o marži,
- b) takto alokované pojistné je sečteno s aktuálním zůstatkem hotovosti, výsledný součet je dále považován za pojistné,

- c) dále je pojistné použito na dily dle sjednaného poměru rozdělení pojistného do fondů,
 - d) každý díl pojistného je celočíselně přepočten na podílové jednotky příslušného fondu s využitím nákupní ceny jednotky, pokud již nebyla uplatněna marže (písm. a),
 - e) nově nakoupené jednotky jsou přičteny ke stávajícím stavům jednotek,
 - f) je vypočtena nová hotovost jako zaokrouhlovací rozdíl vzniklý předchozími kroky.
- II. Alokace pojistného (časový postup):**
- a) pojistné může být alokováno nejříve v první den platnosti pojistné smlouvy (nejříve v den počátku pojištění),
 - b) pojistné je alokováno v nákupní ceně jednotky platné v den provedení alokace,
 - c) při splnění všech předepsaných podmínek (výše platby a její správná identifikace) je pojistné alokováno bez zbytečného odkladu v závislosti na provozních a technických podmínkách pojistitele.

B. Stanovení investiční strategie

Garantovaný fond

Fond je rozdělen na garantovaný fond běžného pojistného (zhodnocení kapitálové hodnoty fondu je uvedeno v pojistce, v přehledu poplatků a parametrů produktu a na internetových stránkách pojistitele) a na garantovaný fond jednorázového a mimořádného pojistného (zhodnocení kapitálové hodnoty fondu je vyhlašováno v termínech stanovených pojistitelem a je uvedeno na internetových stránkách pojistitele). Do garantovaného fondu běžného pojistného lze vkládat pouze běžné pojistné. Jiným způsobem nelze peněžní prostředky do tohoto fondu převést (převedení podílových jednotek – čl. 6, písm. f). Do garantovaného fondu mimořádného pojistného lze vkládat jednorázové a libovolné mimořádné pojistné.

Investiční podílový fond

Do těchto fondů je vkládáno běžné, jednorázové i mimořádné pojistné dle pravidel stanovených pojistitelem.

Pojistitel je oprávněn měnit podkladová aktiva jednotlivých fondů, stejně tak jmenovitě označení těchto fondů při současném zachování povahy podkladových aktiv těchto fondů.

C. Program řízení investic

Program řízení investic je investiční program, který slouží k automatickému výběru fondů pro alokování inkasovaného pojistného a převodu kapitálové hodnoty k výročnímu dni trvání pojistné smlouvy, a to v závislosti na investičním horizontu pojistné smlouvy. Investiční horizont je doba trvání pojistné smlouvy od nastalého výročního dne pojistné smlouvy v aktuálním kalendářním roce do sjednaného konce pojistné smlouvy. Takto stanovený investiční horizont platí vždy od výročního dne v aktuálním kalendářním roce do dne předcházejícího výročnímu dni v následujícím kalendářním roce.

Pojistník si může za účelem ochrany investice před výkyvy na finančních trzích sjednat v pojistné smlouvě program řízení investic. Program řízení investic lze sjednat pouze k pojistným smlouvám, u kterých je doba trvání ode dne, od něhož má platit program řízení investic, do dne sjednaného jako konec pojistné smlouvy, minimálně pět let. Bude-li v pojistné smlouvě sjednaný program řízení investic, bude vždy v pojistně-technické období, do kterého spadá výroční den pojistné smlouvy, automaticky převedena kapitálová hodnota smlouvy mezi fondy dle rozložení uvedeného v programu řízení investic pro aktuální investiční horizont. Převod kapitálové hodnoty bude v ceně jednotky platné ke dni převedení. V rámci programu řízení investic není převáděno mimořádné pojistné uhrazené do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné a částka převedená do tohoto fondu v rámci zamykání výnosů.

Program řízení investic stanovuje pojistitel a je oprávněn ho měnit dle aktuálního vývoje na finančních trzích. Aktuální struktura programu řízení investic pro jednotlivé investiční horizonty je k dispozici na internetových stránkách pojistitele a na všech jeho obchodních místech.

D. Zamykání výnosů

Pojistník si může za účelem ochrany části dosaženého zhodnocení v pojistné smlouvě sjednat zamykání výnosů.

- a) Bude-li v pojistné smlouvě k 31. prosinci daného roku sjednáno zamykání výnosů, budou výnosy za tento rok zamykány, a to za předpokladu, že bude roční zhodnocení finančních prostředků v daném fondu vyšší než procento stanovené pojistitelem. Roční zhodnocení, rozhodné pro zamykání výnosů, se řídí platným přehledem poplatků a parametrů produktu, který je k dispozici na internetových stránkách pojistitele a na všech jeho obchodních místech.
- b) Zamykání výnosů se vztahuje na všechny investiční podílové fondy definované pojistitelem. Zamykání výnosů se vztahuje i na program řízení investic (resp. na jednotlivé fondy tohoto programu).
- c) Zhodnocení jednotlivých fondů se bude vyhodnocovat vždy za uplynulý kalendářní rok. Vyhodnocovacím dnem je 1. leden následujícího roku.

Přesáhne-li roční zhodnocení fondu procento stanovené pojistitelem, bude hodnota fondu, odpovídající ročnímu zhodnocení fondu na dané smlouvě nad stanovené procento, automaticky převedena do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné. 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 limit stanovený pojistitelem v přehledu poplatků a parametrů produktu, nedojde k jejímu převedení do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné a výnos tohoto fondu nebude zamknut. Do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné bude převedena aktuální hodnota daného fondu v den převodu.

ČLÁNEK 4

Náklady, poplatky a cena pojištění

Pojistitel má právo stanovit výši nákladů, poplatků a ceny pojištění:

- a) Cena pojištění (pojistné) – za každé pojistně-technické období je snižována kapitálová hodnota pojistné smlouvy o částku potřebnou ke krytí sjednaného rozsahu pojištění rizika a o dále uvedené poplatky, kalkulované podle platných pojistně-technických zásad pojistitele. Snižování kapitálové hodnoty pojistné smlouvy je prováděno na počátku každého pojistně-technického období v ceně jednotky platné v den, kdy byly poplatky a rizikové pojistné strženy.
- b) U odůvodněných případech se může pojistitel od těchto pravidel odchýlit.
- c) Alokace – pojistitel snižuje běžné pojistné v prvních letech trvání pojistné smlouvy o poplatek na pokrytí počátečních nákladů spojených se vznikem pojistné smlouvy, vč. nákladů na akvizici v prvních letech trvání pojištění (počáteční alokace). V průběhu trvání pojistné smlouvy snižuje pojistitel kapitálovou hodnotu o poplatek na pokrytí běžných správních nákladů (běžná alokace). V případě navýšení běžné placené pojistné má právo pojistitel z navýšené části pojistného (rozdílu mezi novou a původní výší pojistného) účtovat poplatek na pokrytí nákladů spojených s úpravou a změnou pojistné smlouvy.

- c) Marže – poplatek z pojistného při připisování pojistného do kapitálové hodnoty pojistné smlouvy.
- d) Poplatek z pojistné částky – snížení kapitálové hodnoty na počátku pojistné smlouvy o poplatek stanovený z výše základní pojistné částky pro případ smrti. V případě navýšení základní pojistné částky pro případ smrti má právo pojistitel účtovat poplatek z navýšené pojistné částky (rozdílu mezi novou a původní výší pojistné částky) na pokrytí nákladů spojených s úpravou a změnou pojistné smlouvy.
- e) Administrativní poplatek – poplatek za správu a vedení pojistné smlouvy; poplatek se účtuje stržením částky z kapitálové hodnoty pojistné smlouvy.
- f) Poplatek za správu kapitálové hodnoty (management fee) – použití části hodnoty fondu na pokrytí nákladů spojených s provozováním tohoto fondu.
- g) Inkasní poplatky – poplatky účtované v závislosti na způsobu a technice úhrady pojistného z uhrazené platby; poplatek se účtuje stržením příslušné částky z kapitálové hodnoty pojistné smlouvy.
- h) Poplatek za předčasné ukončení pojistné smlouvy – snížení výplaty odkupného v prvních dvou letech trvání pojistné smlouvy.
- i) Poplatek za provedení změny do smlouvy – poplatek stržený z kapitálové hodnoty pojistné smlouvy v případě vystavení dodatku k pojistné smlouvě.
- j) Poplatek za převod podílových jednotek – v případě požadavku na převedení podílových jednotek je účtován poplatek za provedenou transakci stržením částky z kapitálové hodnoty pojistné smlouvy.
- k) Poplatek za výplatu části kapitálové hodnoty – v případě realizovaného požadavku na výplatu části kapitálové hodnoty je účtován poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty pojistné smlouvy.
- l) Poplatek za vystavení druhopisu – za vystavení druhopisu pojistníkem požadovaného dokumentu (např. pojistky, dodatku) je účtován poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty pojistné smlouvy.
- m) Poplatek za sdělení aktuální výše kapitálové hodnoty – v případě požadavku na sdělení aktuální výše kapitálové hodnoty pojistné smlouvy je účtován poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty pojistné smlouvy.
- n) Poplatek za sdělení výše odkupného – v případě požadavku na sdělení výše odkupného je účtován poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty pojistné smlouvy.
- o) Poplatek za odvolání návrhu (včetně programu InSpiral) a odstoupení od smlouvy – poplatek na úhradu nákladů spojených s posouzením návrhu, včetně zdravotního posouzení, uzavřením, správou a ukončením pojistné smlouvy.
- p) Poplatek za výpověď pojistné smlouvy do dvou měsíců od uzavření – poplatek na úhradu nákladů spojených s posouzením návrhu, včetně zdravotního posouzení, uzavřením, správou a ukončením pojistné smlouvy.

Výše a rozsah poplatků se řídí platným přehledem poplatků a parametrů produktu. Platný přehled poplatků a parametrů produktu je k dispozici na internetových stránkách pojistitele a na všech jeho obchodních místech.

ČLÁNEK 5 Bonusy

A. Bonus za bezeškodní průběh

K pojistným smlouvám, které splňují dále uvedené podmínky, je v obdobích stanovených pojistitelem připisován bonus za bezeškodní průběh.

- a) Bonus za bezeškodní průběh (dále jen „bonus“) je připisován k pojistným smlouvám, u kterých v uplynulém pojistném roce a současně v uplynulých letech sledovaného období nenastala pojistná událost.
- b) Za pojistnou událost se v případě posuzování nároku na bonus nepovažuje pojistná událost z pojištění doživotní kapitálové renty.
- c) Sledovaným obdobím pro posouzení nároku na bonus je vždy pětileté období počítané od počátku pojistné smlouvy (tzn. první období je 1. až 5. rok trvání pojistné smlouvy, druhé období je 6. až 10. rok trvání pojistné smlouvy, obdobné další období), výjma posledního sledovaného období, které může být kratší.
- d) Pojistitel stanoví bonus v procentuální výši z celkového rizikového pojistného za uplynulý pojistný rok. Výše bonusu se řídí platným přehledem poplatků a parametrů produktu, který je k dispozici na internetových stránkách pojistitele a na všech jeho obchodních místech.
- e) Celkovým rizikovým pojistným se rozumí souhrn předpisů rizikového pojistného v daném období uplynulého pojistného roku.
- f) Bonus bude připisován k pojistné smlouvě vždy v následujícím pojistně-technickém období po uplynutí pojistného roku. Pokud bonus nedosáhne minimální výše stanovené pojistitelem v platném přehledu poplatků a parametrů produktu, nebude za uplynulý pojistný rok připsán.
- g) Připsaný bonus bude vždy po uplynutí sledovaného období automaticky převeden do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné. K převodu dojde v následujícím pojistně-technickém období po uplynutí sledovaného období v ceně jednotky platné ke dni převodu. Převedením do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné se bonus stává standardní součástí kapitálové hodnoty smlouvy. Do okamžiku převodu do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné se připsaný bonus nezhodnocuje a nelze s ním disponovat.
- h) Pokud ve sledovaném období dojde k pojistné události, nevzniká v tomto období na bonus nárok a případný do té doby připsaný bonus ve sledovaném období bude z pojistné smlouvy odebrán. V případě, že se pojistitel dozví o pojistné události vzniklé ve sledovaném období až po vyhodnocení tohoto období a převodu bonusu do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné, bude kapitálová hodnota snížena o celou výši převedeného bonusu za sledované období, ve kterém k pojistné události došlo. Kapitálová hodnota bude snížena formou odčerpání podílových jednotek z garantovaného fondu pro mimořádné pojistné. Jestliže nebude v tomto fondu dostatek podílových jednotek, bude částka, na kterou nepostačují jednotky v garantovaném fondu pro mimořádné pojistné, odečtena z kapitálové hodnoty v aktuálním poměru kapitálových hodnot na smlouvě. V případě, že se pojistitel dozví o pojistné události až po ukončení pojistné smlouvy, bude o bonus připsaný ve sledovaném období, ve kterém vznikla pojistná událost, poníženo vyplácené pojistné plnění. Bude-li připsaný bonus vyšší než vyplácené pojistné plnění, je pojistník povinen uhradit pojistiteli rozdíl těchto částek.
- i) Za poslední rok trvání pojistné smlouvy před sjednaným koncem pojistné smlouvy se bonus nepřipisuje.
- j) Za poslední sledované období před sjednaným koncem pojistné smlouvy nedojde k převodu připsaného bonusu do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné a připsaný bonus za toto období bude vyplacen spolu s pojistným plněním při ukončení pojistné smlouvy.
- k) Dojde-li k odstoupení od pojistné smlouvy ze strany pojistníka či pojistitele (dle čl. 13 odst. 5 a 6 VPP) nebo bude-li pojistná smlouva z důvodu její neplatnosti ukončena před počátkem (dle čl. 13 odst. 7 VPP), nárok na bonus nevzniká a případný již vyplácený bonus bude pojistitelem odečten od vráceného pojistného při ukončení pojistné smlouvy. Bude-li vyplácený bonus vyšší než částka vráceného pojistného, je pojistník povinen uhradit pojistiteli rozdíl těchto částek.

- l) Dojde-li k předčasnému ukončení pojistné smlouvy z jiného důvodu, než který je uvedený v písm. k) tohoto článku, nevzniká nárok na bonus za sledované období, ve kterém nastane konec pojistné smlouvy, a případný připsaný bonus bude z pojistné smlouvy odebrán.
- m) Jestliže je pojistná smlouva ve stavu zproštění od placení pojistného, nevzniká po tuto dobu nárok na bonus.

B. Bonus za věrnost

K pojistným smlouvám, které splňují dále uvedené podmínky, bude v obdobích stanovených pojistitelem připsován bonus za věrnost.

- a) Bonus za věrnost je připsován za období prvních patnácti let od počátku pojistné smlouvy ke všem pojistným smlouvám, u kterých byla sjednána doba trvání pojistné smlouvy v minimální délce dvaceti let. V případě kratší sjednané doby trvání se bonus za věrnost nepřipisuje (resp. na něj nevzniká nárok).
- b) Bonus za věrnost je v procentuální výši, kterou stanoví pojistitel, z celkového sjednaného a uhrazeného běžného pojistného v prvních patnácti letech trvání pojistné smlouvy. Výše bonusu se řídí platným přehledem poplatků a parametrů produktu, který je k dispozici na internetových stránkách pojistitele a na všech jeho obchodních místech.
- c) Bonus za věrnost bude připsován k pojistné smlouvě vždy v následujícím pojistně-technickém období po uplynutí pojistného roku v procentuální výši (stanovené pojistitelem) z běžného pojistného uhrazeného v uplynulém pojistném roce.
- d) Následující pojistně-technické období po uplynutí patnácti let od počátku pojistné smlouvy bude celý připsaný bonus za věrnost automaticky převeden do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné a stane se standardní součástí kapitálové hodnoty smlouvy. K převodu dojde v ceně jednotky platné ke dni převodu. Do okamžiku převodu do garantovaného fondu se připsaný bonus za věrnost nezhodnocuje a nelze s ním disponovat.
- e) Dojde-li v prvních patnácti letech trvání pojistné smlouvy ke zkrácení sjednané doby trvání pojistné smlouvy pod dvacet let, bude celý připsaný bonus za věrnost z pojistné smlouvy odebrán. Dojde-li v prvních patnácti letech k prodloužení sjednané doby trvání pojistné smlouvy na dvacet let a více, vzniká nárok na bonus za věrnost ode dne účinnosti prodloužení doby trvání pojistné smlouvy do dne uplynutí patnácti let od počátku pojistné smlouvy.
- f) Pokud v prvních patnácti letech trvání pojistné smlouvy dojde k ukončení pojistné smlouvy, bude celý připsaný bonus za věrnost ze smlouvy odebrán.
- g) Dojde-li po patnácti letech trvání pojistné smlouvy k odstoupení od pojistné smlouvy ze strany pojistníka či pojistitele (dle čl. 13 odst. 5 a 6 VPP) nebo bude-li pojistná smlouva z důvodu její neplatnosti ukončena před počátkem (dle čl. 13 odst. 7 VPP), nárok na bonus za věrnost nevzniká a případný vyplacený bonus za věrnost bude pojistitelem odečten od vráceného pojistného při ukončení pojistné smlouvy. Bude-li vyplacený bonus za věrnost vyšší než částka vráceného pojistného, je pojistník povinen uhradit pojistiteli rozdíl těchto částek.

ČLÁNEK 6 Změny v pojistné smlouvě

- A. Pojistník může požádat pojistitele o:
- a) zvýšení nebo snížení běžného pojistného,
- b) změnu v technice a frekvenci placení pojistného,
- c) zvýšení, popř. snížení pojistné částky; při zvýšení pojistné částky má pojistitel právo provést dodatečně zdravotní posouzení pojistěného,
- d) dočasné přerušení placení pojistného; k dočasnému přerušení placení pojistného může dojít pouze v případě takového stavu kapitálové hodnoty pojistné smlouvy, která bude postačovat na pokrytí poplatků (viz článek 4 těchto SPP) a rizikového pojistného po dobu přerušení placení pojistného. Dočasné přerušení placení pojistného vstupuje v platnost prvním dnem pojistného období následujícího po pojistném období, za které bylo naposledy zapláceno běžné pojistné.
- e) výplatu části kapitálové hodnoty pojistné smlouvy, pokud tato částka dosáhne minimální výše stanovené pojistitelem. Výplata části kapitálové hodnoty se provádí formou odčerpání podílových jednotek ze zvolených fondů převedením na hotovost v prodejních cenách jednotky platných ke dni provedení výplaty. Pojistník v žádosti o výplatu části kapitálové hodnoty může určit, z jakého ze zvolených podílových investičních fondů má být proveden odkup, případně v jakém poměru z jednotlivých fondů mají být podílové jednotky odčerpány; jestliže toto v žádosti o výplatu není určeno, provede se odkup v aktuálním poměru kapitálových hodnot fondů na smlouvě. Pojistník má právo odčerpat podílové jednotky z garantovaného fondu mimořádného pojistného dle podmínek stanovených pojistitelem. Podmínkou uskutečnění této výplaty je postačitelnost výše běžně placeného pojistného a zůstatku kapitálové hodnoty pojistné smlouvy pro pokrytí sjednaného rizikového pojistného a poplatků za správu pojistné smlouvy do konce trvání pojistné smlouvy. Při splnění výše uvedených podmínek bude provedena výplata kapitálové hodnoty nejříve po dvou pracovních dnech a současně nejpozději do čtyř týdnů ode dne doručení žádosti na centrálu pojistitele. Jestliže z některého ze sjednaných fondů nebude možné provést požadované odčerpání podílových jednotek, nebude žádost o výplatu části kapitálové hodnoty vyřízena. Pojistitel je oprávněn při vyřizování žádosti o výplatu části kapitálové hodnoty účtovat pojistníkovi poplatek (viz platný přehled poplatků a parametrů produktu). Žádost lze podat pouze na formuláři pojistitele, kde musí být provedeno ověření identifikačních údajů pojistníka.
- f) převedení podílových jednotek mezi fondy. Pojistitel je oprávněn při vyřizování žádosti o převedení podílových jednotek účtovat pojistníkovi poplatek (viz platný přehled poplatků a parametrů produktu). Žádost lze podat pouze na formuláři pojistitele, kde musí být provedeno ověření identifikačních údajů pojistníka.
- g) změnu poměru zaúčtování zaplaceného pojistného (běžného, mimořádného) do zvolených fondů. Na základě žádosti bude vystaven dodatek s okamžitou platností a účinností od následující splátky běžného, resp. mimořádného pojistného.
- h) o dodatečné sjednání pojištění, popř. vyloučení doplňkové a úrazové složky pojištění nebo doplnění, popř. vyřazení dospělé pojistěné osoby nebo dítěte. Případný přeplatek pojistného je ponechán v kapitálové hodnotě pojistné smlouvy.
- i) změnu doby trvání pojištění,
- j) dodatečné sjednání, popř. zrušení indexace dle čl. 10 těchto SPP,
- k) dodatečné sjednání, popř. zrušení programu řízení investic dle čl. 3 bodu C těchto SPP,
- l) dodatečné sjednání, popř. zrušení zamykání výnosů dle čl. 3 bodu D těchto SPP.
- B. Pojistitel má právo:
- a) v souvislosti s výše uvedenými změnami zvýšit běžné pojistné na úroveň danou platnými pojistně-technickými pravidly,
- b) v případě, že situace na finančních trzích nebo statisticky významné změny v oceňování pojistěného rizika způsobí nedostatek finančních prostředků v kapitálové hodnotě pojistné smlouvy oproti stavu kapitálové hodnoty

předpokládané při stanovování minimálního pojistného, požadovat navýšení běžného pojistného na smlouvě. Toto právo může pojistitel uplatnit pouze jednou v průběhu 10 let.

- c) za provedené změny (vystavení dodatku) účtovat pojistníkovi poplatek (viz platný přehled poplatků a parametrů produktu),
- d) stanovit výši pojistného s ohledem na změnu poplatků v průběhu trvání pojištění a s ohledem na započtení aktuální výše kapitálové hodnoty.
- C. Ostatní ustanovení
- a) Pojistník je povinen seznámit pojistěného (event. zákonného zástupce pojistěného dítěte) s obsahem pojistné smlouvy.
- b) Všechny změny provedené na základě písemné žádosti pojistníka vstupují v platnost dnem uvedeným na dodatku (zpravidla prvním dnem následujícího pojistně-technického období po vystavení dodatku ke smlouvě).
- c) Při jakékoliv provedené technické změně, která může ovlivnit výši pojistného, pojistitel pojistné, vzhledem k charakteru pojištění, automaticky nesnižuje na minimální výši postačitelnosti. Ke snížení pojistného může dojít výhradně na základě písemné žádosti pojistníka.

ČLÁNEK 7 Doplňková a úrazová složka pojištění

1. Pro FLEXI životní pojištění lze v souladu s Přílohou č. 1 k zákonu o pojišťovnictví v platném znění sjednat doplňkovou a úrazovou složku pojištění s těmito pojistnými riziky:
- A. Doplňkové pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin
- B. Pojištění velmi vážných onemocnění
- C. Pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky, vč. připojištění k pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky
- D. Pojištění zproštění od placení pojistného
- E. Pojištění kapitálové hodnoty
- F. Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s výplatou doživotní renty
- G. Pojištění doživotní kapitálové renty
- H. Pojištění pro případ smrti následkem úrazu
- I. Pojištění trvalých následků úrazu
- J. Pojištění denního odškodného – úraz, vč. připojištění k dennímu odškodnému – denní odškodné nad limit stanovený oceňovací tabulkou DO
- K. Pojištění hospitalizace
- L. Pojištění pracovní neschopnosti – nemoc, vč. připojištění úrazu k pracovní neschopnosti

2. Předběžné krytí

V pojistné smlouvě je automaticky sjednáno předběžné krytí na pojistnou dobu od třetího dne od podpisu návrhu do dne uvedeného na návrhu jako počátek pojištění, maximálně však na dobu 29 dnů. Předběžné krytí je sjednáno pouze pro smlouvy, u kterých je počátek pojištění stanoven na 1. den následujícího měsíce po datu podpisu návrhu.

Predběžné krytí se vztahuje pouze na úrazový děj (výjma základního a doplňkového pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin) na ta z následujících pojištění, která jsou sjednána v pojistné smlouvě:

základní pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin, doplňkové pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin, pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky, včetně připojištění, pojištění pro případ smrti následkem úrazu, pojištění trvalých následků úrazu, pojištění denního odškodného – úraz, včetně připojištění, pojištění hospitalizace, připojištění úrazu k pracovní neschopnosti.

Predběžné krytí se sjednává za stejných podmínek a se stejnými parametry, jaké jsou u jednotlivých pojištění sjednaných v pojistné smlouvě, s výjimkou pojistných částek, jejichž výše je omezena hodnotami uvedenými v přehledu poplatků a parametrů produktu ke dni, kdy pojistná událost nastala. Pojistné plnění z předběžného krytí bude poskytnuto pouze v případě, že návrh byl pojistitelem přijat.

3. Výluky z doplňkové a úrazové složky pojištění

V případě úrazu, který nastal před počátkem pojištění, pojistitel postupuje v souladu s ustanovením Zvl. ustanovení II., čl. 3, bodu 2 VPP. Pojištěný však může být do pojištění přijat s vyloučením konkrétní diagnózy za podmínek stanovených pojistitelem ve vystavené pojistce nebo dodatku k pojistné smlouvě.

Výluky se vztahují na ta z následujících pojištění, která jsou sjednána v pojistné smlouvě či dodatečně sjednána v rámci dodatku k pojistné smlouvě: pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky, včetně připojištění, pojištění zproštění od placení pojistného, pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s výplatou doživotní renty, pojištění trvalých následků úrazu, pojištění denního odškodného – úraz, včetně připojištění, pojištění hospitalizace a připojištění úrazu k pracovní neschopnosti.

Výluky z doplňkové a úrazové složky se nevztahují na dětská pojištění.

A. DOPLŇKOVÉ POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD SMRTI Z JAKÝCHKOLIV PŘÍČIN

Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 let do 70 let. Pojistné krytí končí nejpozději v roce, ve kterém se pojištěný dožije 75 let.

Pro toto pojištění je možné sjednat individuální konec pojistného rizika ve stanoveném věku. V případě, že je sjednán individuální konec pojistného rizika, bude doplňkové pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin automaticky ukončeno poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období po dovršení sjednaného věku, nejpozději však s koncem trvání pojistné smlouvy.

Pojistitel má právo automaticky upravit dobu trvání pojistného rizika tak, aby byla shodná s koncem trvání pojistné smlouvy, v případě že doba trvání pojištění neodpovídá podmínkám pro sjednání tohoto pojištění.

V případě smrti pojistěného vyplátí pojistitel pojistnou částku sjednanou pro toto doplňkové pojištění platnou ke dni úmrtí pojistěného. Toto doplňkové pojištění smrti pojistěného zaniká.

B. POJIŠTĚNÍ VELMI VÁŽNÝCH ONEMOCNĚNÍ

Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 do 64 let. Pojistné krytí končí nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěný dožije 65 let.

Pro toto pojištění je možné sjednat individuální konec pojistného rizika ve stanoveném věku. V případě, že je sjednán individuální konec pojistného rizika ve věku, bude po dovršení sjednaného věku pojištění velmi vážných onemocnění automaticky ukončeno nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěný dožije 65 let. Pojistitel má právo automaticky upravit dobu trvání pojistného rizika tak, aby byla shodná s koncem trvání pojistné smlouvy, max. do 65 let věku, v případě že při sjednání doby trvání pojistného rizika nebyl dodržen věk, výstupní věk pro toto pojištění, a v případě že doba trvání pojištění neodpovídá podmínkám pro sjednání tohoto pojištění.

1. Předmět a rozsah pojištění

V pojištění velmi vážných onemocnění se vymezují následující pojmy:

- a) **infarkt myokardu** – nezvratné poškození části srdeční svaloviny (transmurální infarkt), které je způsobeno nedostatečným krevním zásobením dané oblasti; nárok na pojistné plnění vzniká, jestliže odborná kardiologická a interní klinika, resp. příslušný odborný lékař stanoví potvrzenou diagnózu; diagnóza musí být potvrzena následujícími kritérii:
- čerstvé změny na EKG,
 - charakteristická lokalizace bolesti a
 - zvýšení hladiny srdečních enzymů nebo troponinu I.
- Musí jít o první výskyt tohoto onemocnění u pojištěného. Angina pectoris je z pojistného plnění vyloučena.
- b) **rakovina** – přítomnost nekontrolovaného růstu a rozšiřování maligních buněk a jejich invaze do tkáně, termín „rakovina“ také zahrnuje leukémii, maligní lymfomy a Hodgkinovu chorobu.
- 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 nebo T1b),
 - všechny typy rakoviny kůže včetně maligního melanomu klasifikace 1A,
 - všechny typy rakoviny za přítomnosti HIV infekce.
- Diagnóza maligního růstu nebo tvorby metastáz musí být potvrzena histologickým vyšetřením.
- c) **náhlá cévní mozková příhoda** – jakákoliv cévní mozková příhoda, která má za následek patologický neurologický nálezní trvající déle než 24 hodin, včetně:
- infarktu mozkové tkáně,
 - krvácení z nitrolebních cév a
 - embolizace z extrakraniálního (mimolebního) zdroje.
- Musí být přítomen důkaz trvalého neurologicky prokazatelného poškození. Diagnóza musí být potvrzena čerstvými změnami na CT nebo MRI. Vyloučeny jsou náhlé cévní mozkové příhody vzniklé důsledkem úrazu a tranzitorní ischemická ataka.
- d) **totální ledvinové selhání** – konečné stadium ledvinového selhávání následkem chronického a nezvratného selhání funkce obou ledvin; pojištěný musí podstupovat pravidelnou dialýzu nebo být po transplantaci ledviny. Za pojistnou událost se považuje také zařazení pojištěného do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci. Vyloučena je pouze jednostranná nefrektomie a přechodná dialýza z důvodu akutního ledvinového selhání.
- e) **transplantace životně důležitých orgánů** – nezbytně nutná a lékařským nálezem indikovaná transplantace srdce, srdce a plic, jater, ledvin, kdy je příjemcem pojištěný. Operace musí být provedena na území členských států Evropské unie lékařským pracovištěm, které je oprávněno tyto operace provádět. Povinnost pojištěného plnit vzniká dnem provedení operace, pokud k ní došlo po uplynutí tříměsíční čekací doby od počátku pojištění a zahrnuje pouze transplantace výše uvedených orgánů. Mezi kritéria plnění patří také přijetí do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci. Transplantace musí být z lékařského hlediska nezbytná a musí být objektivně potvrzeno selhání funkce příslušného orgánu.
- f) **operace aorty** – operační výkon na aortě provedený v důsledku jejího roztržení, vzniku výdutě nebo jejího vroženého zúžení; vyloučeny jsou operace na větších aorty nebo bypassy vystupující z aorty a vedoucí krev do periferního řečiště (např. aortofemorální bypass) a operační výkony na aortě provedené v důsledku úrazu. Povinnost pojištěného plnit vzniká dnem provedení operace, pokud k ní došlo na území členských států Evropské unie a po uplynutí tříměsíční čekací doby od počátku pojištění.
- g) **nitrolební (intrakraniální) nádor** – nitrolební (intrakraniální) nádory s klinickou symptomatologií, které je nutno řešit chirurgicky otevřeným přístupem (z kraniotomie), eventuálně stereotaktickým zákrokem. Přítomnost nádoru musí ohrožovat životní funkce a v případě, že je neoperabilní, musí způsobovat trvalé neurologické poškození. Povinnost pojištěného plnit vzniká dnem rozhodnutí odborného lékaře (neurologa, neurochirurga) o nutnosti (indikaci) operativního zákroku, eventuálně rozhodnutí o inoperabilitě nitrolebního nádorového procesu, případně prokázání již provedené operační léčby, chemoterapie nebo ozařování. Požaduje se prokázání nádoru na CT, MRI, EEG nebo PET.
- h) **slepot** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta zraku obou očí v důsledku onemocnění nebo úrazu; 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. Pojistnou událostí není snížení visu (zraku) nižšího stupně. Stav nelze změnit žádným lékařským zákrokem.
- i) **hluchota** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta sluchu obou uší v důsledku onemocnění nebo úrazu; diagnóza musí být klinicky potvrzena audiometrickým vyšetřením, tympanometrií a vyšetřením akustického reflexu odborným lékařem pojištěného. Pojistnou událostí není snížení sluchu nižšího stupně. Stav nelze změnit lékařským zákrokem.
- j) **paraplegie, tetraplegie, hemiplegie** – úplné a trvalé ochrnutí obou dolních, obou horních nebo všech končetin nebo poloviny těla s úplným a trvalým přerušením vodivosti míchy pro vláknna zajišťující hybnost. Povinnost pojištěného plnit vzniká nejdříve 6 měsíců od počátku onemocnění po stanovení diagnózy paraplegie, tetraplegie nebo hemiplegie příslušným klinickým pracovištěm.
- k) **kóma** – stav hlubokého bezvědomí bez reakce na vnější či vnitřní podněty, který trvá nepřetržitě nejméně 96 hodin (do 8 bodů na Glasgowově stupnici kómatu). Během této doby musí být umělé udržována některá ze základních životních funkcí. Následkem musí být trvale prokazatelné poškození v klinickém neurologickém nález. Povinnost pojištěného plnit začíná dnem potvrzení diagnózy a trvalého neurologického poškození příslušným klinickým pracovištěm. Vyloučeno je kóma vzniklé následkem zneužívání alkoholu nebo aplikace návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky. Dále pojištěný neplní za kóma vzniklé na podkladě úrazu v souvislosti s požitím alkoholu nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky. Vyloučeno je též umělé kóma (dlouhodobá narkóza) navozené medikamentózně pro léčebné účely.
- l) **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 klinickým neurologickým pracovištěm. Vyloučena je demence v důsledku zneužívání alkoholu nebo aplikace návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky, demence v důsledku choroby AIDS a demence následkem úrazu.
- m) **Parkinsonova nemoc** – progredující neurologické onemocnění způsobené úbytkem buněk produkujících přenašeč dopamin. Nedostatek dopaminu vede k charakteristickým příznakům nemoci (rigidita svalů, poruchy držení těla, svalový třes, zpomalení volných pohybů). Následující kritéria se musí vyskytovat trvale: akinese plus rigor, klidový tremor nebo posturální instabilita. Patří sem i klinický stupeň závažnosti (stadium 3 dle Hoehn a Yahr).

Potvrzení neurologem a pomocí L-dopa testu, CT nebo MRI.

Vyloučeny z plnění jsou sekundární parkinsonské příznaky.

- n) **operace věnicových (koronárních) tepen z důvodu ischemické choroby srdeční** – je operační kardiologický výkon, při němž je pojištěnému voperován alespoň dvojnásobný koronární bypass (CABG, ACVB) s použitím transplantátu při otevření hrudníku pro funkčně významné postižení věnicových tepen. Podkladem pro indikaci operace musí být koronarograficky prokázaná funkčně významná nedostatečnost (zúžení, uzávěry) věnicových tepen a lékařská zpráva s přesnou diagnózou základní a operační.
- Pojistná událost však nenastává, pokud je zprůchodnění věnicových tepen provedeno pomocí intraarteriálních katetrů, mezi které patří například angioplastika (PTCA), rotablace, laserové techniky nebo jakékoli jiné podobné procedury (tj. provedení zákroku bez otevření hrudníku).
- Datem škodné události je den provedení operace. Operace musí být provedena na území České republiky nebo na území členských států Evropské unie. Musí být předem konzultována a odsouhlasena pojištěním písemnou formou. V případě nesplnění této podmínky není pojištěl povinen vyplatit pojistné plnění.
- o) **roztroušená skleróza** – je chronické onemocnění centrálního nervového systému vyvolané úbytkem myelinu provázené poškozením pohybových a smyslových funkcí a prokázané typickými nálezy při vyšetření centrální nervové soustavy (CNS) magnetickou rezonancí (MRI).
- Pojistná událost vzniká, pokud byla nemoc jednoznačně diagnostikována odborným neurologickým pracovištěm a postižení trvá nepřetržitě alespoň tři měsíce, nebo došlo ke dvěma akutním atakám tohoto onemocnění. Za pojistnou událost se nepovažuje první akutní projev tohoto onemocnění a nejednoznačné neurologické diagnózy.
- Musí se jednat o takové stadium onemocnění, kdy je splněna některá z následujících podmínek:
- musí přetrvávat neurologicky nepochybné projevy postižení zrakových nervů, mozkového kmene, páteřní míchy, změny pohybové koordinace nebo změny funkcí nervů nepřešlých po dobu nejméně šest měsíců nebo
 - jsou dokumentovány nejméně dvě samostatné ataky onemocnění oddělené obdobím remise trvajícím nejméně jeden měsíc nebo
 - je dokumentována jedna ataka onemocnění provázená charakteristickým nálezem v mozkomíšním moku současně se specifickými mozkovými lézemi ověřenými vyšetřením CNS magnetickou rezonancí. Datem škodné události je den, ke kterému byla stanovena diagnóza roztroušené sklerózy ve smyslu této definice odborným lékařem – neurologem.
- p) **závažná onemocnění způsobená přísátím klišťete** – rozumí se závažná forma klišťové meningoencefalitidy nebo lymeské nemoci, která je způsobena přísátím klišťete. Závažná forma meningoencefalitidy nebo chronické formy lymeské boreliózy způsobují trvalé následky. Příznaky onemocnění se musí projevit v období tří měsíců následujících po přísátí klišťete a diagnóza musí být doložena v závislosti na onemocnění níže uvedeným způsobem.
- Klišťovou meningoencefalitidou (KE)** se rozumí encefalitida a/nebo meningitida způsobená specifickými ARBO viry, které jsou klišťetem obvykle přeneseny.
- Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria:
- pojištěný doložil anamnézu přísátí klišťete s uvedením data, zaznamenanou v lékařské dokumentaci,
 - KE je řádně léčena během hospitalizace nebo ambulantně,
 - pojištěný doložil přítomnost protilátek proti klišťové meningoencefalitidě v séru a/nebo v mozkomíšním moku a zvýšení hladiny IgM protilátek prokazujících akutní infekci,
 - závažné trvalé neurologické a/nebo psychiatrické následky klišťové meningoencefalitidy jsou potvrzeny příslušným odborným lékařem.
- Lymeskou nemocí** se rozumí bakteriální zánětlivá infekční onemocnění s kožními, neurologickými, kardiologickými a kloubními příznaky. Chronická pozdní forma nemoci má nervové a kloubní projevy.
- Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria:
- pojištěný doložil anamnézu přísátí klišťete s uvedením data, zaznamenanou v lékařské dokumentaci,
 - pojištěný jednoznačně doložil přítomnost bakterie Borrelia burgdorferi (vyšetření z laboratorně molekulární biologie pomocí metody PCR),
 - pojištěný doložil přítomnost specifických protilátek proti lymeské nemoci v organismu (IgM a IgG prokazujících akutní infekci),
 - pojištěný byl řádně dlouhodobě léčen,
 - příznaky způsobené jednoznačně lymeskou nemocí a závažnost 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 událostí při neurologických komplikacích jsou onemocnění s trvalým neurologickým defektem a současně klinicky potvrzeným nálezem neurologa.
- Postižení kloubů a invalidizace musí být potvrzena příslušným odborným lékařem.
- r) **bakteriální meningitida** – hnisavý zánět mozkových blan způsobený bakteriemi, který může způsobit trvalé neurologické poškození. Pro plnění musí po dobu tří měsíců existovat alespoň dva z níže uvedených příznaků: poruchy sluchu, hemiparézy, epileptické záchvaty, ataxie, parézy mozkových nervů, poruchy zraku, neuropsychické potíže nebo Waterhaus-Friedrichsenův syndrom (krvácení do nadledvin při meningokokové sepsi).
- Poškození musí být potvrzeno odborným lékařem neurologem na základě technické diagnostiky (CT, MRI, transkraniální duplexní sonografie), vyšetření mozkomíšního moku s typickým zánětlivým nálezem, průkazem agens, jejich antigenů nebo DNA bakterií v moku nebo krvi pomocí metody PCR.
- Vyloučeny z plnění jsou meningitidy jiného než bakteriálního původu (viry, plísňe, paraziti).
- s) **encefalitida** – zánět mozku vyvolaný viry nebo bakteriemi, může být provázen reakcí mozkových plen nebo rozšířen na míchu (encefalomyelitida). Může vést k trvalému neurologickému poškození, které musí být potvrzeno odborným lékařem – neurologem – a s pomocí dalších vyšetřovacích metod (vyšetření moku, CT, MRI nebo EEG).
- Pro plnění jsou následující kritéria: trvalé kognitivní poruchy, poruchy sluchu, řeči, epilepsie, motorické výpadky, deficit v jemné motorice, ochrnutí mozkových nervů, demence. Vyloučeno je postižení vzniklé následkem infekce způsobené virem HIV.
- t) **Creutzfeldova-Jakobova nemoc** – vzácné přenosné onemocnění mozku, jednou z variant je vznik nemoci po požití hovězího masa nakaženého BSE. Nemoc způsobuje ztrátu mozkových buněk, čímž vzniká trvalé poškození mozkové tkáně s rychlou ztrátou duševních schopností a koordinace volných pohybů. Pro plnění musí existovat dva z příznaků: motorické poruchy (myoklonie, ataxie), poruchy paměti, vnímání a bdělosti, zraku, změny osobnosti. Potvrzení neurologem s pomocí dalších vyšetřovacích metod (vyšetření moku, MRI, EEG, u BSE biopsie mandlí).
- u) **těžké popáleniny** – jsou popáleniny stupně IIb a III (hluboké popáleniny) s rozsahem nejméně 30 %. Doložení diagnózy: lékařská zpráva popisující

lokalizaci, stupeň a rozsah popálenin. Při popáleninách v závažných lokalizacích (hlava a krk, obličej, ruce, pohlavní orgány a perineum) je pro výplatu pojistného plnění nutný rozsah nejméně 20 %.

- v) **onemocnění plic způsobující dechovou nedostatečnost** – je konečné stádium plicních onemocnění, která vedou k trvalému dechovému selhání (tj. globální chronické respirační insuficienci). Diagnóza musí být potvrzena splněním všech pěti následujících kritérií současně:
- hodnota FEV1 (při spirometrickém vyšetření) je trvale menší než 50 % náležité hodnoty;
 - parciální tlak kyslíku (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 hypoxemii;
 - je subjektivně pocíťována klidová dušnost, (samotná nemusí korelovat se změnami plicních funkcí).

Datem škodné události je den, ke kterému byla stanovena diagnóza chronické respirační insuficience lékařem – pneumologem.

Bylo-li ve smlouvě sjednáno pojištění velmi vážných onemocnění, je pojistitel povinen vyplatit, v případě splnění podmínek a vzniku pojistné události uvedených v bodu B, odst. 1 tohoto článku, pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky pojištění velmi vážných onemocnění, nezávisle na případném dalším plnění za základní životní pojištění nebo jakékoliv jiné pojištění sjednané ve smlouvě.

2. Pojistná událost

Z pojištění velmi vážných onemocnění je pojistitel povinen vyplatit na základě písemné žádosti pojištěného, kterému onemocněním vzniklo právo na plnění, smluvně dohodnutou pojistnou částku, došlo-li u pojištěného v době trvání pojištění k potvrzené lékařské diagnóze jednoho z velmi vážných onemocnění vyjmenovaných v pojistné smlouvě, respektive k provedení některého z operačních zákroků vyjmenovaných a definovaných v pojistné smlouvě. Pojistné plnění bude pojištěnému vyplaceno pouze za předpokladu jeho přežití alespoň 30 kalendářních dnů od potvrzené lékařské diagnózy, příp. data provedení operačního nebo lékařského výkonu jednoho z velmi vážných onemocnění uvedených v tomto článku. V pojištění velmi vážných onemocnění není pojistitel povinen plnit v případě potvrzené lékařské diagnózy, resp. data operace jednoho z velmi vážných onemocnění u pojištěného do doby tří měsíců ode dne počátku tohoto pojištění. Vyplacením pojistného plnění z pojištění velmi vážných onemocnění toto pojištění zaniká. V případě, kdy došlo v posledních třech měsících před stanovením diagnózy, příp. operace, velmi vážného onemocnění ke zvýšení pojistné částky pro případ velmi vážných onemocnění, vyplatí pojistitel pojistnou částku platnou před jejím zvýšením.

Pojištění velmi vážných onemocnění se nevztahuje na nemoci, které byly diagnostikovány nebo léčeny před počátkem pojištění. V těchto případech může být pojištěný přijat do pojištění s vyloučením konkrétní diagnózy za podmínek stanovených pojistitelem ve vystavené pojistce či dodatku.

C. POJIŠTĚNÍ INVALIDITY S JEDNORÁZOVOU VÝPLATOU POJISTNÉ ČÁSTKY

Pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky lze sjednat jako pojištění invalidity následkem úrazu nebo jako pojištění invalidity následkem úrazu nebo nemoci.

Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 do 62 let. Pojistné krytí končí nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technického období, ve kterém se pojištěný dožije 65 let. Pro toto pojištění je možné sjednat individuální konec pojistného rizika ve stanoveném věku. V případě, že je sjednán individuální konec pojistného rizika, bude po dovršení sjednaného věku pojištění invalidity automaticky ukončeno nejpozději posledním den měsíce předcházejícího pojistně-technického období, ve kterém se pojištěný dožije 65 let. Pojistitel má právo automaticky upravit dobu trvání pojistného rizika tak, aby byla shodná s koncem trvání pojistné smlouvy, max. do 65 let věku, v případě že při sjednání doby trvání pojistného rizika nebyl dodržen max. výstupní věk pro toto pojištění a v případě že doba trvání pojištění neodpovídá podmínkám pro sjednání tohoto pojištění.

1. Předmět a rozsah pojištění

Pro pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky se invaliditou rozumí invalidita 3. stupně ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení a těchto pojistných podmínek (dále jen „invalidita“).

Předpoklady pro přiznání invalidity:

Pojištěný je ve smyslu tohoto pojištění invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 70 % (jedná se o invaliditu 3. stupně).

Pracovní schopnosti se rozumí schopnost pojištěného vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem. Poklesem pracovní schopnosti se rozumí pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových a duševních schopností ve srovnání se stavem, který byl u pojištěného před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

Při určování poklesu pracovní schopnosti se vychází ze zdravotního stavu pojištěného doloženého výsledky funkčních vyšetření; přitom se bere v úvahu, zda jde o zdravotní postižení trvale ovlivňující pracovní schopnost, zda se jedná o stabilizovaný zdravotní stav, zda a jak je pojištěný na své zdravotní postižení adaptován, schopnost rekvalifikace pojištěného na jiný druh výdělečné činnosti, než dosud vykonával, a v případě poklesu pracovní schopnosti nejméně o 70 % též to, zda je pojištěný schopen výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek.

Za zdravotní postižení se pro účely posouzení poklesu pracovní schopnosti považuje soubor všech funkčních poruch, které s ním souvisí.

2. Pojistná událost

Pojistné plnění z pojištění invalidity pojistitel poskytne dle podmínek sjednaných v pojistné smlouvě a současně pokud dojde ke splnění následujících podmínek:

- Pojištěný se stal trvale a nezvratně neschopným a tímto nezpůsobilým k výkonu práce nebo jiné výdělečné činnosti. O splnění této podmínky rozhodne pojistitel na základě odborné lékařské expertizy od smluvního lékaře.
- Pro výplatu pojistného plnění z pojištění invalidity následkem nemoci platí, že pojištěný byl během trvání pojištění, nejdříve však po dvou letech trvání od počátku pojištění, uznán ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení invalidním.
- Splnění podmínky dvou let dle písm. b) se nevyžaduje, pokud byl pojištěný uznán invalidním výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo v době trvání pojištění.
- Pojištěný vyvine na požádání pojistitele přiměřenou potřebnou součinnost. Vyplacením sjednané pojistné částky z pojištění invalidity pojištění zaniká.

Přípojištění k pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky (dále jen přípojištění k pojištění invalidity)

Přípojištění k pojištění invalidity lze sjednat k oběma variantám pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky. Přípojištění k pojištění invalidity zahrnuje pojištění pro případ invalidity 1. nebo 2. stupně ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení a těchto pojistných podmínek.

Předpoklady pro přiznání invalidity 1. stupně nebo 2. stupně:

Pojištěný je ve smyslu přípojištění k pojištění invalidity invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 35 %.

Jestliže pracovní schopnost pojištěného poklesla

- nejméně o 35 %, avšak nejvíce o 49 %, jedná se o invaliditu 1. stupně,
- nejméně o 50 %, avšak nejvíce o 69 %, jedná se o invaliditu 2. stupně.

V případě, že je u pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky sjednán individuální konec pojistného rizika ve věku, platí tento individuální konec i pro přípojištění k pojištění invalidity. Vyplacením sjednané pojistné částky přípojištění k pojištění invalidity zaniká, vč. pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky.

D. POJIŠTĚNÍ ZPROŠTĚNÍ OD PLACENÍ POJISTNÉHO

Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 do 62 let. Pojistné krytí končí nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěný dožije 65 let.

Předmět a rozsah pojištění, pojistná událost

- V případě sjednání pojištění zproštění od placení pojistného je pojistník, pokud je současně i pojištěným 1. zproštěn od povinnosti platit běžné pojistné, jestliže během trvání pojištění, nejdříve však po dvou letech od počátku tohoto pojištění, byl uznán invalidním, a to ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení a těchto pojistných podmínek. Invaliditou se pro toto pojištění rozumí výhradně a pouze invalidita 3. stupně. Povinnost platit pojistné přechází na pojistitele v rozsahu původně sjednaném na pojistné smlouvě; nárok na zproštění od placení pojistného musí vzniknout nejpozději do dosažení 65 let věku pojištěného.
- Pojištění zproštění od placení pojistného nemůže být sjednáno a nárok na zproštění od placení nevzniká, jsou-li pojistník a pojištěný různé osoby.
- Splnění podmínky dvou let dle písm. a) se nevyžaduje, pokud byl uznán invalidním výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo v době trvání pojištění.
- Zproštění od placení pojistného počíná ode dne nejbližší splatnosti pojistného po uznání invalidity a týká se pojistného za jeden rok trvání pojištění. Zproštění se prodlužuje vždy na další rok, prokáže-li pojistník, že je stále invalidní, nebo pojistitel prodlouží platnost odborného posudku o jeho zdravotním stavu. Pojistník, který odejde do starobního důchodu a tuto skutečnost nahlásí pojistiteli, již nemusí potvrdit o trvání invalidity předkládat. Zproštění od placení pojistného končí nejpozději uplynutím doby, na kterou bylo placení pojistného sjednáno, nebylo-li ve smlouvě dohodnuto jinak.
- Byla-li ve smlouvě sjednána i další pojištění (z doplňkové a úrazové složky pojištění), vztahuje se zproštění od placení pojistného i na tato pojištění.
- Na žádost pojistitele je pojistník povinen prokázat, že je stále invalidní.
- Pojistník, který je zproštěn od placení pojistného, je povinen bez zbytečného odkladu pojistitele informovat o skutečnosti, že již není uznán invalidním, nebo o výrazném zlepšení svého zdravotního stavu. Jestliže se pojistitel dozví, že pojistník tyto informace zatajil, bude na pojistné, od jehož placení byl pojistník neoprávněně zproštěn, uplatňovat ustanovení uvedené v Obecných ustanoveních, článku 13, odst. 1 VPP.
- V případě ukončení zproštění od placení pojistného (pojištěný nebyl uznán invalidním), může pojistník, pokud je současně i pojištěným 1. písemně požádat o opětovné sjednání pojištění zproštění od placení pojistného.
- V době trvání zproštění od placení pojistného nelze provádět technické změny ve smlouvě.

E. POJIŠTĚNÍ KAPITÁLOVÉ HODNOTY

Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 do 70 let. Pojistné krytí končí nejpozději v roce, ve kterém se pojištěný dožije 75 let.

Předmět a rozsah pojištění, pojistná událost

- Pojistná částka pro pojištění kapitálové hodnoty je ve stejné výši jako pojistná částka sjednaná pro pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin.
- V případě smrti poslední dospělý pojištěný osobou vyplatí pojištění kapitálovou hodnotu pojistné smlouvy platnou ke dni nahlášení pojistné události, maximálně však do výše pojistné částky platné ke dni úmrtí.

F. POJIŠTĚNÍ INVALIDITY NEBO DLOUHODOBÉ PÉČE S VÝPLATOU DOŽIVOTNÍ RENTY

Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 let do 62 let. Pojištění končí nejpozději posledním dnem měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěný dožije 65 let.

1. Předmět a rozsah pojištění, pojistná událost

- Pojistitel poskytne pojistné plnění, dojde-li ke splnění následujících podmínek:
V případě invalidity (invaliditou se pro toto pojištění rozumí výhradně a pouze invalidita 3. stupně)
 - pojištěný se stal trvale a nezvratně neschopným a tímto nezpůsobilým k výkonu práce nebo jiné výdělečné činnosti; o splnění této podmínky a v konečné fázi o zahájení výplaty renty rozhodne pojistitel na základě odborné lékařské expertizy zpracované a získané od smluvního lékaře pojistitele; a současně
 - pojištěný byl uznán invalidním, a to ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení a těchto pojistných podmínek.

V případě dlouhodobé péče

- pojištěný není schopen samostatně (tzn. bez pomoci jiné fyzické osoby) dlouhodobě vykonávat aktivity běžného života (pečovat o vlastní osobu), a to ve stupni závislosti II a vyšším (v rozsahu uvedeném v bodu F, odst. 2); o splnění této podmínky a v konečné fázi o zahájení výplaty renty rozhodne pojistitel na základě odborné lékařské expertizy zpracované a získané od smluvního lékaře pojistitele; a současně
- byl pojištěnému přiznán příspěvek na péči z důvodu přiznání stupně závislosti II a vyššího (dále jen „příspěvek na péči“) v souladu se zákonem o sociálních službách. Pojistitel může poskytnout pojistné plnění i v případě, že pojištěnému nebyl přiznán příspěvek na péči, ale pojištěný není schopen samostatně dlouhodobě vykonávat aktivity běžného života a to ve stupni závislosti II a vyšším.

K přiznání invalidity nebo příspěvku na péči dojde v průběhu trvání pojištění, nejdříve však po dvou letech od počátku pojištění. Splnění podmínky dvou let

- se nevyžaduje, pokud k přiznání invalidity nebo příspěvku na péči došlo výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo v době trvání pojištění.
- Pojištěný, popř. pojistník, je povinen z důvodu ověřování vzniku nároku na přiznání výplaty renty na požádání pojistitele vyvinout přiměřenou a potřebnou součinnost.
- b) V případě splnění výše uvedených podmínek začne pojistitel od následujícího kalendářního měsíce po přiznání nároku vyplácet v obdobích dohodnutých v pojistné smlouvě sjednanou rentu. Renta bude vyplácena po dobu jednoho roku. Výplata renty se prodlužuje vždy na další rok, prokáže-li pojištěný, že je stále invalidní nebo stále není schopen samostatně vykonávat aktivity běžného života nebo pojistitel prodlouží platnost odborného posudku o jeho zdravotním stavu. Pojistník, který odejde do starobního důchodu a tuto skutečnost nahlásí pojistiteli, již nemusí potvrzení o trvání invalidity předkládat. V případě, že pojištěný přestane být invalidní nebo již bude schopen samostatně vykonávat aktivity běžného života, bude renta vyplácena naposledy za období, ve kterém k této skutečnosti došlo. Jestliže v průběhu výplaty renty pojištěný nepřestane být invalidní nebo nezačne být schopen samostatně vykonávat aktivity běžného života, bude renta vyplácena trvale, maximálně však do data úmrtí pojištěného. V případě, že si pojištěný nevzvedne tři po sobě jdoucí platby vyplácené renty, může pojistitel rozhodnout o pozastavení výplaty, a to až do doby, dokud pojištěný nedoloží, že výplata této renty může pokračovat. Renta bude vyplácena naposledy za období, ve kterém dojde k úmrtí pojištěného.
- c) Na žádost pojistitele je pojištěný povinen prokázat, že je ve smyslu těchto pojistných podmínek stále invalidní nebo že stále není schopen samostatně vykonávat aktivity běžného života.
- d) Pojištěný, kterému je vyplácena renta, je povinen bez zbytečného odkladu pojistitele informovat o skutečnosti, že již není uznán invalidním nebo již je schopen samostatně vykonávat aktivity běžného života, nebo o výrazném zlepšení svého zdravotního stavu.
- e) Před zahájením výplaty renty lze požádat o změnu sjednaného měsíčního období pro výplatu renty na období čtvrtletní, pololetní nebo roční. Po zahájení výplaty renty již nelze žádat o změnu období pro výplatu renty.
- f) V případě smrti pojištěného bude výplata renty ukončena bez náhrady. Nárok na výplatu renty zaniká ke dni úmrtí pojištěného.
- g) Podle pojistně-technických zásad pojistitele se každoročně zvyšuje výše vyplácené renty o podíl na výnosech z rozdělení pojistně-technických přebytků fondu rezerv pojištěného. Tyto podíly zvyšují vyplácenou rentu.
- h) Zahájením výplaty renty zaniká pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s výplatou doživotní renty.
- i) V případě ukončení výplaty renty pojištěný ve smyslu těchto pojistných podmínek přestal být invalidním nebo je již schopen samostatně vykonávat aktivity běžného života), lze písemně požádat o opětovné sjednání pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s výplatou doživotní renty.

2. Definování schopností samostatně vykonávat aktivity běžného života

Osoba se ve smyslu zákona o sociálních službách považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve

- stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti uvedených v odst. I. a II. tohoto článku,
- stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti uvedených v odst. I. a II. tohoto článku,
- stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti uvedených v odst. I. a II. tohoto článku,
- stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti uvedených v odst. I. a II. tohoto článku.

Osoba se ve smyslu těchto speciálních pojistných podmínek považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby (tj. není schopna samostatně dlouhodobě vykonávat aktivity běžného života), jestliže je zařazena do stupně závislosti II a vyššího.

I. Při posuzování péče o vlastní osobu pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto úkony:

- příprava stravy,
- podávání, porcování stravy,
- přijímání stravy, dodržování pitného režimu,
- mytí těla,
- koupání nebo sprchování,
- péče o ústa, vlasy, nehty, holení,
- výkon fyziologické potřeby včetně hygieny,
- vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh,
- sezení, schopnost vydržet v poloze vsedě,
- stání, schopnost vydržet stát,
- přemísťování předmětů denní potřeby,
- chůze po rovině,
- chůze po schodech nahoru a dolů,
- výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení,
- oblékání, svlékání, obouvání, zouvání,
- orientace v přirozeném prostředí,
- provedení si jednoduchého ošetření,
- dodržování léčebného režimu.

II. Při posuzování soběstačnosti pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto úkony:

- komunikace slovní, písemná, neverbální,
- orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí,
- nakládání s penězi nebo jinými cennostmi,
- obstarávání osobních záležitostí,
- uspořádání času, plánování života,
- zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku,
- obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování),
- vaření, ohřívání jednoduchého jídla,
- mytí nádobí,
- běžný úklid v domácnosti,
- péče o prádlo,
- přepírání drobného prádla,
- péče o lůžko,
- obsluha běžných domácích spotřebičů,
- manipulace s kohouty a vypínači,
- manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří,
- udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady,
- další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti.

3. Výluky z pojistného plnění

Pojistitel neplní v případě poruchy duševní a poruchy chování – MKN 10 (mezinárodní klasifikace nemocí) – diagnózy F00 – F99.

6. POJIŠTĚNÍ DOŽIVOTNÍ KAPITÁLOVÉ RENTY

Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 let do 59 let. Pojištění končí posledním dnem měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěný dožije 60 let.

Předmět a rozsah pojištění, pojistná událost

- Pojistnou událostí je dožití se pojištěného dne uvedeného v pojistné smlouvě jako konec pojištění renty.
- V případě dožití se pojištěného sjednaného konce pojištění renty začne pojistitel od následujícího kalendářního měsíce vyplácet v dohodnutých obdobích dle pojistné smlouvy rentu. V případě, že si pojištěný nevzvedne tři po sobě jdoucí platby vyplácené renty, může pojistitel rozhodnout o pozastavení výplaty, a to až do doby, dokud pojištěný nedoloží, že výplata této renty může pokračovat. Renta bude vyplácena trvale, maximálně však do data úmrtí pojištěného. Renta bude vyplácena naposledy za období, ve kterém dojde k úmrtí pojištěného.
- Výše renty uvedená v pojistné smlouvě není pojistitelem garantována. Na začátku výplaty je hodnota renty vypočítána pomocí aktuálních úmrtnostních a úrokových předpokladů a pojistně-technických zásad pojistitele. Pokud nebude možné, vzhledem k aktuální výši kapitálové hodnoty pojistné smlouvy ke dni počátku výplaty renty, začít vyplácet pojištěnému rentu ve výši uvedené v pojistné smlouvě, bude výše renty přepočítána a vyplácena v této nově stanovené výši. Jestliže nově stanovená výše renty nedosáhne minimální výše stanovené pojistitelem pro měsíční výplatu renty, bude renta vyplácena čtvrtletně.
- Ke dni počátku výplaty renty bude kapitálová hodnota pojistné smlouvy jednorázově ponížena o částku potřebnou k výplatě renty.
- Před zahájením výplaty renty lze požádat o změnu sjednaného měsíčního období pro výplatu renty na období čtvrtletní, pololetní nebo roční. Žádost o změnu musí být doručena na centrálu pojistitele nejpozději 30 dnů před sjednaným koncem pojištění renty. Po zahájení výplaty renty již nelze změnit období pro výplatu renty.
- V případě smrti pojištěného bude výplata renty ukončena bez náhrady. Nárok na výplatu renty zaniká ke dni úmrtí pojištěného.
- Jestliže pojištěný nesdělí pojistiteli nejpozději 30 dnů před sjednaným koncem pojištění renty údaje s pokyny o způsobu výplaty renty, začne pojistitel vyplácet rentu způsobem, který oznámí pojištěnému na jeho adresu evidovanou v pojistné smlouvě.
- Pojistník ani pojištěný nemohou požádat o dřívější výplatu renty, o odklad výplaty renty ani o výplatu jednorázového pojistného plnění místo výplaty renty.
- Podle pojistně-technických zásad pojistitele se každoročně může zvýšit výše vyplácené renty o podíl na výnosech z rozdělení pojistně-technických přebytků fondu rezerv pojištěného. Tyto podíly zvyšují vyplácenou rentu.
- O ukončení pojištění renty může požádat pojistník kdykoliv v průběhu trvání tohoto pojištění. Žádost o ukončení musí být doručena na centrálu pojistitele nejpozději 30 dnů před sjednaným koncem pojištění renty.

H. POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD SMRTI NÁSLEDKEM ÚRAZU

Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 do 70 let. Pojištění končí nejděle s ukončením základního životního pojištění pro případ smrti (max. v roce, ve kterém se pojištěný dožije 75 let).

Předmět a rozsah pojištění, pojistná událost

Nastane-li u pojištěného smrt následkem úrazu, vyplátí pojistitel sjednanou pojistnou částku pro případ smrti následkem úrazu.

- Byla-li úrazem způsobena pojištěnému smrt, která nastala nejpozději do tří let ode dne úrazu, vyplátí pojistitel obmyšlenému (v případě, že v době pojistné události není určen nebo nenabude-li práva na pojistné plnění, postupuje pojistitel dle Obecných ustanovení, článku 11, odst. 2 VPP) pojistnou částku pro případ smrti následkem úrazu.
- Nastane-li v důsledku úrazu smrt pojištěného, je obmyšlený povinen to ohlásit bez zbytečného odkladu pojistiteli, a to i v případě, že úraz již byl ohlášen.

I. POJIŠTĚNÍ TRVALÝCH NÁSLEDKŮ ÚRAZU

Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 do 70 let. Pojištění končí nejděle s ukončením základního životního pojištění pro případ smrti (max. v roce, ve kterém se pojištěný dožije 75 let).

Předmět a rozsah pojištění, pojistná událost

Utrpí-li pojištěný úraz, jehož trvalé následky dosáhnou minimálně 0,5 % (anebo 10 %) trvalého tělesného poškození podle „Oceňovací tabulky plnění za trvalé následky úrazu“, vyplátí pojistitel po ustálení těchto následků příslušné procento ze sjednané pojistné částky pro případ trvalých následků úrazu, se zahrnutím progresivního plnění, v závislosti na rozsahu trvalého tělesného poškození. K ustálení trvalých následků úrazu dochází obvykle nejdříve po jednom roce ode dne úrazu, s výjimkou případů, kdy je rozsah trvalého tělesného poškození jednoznačně zřejmý před uplynutím této doby. Se zahrnutím progresu je pojistné plnění vypláceno takto:

od 0,5 % (anebo od 10 %) do 25 % včetně – příslušné % z jednonásobku pojistné částky,

nad 25 % do 50 % včetně – příslušné % z dvojnásobku pojistné částky,

nad 50 % do 75 % včetně – příslušné % z trojnásobku pojistné částky,

nad 75 % do 100 % včetně – příslušné % ze čtyřnásobku pojistné částky.

Po ustálení trvalých následků (nejpozději však před uplynutím promlčecí lhůty) je pojištěný povinen nahlásit pojistnou událost pojistiteli, termín ohodnocení rozsahu trvalých následků stanoví pojistitel. Pojištěný je povinen o zajištění ohodnocení požádat pojistitele v termínu určeném pojistitelem.

- Výši pojistného plnění za trvalé následky úrazu určuje pojistitel podle dále uvedených zásad a podle „Oceňovací tabulky plnění za trvalé následky úrazu“ (dále jen „oceňovací tabulka“) platné v době vzniku pojistné události (úrazu). Oceňovací tabulka, kterou má pojistitel právo doplňovat a měnit, je k dispozici na internetových stránkách pojistitele.

Nejsou-li jakékoli trvalé následky úrazu obsaženy v oceňovací tabulce, je pojistitel oprávněn stanovit výši pojistného plnění v součinnosti se smluvním lékařem pojistitele. K určení celkové výplaty pojistného plnění použije pojistitel hodnoty uvedené v oceňovací tabulce pro trvalé následky, které jsou daným trvalým následkům svou povahou nejbližší.

Opakované ohodnocení trvalých následků lze provést pouze u smluvního lékaře, kterého určí pojistitel, a to na náklady pojištěného. Pokud je to nezbytné, získává pojistitel relevantní informace na základě odborné lékařské expertizy od smluvního lékaře. Smluvní lékař vyhotoví odbornou lékařskou expertizu, tj. zjištění zdravotního stavu nebo příčiny smrti na základě dodaných lékařských zpráv nebo zdravotnické dokumentace od ošetřujících lékařů a v případě potřeby i prohlídkou nebo vyšetřením. Konečná výše rozsahu trvalých následků úrazu je stanovena pojistitelem.

- b) Zanechá-li úraz pojištěnému trvalé následky, vyplátí pojistitel z pojistné částky (se zahrnutím progresu) tolik procent, kolika procentům v souhrnu odpovídá pro jednotlivá tělesná poškození podle oceňovací tabulky rozsah trvalých následků po jejich ustálení, a v případě, že se neustálily do tří let ode dne úrazu, kolika procentům v souhrnu odpovídá jejich stav ke konci této tříleté lhůty; pojistitel nezohledňuje další změny ve zdravotním stavu pojištěného, které nastanou po ukončení této tříleté lhůty s výjimkou případů, kdy pojištěný porušil ustanovení VPP v článku 8 bodu D odst. 8 a 9. Stanoví-li oceňovací tabulka procentní rozpětí, určí pojistitel výši plnění tak, aby v rámci daného rozpětí odpovídalo plnění povaze a rozsahu tělesného poškození způsobeného úrazem.
- c) Nemůže-li pojistitel plnit proto, že trvalé následky úrazu nejsou po uplynutí jednoho roku ode dne úrazu ještě ustáleny, avšak je již znám jejich minimální rozsah po ustálení a tento odpovídá min. 0,5% (anebo 10 %), může pojistitel poskytnout pojištěnému na základě jeho písemné žádosti přiměřenou zálohu; pojistitel poskytne k jedné pojistné události maximálně jednu zálohu.
- d) Týká-li se trvalé následky úrazu části těla nebo orgánů, které byly poškozeny již před úrazem, sníží pojistitel své pojistné plnění za trvalé následky o tolik procent, kolika procentům odpovídalo předcházející poškození, určené též podle oceňovací tabulky.
- e) Způsobí-li jediný úraz pojištěnému několik trvalých následků, hodnotí pojistitel celkové trvalé následky součtem procent pro jednotlivé následky, nejvýše však do výše 100 %.
- f) Týká-li se jednotlivé trvalé následky po jednom nebo více úrazech téhož údu, orgánu nebo jejich částí, hodnotí je pojistitel jako celek, a to nejvýše procentem stanoveným v oceňovací tabulce pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného údu, orgánu nebo jejich částí.
- g) Jestliže pojištěný zemře následkem úrazu do jednoho roku ode dne, kdy k úrazu došlo, zaniká nárok na plnění za trvalé následky úrazu.
- h) Jestliže před výplatou pojistného plnění za trvalé následky úrazu pojištěný zemře, nikoliv však na následky tohoto úrazu, nebo pokud zemře po uplynutí jednoho roku od úrazu z jakékoliv příčiny a pokud vznikl nárok na plnění za trvalé následky úrazu, vyplátí pojistitel částku, která odpovídá rozsahu trvalých následků úrazu pojištěného v době jeho smrti. Není-li možno zpětně získat relevantní informace nutné k posouzení trvalých následků, nárok na pojistné plnění za trvalé následky úrazu nevzniká.

J. POJIŠTĚNÍ DENNÍHO ODŠKODNĚHO – ÚRAZ

Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 do 70 let. Pojištění končí nejdříve s ukončením základního životního pojištění pro případ smrti (max. v roce, ve kterém se pojištěný dožije 75 let).

Předmět a rozsah pojištění, pojistná událost

Pojištění denního odškodného za dobu nezbytného léčení v důsledku úrazu.

- a) Výši a rozsah pojistného plnění určuje pojistitel podle dále uvedených zásad.
- b) Úrazy, za které pojistitel poskytuje pojistné plnění, jsou přesně specifikovány v tabulce „Maximální hodnoty plnění denního odškodného za dobu léčení úrazu“ (dále jen „oceňovací tabulka DO“) platné v době vzniku pojistné události (úrazu). Oceňovací tabulka DO, kterou má pojistitel právo doplňovat a měnit, je k dispozici na internetových stránkách pojistitele.
- c) V oceňovací tabulce DO je uveden maximální počet dnů, za které bude sjednané denní odškodné pro příslušnou diagnózu vyplaceno. Celkový počet dnů, za které bude pojistné plnění vyplaceno, se stanoví na základě lékařské zprávy o úrazu, maximálně však v počtu dnů uvedených v oceňovací tabulce DO. Pokud je celková doba léčení kratší než 8 dnů, pojistné plnění za dobu nezbytného léčení úrazu (dále jen „doba léčení“) se nevyplácí. Pokud je celková doba léčení alespoň 8 dnů, vyplátí se denní odškodné za dobu léčení dle skutečného počtu dnů léčení, maximálně však do výše dle oceňovací tabulky DO. Není-li jakékoliv tělesné poškození obsaženo v oceňovací tabulce DO, je pojistitel oprávněn stanovit výši pojistného plnění v součinnosti se smluvním lékařem pojistitele. K určení celkové výplaty pojistného plnění použije pojistitel hodnoty uvedené v oceňovací tabulce DO, které jsou danému poškození svou povahou nejbližší.
- d) Maximální počet dnů, za které poskytne pojistitel pojistné plnění, je 365 dnů.
- e) V případě souběhu doby léčení více úrazů se započítává souběžná doba léčení pouze jednou.
- f) Bylo-li pojištěnému způsobeno jedním úrazem několik tělesných poškození různých druhů, plní pojistitel pouze za dobu léčení u nejzávažnějšího úrazu dle oceňovací tabulky DO.
- g) V případě dlouhodobého léčení úrazu, lze-li jednoznačně určit, že vznikne nárok na pojistné plnění, a lze-li určit jeho minimální výši, může pojistitel poskytnout pojištěnému na základě jeho písemné žádosti přiměřenou zálohu; pojistitel poskytne k jedné pojistné události maximálně dvě zálohy, a to nejdříve po třech měsících od vzniku pojistné události.
- h) V případech, kdy pojištěný, který je zařazen ve 4. rizikové skupině z důvodu svého povolání, jednoznačně vykonával svou pracovní činnost (např. v případech nastoupení profesionálního sportovce v době léčení úrazu k zápasu nebo soutěži), nevzniká nárok na výplatu pojistného plnění. Pojistné plnění je v těchto v případech pak vyplaceno pouze za lékařem potvrzenou dobu léčení, max. však do dne předcházejícího dni, ve kterém pojištěný jednoznačně vykonával svou pracovní činnost.
- i) Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění.
- j) Pojistitel je oprávněn zkoumat výši příjmu pojištěné osoby při vstupu do pojištění i při likvidaci pojistné události a má právo krátit pojistné plnění v případě snížení příjmu pojištěné osoby a tomu neodpovídající pojistné částce stanovené v závislosti na průměrném čistém měsíčním příjmu. Tabulka pro stanovení maximální výše pojistné částky je k dispozici na internetových stránkách pojistitele.

Připojištění k dennímu odškodnému – denní odškodné nad limit stanovený oceňovací tabulkou DO

Připojištění k dennímu odškodnému lze sjednat pouze tehdy, pokud je sjednáno pojištění denního odškodného.

- a) Dojde-li k úrazu a vznikne nárok na pojistné plnění z denního odškodného podle výše uvedených ustanovení bodu J tohoto článku a celková doba léčení úrazu bude delší než maximální doba stanovená oceňovací tabulkou DO, vyplátí pojistitel za každý den nezbytného léčení úrazu nad maximální dobu stanovenou oceňovací tabulkou DO sjednané denní odškodné.
- b) Maximální počet dnů, za které celkově pojistitel poskytne pojistné plnění, je 548 dnů.
- c) Pokud je celková doba léčení úrazu ve srovnání s průměrnou délkou léčení pro uvedený úraz neúměrně dlouhá, stanoví konečný celkový rozsah pojistného plnění pojistitel na základě relevantních informací získaných od smluvního lékaře.
- d) Pro toto připojištění platí ustanovení uvedená v bodě J, písm. e) až j) tohoto článku.

K. POJIŠTĚNÍ HOSPITALIZACE

Pojištění hospitalizace (pobyty v nemocnici) lze sjednat jako pojištění hospitalizace následkem úrazu nebo jako pojištění hospitalizace následkem úrazu nebo nemoci. Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 do 70 let. Pojištění končí nejdříve s ukončením základního životního pojištění pro případ smrti (max. v roce, ve kterém se pojištěný dožije 75 let).

Předmět a rozsah pojištění, pojistná událost

Pojištění hospitalizace (pobyty v nemocnici) zahrnuje v případě pojistné události výplatu pojistného plnění za každý započatý den z lékařského hlediska nutné hospitalizace. Podmínkou výplaty je hospitalizace dosažení minimálně 24 hodin. Pojistitel vyplátí od prvního dne léčení (vč. sobot a nedělí a svátků) za každý den hospitalizace pojistné plnění ve smluvně stanoveném rozsahu. Dále pojistitel vyplátí pojistné plnění za každý den hospitalizace, která nastane v prvních třech letech ode dne zahájení léčení. Maximální počet dnů, za které pojistitel poskytne pojistné plnění, je 730 dnů.

Základní čekací doba pro hospitalizaci z důvodu nemoci je dva měsíce od počátku tohoto pojištění. Zvláštní čekací doba v délce osmi měsíců je stanovena pro případ hospitalizace výlučně z důvodu:

- těhotenství nebo porodu,
 - zubního ošetření, zhotovení zubních náhrad a úkonů chirurgie a ortopedie čelisti.
- Pokud dojde ke zvýšení pojistné částky tohoto pojištění, platí ode dne změny ustanovení o nové dvouměsíční čekací době pro dodatečnou část zvýšeného pojistného krytí. V případě navýšení pojistné částky bude za onemocnění, které nastalo, bylo diagnostikováno nebo prvotně léčeno již před tímto navýšením, plněno ve výši původně sjednané pojistné částky.
- Nemocníci se ve smyslu těchto podmínek rozumí státní, popř. soukromé zařízení s platnou registrací zabývající se péčí o ošetřování nemocných a zraněných osob, disponující dostatečnými diagnostickými, chirurgickými a terapeutickými zařízeními, nepřetržitou ošetrovatelskou službou a pracující dle všeobecně uznávaných poznatků vědy.

Pojištěný je povinen předložit pojistiteli řádně vyplněné hlášení pojistné události, včetně kopie dokladu s potvrzením doby hospitalizace.

Pojistitel neplní v případě:

- a) léčebných pobytů v lázních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, psychiatrických léčebnách nebo zařízeních, zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie nebo závislosti, a to včetně následné pracovní neschopnosti, s výjimkou případů, kdy pojistitel s tímto typem léčby vyjádřil předem písemně souhlas, a dále pobytů v zařízeních souvisejících s pečovatelskou službou, jakož i ve speciálních dětských zařízeních a v ústavech sociální péče,
- b) poruchy duševní a poruchy chování z důvodu nemoci – MKN 10 (mezinárodní klasifikace nemocí) – diagnózy F00 – F99,
- c) zákroků a zásahů z lékařského hlediska ne nezbytných, které si pojištěný nechal provést na svém těle, jako např. zubní ošetření, chirurgie či ortopedie čelisti, kosmetické zákroky.
- d) V případě hospitalizace při porodu je pojistné plnění omezeno na 7 dnů, v důsledku těhotenských komplikací v průběhu jednoho těhotenství na max. 28 dnů.

Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění.

L. POJIŠTĚNÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI – NEMOC

Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 do 70 let, které jsou v trvalém pracovním poměru nebo mají pravidelné příjmy ze samostatné výdělečné činnosti. Pojistné krytí končí nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěný dožije 75 let.

1. Předmět a rozsah pojištění

Pro pojištění pracovní neschopnosti je možné sjednat denní rozsah následně od 15. dne (resp. od 29. dne, resp. od 57. dne) trvání pracovní neschopnosti. Pojištění pracovní neschopnosti může být sjednáno na jeden zvolený rozsah nebo i více rozsahů zároveň, vždy však se stejnou pojistnou částkou.

- a) V tomto pojištění vyplácí pojistitel v případě pracovní neschopnosti pojistné plnění za každý zvolený rozsah ve smluvně stanoveném denním rozpětí následně od 15. (resp. od 29., resp. od 57.) dne trvání pracovní neschopnosti. Pokud je celková doba léčení kratší než 15 dnů (resp. 29 dnů, resp. 57 dnů), pojistné plnění za dobu pracovní neschopnosti se nevyplácí. Pokud je celková doba léčení alespoň 15 (resp. 29, resp. 57) dnů, vyplátí se pojistné plnění následně od 15. (resp. 29., resp. 57.) dne pracovní neschopnosti za každý den pracovní neschopnosti, včetně sobot, nedělí a svátků (za prvních 14, resp. 28, resp. 56 dnů pojistitel pojistné plnění za pracovní neschopnost neposkytuje). Maximální počet dnů, za které poskytne pojistitel pojistné plnění, je 548 dnů.
- b) V případě dlouhodobého léčení nemoci, lze-li jednoznačně určit, že vznikne nárok na pojistné plnění, a lze-li určit jeho minimální výši, může pojistitel poskytnout pojištěnému na základě jeho písemné žádosti přiměřenou zálohu; pojistitel poskytne k jedné pojistné události maximálně dvě zálohy, a to nejdříve po třech měsících od vzniku pojistné události.
- c) Pokud je vystavená pracovní neschopnost ve srovnání s průměrnou délkou léčení pro uvedenou nemoc neúměrně dlouhá, stanoví konečný celkový rozsah pojistného plnění pojistitel na základě relevantních informací získaných od smluvního lékaře.
- d) Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění.

2. Pojistná událost

- a) Pojistnou událostí je nemoc, která prvotně nastala po sjednané čekací době a jejím důsledkem je z lékařského hlediska nutné léčení pojištěného, jehož průběh je lékařsky potvrzen vystavenou pracovní neschopností.
- b) Pracovní neschopnost se ve smyslu těchto podmínek rozumí situace, kdy pojištěný nemůže dle lékařského rozhodnutí žádným způsobem, a to ani přechodně, vykonávat a ani nevykonávat své zaměstnání nebo jakoukoliv jinou samostatně výdělečnou, popř. řídicí nebo kontrolní činnost. Na základě tohoto lékařského rozhodnutí mu byl v souladu s platnými právními předpisy vystaven doklad o pracovní neschopnosti.
- c) Čekací doba trvá 2 měsíce, není-li ve smlouvě uvedeno jinak. Čekací doba začíná běžet dnem počátku pojištění.
- d) Pokud dojde ke zvýšení pojistné částky tohoto pojištění, platí ode dne změny ustanovení o nové čekací době (bod L, odst. 2, písm. c) tohoto článku) pro dodatečnou část zvýšeného pojistného krytí. V případě navýšení pojistné částky bude za onemocnění, které nastalo, bylo diagnostikováno nebo prvotně léčeno již před tímto navýšením, plněno ve výši původně sjednané pojistné částky.
- e) V případě vzniku nové nemoci v době trvání pracovní neschopnosti pojištěného a vystavení nové pracovní neschopnosti je toto pojistnou událostí pouze v případě, kdy nová nemoc není v žádné příčinné souvislosti s již diagnostikovanou nemocí. Pokud došlo současně k pracovní neschopnosti pro více nemocí, vyplátí pojistitel pojistné plnění maximálně do výše celkové doby léčení, a to pouze jednou.

- f) Pojistitel poskytne pojistné plnění za onemocnění, která se dostavila jako následek úrazu, jen v případě, že je sjednáno pojištění pracovní neschopnosti – nemoc a jsou splněny podmínky pro výplatu z tohoto pojištění. Datem pojistné události je den, kdy bylo onemocněním diagnostikováno. Za onemocnění následkem úrazu nelze v žádném případě poskytnout pojistné plnění souběžně (za stejné kalendářní dny) za období, za které je vypláceno pojistné plnění za dobu léčeni úrazu, ani za dobu léčeni následující poté, co již bylo přiznáno pojistné plnění za trvalé následky úrazu, jenž byl příčinou onemocnění.
- g) Pojištěný je povinen předložit pojistiteli řádně vyplněné hlášení pojistné události, včetně kopie dokladu o pracovní neschopnosti potvrzené zaměstnavatelem, popř. potvrzení správy sociálního zabezpečení o čerpání nemocenských dávek nebo o odhlášení z placení nemocenského pojištění.
- h) Pojištění, kteří nemají nárok na výplatu dávek nemocenského za dobu léčeni v pracovní neschopnosti (nejdou poplatníky sociálního pojištění), prokazují nárok na pojistné plnění potvrzením lékaře o době léčeni, na kterou by jinak pracovní neschopnost vystavena byla. Osoby samostatně výdělečně činné dále musí doložit potvrzení správy sociálního zabezpečení, že nemají nárok na výplatu dávek nemocenského.
- i) Pojištěný je povinen zabezpečit a postarat se, aby všechny doklady vyžádané pojistitelem byly vyhotoveny a zaslány co možná nejdříve v českém jazyce (originální dokumenty pořízené v cizím jazyce aby byly opatřeny překladem úředně uznávanou osobou); je povinen dodržovat stanovený léčebný režim, rady lékaře a všemi způsoby napomáhat svému celkovému uzdravení.
- j) Pojištěný je povinen se na požádání podrobit dodatečnému vyšetření u smluvního lékaře pojistitele.
- k) Pojištěný je povinen nahlásit pojistiteli ukončení trvalého pracovního poměru, samostatně výdělečně 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.
- l) Pojistitel je oprávněn zkoumat výši příjmu pojištěné osoby při vstupu do pojištění i při likvidaci pojistné události a má právo krátit pojistné plnění v případě snížení příjmu pojištěné osoby a tomu neodpovídající pojistné částce stanovené v závislosti na průměrném čistém měsíčním příjmu. Tabulka pro stanovení maximální výše pojistné částky je k dispozici na internetových stránkách pojistitele.

3. Výluky z pojistného plnění

Pojistitel neplní v případě:

- a) léčebných pobytů v lázních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, psychiatrických léčebnách nebo zařízeních, zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie nebo závislosti, a to včetně následné pracovní neschopnosti, s výjimkou případů, kdy pojistitel s tímto typem léčby vyjádřil předem písemně souhlas, a dále pobytů v zařízeních souvisejících s pečovatelskou službou, jakož i v speciálních dětských zařízeních a v ústavech sociální péče,
- b) poruchy duševní a poruchy chování – MKN 10 (mezinárodní klasifikace nemocí) – diagnózy F00 – F99,
- c) při těhotenství, porodu, předčasném porodu, přerušení těhotenství, hrozícím potratu nebo potratu,
- d) doby, kdy pojištěný není v trvalém pracovním poměru nebo není aktivní OSVČ (např. osoby na mateřské dovolené, nezaměstnaní, důchodci, studenti), OSVČ, které nejsou plátcí nemocenského pojištění, jsou povinny na výzvu pojistitele věrohodně prokázat skutečnosti týkající se jejich samostatně výdělečně činnosti před pojistnou událostí, v jejím průběhu a po jejím ukončení.
- e) zákroků a zásahů z lékařského hlediska ne nezbytných, které si pojištěný nechal provést na svém těle, jako např. zubní ošetření, chirurgie či ortopedie čelisti, kosmetické zákroky při pracovní neschopnosti.

Připojištění úrazu k pracovní neschopnosti

Připojištění úrazu k pracovní neschopnosti může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 do 70 let, které jsou v trvalém pracovním poměru nebo mají pravidelné příjmy ze samostatně výdělečné činnosti. Max. výstupní věk je v roce, ve kterém se pojištěný dožije 75 let věku.

Připojištění úrazu k pracovní neschopnosti je možné sjednat pouze tehdy, je-li sjednáno pojištění pracovní neschopnosti – nemoc.

1. Předmět a rozsah pojištění, pojistná událost

- a) Pojistnou událostí je v tomto připojištění úraz, který prvotně nastal v době trvání pojištění a v jehož důsledku je z lékařského hlediska nutné léčení pojištěného v pracovní neschopnosti.
- b) Dojde-li k úrazu a pojištěný je z důvodu tohoto úrazu v pracovní neschopnosti, vznikne nárok na pojistné plnění za dobu léčeni úrazu v pracovní neschopnosti ve smluvně stanoveném denním rozsahu, a to ve výši pojistné částky a denního rozsahu sjednaných pro pojištění pracovní neschopnosti – nemoc.
- c) Pro toto připojištění platí pojistná částka a denní rozsah dle pojištění pracovní neschopnosti – nemoc, a to následně od 15. dne, resp. od 29. dne, resp. od 57. dne trvání pracovní neschopnosti.
- d) Pokud dojde ke zvýšení pojistné částky pro pojištění pracovní neschopnosti – nemoc, platí pro toto připojištění zvýšené pojistné krytí ode dne účinnosti vystaveného dodatku.
- e) Čekací doba se na pracovní neschopnost z důvodu úrazu nevztahuje.
- f) Pokud je vystavená pracovní neschopnost ve srovnání s průměrnou délkou léčeni pro uvedený úraz neúměrně dlouhá, stanoví konečný celkový rozsah pojistného plnění pojistitel na základě relevantních informací získaných od smluvního lékaře.
- g) V případě vzniku nového úrazu v době trvání pracovní neschopnosti pojištěného a vystavení nové pracovní neschopnosti je toto pojistnou událostí pouze v případě, kdy nový úraz není v žádné příčinné souvislosti s již vzniklým úrazem. Pokud došlo současně k pracovní neschopnosti pro více úrazů, vyplácí pojistitel pojistné plnění maximálně do výše celkové doby léčeni, a to pouze jednou. Maximální počet dnů, za které pojistitel poskytne pojistné plnění, je 548 dnů.
- h) V případě, že dojde k souběhu pracovní neschopnosti z důvodu nemoci a úrazu, započítává se souběžná doba léčeni v pracovní neschopnosti pouze jednou.
- i) Výplata pojistného plnění z připojištění úrazu k pracovní neschopnosti končí nejpozději se zánikem pojištění pracovní neschopnosti – nemoc.

2. Výluky z pojistného plnění

Pro toto připojištění platí výluky uvedené v bodě L, odst. 3, písm. a), b), d), e).

ČLÁNEK 8 Dětská pojištění

V jedné pojistné smlouvě lze sjednat v rámci dětské doplňkové a úrazové složky pojištění až pro pět dětí. Všechny děti musí mít stejný rozsah pojištění, a to i v případě provedení změny v průběhu doby trvání pojištění. Dítě může vstoupit do pojištění od 0 let do nedovršených 18 let. Pojistné krytí končí nejpozději poslední den měsíce

předcházejícího pojistně-technického období, ve kterém se pojištěné dítě dožije 25 let. Pojištěný, který dosáhl věku 18 let a na smlouvě je stále veden jako pojištěné dítě, se nemůže stát zároveň dospělým pojištěným na téže smlouvě.

V rámci dětské doplňkové a úrazové složky pojištění lze sjednat:

- A. pojištění velmi vážných onemocnění
B. ostatní doplňkovou a úrazovou složku pojištění
- pojištění pro případ smrti následkem úrazu
- pojištění trvalých následků úrazu
- pojištění denního odškodného – úraz, vč. připojištění k dennímu odškodnému – denní odškodné nad limit stanovený oceňovací tabulkou DO
- pojištění hospitalizace – úraz nebo nemoc

Pojistné plnění vyplatí pojistitel na základě hlášení pojistné události pojištěnému dítěti, v případě nezletilosti pojištěného dítěte jeho zákonnému zástupci, který je zároveň pojistníkem. Pokud není zákonný zástupce pojistníkem na pojistné smlouvě, pak jen když pojistnou událost nahlásil a uvedl správné číslo pojistné smlouvy.

A. POJIŠTĚNÍ VELMI VÁŽNÝCH ONEMOCNĚNÍ

1. Předmět a rozsah pojištění

Předmětem pojištění velmi vážných onemocnění jsou tyto diagnózy:

- a) **rakovina** – přítomnost nekontrolovaného růstu a rozšiřování maligních buněk a jejich invaze do tkáně, termín „rakovina“ také zahrnuje leukémii, maligní lymfomy a Hodgkinovu chorobu.

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 nebo T1b);
- všechny typy rakoviny kůže včetně maligního melanomu klasifikace 1A;
- všechny typy rakoviny za přítomnosti HIV infekce.

Diagnóza maligního růstu nebo tvorby metastáz musí být potvrzena histologickým vyšetřením.

- b) **nitrolební (intrakraniální) nádor** – nitrolební (intrakraniální) nádory s klinikou symptomatologií, které je nutno řešit chirurgicky otevřeným přístupem (z kraniotomie), eventuálně stereotaktickým zákrokem. Přítomnost nádoru musí ohrožovat životní funkce a v případě, že je neoperabilní, musí způsobovat trvalé neurologické poškození. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem rozhodnutí odborného lékaře (neurologa, neurochirurga) o nutnosti (indikaci) operativního zákroku, eventuálně rozhodnutí o inoperabilitě nitrolebního nádorového procesu, případně prokázání již provedené operační léčby, chemoterapie nebo ozarování. Požaduje se průkaz nádoru na CT, MRI, EEG nebo PET.

- c) **transplantace životně důležitých orgánů** – nezbytně nutná a lékařským nálezem indikovaná transplantace srdce, srdce a plic, jater, ledvin, střeva, kdy je příjemcem pojištěné dítě. Operace musí být provedena na území členských států Evropské unie lékařským pracovištěm, které je oprávněno tyto operace provádět. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem provedení operace, pokud k ní došlo po uplynutí tříměsíční čekací doby od počátku pojištění a zahrnuje pouze transplantace výše uvedených orgánů. Mezi kritéria plnění patří také přijetí do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci. Transplantace musí být z lékařského hlediska nezbytná a musí být objektivně potvrzeno selhání funkce příslušného orgánu.

- d) **totální ledvinové selhání** – konečné stadium ledvinového selhávání následkem chronického a nezvratného selhání funkce obou ledvin; pojištěné dítě musí podstupovat pravidelnou dialýzu nebo být po transplantaci ledviny. Za pojistnou událost se považuje také zařazení pojištěného dítěte do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci. Vyloučena je pouze jednostranná nefrektomie a přechodná dialýza z důvodu akutního ledvinového selhání.

- e) **operace aorty** – operační výkon na aortě provedený v důsledku jejího roztržení, vzniku výdutě; vyloučeny jsou operace na větvích aorty nebo bypassy vystupující z aorty a vedoucí krev do periferního řečiště a operační výkony na aortě provedené v důsledku úrazu. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem provedení operace, pokud k ní došlo na území členských států Evropské unie a po uplynutí tříměsíční čekací doby od počátku pojištění.

- f) **slepotá** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta zraku obou očí v důsledku onemocnění nebo úrazu; 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. Pojistnou událostí není snížení visu (zraku) nižšího stupně. Stav nelze změnit lékařským zákrokem.

- g) **hluchota** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta sluchu obou uší v důsledku onemocnění nebo úrazu; diagnóza musí být klinicky potvrzena audiometrickým vyšetřením, tympanometrií a vyšetřením akustického reflexu odborným lékařem pojistitele. Pojistnou událostí není snížení sluchu nižšího stupně. Stav nelze změnit lékařským zákrokem.

- h) **paraplegie, tetraplegie, hemiplegie** – úplné a trvalé ochrnutí obou dolních, obou horních nebo všech končetin nebo poloviny těla s úplným a trvalým přerušením vodivosti míchy pro vlákna zajišťující hybnost. Povinnost pojistitele plnit vzniká nejdříve 6 měsíců od počátku onemocnění po stanovení diagnózy paraplegie, tetraplegie nebo hemiplegie příslušným klinickým pracovištěm. Vyloučena jsou částečná a vrozená ochrnutí končetin.

- i) **kóma** – stav hlubokého bezvědomí bez reakce na vnější či vnitřní podněty, který trvá nepřetržitě nejméně 96 hodin (do 8 bodů na Glasgowově 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 pojistitele plnit začíná dnem potvrzení diagnózy a trvalého neurologického poškození příslušným klinickým pracovištěm. Vyloučeno je kóma vzniklé následkem zneužívání alkoholu nebo aplikace návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky. Dále pojistitel neplní za kóma vzniklé na podkladě úrazu v souvislosti s požitím alkoholu nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky. Vyloučeno je též umělé kóma (dlohodobá narkóza) navozené medikamentózně pro léčebné účely.

- j) **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 neurologem a doložena průkazem infekce v séru a v likvoru (mozkomíšním moku). Pojistnou událostí není paralýza trvající méně než tři měsíce a případy Guillain-Barrého syndromu.

- k) **meningitida, encefalitida** – zánět mozkových blan nebo mozkové tkáně vyvolaný virovou nebo bakteriální infekcí; onemocnění může být prvotní nebo součástí jiného infekčního onemocnění (post infekční a parainfekční). Pojistnou událostí jsou pouze onemocnění vedoucí k závažným komplikacím trvajícím minimálně tři měsíce a trvalému neurologickému defektu se současně klinicky potvrzeným nálezem neurologa. Pojistitel dále plní za získané psychiatrické nemoci vedoucí k týmž nebo podobným následkům jako organická onemocnění mozku uvedená pod tímto písmenem. Podkladem pro poskytnutí plnění je lékařská zpráva a podrobný popis postižení. Vyloučeno je postižení vzniklé následkem infekce způsobené virem HIV. Podmínkou vzniku pojistné události u onemocnění

definovaných pod tímto písmenem je mimo uvedené nezbytné podmínky také detailní zpráva ošetřujícího lékaře pojištěného dítěte potvrzující splnění alespoň jedné z následujících podmínek po dobu minimálně šesti po sobě následujících měsíců a obsahující písemné vyjádření lékaře o očekávaném nezlepšování se současného stavu:

- pojištěné dítě dosáhlo věku tří let,
 - 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.
- Nedosáhlo-li pojištěné dítě, v případě onemocnění definovaných pod tímto písmenem, věku tří let, vzniká nárok na pojistné plnění prokázáním splnění (včetně písemného vyjádření lékaře o očekávaném nezlepšování se současného stavu) alespoň jedné z podmínek uvedených v tomto bodě a po uplynutí doby minimálně šesti po sobě následujících měsíců, která začala běžet dnem, kdy se pojištěné dítě dožilo tří let věku.

- l) **virová hepatitida** – virový zánět jaterní tkáně způsobený virem hepatitidy. Vyloučeno je infekční onemocnění virem hepatitidy typu A. Pro doložení onemocnění a podmínkou vzniku pojistné události je splnění těchto požadavků:
- pojištěné dítě je v době oznámení pojistné události infikováno virem hepatitidy, průkaz viru hepatitidy metodou PCR,
 - jaterní testy (ALT, AST) jsou zvýšeny nejméně čtyřikrát nad standardní fyziologickou hladinu v důsledku zánětu jater,
 - zvýšená hladina jaterních enzymů musí být zjištělná v séru alespoň šest měsíců po skončení 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.

- m) **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 vyzrálými granulami v cytoplasmě) v krvi je nižší než 500/mm³ (tj. 0,5 x10⁹/l) a krevních destiček nižší než 20 000/mm³ (tj. 20x10⁹/l),
 - je prokázána anémie a retikulocytopenie,
 - léčení je prováděno minimálně jedním z následujících způsobů:
 - pravidelné krevní transfuze opakující se alespoň tři měsíce,
 - pravidelná aplikace imunosupresivních látek opakující se alespoň tři měsíce,
 - transplantace kostní dřeně.

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

Pojistná událost také nenastává v případě, že diagnóza aplastické anémie byla poprvé stanovena 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.

- n) **diabetes mellitus I. typu s intenzifikovaným inzulínovým režimem (závislý na inzulínu)** – diabetem se pro účely pojištění rozumí získané chronické onemocnění, v jehož důsledku vznikne stav chronické hyperglykémie. Podmínkou vzniku pojistné události je doložení lékařské zprávy pojištěním s potvrzenou diagnózou diabetes mellitus I. typu, která pro svou závažnost vyžaduje léčení pravidelnými aplikacemi inzulínových injekcí, přičemž tato léčba již trvá po dobu minimálně tří měsíců. Vyloučen je diabetes mellitus II. typu vzniklý na podkladě obezity.
- o) **stavy 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 odnětím části střeva). Důsledky pro organismus jsou různé podle odnětého segmentu střeva a podle zbylé délky tenkého střeva. Nedochází ke správnému vstřebávání živin. Následně vzniká podvýživa, kterou není možno řešit jinak než umělou parenterální výživou. Podmínkou pro poskytnutí pojistného plnění je, že podávání umělé parenterální výživy trvá alespoň 1 rok nebo je trvalé. Další podmínkou je doložení lékařské zprávy s popisem postižení (základní dg) a odůvodněním nutnosti podávání umělé parenterální výživy.
- p) **operace srdeční chlopně** – pro účely pojištění podle těchto SPP se rozumí operace srdeční chlopně provedená 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.

Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění.

- r) **získané chronické srdeční onemocnění** – pro účely pojištění podle těchto SPP se rozumí získané onemocnění srdce, které se projevuje trvalou funkcí a/nebo morfologickou patologií srdeční tkáně (srdeční chlopně, endokard, myokard a/nebo perikard). Podmínkou vzniku pojistné události je, aby náležitá léčba získaného chronického srdečního onemocnění probíhala po dobu nejméně šesti měsíců, po celou tuto dobu dosahovalo onemocnění stupně II nebo vyššího podle NYHA klasifikace a přes náležitou léčbu nelze očekávat zlepšení. Pojistná událost nenastává, jedná-li se o získané chronické srdeční onemocnění:

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

Výše pojistného plnění je závislá na stupni postižení dle NYHA klasifikace:

- stupeň IV dle NYHA klasifikace: 100 % pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění,
- stupeň II nebo III dle NYHA klasifikace: 50 % pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění.

- s) **astma bronchiale** – je závažným onemocněním v případě současného splnění všech tří následujících kritérií trvajících déle než dvanáct měsíců:
- trvalé klinické příznaky (těžké a středně těžké perzistující astma) či záchvat více než jedenkrát týdně (lehké perzistující astma); časté noční příznaky;
 - trvalá potřeba léčby bronchodilatačními látkami (beta-mimetika, aminofylin) či trvalé podávání inhalačních kortikoidů;
 - odchylky v plicním funkčním vyšetření – FEV₁ ≤60 % náležité hodnoty.

- t) **epilepsie** – pro účely pojištění podle těchto SPP rozumí záchvatovitá přechodná porucha mozkové činnosti, která se projevuje poruchou vědomí. Podmínkou

vzniku pojistné události je, aby provedené EEG vyšetření vykazovalo patologickou epileptickou aktivitu mozku a zároveň byl splněn jeden z následujících požadavků:

- více než jeden záchvat tonicko-klonických křečí postihující všechny kosterní svaly a současná porucha vědomí (grand mal) častěji než jedenkrát za sedm dnů po dobu více než dvanáct měsíců. V případě takové pojistné události je výše pojistného plnění rovna 100 % pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění,
- více než jeden záchvat tonicko-klonických křečí postihující všechny kosterní svaly a současná porucha vědomí (grand mal) častěji než jedenkrát za třicet dnů po dobu více než dvanáct měsíců. Po celou dobu musí být pojištěné dítě odpovídajícím způsobem léčeno a záchvaty musí být dokumentovány lékařskými zprávami.

V případě takové pojistné události je výše pojistného plnění rovna 25 % pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění.

Pojistná událost nenastává v případě, že diagnóza epilepsie byla poprvé stanovena 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 rodiče vědomi před počátkem pojištění:

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

- u) **revmatická horečka** – pro účely pojištění podle těchto SPP se rozumí revmatická horečka s přetrvávajícími srdečními komplikacemi. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby onemocnění vedlo k trvalému chronickému srdečnímu selhání, které dosahuje stupně II nebo vyššího podle NYHA klasifikace po dobu nejméně šesti měsíců, a přes náležitou léčbu nelze očekávat zlepšení. Diagnóza revmatické horečky musí být potvrzena kardiologem a musí být prokázáno splnění všech diagnostických kritérií podle Jones. Pojistná událost nenastává, trpělo-li pojištěné dítě chlopenní vadou jakéhokoli původu před počátkem pojištění.

Výše pojistného plnění je závislá na stupni postižení dle NYHA klasifikace:

- stupeň IV dle NYHA klasifikace: 100 % pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění,
- stupeň II nebo III dle NYHA klasifikace: 50 % pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění.

- v) **tetanus** – pro účely pojištění podle těchto SPP se rozumí akutní infekce způsobená bakterií Clostridium tetani. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby onemocnění vedlo ke svalové ochablosti a respirační nedostatečnosti trvajících po dobu nejméně čtyř týdnů potvrzené odborným lékařem a byla nutná léčba pojištěného dítěte za hospitalizace. Pojistná událost nenastává, pokud pojištěné dítě nebylo řádně očkováno dle platného očkovacího kalendáře.

Výše pojistného plnění je rovna 25 % pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění.

- x) **závažná onemocnění způsobená přisátím klíštěte** – rozumí se závažná forma klíšťové meningoencefalitidy nebo lymeské nemoci, která je způsobena přisátím klíštěte. Závažná forma meningoencefalitidy nebo chronické formy lymeské boreliózy způsobují trvalé následky. Příznaky onemocnění se musí projevit v období tří měsíců následujících po přisátí klíštěte a diagnóza musí být doložena v závislosti na onemocnění níže uvedeným způsobem.

Klíšťovou meningoencefalitidou (KE) se rozumí encefalitida a/nebo meningitida způsobená specifickými ARBO viry, které jsou klíštětem obvykle přeneseny.

Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria:

- pojištěný doložil anamnézu přisátí klíštěte s uvedením data, zaznamenanou v lékařské dokumentaci,
- KE je řádně léčena během hospitalizace nebo ambulantně,
- pojištěný doložil přítomnost protilátek proti klíšťové meningoencefalitidě v séru a/nebo v mozkomíšním moku a zvýšené hladiny IgM protilátek prokazující akutní infekci,
- závažné trvalé neurologické a/nebo psychiatrické následky klíšťové meningoencefalitidy jsou potvrzeny příslušným odborným lékařem.

Lymeskou nemocí se rozumí bakteriální zánětlivé infekční onemocnění s kožními, neurologickými, kardiologickými a kloubními příznaky. Chronická pozdní forma nemoci má nervové a kloubní projevy.

Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria:

- pojištěný doložil anamnézu přisátí klíštěte s uvedením data zaznamenanou v lékařské dokumentaci,
- pojištěný jednoznačně doložil přítomnost bakterie Borrelia burgdorferi (vyšetření z laboratoře molekulární biologie pomocí metody PCR),
- pojištěný doložil přítomnost specifických protilátek proti lymeské nemoci v organismu (IgM a IgG prokazujících akutní infekci),
- pojištěný byl řádně dlouhodobě léčen,
- příznaky způsobené jednoznačně lymeskou nemocí a závažnost jejích následků jsou potvrzeny příslušným odborným lékařem (psycho syndrom, 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 neurologa.

Postižení kloubů a invalidizace musí být potvrzena příslušným odborným lékařem. Podrobná kritéria pro vznik a plnění pojistné události jsou shodná s parametry popsány v písmeně k) meningitida a encefalitida.

2. Pojistná událost

- a) Není-li v vyjmenovaných velmi vážných onemocněních v těchto podmínkách uvedeno jinak, pojistitel poskytne pojistné plnění i za velmi vážné onemocnění (potvrzení lékařské diagnózy), pokud vznikne v důsledku úrazu v době trvání pojištění.
- b) Bylo-li ve smlouvě sjednáno pojištění velmi vážných onemocnění, je pojistitel povinen vyplatit, v případě splnění podmínek a vzniku pojistné události uvedené v tomto článku, pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky nebo jeho části pro pojištění velmi vážných onemocnění nezávisle na případném dalším plnění z jakéhokoli jiného pojištění sjednaného ve smlouvě.
- c) Pojistné plnění bude vyplaceno pouze za předpokladu přežití pojištěného dítěte alespoň 30 kalendářních dnů od potvrzení lékařské diagnózy, případně data provedení operačního nebo lékařského výkonu jednoho z velmi vážných onemocnění uvedených v tomto článku.
- d) Z pojištění velmi vážných onemocnění je pojistitel povinen na základě písemné žádosti vyplatit, pokud pojištěnému dítěti onemocněním vzniklo právo na plnění, smluvně dohodnutou pojistnou částku, došlo-li u pojištěného dítěte v době trvání pojištění k potvrzení lékařské diagnózy jednoho z velmi vážných onemocnění, vyjmenovaných v pojistné smlouvě, respektive k provedení některého z operačních zákroků vyjmenovaných a definovaných v pojistné smlouvě.
- e) V pojištění velmi vážných onemocnění není pojistitel povinen plnit v případě potvrzení lékařské diagnózy, případně data provedení operačního nebo lékařského

výkonu jednoho z velmi vážných onemocnění u pojištěného dítěte do doby tří měsíců ode dne počátku tohoto pojištění, v případech velmi vážných onemocnění diagnostikovaných či léčených před počátkem pojištění a v případech souvisejících vrozených symptomů vzniklých před uzavřením pojištění. Pojištěné dítě (v případě nezletilosti pojištěného dítěte jeho zákonný zástupce) je povinnou nemocnění bez zbytečného odkladu nahlásit, a to nejdříve do jednoho měsíce od data potvrzené lékařské diagnózy onemocnění. Dojde-li k potvrzení více diagnóz velmi vážných onemocnění, které uvádí tento článek, současně, vyplátí pojistitel z těchto pojištěných událostí pouze pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky pouze jednou, a to do maximální výše pojistné částky sjednané pojistnou smlouvou.

- f) Dojde-li k potvrzení lékařské diagnózy jednoho z velmi vážných onemocnění u pojištěného dítěte, vyplátí pojistitel pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky nebo jeho části. Vyplacením pojistného plnění z pojištění velmi vážných onemocnění toto pojištění zaniká.
- g) V případě, kdy došlo v posledních třech měsících před stanovením diagnózy, příp. operace, velmi vážného onemocnění ke zvýšení pojistné částky pro případ velmi vážných onemocnění, vyplátí pojistitel pojistnou částku platnou před jejím zvýšením.

B. OSTATNÍ DOPLŇKOVÁ A ÚRAZOVÁ SLOŽKA POJIŠTĚNÍ

- a) Pro dětská pojištění pro případ smrti následkem úrazu a denního odškodného platí zásady uvedené v bodech H a J článku 7 těchto SPP. Pro pojištění trvalých následků úrazu platí ustanovení bodu I článku 7 těchto SPP, vyjma možnosti sjednat pro pojištěné dítě pojištění trvalých následků úrazu s progresivním plněním od 10 %. Pro pojištění hospitalizace platí ustanovení bodu K článku 7 těchto SPP, vyjma možnosti sjednat pro pojištěné dítě pojištění hospitalizace pouze následkem úrazu.
Pro výše uvedená dětská pojištění se dále sjednává:
- b) Do posledního dne roku, ve kterém dítě dovrší 10 let věku, platí odlišně od Zvláštní ustanovení II., článku 3, odst. 3, písm. b) VPP, že za pojistné události jsou u dětí považovány i otravy v důsledku požití pevných nebo kapalných látek polknutím, s výjimkou otrav způsobených potravinami.
- c) Pro pojistné plnění z pojištění pro případ smrti následkem úrazu dítěte je obmyšleným pojistník.
- d) Děti nejsou zařazovány do rizikových skupin.
- e) Pojistitel poskytné pojistné plnění z pojištění hospitalizace pojištěného dítěte z důvodu nemoci s výjimkou hospitalizace z důvodu vrozených vad.
- f) Maximální počet dnů za denní odškodné, za které poskytne pojistitel pojistné plnění, je 180 dnů.
- g) Maximální počet dnů pro připojištění k dennímu odškodnému – denní odškodné nad limit stanovený oceňovací tabulkou DO, za které celkově pojistitel poskytne pojistné plnění, je 365 dnů.
- h) Maximální počet dnů pojištění hospitalizace, za které celkově pojistitel poskytne pojistné plnění, je 365 dnů.

ČLÁNEK 9 Rizikové skupiny

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

1. riziková skupina

Veškerá povolání v nevýrobní oblasti, popř. ve výrobní oblasti s minimálními riziky úrazu, a povolání s převážující duševní činností, popř. malým podílem manuální práce (např. architekt, lékař, prodávač, učitel, úředník). Dále sem patří sporty vykonávané rekreačně (vyjma sportů uvedených ve 4. rizikové skupině).

2. riziková skupina

Veškerá povolání ve výrobní oblasti a v oblasti s převážujícím podílem manuální práce, popř. se zvýšeným rizikem úrazu, která nepatří do 1. RS ani 3. RS, včetně vojáků z povolání a soukromých podnikatelů (pokud nepracují převážně v administrativě) a vedoucích pracovníků firem. Patří sem např. číšník, dělník, instalatér, příslušník policie. Dále sem patří sporty vykonávané registrovaně ve sportovních organizacích na úrovni krajského přeboru a nižší (vyjma sportů uvedených ve 4. rizikové skupině) a sporty vykonávané profesionálně, u kterých není zvýšené riziko úrazu (např. bowling, golf, šachy).

3. riziková skupina

Povolání, sportovní nebo jiná zájmová činnost s velmi vysokým rizikem úrazu (např. hasič, lesní dělník, člen jednotky rychlého nasazení, osoba pracující ve výškách, důlní práce, práce s jedy nebo výbušninami apod.). Dále sem patří sporty vykonávané registrovaně ve sportovních organizacích na úrovni vyšší, než je krajský přebor (vyjma sportů uvedených ve 4. rizikové skupině a sportů vykonávaných profesionálně).

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 jezdci motorových vozidel, plavidel, kaskadéři a všechna sportovní odvětví vykonávaná profesionálně nebo za úplatu – hlavní příjem (vyjma profesionálních sportů uvedených ve 2. RS). Dále sem patří všechny sporty s velmi vysokým rizikem úrazu (horolezectví, bungee jumping, potápění s dýchacím přístrojem, rafting, box, bojové sporty, letecké sporty a všechny adrenalinové sporty), včetně motoristických sportů. (Motorové vozidlo je pro účely pojištění považováno za dopravní prostředek pouze při použití na pozemní komunikaci. V případě pojistné události je nutné doložit usnesení policie o nehodě.) Dále služba v ozbrojených silách mimo území ČR a veškerá práce a činnost, ke které je vystaveno zvláštní ujednání (odchyly od VPP, SPP).

Úrazy, vyplývající z výkonu činností fotbalisty a hokejisty vykonávaných profesionálně nebo za úplatu, jsou vyloučeny a pojistitel za ně neposkytne pojistné plnění (týká se i tréninkových aktivit).

Pojištěný se může sám rozhodnout, jestli chce být zařazen do rizikové skupiny odpovídající jeho vykonávané sportovní či jiné zájmové činnosti. 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, snižuje se pojistné plnění v poměru pojistného, které má být placeno, a pojistného, které bylo placeno.

B. Rizikové rekreační sporty

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

Na rizikovou činnost spojenou s rekreačními sporty lze na každé smlouvě vyčerpat za jeden kalendářní rok limit stanovený pojistitelem v platném přehledu poplatků a parametrů produktu. Informaci o počátku a konci období, na které by měla platit rozdílná (vyšší) riziková skupina, než která je sjednaná v pojistné smlouvě, podá pojistník pojistiteli prostřednictvím SMS zprávy.

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

Pojištění rizikových rekreačních sportů lze sjednat k následujícím úrazovým rizikům: pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky, vč. připojištění, pojištění pro případ smrti následkem úrazu, pojištění trvalých následků úrazu, pojištění denního odškodného – úraz, vč. připojištění, pojištění hospitalizace, připojištění úrazu k pracovní neschopnosti.

Pojištění rizikových rekreačních sportů se nevztahuje na činnosti, při kterých se pojištěný účastní sportovních soutěží či závodů.

ČLÁNEK 10 Indexace

- a) Byla-li v pojistné smlouvě sjednána indexace, navrhne pojistitel úpravu běžné placené pojistné a vybraných pojistných částek tak, aby reálná hodnota pojištění zůstala zachována. Pojistitel může stanovit limity pojistných částek pro jednotlivá rizika, které nemohou být indexací pojistné částky překročeny. Pojistná částka může být zvýšena maximálně na hodnotu tohoto limitu.
 - b) Indexace se vztahuje pouze na rizika dospělého pojištěného stanovená pojistitelem v platném přehledu poplatků a parametrů produktu.
 - c) Indexace běžné placené pojistné a vybraných pojistných částek se provádí vždy k výročnímu dni počátku pojištění, a to nejdříve po dvou letech od počátku pojištění ve výši stanovené pojistitelem v souladu s růstem indexu spotřebitelských cen, min. však o 5 %. Vybrané pojistné částky budou navýšeny podle pojistně-technických a kalkulačních zásad v odpovídající výši k indexaci běžné placené pojistné, max. však o stanovenou výši indexace běžné placené pojistné. Minimální výši běžného pojistného, při které se indexace provádí, stanovuje pojistitel.
 - d) Indexace se provádí bez dalšího zkoumání zdravotního stavu pojištěného.
 - e) Pojistitel zašle pojistníkovi v souladu s poskytnutým písemným souhlasem v návrhu na uzavření pojistné smlouvy nabídku rozsahu indexace pojistné smlouvy a k výročnímu dni počátku pojištění vystaví dodatek k pojistné smlouvě, ve kterém bude uvedeno upravené pojistné a pojistné částky. Pojistník má právo pro dané období indexaci písemně odmítnout. Písemné odmítnutí musí být pojistiteli doručeno nejpozději 15 dnů před výročním dnem počátku pojištění. Odmítnutí indexace doručené pojistiteli po tomto termínu není pojistitel povinen akceptovat. Neodmítl-li pojistník indexaci písemným zasláním svého odmítnutí, má se za to, že s indexací souhlasí v souladu s poskytnutým písemným souhlasem v pojistné smlouvě (dle ustanovení VPP čl. 16 – Doručování a sdělení).
 - f) O trvalé odmítnutí indexace musí pojistník požádat písemnou formou žádosti o změnu pojistné smlouvy. Přijetí žádosti bude potvrzeno vystavením dodatku k pojistné smlouvě.
 - g) Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění v případě vzniku nároku na zproštění od placení pojistného. V tomto případě dojde k automatickému vyřazení indexace z pojistné smlouvy.
 - h) Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění u pojistných smluv, u nichž je:
 - sjednán příspěvek zaměstnavatele v jakékoliv variantě příspěvků;
 - v době ode dne zaslání nabídky rozsahu indexace pojistné smlouvy do dne vystavení dodatku k pojistné smlouvě týkající se této indexace provedena pojistně-technická změna (dle ustanovení SPP čl. 6 – Změny v pojistné smlouvě);
 - předplaceno běžné pojistné či dohodnuto přerušení placení pojistného, a to nejdříve na dobu 3 následujících měsíců od výročního dne počátku pojištění.
- V případě existence předplaceného pojistného na dobu nejdéle 3 měsíců od výročního dne počátku pojištění bude předplacené pojistné automaticky převedeno jako mimořádné pojistné a indexace bude provedena v navrhované výši a rozsahu. Neprovedení indexace v uvedených případech bude pouze dočasné (pro nejbližší nadcházející období). Pro další období může být pojistitelem indexace opět nabídnuta.

Speciální pojistné podmínky pro Flexibilní životní pojištění JUNIOR

Tyto speciální pojistné podmínky (dále jen „SPP“) se řídí zákonem o pojistné smlouvě a všeobecnými pojistnými podmínkami pro pojištění spojená s investičními fondy OSOINV 6 ze dne 1. ledna 2012 (dále jen „VPP“) a jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy (dále jen „smlouvy“).

ČLÁNEK 1 Základní pojmy

Pro účely sjednávání pojištění platí tento výklad pojmů:

- a) **Alokace pojistného** (dále jen „alokace“) – rozdělení pojistného na pokrytí jednotlivých položek spojených s poskytovanou finanční službou podle podmínek pojistné smlouvy.
Počáteční alokace – snížená alokace pojistného v prvních letech trvání určená na pokrytí počátečních nákladů (např. provize, počáteční administrativní náklady, zdravotní ocenění) – viz platný přehled poplatků a parametrů produktu.
Běžná alokace – průběžná alokace určená na běžné správní náklady – viz platný přehled poplatků a parametrů produktu.
- b) **Flexibilní životní pojištění JUNIOR** (dále jen „JUNIOR“) – kombinace pojištění a investic do kapitálové hodnoty pojistné smlouvy sjednávána ve prospěch pojištěného dítěte. Pojistné částky jsou pevně dány smlouvou a částka určená k výplatě při dožití konce pojištění je dána aktuální výši kapitálové hodnoty smlouvy.
- V případě běžně placeného pojistného může pojištění JUNIOR uzavřít dospělý pojištěný (pojistník) se vstupním věkem od dovršených 18 let do 70 let, pro pojištěné dítě se vstupním věkem od 0 let do nedovršených 18 let, na dobu minimálně 5 let; maximální doba trvání pojištění může být do roku, ve kterém se pojištěné dítě dožije minimálně 19 let a maximálně 25 let, při zachování maximálního výstupního věku pojistníka 75 let.
 - V případě jednorázově placeného pojistného může pojištění JUNIOR uzavřít dospělý pojištěný (pojistník) se vstupním věkem od dovršených 18 let (horní hranice není omezena), pro pojištěné dítě se vstupním věkem od 0 let do nedovršených 18 let, na dobu minimálně 5 let; maximální doba trvání pojištění může být do roku, ve kterém se pojištěné dítě dožije minimálně 19 let a maximálně 25 let.
- c) **Garantovaný fond** – fond s garantovanou výší minimálního zhodnocení ceny jednotky.
- d) **Hodnota fondu u smlouvy** – počet podílových jednotek k dané pojistné smlouvě a k danému fondu vynásobený jejich prodejní cenou.
- e) **Hotovost** – částka určená k vyrovnání zaokrouhlovacích rozdílů při převodu na podílové jednotky, případně k držení záporné kapitálové hodnoty.
- f) **Kapitálová hodnota pojistné smlouvy** – pojistná rezerva stanovená platnými pojistně-technickými postupy pro jednotlivou smlouvu, vyjádřená v Kč. Garantovaná výše pravidelného růstu kapitálové hodnoty (zhodnocení) je uvedena v pojistce a v přehledu poplatků a parametrů produktu.
- g) **Nákupní cena jednotky** – cena, za kterou pojišťitel prodává jednotky k pojistné smlouvě (v okamžiku úhrady pojistného). Pojišťitel může stanovit několik nákupních cen jednotek v závislosti na typu alokovaného pojistného (poplatek „marže“).
- h) **Oceňovací den** – den, ke kterému pojišťitel stanoví nákupní a prodejní cenu podílových jednotek jednotlivých fondů.
- i) **Odkupní hodnota** – kapitálová hodnota pojistné smlouvy upravená o možné poplatky a srážky.
- j) **Podílová jednotka** (dále jen „jednotka“) – identická část fondu představující podíl z jeho hodnoty.
- k) **Pojištěné riziko** – riziko, které je definováno typem pojištění a pojistnou částkou.
- l) **Prodejní cena jednotky** – cena, za kterou pojišťitel odkoupí jednotky z pojistné smlouvy (v okamžiku ukončení pojistné smlouvy nebo výplaty části kapitálové hodnoty).
- m) **Změny**
Technické změny – změny na smlouvě s vlivem na alokace, odkupy, výši pojistného, pojištěná rizika apod.
Netechnické změny – změny na smlouvě nemající vliv na alokace, odkupy, pojistné (např. změna adresy).

ČLÁNEK 2 Pojistné plnění pro pojištěné dítě

- a) Při dožití se sjednaného konce pojištění bude pojištěnému dítěti vyplacena kapitálová hodnota smlouvy.
- b) V případě úmrtí pojištěného dítěte pojištění zaniká a pojistníkovi bude vyplacena kapitálová hodnota smlouvy platná ke dni nahlášení pojistné události, snížená o částečné výplaty provedené po nahlášení úmrtí. V případě úmrtí pojištěného dítěte, které se stalo v průběhu trvání pojištění pojistníkem, vyplátí pojišťitel kapitálovou hodnotu smlouvy platnou ke dni nahlášení pojistné události, sníženou o částečné výplaty provedené po nahlášení úmrtí dle ustanovení článku 11 odst. 2 VPP.

ČLÁNEK 3 Pojistné

- a) Pojistné lze zaplatit najednou za celou dobu, na kterou bylo pojištění sjednáno (jednorázové pojistné).
- b) Pojistné lze platit za dohodnutá pojistná období (běžné pojistné).
- c) Pojistník může kdykoliv v době trvání pojištění zaplatit mimořádné pojistné, tj. jednorázově zaplatit pojistné nad rámec sjednaného běžného pojistného nebo počátečního jednorázového pojistného.
- d) Pojistník si může kdykoliv v době trvání smlouvy předplatit pojistné, tj. zaplatit najednou jednu nebo více plateb běžného pojistného před datem jejich splatnosti. K předplacení plateb běžného pojistného slouží účet, variabilní symbol a specifický symbol, který je určen k platbám běžného pojistného.
- e) Pojistník může kdykoliv v době trvání smlouvy zaplatit mimořádné pojistné v minimální výši stanovené pojištěním. Mimořádné pojistné zvyšuje kapitálovou hodnotu smlouvy. Zaplacení mimořádného pojistného nemá vliv na povinnost

pojistníka platit sjednané běžné pojistné. Pojišťitel je oprávněn použít část mimořádného pojistného na pokrytí dlužného běžného pojistného k datu připsání mimořádného pojistného na účet pojištěnce. Mimořádné pojistné je možno uhradit na základě pokynů uvedených v pojistce. K úhradě mimořádného pojistného je určen zvláštní variabilní symbol. Pojišťitel je oprávněn odmítnout mimořádné pojistné zaplacené pod stanovenou minimální hranici.

- f) Běžné pojistné, jednorázové pojistné i mimořádné pojistné se používá podle platných pojistně-technických pravidel k navýšování kapitálové hodnoty smlouvy.
- g) Pojišťitel zaúčtuje jednorázové, běžné a mimořádné pojistné bez zbytečného odkladu, nejdříve však v den, kdy jsou peníze připsány a identifikovány na účtu pojištěnce. Pojišťitel není zodpovědný za zpoždění identifikace platby (za škodu vzniklou uvedením chybného čísla účtu a/nebo variabilního symbolu a/nebo specifického symbolu), kterou zavinił pojistník nebo jiná osoba.

ČLÁNEK 4 Náklady, poplatky a cena pojištění

Pojišťitel má právo stanovit výši nákladů, poplatků a ceny pojištění:

- a) **Cena pojištění (pojistné)** – za každé pojistně-technické období je snižována kapitálová hodnota pojistné smlouvy o částku potřebnou ke krytí sjednaného rozsahu pojištěného rizika a o níže uvedené poplatky, kalkulované podle platných pojistně-technických zásad pojištěnce. Snižování kapitálové hodnoty pojistné smlouvy je prováděno na počátku každého pojistně-technického období v ceně jednotky platné v den, kdy byly poplatky a rizikové pojistné strženy.
V odůvodněných případech se může pojišťitel od těchto pravidel odchýlit.
- b) **Alokace** – pojišťitel snižuje běžné pojistné v prvních letech trvání pojistné smlouvy o poplatek na pokrytí počátečních nákladů spojených se vznikem pojistné smlouvy, vč. nákladů na akvizici v prvních letech trvání pojištění (počáteční alokace). V průběhu trvání pojistné smlouvy snižuje pojišťitel kapitálovou hodnotu o poplatek na pokrytí běžných správních nákladů (běžná alokace). V případě navýšení běžně placeného pojistného má právo pojišťitel z navýšené části pojistného (rozdílu mezi novou a původní výší pojistného) účtovat poplatek na pokrytí nákladů spojených s úpravou a změnou pojistné smlouvy.
- c) **Marže** – poplatek z pojistného při připisování pojistného do kapitálové hodnoty smlouvy.
- d) **Poplatek z pojistné částky** – snížení kapitálové hodnoty na počátku pojistné smlouvy o poplatek stanovený z výše pojistné částky pro případ smrti. V případě navýšení pojistné částky pro případ smrti má pojišťitel právo účtovat poplatek z navýšené pojistné částky (rozdílu mezi novou a původní výší pojistné částky) na pokrytí nákladů spojených s úpravou a změnou pojistné smlouvy.
- e) **Administrativní poplatek** – poplatek za správu a vedení pojistné smlouvy; poplatek se účtuje stržením částky z kapitálové hodnoty pojistné smlouvy.
- f) **Poplatek za správu kapitálové hodnoty (management fee)** – použití části hodnoty fondu na pokrytí nákladů spojených s provozováním tohoto fondu.
- g) **Inkasní poplatky** – poplatky účtované v závislosti na způsobu a technice úhrady pojistného z uhrazené platby; poplatek se účtuje stržením příslušné částky z kapitálové hodnoty smlouvy.
- h) **Poplatek za srušení pojistné smlouvy** – snížení výplaty odkupného v prvních dvou letech trvání pojistné smlouvy.
- i) **Provedení změny do smlouvy** – poplatek stržený z kapitálové hodnoty pojistné smlouvy v případě vystavení dodatku k pojistné smlouvě.
- j) **Za výplatu části kapitálové hodnoty** – pojišťitel má právo v případě požadavku (realizovaného i nerealizovaného) na výplatu části kapitálové hodnoty účtovat poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy.
- k) **Za vystavení druhopisu** – za vystavení druhopisu pojistníkem požadovaného dokumentu (např. pojistky, dodatku) účtovat poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy.
- l) **Za sdělení aktuální výše kapitálové hodnoty smlouvy** – v případě požadavku na sdělení aktuální výše kapitálové hodnoty smlouvy účtovat poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy.
- m) **Za sdělení výše odkupného** – v případě požadavku na sdělení výše odkupného účtovat poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy.
- Výše a rozsah poplatků se řídí platným přehledem poplatků a parametrů produktu. Platný přehled poplatků a parametrů produktu je k dispozici na internetových stránkách pojištěnce a na všech jeho obchodních místech.

ČLÁNEK 5 Volitelné parametry v průběhu trvání pojištění

Změny v pojistné smlouvě

- a) Pojistník může požádat o zvýšení nebo snížení běžného pojistného.
- b) Pojistník může požádat o změnu v technice a frekvenci placení pojistného.
- c) Pojistník může požádat o zvýšení, popř. snížení pojistné částky. Při zvýšení pojistné částky má pojišťitel právo provést dodatečné zdravotní posouzení pojištěného.
- d) Pojistník může v případě běžně placeného pojistného požádat pojištěnce o dočasné přerušení placení pojistného. K dočasnému přerušení placení pojistného může dojít pouze v případě takového stavu kapitálové hodnoty smlouvy, která bude postačovat na pokrytí poplatků (viz článek 4 těchto SPP) a rizikového pojistného po dobu přerušení placení pojistného. Dočasné přerušení placení pojistného vstupuje v platnost prvním dnem pojistného období následujícího po pojistném období, za které bylo naposledy zaplacené běžné pojistné.
- e) K pojištění JUNIOR si v případě běžně placeného pojistného může pojišťitel dodatečně sjednat, popř. z něho vyloučit, pojištění pro případ smrti nebo pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky, pokud není zároveň pojištěným dítětem.
- f) V pojištění JUNIOR může pojišťitel pro pojištěné dítě dodatečně sjednat, popř. z něho vyloučit, pojištění velmi vážných onemocnění, pojištění denního odškodného – úraz, vč. připojištění k dennímu odškodnému a hospitalizaci – úraz nebo nemoc.
- g) V pojištění JUNIOR lze zažádat o změnu pojistníka, vyjma v době trvání fixace. V době žádosti o změnu pojistníka musí mít osoba, která se má stát novým

- pojistníkem, dovršených 18 let a se změnou musí souhlasit. Pojištěné dítě se může stát novým pojistníkem pouze v případě jednorázové zaplacení pojistného.
- h) Pojistník může kdykoliv požádat o změnu doby trvání pojištění (konec trvání pojištění pro pojištěné dítě je 19 let – 25 let).
- i) Všechny změny provedené na základě písemné žádosti pojistníka vstupují v platnost dnem uvedeným na dodatku (zpravidla prvním dnem následujícího pojištění-technického období po vystavení dodatku ke smlouvě).
- j) V souvislosti s výše uvedenými změnami má pojistitel právo zvýšit, popř. snížit, výši pojistné částky (platí pro pojištění pro případ smrti a pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky). Dále má právo zvýšit běžné pojistné na úroveň danou platnými pojištění-technickými pravidly.
- k) Pojistitel má právo za provedené změny (vystavení dodatku) účtovat pojistníkovi poplatek (viz platný přehled poplatků a parametrů produktu).
- l) Při jakémkoliv provedené technické změně, která může ovlivnit výši pojistného, pojistitel vzhledem k charakteru pojištění pojistné automaticky nesnižuje na minimální výši postačitelnosti. Ke snížení pojistného může dojít výhradně na základě písemné žádosti pojistníka.
- m) Pojistník je povinen seznámit zákonného zástupce pojištěného dítěte (resp. pojištěné dítě po dosažení jeho zletilosti) s obsahem pojistné smlouvy.

Výplata kapitálové hodnoty smlouvy

Pojistník může požádat pojistitele o výplatu části kapitálové hodnoty smlouvy, pokud tato částka dosáhne minimální výše stanovené pojistitelem. K uskutečnění této výplaty může dojít nejdříve v roce, ve kterém pojištěné dítě dosáhne 19 let. Další podmínkou uskutečnění této výplaty je postačitelnost výše běžně placeného pojistného a zůstatku kapitálové hodnoty smlouvy pro pokrytí sjednaného rizikového pojistného a poplatků za správu smlouvy do konce trvání smlouvy. Při splnění výše uvedených podmínek bude provedena výplata části kapitálové hodnoty nejdříve po dvou pracovních dnech a současně nejpozději do čtyř týdnů ode dne doručení žádosti na centrálu pojistitele. Pojistitel je oprávněn při vyřizování žádosti o výplatu části kapitálové hodnoty účtovat pojistníkovi poplatek (viz platný přehled poplatků a parametrů produktu). Pokud pojistník požaduje výplatu části kapitálové hodnoty smlouvy na účet, musí být na žádosti provedeno ověření identifikačních údajů pojistníka.

ČLÁNEK 6 Fixace pojistné smlouvy

V případě jednorázového pojistného, pokud dojde k úmrtí pojistníka a jednorázové pojistné bylo uhrazeno, bude pojistná smlouva zafixována.

V případě běžného pojistného, pokud dojde k úmrtí dospělého pojištěného (pojistníka) a byly splněny podmínky pro zproštění od placení běžného pojistného, bude pojistná smlouva zafixována.

Pojistná smlouva bude zafixována k datu nahlášení úmrtí dospělého pojištěného (pojistníka) do předem sjednaného konce pojištění.

- V pojistné smlouvě nebude možné provádět technické změny.
- Pojistnou smlouvu nelze pojistníkem vypovědět.
- Nelze zažádat o výplatu odkupné dle zákona o pojistné smlouvě.
- O výplatu části kapitálové hodnoty smlouvy může požádat pouze pojištěné dítě, které se stalo pojistníkem. Podmínky pro výplatu části kapitálové hodnoty smlouvy jsou uvedeny v článku 5 těchto SPP.
- Odhodlné od článku 16 VPP bude veškerá písemná komunikace po dobu fixace pojistné smlouvy adresována pojištěnému dítěti. Zákonný zástupce je povinen hlásit každou změnu adresy pojištěného dítěte.
- V pojištění JUNIOR neplatí článek 17 odst. 3 VPP.

ČLÁNEK 7 Rozsah pojištění

V případě jednorázové zaplacení pojistného pro dospělého pojištěného (pojistníka) nelze sjednat žádné pojištění. Pro pojištěné dítě se povinně sjednává pojištění trvalých následků úrazu a dále lze volitelně sjednat pojištění velmi vážných onemocnění, pojištění denního odškodného, vč. připojištění k dennímu odškodnému, a pojištění hospitalizace.

V případě běžně placeného pojistného se pro dospělou pojištěnou osobu (pojistníka) sjednává pojištění zproštění od placení pojistného v případě smrti dospělé pojištěné osoby dle bodu A tohoto článku. A dále lze sjednat pojištění pro případ smrti a pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky. Pro pojištěné dítě se povinně sjednává pojištění trvalých následků úrazu a dále lze sjednat pojištění velmi vážných onemocnění, pojištění denního odškodného, vč. připojištění k dennímu odškodnému, a pojištění hospitalizace.

A. POJIŠTĚNÍ ZPROŠTĚNÍ OD PLACENÍ POJISTNÉHO PRO PŘÍPAD SMRTI DOSPĚLÉ POJIŠTĚNÉ OSOBY (POJISTNÍKA)

Pojištění je sjednáno pro osobu ve věku od 18 let do 70 let. Pojistné krytí končí nejpozději v roce, ve kterém se dospělý pojištěný dožije 75 let.

- Pokud v průběhu trvání pojištění dojde k úmrtí dospělého pojištěného, dochází ke zproštění od povinnosti platit běžné pojistné. Povinnost platit běžné pojistné ve sjednané výši přechází v případě zproštění na pojistitele v rozsahu aktuálně platném na pojistné smlouvě do původně sjednaného konce pojištění.
- Zproštění od placení běžného pojistného se nevztahuje na případy, kdy dospělý pojištěný zemře do doby dvou let od počátku pojištění následkem jakéhokoliv onemocnění, které nastalo nebo bylo diagnostikováno před počátkem pojištění nebo v případě sebevraždy. Pojistná smlouva bude ukončena a pojistitel vyplatí pojištěnému dítěti kapitálovou hodnotu smlouvy platnou ke dni nahlášení úmrtí. Pokud nebyla vytvořena kladná kapitálová hodnota smlouvy, zaniká pojištění bez náhrady.
- Zproštění od placení běžného pojistného počíná ode dne nejbližší splatnosti pojistného po datu úmrtí dospělého pojištěného. Zproštění od placení běžného pojistného končí nejpozději uplynutím doby, na kterou bylo pojištění zproštěno od placení běžného pojistného sjednáno.

B. POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD SMRTI DOSPĚLÉ POJIŠTĚNÉ OSOBY (POJISTNÍKA)

Pojištění může být sjednáno pro osobu ve věku od 18 let do 70 let. Pojistné krytí končí nejpozději v roce, ve kterém se dospělý pojištěný dožije 75 let.

- Při úmrtí dospělého pojištěného z jakýchkoliv příčin vyplatí pojistitel pojištěnému dítěti pojistné plnění ve výši 30 % pojistné částky platné ke dni úmrtí dospělého pojištěného. Pojistné plnění ve výši 70 % pojistné částky, platné ke dni úmrtí dospělého pojištěného, bude převedeno do kapitálové hodnoty smlouvy.
- V případě zjištění dlužného pojistného na pojistné smlouvě před výplatou pojistného plnění bude toto dlužné pojistné strženo ještě před rozdělením pojistného plnění na 30 % a 70 %. Před výplatou pojistného plnění budou strženy zjištěné dluhy u dospělého pojištěného (pojistníka) a zjištěné dluhy pojistného na jiných pojistných smlouvách u pojištěného dítěte (příjemce pojistného plnění).

- Smrtí dospělého pojištěného končí všechna jeho sjednaná pojištění.
- Pokud k úmrtí pojistníka dojde před počátkem pojištění, pojistná smlouva bude ukončena před tímto počátkem, a v případě, že bylo uhrazeno pojistné, bude toto pojistné nahlášeno do dědického řízení.

C. POJIŠTĚNÍ INVALIDITY S JEDNORÁZOVOU VÝPLATOU POJISTNÉ ČÁSTKY DOSPĚLÉ POJIŠTĚNÉ OSOBY (POJISTNÍKA)

- Pojištění může být sjednáno pro osobu ve věku od 18 let do 62 let, je-li současně sjednáno pojištění pro případ smrti. Pojistné krytí končí nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojištění-technickému období, ve kterém je dospělý pojištěný dožije 65 let.
- Předpoklady pro přiznání invalidity:
Pojištěný je ve smyslu tohoto pojištění invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 70 % (jedná se o invaliditu 3. stupně).
Pracovní schopnost se rozumí schopnost pojištěného vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem. Poklesem pracovní schopnosti se rozumí pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových a duševních schopností ve srovnání se stavem, který byl u pojištěného před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.
Při určování poklesu pracovní schopnosti se vychází ze zdravotního stavu pojištěného doloženého výsledky funkčních vyšetření; přitom se bere v úvahu, zda jde o zdravotní postižení trvale ovlivňující pracovní schopnost, zda se jedná o stabilizovaný zdravotní stav, zda a jak je pojištěný na své zdravotní postižení adaptován, schopnost rekvalifikace pojištěného na jiný druh výdělečné činnosti, než dosud vykonával, a v případě poklesu pracovní schopnosti nejméně o 70 % též to, zda je pojištěný schopen výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek.
Za zdravotní postižení se pro účely posouzení poklesu pracovní schopnosti považuje soubor všech funkčních poruch, které s ním souvisí.
- Pojistné plnění z pojištění invalidity pojistitel poskytne, pokud dojde ke splnění následujících podmínek:
 - Dospělý pojištěný se stal trvale a nevratně neschopným a tímto nezpůsobilým k výkonu práce nebo jiné výdělečné činnosti. O splnění této podmínky rozhodne pojistitel na základě odborné lékařské expertizy od smluvního lékaře.
 - Dospělý pojištěný byl během trvání pojištění, nejdříve však po dvou letech trvání od počátku pojištění, uznán ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení invalidním.
 - Splnění podmínky dvou let podle bodu C, odst. 3, písm. b) tohoto článku se nevyžaduje, pokud byl uznán invalidním výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo v době trvání pojištění.
 - Dospělý pojištěný vyvine na požádání pojistitele přiměřenou potřebnou součinnost.
- V případě, kdy došlo v posledních dvou letech před uznáním pojištěného invalidním ke zvýšení pojistné částky pro případ invalidity, vyplatí pojistitel pojistnou částku platnou před jejím zvýšením. Jestliže byl pojištěný uznán invalidním výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo v době trvání pojištění, vyplatí pojistitel pojistnou částku platnou po jejím zvýšení.
- Pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky pro případ invalidity bude vyplaceno dospělému pojištěnému (pojistníkovi).
- Vypacením sjednané pojistné částky pro případ invalidity pojištění zaniká. Ostatní pojištění, pokud byla sjednána, zůstávají v platnosti.

DĚTSKÁ POJIŠTĚNÍ

V pojištění JUNIOR se pro pojištěné dítě sjednává jako povinné pojištění trvalých následků úrazu. K pojištění trvalých následků úrazu lze u pojištěného dítěte dále volitelně sjednat tato pojištění:

- pojištění velmi vážných onemocnění
- pojištění denního odškodného – úraz, vč. připojištění k dennímu odškodnému
- pojištění hospitalizace – úraz nebo nemoc

- Pojištění se sjednává pro dítě ve věku od 0 let do nedovršených 18 let. Pojistné krytí končí ve 24.00 hodin dne předcházejícího výročním dni trvání pojištění v kalendářním roce, ve kterém se pojištěné dítě dožije věku stanoveného v pojistné smlouvě, minimálně 19 let věku a maximálně 25 let věku.
- Pojistné plnění vyplatí pojistitel na základě hlášení pojistné události pojištěnému dítěti, v případě nezletilosti pojištěného dítěte jeho zákonnému zástupci, který je zároveň pojistníkem. Pokud není zákonný zástupce pojistníkem na pojistné smlouvě, pak jen když pojistnou událost nahlásil a uvedl správné číslo pojistné smlouvy.

A. POJIŠTĚNÍ TRVALÝCH NÁSLEDKŮ ÚRAZU DÍTĚTE

Utrpí-li pojištěné dítě úraz, jehož trvalé následky dosáhnou minimálně 0,5 % trvalého tělesného poškození podle „Oceňovací tabulky plnění za trvalé následky úrazu“, vyplatí pojistitel po ustálení těchto následků příslušné procento ze sjednané pojistné částky pro případ trvalých následků úrazu, se zahrnutím progresivního plnění, v závislosti na rozsahu trvalého tělesného poškození. K ustálení trvalých následků úrazu dochází obvykle nejdříve po jednom roce ode dne úrazu, s výjimkou případů, kdy je rozsah trvalého tělesného poškození jednoznačně zřejmý před uplynutím této doby. Se zahrnutím progresu je pojistné plnění vypláceno takto: od 0,5 % do 25 % včetně – příslušné % z jednonásobku pojistné částky, nad 25 % do 50 % včetně – příslušné % z dvojnásobku pojistné částky, nad 50 % do 75 % včetně – příslušné % z trojnásobku pojistné částky, nad 75 % do 100 % včetně – příslušné % ze čtyřnásobku pojistné částky.

Po ustálení trvalých následků (nejpozději však před uplynutím promlčecí lhůty) je pojištěné dítě (v případě nezletilosti pojištěného dítěte jeho zákonný zástupce) povinno nahlásit pojistnou událost pojistiteli, termín ohodnocení rozsahu trvalých následků stanoví pojistitel. Pojištěné dítě (resp. zákonný zástupce) je povinno o zajištění ohodnocení požádat pojistitele v termínu určeném pojistitelem.

Pojistná událost

- Výši pojistného plnění za trvalé následky úrazu určuje pojistitel podle dále uvedených zásad a podle „Oceňovací tabulky plnění za trvalé následky úrazu“ (dále jen „oceňovací tabulka“) platné v době vzniku pojistné události (úrazu). Oceňovací tabulka, kterou má pojistitel právo doplňovat a měnit, je k dispozici na internetových stránkách pojistitele. Nejsou-li jakékoliv trvalé následky úrazu obsaženy v oceňovací tabulce, je pojistitel oprávněn stanovit výši pojistného plnění v součinnosti se smluvním lékařem pojistitele. K určení celkové výplaty pojistného plnění použije pojistitel hodnoty uvedené v oceňovací tabulce pro trvalé následky, které jsou daným trvalým následkům svou povahou nejbližší. Opakované ohodnocení trvalých následků lze provést pouze u smluvního lékaře, kterého určí pojistitel, a to na náklady zákonného zástupce (resp. pojištěného dítěte po dosažení své zletilosti). Pokud je to nezbytné, získává pojistitel relevantní informace na základě odborné lékařské expertizy od smluvního lékaře. Smluvní lékař

vyhotoví odbornou lékařskou expertizu, tj. zjištění zdravotního stavu na základě dodaných lékařských zpráv nebo zdravotnické dokumentace od ošetřujících lékařů a v případě potřeby i prohlídkou nebo vyšetřením. Konečná výše rozsahu trvalých následků úrazu je stanovena pojistitelem.

- b) Zanechá-li úraz pojištěnému dítěti trvalé následky, vyplátí pojistitel z pojistné částky (se zahrnutím progrese) tolik procent, kolika procentům odpovídá pro jednotlivá tělesná poškození podle oceňovací tabulky rozsah trvalých následků po jejich ustálení, a v případě, že se neustálily do tří let ode dne úrazu, kolika procentům odpovídá jejich stav ke konci této tříleté lhůty. Pojistitel nezohledňuje další změny ve zdravotním stavu pojištěného dítěte, které nastanou po ukončení této tříleté lhůty s výjimkou případů, kdy pojištěné dítě (resp. jeho zákonný zástupce) porušilo ustanovení VPP v článku 8 bodu B odst. 8 a 9. Stanoví-li oceňovací tabulka procentní rozpětí, určí pojistitel výši plnění tak, aby v rámci daného rozpětí odpovídalo plnění povaze a rozsahu tělesného poškození způsobeného úrazem.
- c) Nemůže-li pojistitel plnit proto, že trvalé následky úrazu nejsou po uplynutí jednoho roku ode dne úrazu ještě ustáleny, avšak je již znám jejich minimální rozsah po ustálení a tento odpovídá min. 0,5 %, může pojistitel poskytnout pojištěnému dítěti na základě jeho písemné žádosti přiměřenou zálohu; pojistitel poskytne k jedné pojistné události maximálně jednu zálohu.
- d) Týkají-li se trvalé následky úrazu části těla nebo orgánů, které byly poškozeny již před úrazem, sniží pojistitel své pojistné plnění za trvalé následky o tolik procent, kolika procentům odpovídalo předcházející poškození, určené též podle oceňovací tabulky.
- e) Způsobí-li jediný úraz pojištěnému dítěti několik trvalých následků, hodnotí pojistitel celkové trvalé následky součtem procent pro jednotlivé následky, nejvýše však do výše 100 %.
- f) Týkají-li se jednotlivé trvalé následky po jednom nebo více úrazech téhož údu, orgánu nebo jejich části, hodnotí je pojistitel jako celek, a to nejvýše procentem stanoveným v oceňovací tabulce pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného údu, orgánu nebo jejich části.
- g) Jestliže pojištěné dítě zemře následkem úrazu do jednoho roku ode dne, kdy k úrazu došlo, zaniká nárok na plnění za trvalé následky úrazu. Pojištění zaniká ke dni úmrtí pojištěného dítěte a pojistitel vyplátí pojistníkovi kapitálovou hodnotu smlouvy platnou ke dni nahlášení pojistné události sníženou o částečné výplaty provedené po nahlášení úmrtí.
- h) Jestliže před výplatou pojistného plnění za trvalé následky úrazu pojištěné dítě zemře, nikoliv však na následky tohoto úrazu, nebo pokud zemře po uplynutí jednoho roku od úrazu z jakékoliv příčiny a pokud vznikl nárok na plnění za trvalé následky úrazu, vyplátí pojistitel částku, která odpovídá rozsahu trvalých následků úrazu pojištěného dítěte v době jeho smrti. Nemí-li možno zpětně získat relevantní informace nutné k posouzení trvalých následků, nárok na pojistné plnění za trvalé následky úrazu nevzniká.
- i) Pojistitel je oprávněn upravit výši pojistné částky v průběhu trvání pojištění až na minimum stanovené pojistitelem.

B. POJIŠTĚNÍ VELMI VÁŽNÝCH ONEMOCNĚNÍ DÍTĚTE

Předmětem pojištění velmi vážných onemocnění jsou tyto diagnózy:

- a) **rakovina** – přítomnost nekontrolovaného růstu a rozšiřování maligních buněk a jejich invaze do tkáně, termín „rakovina“ také zahrnuje leukémii, maligní lymfomy a Hodgkinovu chorobu.
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 nebo T1b);
 - všechny typy rakoviny kůže včetně maligního melanomu klasifikace 1A;
 - všechny typy rakoviny za přítomnosti HIV infekce.Diagnóza maligního růstu nebo tvorby metastáz musí být potvrzena histologickým vyšetřením.
- b) **nitrolební (intrakraniální) nádor** – nitrolební (intrakraniální) nádory s klinickou symptomatologií, které je nutno řešit chirurgicky otevřeným přístupem (z kraniotomie), eventuálně stereotaktickým zákrokem. Přítomnost nádoru musí ohrožovat životní funkci a v případě, že je neoperabilní, musí způsobovat trvalé neurologické poškození. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem rozhodnutí odborného lékaře (neurologa, neurochirurga) o nutnosti (indikaci) operativního zákroku, eventuálně rozhodnutí o inoperabilitě nitrolebního nádorového procesu, případně prokázání již provedené operační léčby, chemoterapie nebo ozařování. Požaduje se průkaz nádoru na CT, MRI, EEG nebo PET.
- c) **transplantace životně důležitých orgánů** – nezbytně nutná a lékařským nálezem indikovaná transplantace srdce, srdce a plic, jater, ledvin, střeva, kdy je příjemcem pojištěné dítě. Operace musí být provedena na území členských států Evropské unie lékařským pracovištěm, které je oprávněno tyto operace provádět. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem provedení operace, pokud k ní došlo po uplynutí tříměsíční čekací doby od počátku pojištění a zahrnuje pouze transplantace výše uvedených orgánů. Mezi kritéria plnění patří také přijetí do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci. Transplantace musí být z lékařského hlediska nezbytná a musí být objektivně potvrzeno selhání funkce příslušného orgánu.
- d) **totální ledvinové selhání** – konečné stadium ledvinového selhávání následkem chronického a nezvratného selhání funkce obou ledvin; pojištěné dítě musí podstupovat pravidelnou dialýzu nebo být po transplantaci ledviny. Za pojistnou událost se považuje také zařazení pojištěného dítěte do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci.
Vyloučena je pouze jednostranná nefrektomie a přechodná dialýza z důvodu akutního ledvinového selhání.
- e) **operace aorty** – operační výkon na aortě provedený v důsledku jejího roztržení, vzniku výdutě; vyloučeny jsou operace na větvích aorty nebo bypassy vystupující z aorty a vedoucí krev do periferního řečiště a operační výkony na aortě provedené v důsledku úrazu. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem provedení operace, pokud k ní došlo na území členských států Evropské unie a po uplynutí tříměsíční čekací doby od počátku pojištění.
- f) **slepota** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta zraku obou očí v důsledku onemocnění nebo úrazu; 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.
Pojistnou událostí není snížení visu (zraku) nižšího stupně. Stav nelze změnit lékařským zákrokem.
- g) **hluchota** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta sluchu obou uší v důsledku onemocnění nebo úrazu; diagnóza musí být klinicky potvrzena audiometrickým vyšetřením, tympanometrií a vyšetřením akustického reflexu odborným lékařem pojistitele. Pojistnou událostí není snížení sluchu nižšího stupně. Stav nelze změnit lékařským zákrokem.
- h) **paraplegie, tetraplegie, hemiplegie** – úplné a trvalé ochrnutí obou dolních, obou horních nebo všech končetin nebo poloviny těla s úplným a trvalým přerušením vodivosti míchy pro vlákná zajišťující hybnost. Povinnost pojistitele plnit vzniká

nejdříve 6 měsíců od počátku onemocnění po stanovení diagnózy paraplegie, tetraplegie nebo hemiplegie příslušným klinickým pracovištěm. Vyloučena jsou částečná a vrozená ochrnutí končetin.

- i) **kóma** – stav hlubokého bezvědomí bez reakce na vnější či vnitřní podněty, který trvá nepřetržitě nejméně 96 hodin (do 8 bodů na Glasgowově stupnici kómatu). Během této doby musí být uměle udržována některá ze základních životních funkcí. Následkem musí být trvale prokazatelné poškození v klinickém neurologickém nález. Povinnost pojistitele plnit začíná dnem potvrzení diagnózy a trvalého neurologického poškození příslušným klinickým pracovištěm. Vyloučeno je kóma vzniklé následkem zneužívání alkoholu nebo aplikace návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky. Dále pojistitel neplní za kóma vzniklé na podkladě úrazu v souvislosti s požitím alkoholu nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky. Vyloučeno je též umělé kóma (dlouhodobá narkóza) navozené medikamentózně pro léčebné účely.
- j) **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 neurologem a doložena průkazem infekce v séru a v likvoru (mozkomíšním moku). Pojistnou událostí není paralýza trvajíc méně než tři měsíce a případy Guillain-Barrého syndromu.
- k) **meningitida, encefalitida** – zánět mozkových blan nebo mozkové tkáně vyvolaný virem nebo bakteriální infekcí; onemocnění může být prvotní nebo součástí jiného infekčního onemocnění (post infekční a parainfekční). Pojistnou událostí jsou pouze onemocnění vedoucí k závažným komplikacím trvajícím minimálně tři měsíce a trvalému neurologickému defektu se současně klinicky potvrzeným nálezem neurologa. Pojistitel dále plní za získané psychiatrické nemoci vedoucí k týmž nebo podobným následkům jako organická onemocnění mozku uvedená pod tímto písmenem. Podkladem pro poskytnutí plnění je lékařská zpráva a podrobný popis postižení. Vyloučeno je postižení vzniklé následkem infekce způsobené virem HIV. Podmínkou vzniku pojistné události u onemocnění definovaných pod tímto písmenem je mimo uvedené nezbytné podmínky také detailní zpráva ošetřujícího lékaře pojištěného dítěte potvrzující splnění alespoň jedné z následujících podmínek po dobu minimálně šesti po sobě následujících měsíců a obsahující písemné vyjádření lékaře o očekávaném nezlepšování se současného stavu:
 - pojištěné dítě dosáhlo věku tří let,
 - 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.Nedosáhlo-li pojištěné dítě, v případě onemocnění definovaných pod tímto písmenem, věku tří let, vzniká nárok na pojistné plnění prokázáním splnění (včetně písemného vyjádření lékaře o očekávaném nezlepšování se současného stavu) alespoň jedné z podmínek uvedených v tomto bodě a po uplynutí doby minimálně šesti po sobě následujících měsíců, která začala běžet dnem, kdy se pojištěné dítě dožilo tří let věku.
- l) **virová hepatitida** – virový zánět jaterní tkáně způsobený virem hepatitidy. Vyloučeno je infekční onemocnění virem hepatitidy typu A. Pro doložení onemocnění a podmínek 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 zvýšené nejméně čtyřikrát nad standardní fyziologickou hladinu v důsledku zánětu jater,
 - zvýšená hladina jaterních enzymů musí být zjištělná v séru alespoň šest měsíců po skončení léčení virového zánětu jater a zároveň v době oznámení pojistné události.Onemocnění je doloženo také v případech, kdy byla hepatitida léčena interferonem, léčba skončila, k vyléčení dosud nedošlo a virus hepatitidy přetrvává v těle i po jednom roce od ukončení léčby interferonem.
- m) **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 výsledků punkce kostní dřeně,
 - počet granulocytů (bílé krvinky s výzrálymi granuly v cytoplasmě) v krvi je nižší než 500/mm³ (t.j. 0,5 x 10⁹/l) a krevních destiček nižší než 20 000/mm³ (t.j. 20 x 10⁹/l),
 - je prokázána anémie a retikulocytopenie,
 - léčení je prováděno minimálně jedním z následujících způsobů:
 - pravidelné krevní transfuze opakující se alespoň tři měsíce,
 - pravidelná aplikace imunosupresivních látek opakující se alespoň tři měsíce,
 - transplantace kostní dřeně.Pojistná událost nenastává, jedná-li se o aplastickou anémii, která je následkem terapie (např. antibiotiky, nesteroidními antirevmatiky, zlatem, radiačním zářením nebo chemoterapií), o některou z forem vrozené aplastické anémie nebo o aplastickou anémii, pokud bylo u pojištěného dítěte diagnostikováno nádorové onemocnění před uzavřením tohoto pojištění. Pojistná událost také nenastává v případě, že diagnóza aplastické anémie byla poprvé stanovena 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.
- n) **diabetes mellitus I. typu s intenzifikovaným inzulínovým režimem (závislý na inzulínu)** – diabetem se pro účely pojištění rozumí získané chronické onemocnění, v jehož důsledku vznikne stav chronické hyperglykémie. Podmínkou vzniku pojistné události je doložení lékařské zprávy pojistiteli s potvrzenou diagnózou diabetes mellitus I. typu, která pro svou závažnost vyžaduje léčení pravidelnými aplikacemi inzulínových injekcí, přičemž tato léčba již trvá po dobu minimálně tří měsíců. Vyloučen je diabetes mellitus II. typu vzniklý na podkladě obezity.
- o) **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 odnětého segmentu střeva a podle zbylé délky tenkého střeva. Nedochází ke správnému vstřebávání živin. Následně vzniká podvýživa, kterou není možno řešit jinak než umělou parenterální výživou. Podmínkou pro poskytnutí pojistného plnění je, že podávání umělé parenterální výživy trvá alespoň 1 rok nebo je trvalé. Další podmínkou je doložení lékařské zprávy s popisem postižení (základní dg) a odůvodněním nutnosti podávání umělé parenterální výživy.
- p) **operace srdeční chlopně** – pro účely pojištění se podle těchto SPP rozumí operace srdeční chlopně provedená 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. Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění.

- r) **získané chronické srdeční onemocnění** – pro účely pojištění se podle těchto SPP rozumí získané onemocnění srdce, které se projevuje trvalou funkční a/ nebo morfológickou patologií srdeční tkáně (srdeční chlopně, endokard, myokard a/ nebo perikard). Podmínkou vzniku pojistné události je, aby náležela léčba získaného chronického srdečního onemocnění probíhala po dobu nejméně šesti měsíců, po celou tuto dobu dosahovalo onemocnění stupně II nebo vyššího podle NYHA klasifikace a přes náležitou léčbu nelze očekávat zlepšení. Pojistná událost nenastává, jedná-li se o získané chronické srdeční onemocnění:
- vzniklé v důsledku požívání alkoholu nebo aplikace omamných či návykových látek,
 - vzniklé v důsledku defektu v srdečním septu,
 - pokud byla u pojištěného dítěte diagnostikována revmatická horečka před počátkem pojištění velmi vážných onemocnění.
- Výše pojistného plnění je závislá na stupni postižení dle NYHA klasifikace:
- stupeň IV dle NYHA klasifikace: 100 % pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění,
 - stupeň II nebo III dle NYHA klasifikace: 50 % pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění.
- s) **astma bronchiale** – je závažným onemocněním v případě současného splnění všech tří následujících kritérií trvajících déle než dvanáct měsíců:
- trvalé klinické příznaky (těžké a středně těžké perzistující astma) či záchvat více než jedenkrát týdně (lehké perzistující astma); časté noční příznaky;
 - trvalá potřeba léčby bronchodilatačními léky (betamimetika, aminofylin) či trvalé podávání inhalačních kortikoidů;
 - odchylky v plicním funkčním vyšetření – FEV₁ ≤60 % náležité hodnoty.
- t) **epilepsie** – pro účely pojištění se podle těchto SPP rozumí záchvatovitá přechodná porucha mozkové činnosti, která se projevuje poruchou vědomí. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby provedení EEG vyšetření vykazovalo patologickou epileptickou aktivitu mozku a zároveň byl splněn jeden z následujících požadavků:
- více než jeden záchvat tonicko-klonických křečí postihující všechny kosterní svaly a současná porucha vědomí (grand mal) častěji než jedenkrát za sedm dnů po dobu více než dvanáct měsíců. V případě takové pojistné události je výše pojistného plnění rovna 100 % pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění.
 - více než jeden záchvat tonicko-klonických křečí postihující všechny kosterní svaly a současná porucha vědomí (grand mal) častěji než jedenkrát za třicet dnů po dobu více než dvanáct měsíců. Po celou dobu musí být pojištěné dítě odpočívající způsobem léčen a záchvaty musí být dokumentovány lékařskými zprávami.
- V případě takové pojistné události je výše pojistného plnění rovna 25 % pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění.
- Pojistná událost nenastává v případě, že diagnóza epilepsie byla poprvé stanovena 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 rodiče vědomi před počátkem pojištění:
- úraz hlavy,
 - závažné onemocnění a/ nebo infekce mozku,
 - chirurgický zákrok na mozku,
 - nádor mozku,
 - hypoxie během porodu pojištěného dítěte.
- u) **revmatická horečka** – pro účely pojištění se podle těchto SPP rozumí revmatická horečka s přetrvávajícími srdečními komplikacemi. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby onemocnění vedlo k trvalému chronickému srdečnímu selhání, které dosahuje stupně II nebo vyššího podle NYHA klasifikace po dobu nejméně šesti měsíců, a přes náležitou léčbu nelze očekávat zlepšení. Diagnóza revmatické horečky musí být potvrzena kardiologem a musí být prokázáno splnění všech diagnostických kritérií podle Jonese. Pojistná událost nenastává, trpělo-li pojištěné dítě chlopenní vadou jakéhokoliv původu před počátkem pojištění.
- Výše pojistného plnění je závislá na stupni postižení dle NYHA klasifikace:
- stupeň IV dle NYHA klasifikace: 100 % pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění,
 - stupeň II nebo III dle NYHA klasifikace: 50 % pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění.
- v) **tetanus** – pro účely pojištění se podle těchto SPP rozumí akutní infekce způsobená bakterií Clostridium tetani. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby onemocnění vedlo ke svalové ochablosti a respirační nedostatečnosti trvající po dobu nejméně čtyř týdnů potvrzené odborným lékařem a byla nutná léčba pojištěného dítěte za hospitalizace. Pojistná událost nenastává, pokud pojištěné dítě nebylo řádně očkováno dle platného očkovacího kalendáře. Výše pojistného plnění je rovna 25 % pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění.
- x) **závažná onemocnění způsobená přisátím klíštěte** – rozumí se závažná forma klíšťové meningoencefalitidy nebo lymeské nemoci, která je způsobena přisátím klíštěte. Závažná forma meningoencefalitidy nebo chronické formy lymeské boreliózy způsobují trvalé následky. Příznaky onemocnění se musí projevit v období tří měsíců následujících po přisátí klíštěte a diagnóza musí být doložena v závislosti na onemocnění níže uvedeným způsobem.
- Klíšťovou meningoencefalitidu (KE)** se rozumí encefalitida a/ nebo meningitida způsobená specifickými ARBO viry, které jsou klíštětem obvykle přeneseny. Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria:
- pojištěný doložil anamnézu přisátí klíštěte s uvedením data, zaznamenanou v lékařské dokumentaci,
 - KE je řádně léčena během hospitalizace nebo ambulantně,
 - pojištěný doložil přítomnost protilátek proti klíšťové meningoencefalitidě v séru a/ nebo v mozkomíšním moku a zvýšený hladiny IgM protilátek prokazující akutní infekci,
 - závažné trvalé neurologické a/ nebo psychiatrické následky klíšťové meningoencefalitidy jsou potvrzeny příslušným odborným lékařem.
- Lymeskou nemoc** se rozumí bakteriální závažné infekční onemocnění s kožními, neurologickými, kardiologickými a kloubními příznaky. Chronická pozdní forma nemoci má nervové a kloubní projevy.
- Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria:
- pojištěný doložil anamnézu přisátí klíštěte s uvedením data zaznamenanou v lékařské dokumentaci,
 - pojištěný jednoznačně doložil přítomnost bakterie Borrelia burgdorferi (vyšetření z laboratorně molekulární biologie pomocí PCR),
 - 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 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 neurologa. Postižení kloubů a invalidizace musí být potvrzena příslušným odborným lékařem. Podrobná kritéria pro vznik a plnění pojistné události jsou shodná s parametry popsanými v písmeně k) meningitida a encefalitida.

2. Pojistná událost

- a) Není-li u vyjmenovaných velmi vážných onemocnění v těchto podmínkách uvedeno jinak, pojistitel poskytne pojistné plnění i za velmi vážné onemocnění (potvrzení lékařské diagnózy), pokud vznikne v důsledku úrazu v době trvání pojištění.
- b) Bylo-li ve smlouvě sjednáno pojištění velmi vážných onemocnění, je pojistitel povinen vyplatit, v případě splnění podmínek a vzniku pojistné události uvedených v části Dětská pojištění, bodu B tohoto článku, pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky pojištění velmi vážných onemocnění, nezávisle na případném dalším plnění z jakéhokoliv jiného pojištění sjednaného ve smlouvě.
- c) Pojistné plnění bude vyplaceno pouze za předpokladu přežití pojištěného dítěte alespoň 30 kalendářních dnů od potvrzené lékařské diagnózy, případně data provedení operačního nebo lékařského výkonu jednoho z velmi vážných onemocnění uvedených v části Dětská pojištění, bodu B tohoto článku.
- d) Z pojištění velmi vážných onemocnění je pojistitel povinen na základě písemné žádosti vyplatit, pokud pojištěnému dítěti onemocněním vzniklo právo na plnění, smluvně dohodnutou pojistnou částku, došlo-li u pojištěného dítěte v době trvání pojištění k potvrzené lékařské diagnóze jednoho z velmi vážných onemocnění, vyjmenovaných v pojistné smlouvě, respektive k provedení některého z operačních zákroků vyjmenovaných a definovaných v pojistné smlouvě.
- e) V pojištění velmi vážných onemocnění není pojistitel povinen plnit v případě potvrzené lékařské diagnózy, případně data provedení operačního nebo lékařského výkonu, jednoho z velmi vážných onemocnění u pojištěného dítěte do doby tří měsíců ode dne počátku tohoto pojištění, v případech velmi vážných onemocnění diagnostikovaných či léčených před počátkem pojištění a v případech souvisejících vrozených symptomů vzniklých před uzavřením pojištění. Pojištěné dítě (v případě nezletilosti pojištěného dítěte jeho zákonný zástupce) je povinno onemocnění bez zbytečného odkladu nahlásit, a to nejdele do jednoho měsíce od data potvrzené lékařské diagnózy onemocnění. Dojde-li k potvrzení více diagnóz velmi vážných onemocnění podle ustanovení části Dětská pojištění, bodu B tohoto článku současně, vyplatí pojistitel z těchto pojistných událostí pouze pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky pouze jednou, a to do maximální výše pojistné částky sjednané smlouvou.
- f) Dojde-li k potvrzení lékařské diagnózy jednoho z velmi vážných onemocnění u pojištěného dítěte, vyplatí pojistitel pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky. Vyplacením pojistného plnění z pojištění velmi vážných onemocnění toto pojištění zaniká.
- g) V případě, kdy došlo v posledních třech měsících před stanovením diagnózy, příp. operace, velmi vážného onemocnění ke zvýšení pojistné částky pro případ velmi vážného onemocnění, vyplatí pojistitel pojistnou částku platnou před jejím zvýšením.

C. POJIŠTĚNÍ DENNÍHO ODŠKODNÉHO – ÚRAZ

- a) Výši a rozsah pojistného plnění určuje pojistitel podle dále uvedených zásad.
- b) Úrazy, za které pojistitel poskytuje pojistné plnění, jsou přesně specifikovány v tabulce „Maximální hodnoty plnění denního odškodného za dobu léčby úrazu“ (dále jen „oceňovací tabulka DO“) platné v době vzniku pojistné události (úrazu). Oceňovací tabulka DO, kterou má pojistitel právo doplňovat a měnit, je k dispozici na internetových stránkách pojistitele.
- c) V oceňovací tabulce DO je uveden maximální počet dnů, za které bude sjednané denní odškodné pro příslušnou diagnózu vyplaceno. Celkový počet dnů, za které bude pojistné plnění vyplaceno, se stanoví na základě lékařské zprávy o úrazu, maximálně však v počtu dnů uvedených v oceňovací tabulce DO. Pokud je celková doba léčby kratší než 8 dnů, pojistné plnění za dobu nezbytného léčení úrazu (dále jen „doba léčení“) se nevyplácí. Pokud je celková doba léčby alespoň 8 dnů, vyplatí se denní odškodné za dobu léčby dle skutečného počtu dnů léčby, maximálně však do výše dle oceňovací tabulky DO. Není-li jakékoli tělesné poškození obsaženo v oceňovací tabulce DO, je pojistitel oprávněn stanovit výši pojistného plnění v součinnosti se smluvním lékařem pojistitele. K určení celkové výplaty pojistného plnění použije pojistitel hodnoty uvedené v oceňovací tabulce DO, které jsou danému poškození svou povahou nejbližší.
- d) Maximální počet dnů, za které poskytne pojistitel pojistné plnění, je 180 dnů.
- e) V případě souběhu doby léčby více úrazů se započítává souběžná doba léčby pouze jednou.
- f) Bylo-li pojištěnému dítěti způsobeno jedním úrazem několik tělesných poškození různých druhů, plní pojistitel pouze za dobu léčby u nejzávažnějšího úrazu dle oceňovací tabulky DO.
- g) V případě dlouhodobého léčení úrazu, lze-li jednoznačně určit, že vznikne nárok na pojistné plnění, a lze-li určit jeho minimální výši, pojistitel poskytnout pojištěnému dítěti na základě jeho písemné žádosti přiměřenou zálohu; pojistitel poskytne k jedné pojistné události maximálně dvě zálohy, a to nejdříve po třech měsících od vzniku pojistné události.
- h) Do posledního dne roku, ve kterém pojištěné dítě dovrší 10 let věku, platí odlišné od Zvláštního ustanovení II., článku 3, odst. 3, písm. b) VPP, že za pojistné události jsou u dětí považovány i otravy v důsledku požití pevných nebo kapalných látek polknutím, s výjimkou otrav způsobených potravinnými.
- i) Děti nejsou zařazovány do rizikových skupin.
- j) Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění.

Přípojištění k dennímu odškodnému pro pojištěné dítě – denní odškodné nad limit stanovený oceňovací tabulkou DO

Přípojištění k dennímu odškodnému lze sjednat pouze tehdy, pokud je sjednáno pojištění denního odškodného.

- a) Dojde-li k úrazu a vznikne nárok na pojistné plnění z denního odškodného podle ustanovení speciálních pojistných podmínek pro pojištění denního odškodného a celková doba léčby úrazu bude delší než maximální doba stanovená oceňovací tabulkou DO, vyplatí pojistitel za každý den nezbytného léčení úrazu nad maximální dobu stanovenou oceňovací tabulkou DO sjednané denní odškodné.
- b) Maximální počet dnů, za které celkově pojistitel poskytne pojistné plnění, je 365 dnů.
- c) Pokud je celková doba léčby úrazu ve srovnání s průměrnou délkou léčby pro uvedený úraz neúměrně dlouhá, stanoví konečný celkový rozsah pojistného plnění pojistitel na základě relevantních informací získaných od smluvního lékaře.

Pro toto přípojištění dále platí:

- V případě souběhu doby léčby více úrazů se započítává souběžná doba léčby pouze jednou.
- Bylo-li pojištěnému způsobeno jedním úrazem několik tělesných poškození různých druhů, plní pojistitel pouze za dobu léčby u nejzávažnějšího úrazu dle oceňovací tabulky DO.
- V případě dlouhodobého léčení úrazu, lze-li jednoznačně určit, že vznikne nárok na pojistné plnění, a lze-li určit jeho minimální výši, může pojistitel poskytnout pojištěnému na základě jeho písemné žádosti přiměřenou zálohu; pojistitel

poskytne k jedné pojistné události maximálně dvě zálohy, a to nejdříve po třech měsících od vzniku pojistné události.

- Výplata pojistného plnění z připojištění k dennímu odškodnému končí nejpozději se zánikem pojištění.

D. POJIŠTĚNÍ HOSPITALIZACE – ÚRAZ NEBO NEMOC

Pojistitel poskytne pojistné plnění z pojištění hospitalizace pojištěného dítěte z důvodu úrazu nebo nemoci.

1. Maximální počet dnů, za které celkově pojistitel poskytne pojistné plnění, je 365 dnů.
2. Pojištění pobytu v nemocnici zahrnuje v případě pojistné události výplatu pojistného plnění od prvního dne léčení za každý započatý den z lékařského hlediska nutné hospitalizace (vč. svátků, sobot a nedělí). Podmínkou výplaty je hospitalizace dosahující minimálně 24 hodin. Dále pojistitel vyplácí pojistné plnění za každý den hospitalizace v prvních třech letech ode dne zahájení léčení úrazu nebo nemoci.
3. V případě hospitalizace při porodu je pojistné plnění omezeno na 7 dnů, v důsledku těhotenských komplikací v průběhu jednoho těhotenství na max. 28 dnů.
4. Pojistnou událostí je nemoc, která nastala po sjednané čekací době a jejímž důsledkem je z lékařského hlediska nutná hospitalizace pojištěného dítěte. Čekací doba začíná běžet dnem počátku pojištění. Základní čekací doba trvá 2 měsíce, není-li ve smlouvě uvedeno jinak.
5. Zvláštní čekací doba v délce 8 měsíců je stanovena pro případ hospitalizace výlučně z důvodu:
 - těhotenství nebo porodu,
 - zubního ošetření, zhotovení zubních náhrad a úkonů chirurgie a ortopedie čelisti.
6. Pokud dojde ke zvýšení pojistné částky tohoto pojištění, platí ode dne změny ustanovení o nové dvouměsíční čekací době pro dodatečnou část zvýšeného pojistného krytí. V případě navýšení pojistné částky bude za onemocnění, které nastalo, bylo diagnostikováno nebo prvotně léčeno již před tímto navýšením, plněno ve výši původně sjednané pojistné částky.
7. Do posledního dne roku, ve kterém pojištěné dítě dovrší 10 let věku, platí odlišně od Zvláštního ustanovení II., článku 3, odst. 3, písm. b) VPP, že za pojistné události jsou u dětí považovány i otravy v důsledku požití pevných nebo kapalných látek polknutím, s výjimkou otrav způsobených potravinami.
8. Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění.

Pro toto pojištění dále platí:

- Nemocníci se ve smyslu těchto podmínek rozumí státní, popř. soukromé zařízení s platnou registrací zabývající se péčí a ošetřováním nemocných a zraněných osob, disponující dostatečnými diagnostickými, chirurgickými a terapeutickými zařízeními, nepřetržitou ošetrovatelskou službou a pracující dle všeobecně uznávaných poznatků vědy.
- Pojištěné dítě (v případě nezletilosti pojištěného dítěte jeho zákonný zástupce) je povinno předložit pojistiteli řádně vyplněné hlášení pojistné události, včetně kopie dokladu s potvrzením doby hospitalizace.
- Pojištěné dítě (v případě nezletilosti pojištěného dítěte jeho zákonný zástupce) je povinno a zabezpečit a postarat se, aby všechny doklady vyžádané pojistitelem byly vyhotoveny a zaslány co možná nejdříve v českém jazyce (originální dokumenty pořízené v cizím jazyce, aby byly opatřené překladem úředně uznávanou osobou); je povinno dodržovat stanovený léčebný režim, rady lékaře a všemi způsoby napomáhat svému celkovému uzdravení.
- Pojištěné dítě je povinno se na požádání podrobit dodatečnému vyšetření u smluvního lékaře pojistitele.

Výluky z pojistného plnění

Pojistitel neplní v případě:

- a) léčebných pobytů v lázních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, psychiatrických léčebnách nebo zařízeních, zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie nebo závislosti, s výjimkou případů, kdy pojistitel s tímto typem léčby vyjádřil předem písemně souhlas, dále hospitalizace související pouze s pečovatelskou péčí, jakož i ve speciálních dětských zařízeních a ústavech sociální péče,
- b) poruch duševních a poruch chování – MKN 10 (mezinárodní klasifikace nemocí) – diagnózy F00 – F99,
- c) zákroků a zásahů z lékařského hlediska ne nezbytných, které si pojištěný nechal provést na svém těle, jako např. zubní ošetření, chirurgie či ortopedie čelisti, kosmetické zákroky,
- d) hospitalizace z důvodu vrozených vad.

01/2012

Speciální pojistné podmínky pro Úvěrové životní pojištění HYPOTÉKA

Tyto speciální pojistné podmínky (dále jen „SPP“) se řídí zákonem o pojistné smlouvě a Všeobecnými pojistnými podmínkami pojištění osob OSOŽIV 8 ze dne 1. ledna 2012 (dále jen „VPP“) a jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy (dále jen „smlouvy“).

ČLÁNEK 1 Rozsah pojištění

Úvěrové životní pojištění může být uzavřeno pouze s osobou, které byl úvěr poskytnut. Pojištěnou osobou může být dlužník nebo spoludlužník. Doba trvání pojištění je rovna době od počátku pojištění do úplného splacení úvěru, maximálně však do původně sjednaného konce pojištění. Dožije-li se pojištěný sjednaného konce pojištění, zaniká pojištění bez náhrady a bez výplaty pojistného plnění.

- **pojištění nesplaceného zůstatku úvěru pro případ smrti z jakýchkoliv příčin**
V pojištění nesplaceného zůstatku úvěru pro případ smrti pojištěného je v případě smrti v době trvání pojištění vyplacena pojistná částka ve výši nesplaceného zůstatku úvěru (včetně úroků a poplatků) k datu úmrtí, nejvýše však do výše sjednané pojistné částky. Výplatou pojistného plnění pojištění zaniká. Pokud bylo sjednáno pojištění poměrně části úvěru, je pojistné plnění vyplaceno ve stejném poměru nesplaceného zůstatku úvěru (včetně úroků a poplatků) k datu úmrtí. Od pojistného plnění budou odečteny částky dlužného pojistného, které byly splatné nejpozději ke dni vzniku pojistné události. V případě, že je ke dni vzniku pojistné události v prodlení se splátkami úvěru, bude od pojistného plnění odečtena částka ve výši neuhrazených splátek úvěru, které byly splatné nejpozději ke dni vzniku pojistné události.
- **pojištění nesplaceného zůstatku úvěru pro případ velmi vážných onemocnění**
V pojištění nesplaceného zůstatku úvěru pro případ velmi vážných onemocnění u pojištěného je v případě potvrzené lékařské diagnózy jednoho z velmi vážných onemocnění vyjmenovaných v pojistné smlouvě, respektive provedení některého z operačních zákroků vyjmenovaných a definovaných v pojistné smlouvě, v době trvání pojištění vyplacena pojistná částka ve výši nesplaceného zůstatku úvěru (včetně úroků a poplatků) k datu diagnózy nebo operace velmi vážného onemocnění, nejvýše však do výše sjednané pojistné částky. Výplatou pojistného plnění pojištění zaniká. Pokud bylo sjednáno pojištění poměrně části úvěru, je pojistné plnění vyplaceno ve stejném poměru nesplaceného zůstatku úvěru (včetně úroků a poplatků) k datu diagnózy nebo operace velmi vážného onemocnění. Od pojistného plnění budou odečteny částky dlužného pojistného, které byly splatné nejpozději ke dni vzniku pojistné události. V případě, že je ke dni vzniku pojistné události pojištěný v prodlení se splátkami úvěru, bude od pojistného plnění odečtena částka ve výši neuhrazených splátek úvěru, které byly splatné nejpozději ke dni vzniku pojistné události.

Pro pojištění velmi vážných onemocnění se vymezují následující pojmy:

- infarkt myokardu** – nezvratně poškození části srdeční svaloviny (transmurální infarkt), které je způsobeno nedostatečným krevním zásobením dané oblasti; nárok na pojistné plnění vzniká, jestliže odborná kardiologická a interní klinika, resp. příslušný odborný lékař stanoví, potvrzenou diagnózu; diagnóza musí být potvrzena následujícími kritérii:
 - čerstvé změny na EKG,
 - charakteristická lokalizace bolesti a
 - zvýšení hladiny srdečních enzymů nebo troponinu I.Musí jít o první výskyt tohoto onemocnění u pojištěného. Angina pectoris je z pojistného plnění vyloučena.
- rakovina** – přítomnost nekontrolovaného růstu a rozšiřování maligních buněk a jejich invaze do tkáně, termín „rakovina“ také zahrnuje leukémii, maligní lymfomy a Hodgkinovu chorobu. 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 nebo T1b),
 - všechny typy rakoviny kůže včetně maligního melanomu klasifikace 1A,
 - všechny typy rakoviny za přítomnosti HIV infekce.Diagnóza maligního růstu nebo tvorby metastáz musí být potvrzena histologickým vyšetřením.
- náhlá cévní mozková příhoda** – jakákoliv cévní mozková příhoda, která má za následek patologický neurologický nálezní trvající déle než 24 hodin, včetně:
 - infarktu mozkové tkáně,
 - krvácení z nitrolebních cév a
 - embolizace z extrakraniálního (mimolebního) zdroje.Musí být přítomen důkaz trvalého neurologicky prokazatelného poškození. Diagnóza musí být potvrzena čerstvými změnami na CT nebo MRI. Vyloučeny jsou náhlé cévní mozkové příhody vzniklé důsledkem úrazu a tranzitorní ischemické ataky.
- totální ledvinové selhání** – konečné stadium ledvinového selhávání následkem chronického a nezvratného selhání funkce obou ledvin; pojištěný musí podstupovat pravidelnou dialýzu nebo být po transplantaci ledviny. Za pojistnou událost se považuje také zařazení pojištěného do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci. Vyloučena je pouze jednostranná nefrektomie a přechodná dialýza z důvodu akutního ledvinového selhání.
- transplantace životně důležitých orgánů** – nezbytně nutná a lékařským nálezem indikovaná transplantace srdce, srdce a plic, jater, ledvin, kdy je příjemcem pojištěný. Operace musí být provedena na území členských států Evropské unie lékařským pracovištěm, které je oprávněno tyto operace provádět. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem provedení operace, pokud k ní došlo po uplynutí tříměsíční čekací doby od počátku pojištění a zahrnuje pouze transplantace výše uvedených orgánů. Mezi kritéria plnění patří také přijetí do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci. Transplantace musí být z lékařského hlediska nezbytná a musí být objektivně potvrzeno selhání funkce příslušného orgánu.

- operace aorty** – operační výkon na aortě provedený v důsledku jejího roztržení, vzniku vředu nebo jejího vrozeného zúžení; vyloučeny jsou operace na větvích aorty nebo bypassy vystupující z aorty a vedoucí krev do periferního řečiště (např. aortofemorální bypass) a operační výkony na aortě provedené v důsledku úrazu. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem provedení operace, pokud k ní došlo na území členských států Evropské unie a po uplynutí tříměsíční čekací doby od počátku pojištění.
- nitrolební (intrakraniální) nádor** – nitrolební (intrakraniální) nádory s klinickou symptomatologií, které je nutno řešit chirurgicky otevřeným přístupem (z kraniotomie), eventuálně stereotaktickým zákrokem. Přítomnost nádoru musí ohrožovat životní funkce a v případě, že je neoperabilní, musí způsobovat trvalé neurologické poškození. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem rozhodnutí odborného lékaře (neurologa, neurochirurga) o nutnosti (indikaci) operativního zákroku, eventuálně rozhodnutí o inoperabilní nitrolebního nádorového procesu, případně prokázání již provedené operační léčby, chemoterapie nebo ozařování. Požaduje se průkaz nádoru na CT, MRI, EEG nebo PET.
- slepota** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta zraku obou očí v důsledku onemocnění nebo úrazu; 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. Pojistnou událostí není snížení visu (zraku) nižšího stupně. Stav nelze změnit žádným lékařským zákrokem.
- hluchota** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta sluchu obou uší v důsledku onemocnění nebo úrazu; diagnóza musí být klinicky potvrzena audiometrickým vyšetřením, tympanometrií a vyšetřením akustického reflexu odborným lékařem pojistitele. Pojistnou událostí není snížení sluchu nižšího stupně. Stav nelze změnit lékařským zákrokem.
- paraplegie, tetraplegie, hemiplegie** – úplné a trvalé ochrnutí obou dolních, obou horních nebo všech končetin nebo poloviny těla s úplným a trvalým přerušením vodivosti míchy pro vlákna zajišťující hybnost. Povinnost pojistitele plnit vzniká nejříve 6 měsíců od počátku onemocnění po stanovení diagnózy paraplegie, tetraplegie nebo hemiplegie příslušným klinickým 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 nálezů. Povinnost pojistitele plnit začíná dnem potvrzení diagnózy a trvalého neurologického poškození příslušným klinickým pracovištěm. Vyloučeno je kóma vzniklé následkem zneužívání alkoholu nebo aplikace návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky. Dále pojistitel neplní za kóma vzniklé na podkladě úrazu v souvislosti s požitím alkoholu nebo aplikací návykových látek 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 klinickým neurologickým pracovištěm. Vyloučena je demence v důsledku zneužívání alkoholu nebo aplikace návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky, demence v důsledku choroby AIDS a demence následkem úrazu.
- Parkinsonova nemoc** – progredující neurologické onemocnění způsobené úbytkem buněk produkujících přenašeč dopamin. Nedostatek dopaminu vede k charakteristickým příznakům nemoci (rigidita svalů, poruchy držení těla, svalový třes, zpomalení volných pohybů). Následující kritéria se musí vyskytovat trvale: akinesie plus rigor, klidový tremor nebo posturální instabilita. Patří sem i klinický stupeň závažnosti (stadium 3 dle Hoehna a Yahr). Potvrzení neurologem a pomocí L-dopa testu, CT nebo MRI. Vyloučeny z plnění jsou sekundární parkinsonské příznaky.
- operace věnčitých (koronárních) tepen z důvodu ischemické choroby srdeční** – operační kardiologický výkon, při němž je pojištěnému voperován alespoň dvojnásobný koronární bypass (CABG, ACVB) s použitím transplantátu při otevřeném hrudníku pro funkčně významné poškození věnčitých tepen. Podkladem pro indikaci operace musí být koronograficky prokázaná funkčně významná nedostatečnost (zúžení, uzávěr) věnčitých tepen a lékařská zpráva s přesnou diagnózou základní a operační. Pojistná událost však nenastává, pokud je zprůchodnění věnčitých tepen provedeno pomocí intraarteriálních katetrů, mezi které patří například angioplastika (PTCA), rotablace, laserové techniky nebo jakékoli jiné podobné procedury (tj. provedení zákroku bez otevření hrudníku). Datem škodné události je den provedení operace. Operace musí být provedena na území České republiky nebo na území členských států Evropské unie. Musí být předem konzultována a odsouhlasena pojistitelem písemnou formou. V případě nesplnění této podmínky není pojistitel povinen vyplatit pojistné plnění.
- roztroušená skleróza** – chronické onemocnění centrálního nervového systému vyvolané úbytkem myelinu provázené poškozením pohybových a smyslových funkcí a prokázané typickými nálezy při vyšetření centrální nervové soustavy (CNS) magnetickou rezonancí (MRI). Pojistná událost vzniká, pokud byla nemoc jednoznačně diagnostikována odborným neurologickým pracovištěm a postižení trvá nepřetržitě alespoň tři měsíce, nebo došlo ke dvěma akutním atakám tohoto onemocnění. Za pojistnou událost se nepovažuje první akutní projev tohoto onemocnění a nejednoznačné neurologické diagnózy. Musí se jednat o takové stadium onemocnění, kdy je splněna některá z následujících podmínek:
 - musí přetrvávat neurologicky nepochybné projevy postižení zrakových nervů, mozkového kmene, páteřní míchy, změny pohybové koordinace nebo změny funkcí nervů nepřerušeně po dobu nejméně šest měsíců nebo
 - jsou dokumentovány nejméně dvě samostatné ataky onemocnění oddělené obdobím remise trvajícím nejméně jeden měsíc nebo
 - je dokumentována jedna ataka onemocnění provázená charakteristickým nálezem v mozkomíšním moku současně se specifickými mozkovými lézemi ověřenými vyšetřením CNS magnetickou rezonancí. Datem škodné události je den, ke kterému byla stanovena diagnóza roztroušené sklerózy ve smyslu této definice odborným lékařem – neurologem.

- p) **závažná onemocnění způsobená přísátím klišťete** – závažná forma klišťové meningoencefalitidy nebo lymeské nemoci, která je způsobena přísátím klišťete. Závažná forma meningoencefalitidy nebo chronické formy lymeské boreliózy způsobují trvalé následky. Příznaky onemocnění se musí projevit v období tří měsíců následujících po přísátí klišťete a diagnóza musí být doložena v závislosti na onemocnění níže uvedeným způsobem.

Klišťovou meningoencefalitidou (KE) se rozumí encefalitida a/nebo meningitida způsobená specifickými ARBO viry, které jsou klišťetem obvykle přeneseny. Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria:

- pojištěný doložil anamnézu přísátí klišťete s uvedením data, zaznamenanou u lékařské dokumentaci,
- KE je řádně léčena během hospitalizace nebo ambulantně,
- pojištěný doložil přítomnost protilátek proti klišťové meningoencefalitidě v séru a/nebo v mozkomíšním moku a zvýšení hladiny IgM protilátek prokazující akutní infekci,
- závažné trvalé neurologické a/nebo psychiatrické následky klišťové meningoencefalitidy jsou potvrzeny příslušným odborným lékařem.

Lymeskou nemocí se rozumí bakteriální zánětlivé infekční onemocnění s kožními, neurologickými, kardiologickými a kloubními příznaky. Chronická pozdní forma nemoci má nervové a kloubní projevy. Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria:

- pojištěný doložil anamnézu přísátí klišťete s uvedením data, zaznamenanou u lékařské dokumentaci,
- pojištěný jednoznačně doložil přítomnost bakterie *Borrelia burgdorferi* (vyšetření z laboratoře molekulární biologie pomocí metody PCR),
- 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 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 poškození kloubů).

Pojistnou událostí při neurologických komplikacích jsou onemocnění s trvalým neurologickým defektem a současně klinicky potvrzeným nálezem neurologa. Postižení kloubů a invalidizace musí být potvrzena příslušným odborným lékařem.

- r) **bakteriální meningitida** – hnisavý zánět mozkových blan způsobený bakteriemi, který může způsobit trvalá neurologická poškození. Pro plnění musí po dobu tří měsíců existovat alespoň dva z níže uvedených příznaků: poruchy sluchu, hemiparézy, epileptické záchvaty, ataxie, parézy mozkových nervů, poruchy zraku, neuropsychické potíže nebo Waterhaus-Friedrichsenův syndrom (krvácení do nadledvin při meningokokové sepsi). Poškození musí být potvrzeno odborným lékařem neurologem na základě technické diagnostiky (CT, MRI, transkraniální duplexní sonografie), vyšetření mozkomíšního moku s typickým zánětlivým nálezem, průkazem agens, jejich antigenů nebo DNA bakterií v moku nebo krvi pomocí metody PCR. Vyloučeny z plnění jsou meningitidy jiného než bakteriálního původu (viry, plísňe, paraziti).
- s) **encefalitida** – zánět mozku vyvolaný viry nebo bakteriemi, může být provázen reakcí mozkových plen nebo rozšířen na míchu (encefalomyelitida). Může vést k trvalému neurologickému poškození, které musí být potvrzeno odborným lékařem – neurologem – a s pomocí dalších vyšetřovacích metod (vyšetření moku, CT, MRI nebo EEG). Pro plnění jsou následující kritéria: trvalé kognitivní poruchy, poruchy sluchu, řeči, epilepsie, motorické výpadky, deficit v jemné motorice, ochrnutí mozkových nervů, demence. Vyloučeno je postižení vzniklé následkem infekce způsobené virem HIV.
- t) **Creutzfeldtova-Jakobova nemoc** – vzácné přenosné onemocnění mozku, jednou z variant je vznik nemoci po požití hovězího masa nakaženého BSE. Nemoc způsobuje ztrátu mozkových buněk, čímž vzniká trvalé poškození mozkové tkáně s rychlou ztrátou duševních schopností a koordinace volných pohybů. Pro plnění musí existovat dva z příznaků: motorické poruchy (myoklonie, ataxie), poruchy paměti, vnímání a bdělosti, zraku, změny osobnosti. Potvrzení neurologem s pomocí dalších vyšetřovacích metod (vyšetření moku, MRI, EEG, u BSE biopsie mandlí).
- u) **těžké popáleniny** – jsou popáleniny stupně IIb a III (hluboké popáleniny) s rozsahem nejméně 30%. Doložení diagnózy: lékařská zpráva popisující lokalizaci, stupeň a rozsah popálenin. Při popáleninách v závažných lokalizacích (hlava a krk, obličej, ruce, pohlavní orgány a perineum) je pro výplatu pojistného plnění nutný rozsah nejméně 20%.
- v) **onemocnění plic způsobující dechovou nedostatečnost** – je konečné stádium plicních onemocnění, která vedou k trvalému dechovému selhání (tj. globální chronické respirační insuficienci). Diagnóza musí být potvrzena splněním všech pěti následujících kritérií současně:
- hodnota FEV1 (při spirometrickém vyšetření) je trvale menší než 50% náležité hodnoty;
 - parciální tlak kyslíku (pO_2) při analýze krevních plynů je roven nebo nižší než 7,5 kPa;
 - parciální tlak oxidu uhličitého (pCO_2) při analýze krevních plynů je trvale vyšší než 6,8 kPa;
 - v souladu s výše uvedenými indikačními kritérii je nutná trvalá kyslíková terapie pro hypoxemii;
 - je subjektivně pocíťována klidová dušnost, (samotná nemusí korelovat se změnami plicních funkcí).
- Datem škodné události je den, ke kterému byla stanovena diagnóza chronické respirační insuficience lékařem – pneumologem.

Bylo-li ve smlouvě sjednáno pojištění velmi vážných onemocnění, je pojistitel povinen vyplatit, v případě splnění podmínek a vzniku pojistné události uvedených v tomto článku, pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky pojištění velmi vážných onemocnění, nezávisle na případném dalším plnění za základní životní pojištění nebo jakékoliv jiné pojištění sjednané ve smlouvě.

Pojistná událost

Z pojištění velmi vážných onemocnění je pojistitel povinen vyplatit na základě písemné žádosti pojištěného, kterému onemocněním vzniklo právo na plnění, smluvně dohodnutou pojistnou částku, došlo-li u pojištěného v době trvání pojištění k potvrzené lékařské diagnóze jednoho z velmi vážných onemocnění jmenovaných v pojistné smlouvě, respektive k provedení některého z operačních zákroků jmenovaných a definovaných v pojistné smlouvě. Pojistné plnění bude pojištěnému vyplaceno pouze za předpokladu jeho přežití alespoň 30 kalendářních dnů od potvrzené lékařské diagnózy, příp. data provedení operačního nebo lékařského výkonu jednoho z velmi vážných onemocnění uvedených v tomto článku. V pojištění velmi vážných onemocnění není pojistitel povinen plnit v případě potvrzené lékařské diagnózy, resp. data operace jednoho z velmi vážných onemocnění u pojištěného do doby tří

měsíců ode dne počátku tohoto pojištění. Vyplacením pojistného plnění z pojištění velmi vážných onemocnění toto pojištění zaniká. V případě, kdy došlo v posledních třech měsících před stanovením diagnózy, příp. operace velmi vážného onemocnění, ke zvýšení pojistné částky pro případ velmi vážných onemocnění, vyplatí pojistitel pojistnou částku platnou před jejím zvýšením.

• pojištění invalidity

V pojištění nesplaceného zůstatku úvěru pro případ invalidity u pojištěného je v případě, kdy je pojištěný ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení uznán invalidním v době trvání pojištění, nejvýše však po dvou letech od počátku pojištění, vyplaceno pojistné plnění ve výši max. 12 měsíčních splátek úvěru od data uznání pojištěného invalidním. Invaliditou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí invalidita 3. stupně. Splnění podmínky dvou let se nevyžaduje, pokud byl pojištěný uznán invalidním ve 3. stupni výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo v době trvání pojištění. Pokud bylo sjednáno pojištění poměrně části úvěru, bude pojistné plnění vyplaceno ve stejném poměru z aktuální měsíční splátky úvěru, nejvýše však splátka uvedená v úvěrové smlouvě. V případě následného potvrzení trvání invalidity na základě rozhodnutí posudkové komise vyplatí pojistitel jednorázové plnění ve výši celého nesplaceného zůstatku úvěru (včetně úroků a poplatků), nejvýše však do výše sjednané pojistné částky, a tím pojištění zaniká. Pro výplatu pojistného plnění v případě pojištění poměrně části úvěru platí stejné podmínky jako u pojištění nesplaceného zůstatku úvěru pro případ smrti. Od pojistného plnění budou odečteny částky dlužného pojistného, které byly splatné nejpozději ke dni vzniku pojistné události.

V případě, že je ke dni vzniku pojistné události pojištěný v prodlení se splátkami úvěru, bude od pojistného plnění odečtena částka ve výši neuhrazených splátek úvěru, které byly splatné nejpozději ke dni vzniku pojistné události. Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění.

Pojištěný je ve smyslu tohoto pojištění invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 70 % (jedná se o invaliditu 3. stupně).

Pracovní schopností se rozumí schopnost pojištěného vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem. Poklesem pracovní schopnosti se rozumí pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových a duševních schopností ve srovnání se stavem, který byl u pojištěného před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

Při určování poklesu pracovní schopnosti se vychází ze zdravotního stavu pojištěného doloženého výsledky funkčních vyšetření; přitom se bere v úvahu, zda jde o zdravotní postižení trvale ovlivňující pracovní schopnost, zda se jedná o stabilizovaný zdravotní stav, zda a jak je pojištěný na své zdravotní postižení adaptován, schopnost rekvalifikace pojištěného na jiný druh výdělečné činnosti, než dosud vykonával, a v případě poklesu pracovní schopnosti nejméně o 70 % též to, zda je pojištěný schopen výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek. Za zdravotní postižení se pro účely posouzení poklesu pracovní schopnosti považuje soubor všech funkčních poruch, které s ním souvisejí.

Pojistné plnění z pojištění invalidity pojistitel poskytne, pokud dojde ke splnění následujících podmínek:

- Pojištěný se stal trvale a nezvratně neschopným a tímto nezpůsobilým k výkonu práce nebo jiné výdělečné činnosti. O splnění této podmínky rozhodne pojistitel na základě odborné lékařské expertizy od smluvního lékaře.
- Pojištěný byl během trvání pojištění, nejříve však po dvou letech trvání od počátku pojištění (neplatí pro úraz), uznán ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení invalidním.
- Pojištěný vyvine na požádání pojistitele přiměřenou potřebnou součinnost.

Posouzení uplatňovaného nároku je na pojistiteli. Pojistitel neplní v případech zmizlých následkem onemocnění a následkem úrazů, které nastaly, byly diagnostikovány nebo léčeny před počátkem pojištění.

• doplňkové pojištění dlouhodobé pracovní neschopnosti z důvodu úrazu nebo nemoci

V tomto volitelném pojištění vyplatí pojistitel v případě pracovní neschopnosti v důsledku úrazu nebo nemoci pojistné plnění ve smluvně stanoveném denním rozsahu následně od 29. dne trvání pracovní neschopnosti. Pokud je celková doba léčby v pracovní neschopnosti kratší než 29 dnů, pojistné plnění za dobu pracovní neschopnosti z důvodu úrazu nebo nemoci (dále jen „pracovní neschopnost“) se nevyplácí. Za každý měsíc léčby v pracovní neschopnosti, následně od 29. dne, bude poskytnuto pojistné plnění ve výši měsíční splátky úvěru resp. příslušného poměru měsíční splátky, při ukončení pracovní neschopnosti bude dle konečné délky léčby poměrně snížena i výše pojistného plnění. Pokud bylo sjednáno pojištění poměrně části úvěru, bude pojistné plnění vyplaceno ve stejném poměru z aktuální měsíční splátky úvěru, nejvýše však splátka uvedená v Úvěrové smlouvě, maximálně bude vyplaceno pojistné plnění za 11 splátek úvěru. Za prvních 28 dnů pojistitel pojistné plnění za pracovní neschopnost neposkytuje. Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění. Pokud je vystavená pracovní neschopnost ve srovnání s průměrnou délkou léčby pro uvedené onemocnění neúměrně dlouhá, stanoví konečný celkový rozsah pojistného plnění pojistitel na základě relevantních informací získaných od smluvního lékaře. Maximální doba léčby úrazu v pracovní neschopnosti je stanovena tabulkou „Maximální hodnoty plnění denního odškodného za dobu léčby úrazu“, a kterou pojistitel použije při likvidaci pojistné události. Oceňovací tabulka, kterou má pojistitel právo doplňovat a měnit, je k dispozici na internetových stránkách pojistitele. Pojistitel neplní v případě onemocnění a následků úrazů, které byly diagnostikovány nebo léčeny před počátkem pojištění.

- Pojistnou událostí je úraz nebo nemoc, která nastala po sjednané čekací době a jejímž důsledkem je z lékařského hlediska nutné léčení pojištěného, jehož průběh je lékařsky potvrzen vystavenou pracovní neschopností.
- 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 zaměstnání nebo jakoukoliv jinou samostatně výdělečnou, popř. řídicí nebo kontrolní činnost. Na základě tohoto lékařského rozhodnutí mu byl v souladu s platnými právními předpisy vystaven doklad o pracovní neschopnosti.
- Čekací doba začíná běžet dnem počátku pojištění. Základní čekací doba trvá dva měsíce, není-li ve smlouvě uvedeno jinak.
- Zvláštní čekací doba v délce osmi měsíců je stanovena pro případ hospitalizace výlučně z důvodu těhotenství nebo porodu a zubního ošetření, zhotovení zubních náhrad a úkonů chirurgie a ortopedie čelisti.
- Nemocníci se ve smyslu těchto podmínek rozumí státní, popř. soukromé zařízení s platnou registrací zabývající se péčí a ošetřováním nemocných

- a zraněných osob, disponující dostatečnými diagnostickými, chirurgickými a terapeutickými zařízeními, nepřetržitou ošetrovatelskou službou a pracující dle všeobecně uznávaných poznatků vědy.
- f) V případě vzniku nového úrazu nebo nemoci v době trvání pracovní neschopnosti pojištěného a vystavení nové pracovní neschopnosti, resp. prodloužení hospitalizace, je toto pojistnou událostí pouze v případě, kdy nový úraz nebo nemoc není v žádné příčinné souvislosti s již diagnostikovaným úrazem nebo nemocí. Pokud došlo současně k pracovní neschopnosti, resp. hospitalizaci pro více úrazů nebo nemocí, vyplátí pojistitel pojistné plnění maximálně do výše celkové doby léčby, a to pouze jednou.
- g) Pojištěný je povinen předložit pojistiteli řádně vyplněné hlášení pojistné události, včetně kopie dokladu o pracovní neschopnosti potvrzené zaměstnavatelem, popř. potvrzení správy sociálního zabezpečení o čerpání nemocenských dávek nebo o odhlášení z placení nemocenského pojištění. V případě hospitalizace je nutné doložit i potvrzení doby hospitalizace.
- h) Pojištěný, kteří nemají nárok na výplatu dávek nemocenského za dobu léčby v pracovní neschopnosti (nejsou poplatníky sociálního pojištění), prokazují nárok na pojistné plnění potvrzením lékaře o době léčby, pro které by byla jinak pracovní neschopnost vystavena. Osoby samostatně výdělečně činné dále musí doložit potvrzení správy sociálního zabezpečení, že nemají nárok na výplatu dávek nemocenského.
- i) Pojištěný je povinen zabezpečit a postarat se, aby všechny doklady vyžádané pojistitelem byly vyhotoveny a zaslány co možná nejdříve v českém jazyce a originální dokumenty pořízené v cizím jazyce aby byly opatřeny překladem úředně uznávanou osobou; je povinen dodržovat stanovený léčebný režim, rady lékaře a všemi způsoby napomáhat svému celkovému uzdravení.
- j) Pojištěný je povinen se na požádání podrobit dodatečnému vyšetření u smluvního lékaře pojistitele.
- k) Pojištěný je povinen nahlásit pojistiteli ukončení trvalého pracovního poměru, samostatné výdělečné činnosti, popř. odchod do starobního důchodu, invalidního důchodu nebo uznání invalidity, a to do 15 dnů od data, kdy některý z výše uvedených důvodů nastal.
- l) Pojistitel poskytne pojistné plnění za onemocnění, která se dostavila jako následek úrazu, pokud jsou splněny podmínky pro výplatu z tohoto pojištění. Datem pojistné události je den, kdy bylo onemocnění diagnostikováno.
- m) Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění.

ČLÁNEK 2 Výluky z pojistného plnění

- A. Vzhledem k charakteru pojištění velmi vážných onemocnění, pojištění invalidity a pojištění dlouhodobé pracovní neschopnosti z důvodu úrazu a odchýlně od VPP čl. 10 pojistitel neposkytne pojistné plnění za událost, která vznikne:
- při pokusu o sebevraždu, úmyslném sebepoškození,
 - při službě v ozbrojených silách mimo území České republiky,
 - při létání, letectví, při veškerých leteckých sportech mimo cestování jako pasažér pravidelnou leteckou linkou nebo jako pilot v rámci svého povolání,
 - při horolezectví,
 - při potápění, skocích do vody, při raftingu,
 - při provozování extrémních a adrenalinových sportů (bungee jumping, BASE jumping), bojových sportů, boxu,
 - při sportech vykonávaných profesionálně nebo za úplatu,
 - při motoristických sportech, zajištění motorových vozidel a plavidel a jejich typových zkouškách (pro účely tohoto pojištění se motoristickým sportem rozumí i použití motorového vozidla mimo pozemní komunikaci),
 - při kaskadérské činnosti.
- B. Z pojištění invalidity pojistitel neplní, kromě podmínek uvedených v bodě A a ve VPP, i v případě poruchy duševní a poruchy chování – MKN 10 (mezinárodní klasifikace nemocí) – diagnózy F00 – F99.
- C. Výluky z pojistného plnění u dlouhodobé pracovní neschopnosti z důvodu úrazu nebo nemoci
Pojistitel neplní, kromě podmínek uvedených v bodě A a ve VPP, i v případě:
- léčebných pobytů v lázních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, psychiatrických léčebnách nebo zařízeních, zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie nebo závislosti, a to včetně následné pracovní neschopnosti, s výjimkou případů, kdy pojistitel s tímto typem léčby vyjádřil předem písemně souhlas,
 - hospitalizace související pouze s pečovatelskou péčí, jakož i ve speciálních dětských zařízeních a ústavech sociální péče,

- poruchy duševní a poruchy chování – MKN 10 (mezinárodní klasifikace nemocí) – diagnózy F00 – F99,
- při těhotenství, porodu, předčasném porodu, přerušení těhotenství, hrozícím potratu nebo potratu, s výjimkou pojistného plnění za dobu hospitalizace (v případě hospitalizace při porodu je pojistné plnění omezeno na 7 dnů, v důsledku těhotenských komplikací v průběhu jednoho těhotenství na max. 28 dnů),
- doby, kdy pojištěný není v trvalém pracovním poměru nebo není OSVČ (např. osoby na mateřské dovolené, nezaměstnaní, důchodci, studenti) – s výjimkou pojistných plnění za dobu hospitalizace z důvodu úrazu nebo nemoci,
- zároků a zásahů z lékařského hlediska ne nezbytných, které si pojištěný nechal provést na svém těle, jako např. zubní ošetření, chirurgie či ortopedie čelisti, kosmetické zákroky, a to jak v případě pobytu v nemocnici, tak i při pracovní neschopnosti.

V úvěrovém životním pojištění HYPOTÉKA sjednává pojistitel:

- HYS – pojištění nesplaceného zůstatku úvěru pro případ smrti může být sjednáno pro osoby s věkem od dovršených 18 let do 69 let a do max. výstupního věku 75 let.
- HYSI – pojištění nesplaceného zůstatku úvěru pro případ smrti nebo invalidity může být sjednáno pro osoby s věkem od dovršených 18 let do 62 let věku; max. výstupní věk je 65 let.
- HYSV – pojištění nesplaceného zůstatku úvěru pro případ smrti nebo diagnózy velmi vážného onemocnění může být sjednáno pro osoby s věkem od dovršených 18 let do 64 let a do max. výstupního věku 65 let.
- HYSVI – pojištění nesplaceného zůstatku úvěru pro případ smrti, velmi vážných onemocnění nebo invalidity může být sjednáno pro osoby s věkem od dovršených 18 let do 62 let věku; max. výstupní věk je 65 let.
- HYN29 – doplňkové pojištění dlouhodobé pracovní neschopnosti z důvodu úrazu nebo nemoci může být sjednáno pro osoby ve věku od 18 do 69 let, které jsou v trvalém pracovním poměru nebo mají pravidelné příjmy ze samostatné výdělečné činnosti. Maximální výstupní věk je 70 let. Pojištění zaniká nejpozději s koncem zvolené varianty základního pojištění.

ČLÁNEK 3 Zvláštní ustanovení

- a) V případě běžně placeného pojistného není vypláceno odkupné. Odkupné se vyplácí pouze v případě jednorázové zaplaceného pojistného. Redukce se v Úvěrovém životním pojištění HYPOTÉKA neuskutečňuje. Podíly na přebytých pojistného se nevytváří.
- b) Pojištění zanikne uplynutím výpovědní lhůty po podání žádosti o ukončení pojistné smlouvy pojistníkem. Je-li ve smlouvě sjednáno zajištění závazku a bude-li úvěr splacen před sjednaným koncem pojištění (a tato skutečnost bude potvrzena vinkulačním partnerem), vrátí pojistitel v případě běžně placeného pojistného vzniklý přeplatek pojistného.
- c) Není-li ve smlouvě sjednáno zajištění závazku, může pojistník pojistnou smlouvu dle ustanovení VPP kdykoliv předčasně ukončit. V případě běžně placeného pojistného vrátí pojistitel vzniklý přeplatek pojistného.
- d) V Úvěrovém životním pojištění HYPOTÉKA lze provádět netechnické změny (změna adresy, jména) a doplnění, resp. zrušení, doplňkového pojištění dlouhodobé pracovní neschopnosti z důvodu úrazu nebo nemoci. V průběhu trvání pojištění nelze provádět technické změny (změna výše pojistné částky, doby trvání, rozsahu pojištění). Pojistnou smlouvu lze ukončit dohodou k danému dni a od následujícího dne je možné sjednat nové pojištění za podmínek stanovených pojistitelem.
- e) Odchylně od ustanovení VPP, Zvláštních ustanovení I. – životní pojištění, čl. 6 se na tento pojistný produkt, vzhledem k charakteru pojištění, nevztahuje právo pojistníka být v případě přiznání invalidity zproštěn od povinnosti platit běžné pojistné.
- f) Není-li ve smlouvě sjednáno zajištění závazku, pojistník odpovídá za to, že uvedená výše úvěru odpovídá výši poskytnutého (projednávaného) úvěru, resp. nesplaceného zůstatku úvěru, a doba trvání pojištění odpovídá předpokládané době jeho splácení (zaokrouhlené na celé roky směrem nahoru). Pojistník bere na vědomí, že pokud tomu tak není, bude případné pojistné plnění vypláceno ve stejném poměru, v jakém bylo sjednáno pojištění vzhledem ke správné výši a době splácení úvěru.
- g) Úvěrové životní pojištění HYPOTÉKA nelze sjednat k půjčkám mezi fyzickými osobami, pokud bude pojištění přesto sjednáno, pojistitel odmítne vyplatit pojistné plnění.

01/2012

Speciální pojistné podmínky pro Komplexní pojištění pro účastníky penzijního připojištění

Tyto speciální pojistné podmínky (dále jen „SPP“) se řídí zákonem o pojistné smlouvě a Všeobecnými pojistnými podmínkami pojištění osob OSOŽIV 8 ze dne 1. ledna 2012 (dále jen „VPP“) a jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy (dále jen „smlouvy“).

ČLÁNEK 1 Základní pojmy

- a) **Komplexní pojištění pro účastníky penzijního připojištění** – spojení životního a úrazového pojištění. Komplexní pojištění pro účastníky penzijního připojištění lze sjednat pro osoby od minimálně **18 let** (již dovršených), maximální výstupní věk je **70 let**. Pojištění končí nejpozději v den předcházející výročnímu dni trvání v roce, ve kterém se pojištěný dožije 70 let.
- b) **Pojištěný** – osoba, na jejíž život nebo zdraví se pojištění vztahuje (v tomto pojištění musí být osoba pojištěného shodná s osobou pojistníka). Jednomu účastníku penzijního připojištění lze sjednat pouze jednu pojistnou smlouvu Komplexního pojištění pro účastníky penzijního připojištění.
- c) **Pojistná částka** – je uvedena v pojistné smlouvě a rozepsána pro jednotlivá pojištěná rizika v závislosti na vybrané variantě pojištění.
- d) **Pojistné** – běžné pojistné je stanoveno pro jednotlivé varianty pojištění s možností frekvence placení dle zvolené varianty ročně, pololetně případně čtvrtletně.

ČLÁNEK 2 Rozsah pojištění

Pojištění se sjednává pro případ smrti z jakýchkoliv příčin, pro případ smrti následkem úrazu, pro případ trvalých následků úrazu a pro případ denního odškodného včetně úrazové hospitalizace, podle zvolené varianty Komplexního pojištění pro účastníky penzijního připojištění.

1. Pojištění smrti z jakýchkoliv příčin – v případě smrti pojištěného pojistitel vyplácí obmyslenému (obmysleným) sjednanou pojistnou částku pro případ smrti, pokud k ní došlo během trvání pojištění. Není-li v době pojistné události obmyslený určen nebo nenabude-li obmyslený práva na pojistné plnění, nabývají tohoto práva osoby určené dle čl. 11 odst. 2 Obecných ustanovení VPP. Do doby dvou let od počátku pojištění pojistitel neplní v případě, že onemocnění, jehož následkem byla pojistná událost, nastalo, bylo diagnostikováno nebo prvotně léčeno před sjednaným počátkem pojištění.

2. Pojištění pro případ smrti následkem úrazu – nastane-li u pojištěného smrt následkem úrazu, vyplácí pojistitel sjednanou pojistnou částku pro případ smrti následkem úrazu.

- a) Byla-li úrazem způsobena pojištěnému smrt, která nastala nejpozději do tří let ode dne úrazu, vyplácí pojistitel obmyslenému (v případě, že v době pojistné události není určen nebo nenabude-li práva na pojistné plnění, postupuje pojistitel dle článku 11 odst. 2 Obecných ustanovení VPP) pojistnou částku pro případ smrti následkem úrazu.
- b) Nastane-li v důsledku úrazu smrt pojištěného, je obmyslený povinen to ohlásit bez zbytečného odkladu pojistiteli, a to i v případě, že úraz již byl ohlášen.

3. Pojištění trvalých následků úrazu – utrpí-li pojištěný úraz, jehož trvalé následky dosáhnou minimálně 0,5 % trvalého tělesného poškození podle „Oceňovací tabulky plnění za trvalé následky úrazu“, vyplácí pojistitel po ustálení těchto následků příslušné procento ze sjednané pojistné částky pro případ trvalých následků úrazu, se zahrnutím progresivního plnění, v závislosti na rozsahu trvalého tělesného poškození. K ustálení trvalých následků úrazu dochází obvykle nejdříve po jednom roce ode dne úrazu, s výjimkou případů, kdy je rozsah trvalého tělesného poškození jednoznačně zřejmý před uplynutím této doby. Se zahrnutím progresu je pojistné plnění vypláceno takto:

od 0,5 % do 25 % včetně – příslušné procento z jednonásobku pojistné částky trvalých následků úrazu,
nad 25 % do 50 % včetně – příslušné procento z dvojnásobku pojistné částky trvalých následků úrazu,
nad 50 % do 75 % včetně – příslušné procento z trojnásobku pojistné částky trvalých následků úrazu,
nad 75 % do 100 % včetně – příslušné procento z čtyřnásobku pojistné částky trvalých následků úrazu.

Po ustálení trvalých následků (nejpozději však před uplynutím promlčecí lhůty) je pojištěný povinen nahlásit pojistnou událost pojistiteli, termín ohodnocení rozsahu trvalých následků stanoví pojistitel. Pojištěný je povinen o zajištění ohodnocení požádat pojistitele v termínu určeném pojistitelem.

- a) Výši pojistného plnění za trvalé následky úrazu určuje pojistitel podle dále uvedených zásad a podle „Oceňovací tabulky plnění za trvalé následky úrazu“ (dále jen „oceňovací tabulka“) platné v době vzniku pojistné události (úrazu). Oceňovací tabulka, kterou má pojistitel právo doplňovat a měnit, je k dispozici na internetových stránkách pojistitele. Nejsou-li jakékoliv trvalé následky úrazu obsaženy v oceňovací tabulce, je pojistitel oprávněn stanovit vyšší pojistného plnění v součinnosti se smluvním lékařem pojistitele. K určení celkové výplaty pojistného plnění použije pojistitel hodnoty uvedené v oceňovací tabulce pro trvalé následky, které jsou daným trvalým následkům svou povahou nejbližší. Opakované ohodnocení trvalých následků lze provést pouze u smluvního lékaře, kterého určí pojistitel, a to na náklady pojištěného. Pokud je to nezbytné, získává pojistitel relevantní informace na základě odborné lékařské expertizy od smluvního lékaře. Smluvní lékař vyhotoví odbornou lékařskou expertizu, tj. zjištění zdravotního stavu nebo příčiny smrti na základě dodaných lékařských zpráv nebo zdravotnické dokumentace od ošetřujících lékařů a v případě potřeby i prohlídkou nebo vyšetřením. Konečná výše rozsahu trvalých následků úrazu je stanovena pojistitelem.

- b) Zanechá-li úraz pojištěnému trvalé následky, vyplácí pojistitel z pojistné částky (se zahrnutím progresu) tolik procent, kolika procentům odpovídá pro jednotlivá tělesná poškození podle oceňovací tabulky rozsah trvalých následků po jejich ustálení, a v případě, že se neustálily do tří let ode dne úrazu, kolika procentům odpovídá jejich stav ke konci této tříleté lhůty; pojistitel nezohledňuje další změny ve zdravotním stavu pojištěného, které nastanou po ukončení této tříleté lhůty s výjimkou případů, kdy pojištěný porušil ustanovení VPP článku 8 bodu B odst. 8 a 9. Stanoví-li oceňovací tabulka procentní rozpětí, určí pojistitel výši plnění tak, aby v rámci daného rozpětí odpovídalo plnění povaze a rozsahu tělesného poškození způsobeného úrazem.
- c) Nemůže-li pojistitel plnit proto, že trvalé následky úrazu nejsou po uplynutí jednoho roku ode dne úrazu ještě ustáleny, avšak je již znám jejich minimální rozsah po ustálení a tento odpovídá min. 0,5 %, může pojistitel poskytnout pojištěnému na základě jeho písemné žádosti přiměřenou zálohu; pojistitel poskytne k jedné pojistné události maximálně jednu zálohu.
- d) Týká-li-li se trvalé následky úrazu části těla nebo orgánů, které byly poškozeny již před úrazem, sníží pojistitel své pojistné plnění za trvalé následky o tolik procent, kolika procentům odpovídalo předcházející poškození, určené též podle oceňovací tabulky.
- e) Způsobí-li jediný úraz pojištěnému několik trvalých následků, hodnotí pojistitel celkové trvalé následky součtem procent pro jednotlivé následky, nejvýše však do výše 100 %.
- f) Týká-li-li se jednotlivé následky po jednom nebo více úrazech téhož údu, orgánu nebo jejich části, hodnotí je pojistitel jako celek, a to nejvýše procentem, stanoveným v oceňovací tabulce pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného údu, orgánu nebo jejich části.
- g) Jestliže pojištěný zemře následkem úrazu do jednoho roku ode dne, kdy k úrazu došlo, zaniká nárok na plnění za trvalé následky úrazu.
- h) Jestliže před výplatou pojistného plnění za trvalé následky úrazu pojištěný zemře, nikoliv však na následky tohoto úrazu, nebo pokud zemře po uplynutí jednoho roku od úrazu z jakékoliv příčiny a pokud vznikl nárok na plnění za trvalé následky úrazu, vyplácí pojistitel částku, která odpovídá rozsahu trvalých následků úrazu pojištěného v době jeho smrti. Není-li možno zpětně získat relevantní informace nutné k posouzení trvalých následků, nárok na pojistné plnění za trvalé následky úrazu nevzniká.

4. Pojištění denního odškodného – dojde-li k úrazu, jehož doba léčby v době trvání pojištění dosáhla alespoň osm dnů nebo byla splněna podmínka hospitalizace min. 24 hod., vyplácí pojistitel stanovené denní odškodné za každý den léčby úrazu zpětně od prvního dne (vč. sobot, nedělí a svátků). Jako doložení postačuje potvrzení lékaře o nezbytné době léčby.

- a) Výši a rozsah pojistného plnění určuje pojistitel podle dále uvedených zásad.
- b) Úrazy, za které pojistitel poskytuje pojistné plnění, jsou přesně specifikovány v tabulce „Maximální hodnoty plnění denního odškodného za dobu léčby úrazu“ (dále jen „oceňovací tabulka DO“) platné v době vzniku pojistné události (úrazu). Oceňovací tabulka DO, kterou má pojistitel právo doplňovat a měnit, je k dispozici na internetových stránkách pojistitele.
- c) V oceňovací tabulce DO je uveden maximální počet dnů, za které bude sjednané denní odškodné pro příslušnou diagnózu vypláceno. Celkový počet dnů, za které bude pojistné plnění vypláceno, se stanoví na základě lékařské zprávy o úrazu, maximálně však v počtu dnů uvedených v oceňovací tabulce DO. Není-li jakékoliv tělesné poškození obsaženo v oceňovací tabulce DO, je pojistitel oprávněn stanovit vyšší pojistného plnění v součinnosti se smluvním lékařem pojistitele. K určení celkové výplaty pojistného plnění použije pojistitel hodnoty uvedené v oceňovací tabulce DO, které jsou danému poškození svou povahou nejbližší.
- d) Maximální počet dnů, za které poskytne pojistitel pojistné plnění, je 365 dnů.
- e) V případě souběhu doby léčby více úrazů se započítává souběžná doba léčby pouze jednou.
- f) Bylo-li pojištěnému způsobeno jedním úrazem několik tělesných poškození různých druhů, plní pojistitel pouze za dobu léčby u nejzávažnějšího úrazu dle oceňovací tabulky DO.
- g) V případě dlouhodobého léčby úrazu, lze-li jednoznačně určit, že vznikne nárok na pojistné plnění a lze určit jeho minimální výši, může pojistitel poskytnout pojištěnému na základě jeho písemné žádosti přiměřenou zálohu; pojistitel poskytne k jedné pojistné události maximálně dvě zálohy, a to nejdříve po třech měsících od vzniku pojistné události.
- h) Výplata denního odškodného končí nejpozději se zánikem pojištění.

5. Pojištění úrazové hospitalizace – pojištění úrazové hospitalizace zahrnuje z lékařského hlediska nutnou hospitalizaci pojištěného v nemocnici následkem úrazu; plnění se vyplácí za každý den pobytu v nemocnici v době trvání pojištění. Podmínkou výplaty pojistného plnění je hospitalizace dosahující minimálně 24 hodin; sjednaná výše pojistného plnění bude vyplácena za každý den hospitalizace, která nastane v prvních třech letech ode dne zahájení léčby úrazu, a to bez ohledu na oceňovací tabulku DO. Nemocnici se ve smyslu těchto podmínek rozumí státní, popř. soukromé zařízení s platnou registrací zabývající se péčí a ošetřováním nemocných a zraněných osob, disponující dostatečnými diagnostickými, chirurgickými a terapeutickými zařízeními, nepřetržitou ošetrovatelskou službou a pracující dle všeobecně uznávaných poznatků vědy. Pojištěný je povinen předložit pojistiteli řádně vyplněné hlášení pojistné události, včetně kopie dokladu s potvrzením doby hospitalizace.

Pojistitel neplní v případě:

- a) léčebných pobytů v lázních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, psychiatrických léčebnách nebo zařízeních, zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie nebo závislosti, a to včetně následné pracovní neschopnosti, s výjimkou případů, kdy pojistitel s tímto typem léčby vyjadřuje předem písemně souhlas, a dále pobytů v zařízeních souvisejících s pečovatelskou službou, jakož i ve speciálních dětských zařízeních a v ústavech sociální péče,

b) zákroků a zásahů z lékařského hlediska ne nezbytných, které si pojištěný nechal provést na svém těle, jako např. zubní ošetření, chirurgie či ortopedie čelisti, kosmetické zákroky.

Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění.

ČLÁNEK 3

Změny v pojistné smlouvě

V průběhu trvání pojištění lze provádět následující změny:

- a) Pojistník může kdykoliv požádat o netechnické změny, jako je např. změna jména, příjmení pojistníka, změna adresy trvalého bydliště či adresy pro písemný styk, změna obmyšlené osoby.
- b) Pojistník může kdykoliv požádat o změnu doby trvání pojištění. Tato změna se nepromítne do výše stanoveného pojistného.
- c) V průběhu trvání pojištění nelze provádět změny varianty pojištění.

ČLÁNEK 4

Výluky z pojistného plnění

Pojistitel neplní za úrazy vzniklé při práci nebo činnosti s velmi vysokým stupněm ohrožení zdraví – patří sem činnosti při zájždění motorových vozidel a jejich typových

zkouškách, tovární jezdcí motorových vozidel, plavidel, kaskadéři. Dále sem patří všechny sporty vykonávané profesionálně nebo za úplatu (vyjma sportů, u kterých není zvýšené riziko úrazu, např. šachy, golf, bowling). Dále sem patří sporty s velmi vysokým rizikem úrazu – horolezectví, bungee jumping, BASE jumping, skoky do vody, potápění s dýchacím přístrojem, rafting, box, bojové sporty, všechny adrenalinové sporty a letecké sporty (veškeré motorové létání, létání s bezmotorovými letadly, ultralehkými letadly, větroni, závěsné létání, padákové létání, létání v balónech, seskoky a padákové lety z letadel a z výšin apod.). Dále sem patří motoristické sporty (pro účely tohoto pojištění se motoristickým sportem rozumí i použití motorového vozidla mimo pozemní komunikaci) a služba v ozbrojených silách mimo území ČR.

Pojištění se nevztahuje na případy vzniklé následkem onemocnění a následkem úrazů, které nastaly, byly diagnostikovány nebo prvotně léčeny před počátkem pojištění nebo v čekací době (např. onemocnění a úrazy kloubů, páteře atd.), a na opakovaná chronická onemocnění, která nastala, byla diagnostikována nebo prvotně léčena před počátkem pojištění.

01/2012

Přehled účtů a variabilních symbolů dle produktu:

1210230319/0800

FLEXI životní pojištění (produkt sjednáván od 1. 1. 2009)

- pro běžné pojistné je variabilním symbolem číslo návrhu pojistné smlouvy
- pro mimořádné a jednorázové pojistné je variabilním symbolem do doby přiřazení čísla pojistné smlouvy upravené číslo návrhu ve tvaru 999xxxxxx

030015 - 1205841369/0800

Flexibilní životní pojištění JUNIOR

- pro běžné pojistné je variabilním symbolem číslo návrhu pojistné smlouvy
- pro mimořádné a jednorázové pojistné je variabilním symbolem do doby přiřazení čísla pojistné smlouvy upravené číslo návrhu ve tvaru 999xxxxxx

230017 - 1205841369/0800

Úvěrové životní pojištění HYPOTÉKA

- pojistné je hrazeno až po vystavení pojistky, variabilním symbolem je číslo pojistky

340013 - 1205841369/0800

Komplexní pojištění pro účastníky penzijního připojištění

- variabilním symbolem je číslo pojistné smlouvy

230017 - 1205841369/0800

Pohřební pojištění

- variabilním symbolem je číslo pojistné smlouvy

Pojišťovna České spořitelny, a.s.,
Vienna Insurance Group
sídlo společnosti:
nám. Republiky 115, 530 02 Pardubice
bezplatná linka: 800 207 207
e-mail: pojistovnacs@pojistovnacs.cz

www.pojistovnacs.cz
www.flexi.cz