

Doplňkové pojistné podmínky

Bod 1

Úvodní ustanovení

- 1.1. Pokud pojistnou smlouvou není stanoveno jinak, platí pro toto pojištění ustanovení občanského zákoníku č. 89/2012 Sb. (dále též „zákoník“) a Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění osob 02/2014 (dále též „VPP PO“). Pokud bylo pojistnou smlouvou upraveno pojištění i pojištění asistenčních služeb Můj doprovod (ČP), platí pro něj Zvláštní pojistné podmínky pojištění asistenčních služeb Můj doprovod (ČP) 01/2016. Pokud bylo pojistnou smlouvou upraveno i pojištění sjednávané s Českou pojišťovnou ZDRAVÍ a.s. (dále též „ČPZ“), platí pro ně ustanovení občanského zákoníku a Všeobecné pojistné podmínky pojištění pro případ nemoci a pojištění finančních ztrát č.j. 01/2014, Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění pracovní neschopnosti č.j. 03/2014, Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění pobytu ve zdravotnickém zařízení č.j. 07/2014, Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění plateb pojistného při pracovní neschopnosti č.j. 05/2014, Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění splátek úvěru při ztrátě příjmu č.j. 11/2014, Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění zdravotních služeb – Asistence č.j. 17/2014, Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění druhého lékařského názoru č.j. 18/2014, Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění zloženiny č.j. 15/2014, Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění následné péče č.j. 19/2014, Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění ošetřování dítěte č.j. 01/2016. Přehledy pojistného plnění jsou nedílnou součástí příslušných zvláštních pojistných podmínek. Všeobecné pojistné podmínky, doplňkové pojistné podmínky a zvláštní pojistné podmínky, které se na pojistnou smlouvu vztahují a které byly pojistníkovi při uzavření pojistné smlouvy předány, jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy. Toto pojištění se řídí právním řádem České republiky a pro komunikaci mezi smluvními stranami se použije český jazyk.

- 1.2. Pojistná smlouva obsahuje pojištění pro případ smrti nebo dožití. Dále pojistná smlouva obsahuje pojištění pro případ smrti, bylo-li sjednáno, závažných onemocnění, bylo-li sjednáno, pojištění pro případ invalidity, bylo-li sjednáno, úrazové pojištění, bylo-li sjednáno, pojištění pro případ ztráty soběstačnosti, bylo-li sjednáno, pojištění asistenčních služeb, bylo-li sjednáno, a pojištění pro případ nemoci sjednávané s ČPZ, bylo-li sjednáno.
- 1.3. Právní jednání činí každý z pojištělů (tedy ČP nebo ČPZ) samostatně a týká se pouze jím sjednaného pojištění, není-li v pojistné smlouvě nebo pojistných podmínkách uvedeno jinak. Právní jednání týkající se všech sjednaných pojištění (tedy jak s ČP, tak s ČPZ), s dále uvedenou výjimkou, činí pojistník vždy pouze vůči jednomu z pojištělů, a to vůči ČP. Pouze právní jednání týkající se pojistné události (např. oznámení pojistné události, šetření pojistné události) z pojištění sjednaných s ČPZ činí pojistník vůči ČPZ.
- 1.4. Je-li uvedeno v pojistné smlouvě nebo pojistných podmínkách označení „pojištění“, míní se tím všechna sjednaná pojištění pojistnou smlouvou. Pokud není uvedeno jinak.
- 1.5. Pojistné matematické zásady platné k datu uzavření pojistné smlouvy jsou neměnné po dobu trvání pojištění.
- 1.6. V případě neživotního pojištění (tedy pojištění sjednávaného s ČPZ, úrazového pojištění, pojištění asistenčních služeb) je subjektem mimosoudního řešení spotřebitelských sporů Česká obchodní inspekce, www.coi.cz.

Bod 2

Definice a výklad pojmů

- 2.1. **Kapitálovou hodnotou** se rozumí aktuální hodnota pojištění a člení se na kapitálovou hodnotu s garantovanou technickou úrokovou mírou a kapitálovou hodnotu negarantovanou. Kapitálová hodnota se snižuje k 1. dni každého zúčtovacího období o rizikové pojistné za životní pojištění, počáteční a správní náklady a poplatky. Kapitálová hodnota se zvyšuje o zaplacené pojistné. Kapitálová hodnota se může měnit s ohledem na vývoj cen podílových jednotek jednotlivých vnitřních fondů. Dále se kapitálová hodnota může snižovat o mimořádné výběry.

Výplata kapitálové hodnoty pojištění Dojde-li k zániku pojištění nebo k pojistné události s výplatou kapitálové hodnoty pojištění, stanoví pojistitel výši kapitálové hodnoty pojištění. Výše kapitálové hodnoty se stanovuje odlišně od výše kapitálové hodnoty s garantovanou technickou úrokovou mírou a výše kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou. Stanovení výše kapitálové hodnoty tvořených podílovými jednotkami vnitřního fondu je investičním úkonem, při kterém dochází k odkupu všech podílových jednotek vnitřního fondu. V souladu s bodem 11.1.11. pojistitel stanoví výši kapitálové hodnoty pojištění tvořených podílovými jednotkami vnitřního fondu na základě ceny podílových jednotek vnitřního fondu k datu odkupu všech podílových jednotek.

- 2.2. **Kapitálová hodnota s garantovanou technickou úrokovou mírou** se zvyšuje o část zaplaceného běžného pojistného určenou na závazky vyplývající ze sjednaného životního pojištění. Dále se zvyšuje k 1. dni každého zúčtovacího období o zhodnocení technickou úrokovou mírou, jejíž výše je zveřejněna na webových stránkách pojistitele. Pojistník nemůže

zvolit umístění zbývajících částí zaplaceného běžného pojistného dle alokačního poměru do této kapitálové hodnoty.

- 2.3. **Kapitálová hodnota negarantovaná** se skládá z kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou a kapitálových hodnot tvořených podílovými jednotkami vnitřních fondů. Kapitálová hodnota negarantovaná se zvyšuje o část zaplaceného běžného pojistného alokovanou pojistníkem do jednotlivých složek kapitálové hodnoty negarantované. Kapitálová hodnota negarantovaná se zvyšuje o zaplacené mimořádné pojistné.

- 2.3.1. **Kapitálová hodnota s vyhlášenou úrokovou mírou** se zvyšuje o zaplacené pojistné do ní alokované a dále se zvyšuje k 1. dni každého zúčtovacího období o měsíční úrok odpovídající ročnímu úročení ve výši uvedené na webových stránkách pojistitele.

- 2.3.2. **Kapitálová hodnota tvořená podílovými jednotkami vnitřního fondu** se zvyšuje o podílové jednotky nakoupené za zaplacené pojistné do ní alokované.

- 2.4. **Pojistnou částkou** se rozumí částka dohodnutá v pojistné smlouvě, která může být dohodnuta jako pevná pojistná částka (tj. její výše se v průběhu trvání pojištění nemění) nebo jako klesající pojistná částka definovaná v bodě 2.6. Jsou-li dohodnuty u konkrétního pojištění obě pojistné částky, pak pojistitel v případě pojistné události vyplatí součet pevné a klesající pojistné částky platné pro konkrétní rok trvání pojištění. Pro výplatu pojistné částky pro případ smrti a kapitálové hodnoty pojištění platí samostatně body těchto doplňkových pojistných podmínek.

- 2.5. **Snižením pojistné částky ve věku** se rozumí snížení určité pevné pojistné částky ve výroční den v roce, v němž příslušný pojištěný dosáhne věku dohodnutého v pojistné smlouvě na výši dohodnutou v pojistné smlouvě.

- 2.6. **Klesající pojistnou částkou** se rozumí snižování určité pojistné částky dohodnuté v pojistné smlouvě, a to na základě dohodnuté úrokové sazby. Nebyla-li úroková sazba dohodnuta, pak se jedná o lineární klesání rovnoměrně po dobu trvání daného pojištění pro příslušného pojištěného. Výše klesající pojistné částky platná pro konkrétní rok trvání pojištění je stanovena v závislosti na sjednané pojistné době, pojistné částce a procentu úrokové sazby. Ke snižování pojistné částky dochází každoročně ve výroční den pojištění.

- 2.7. **Koncem pojištění** (příp. Koncem pojištění ve věku pojištěného) se rozumí konec pojištění dohodnutý v pojistné smlouvě, který platí pro všechna sjednaná pojištění, pokud nebyl v pojistné smlouvě dohodnut pro některá pojištění a některé pojištění konec dřívější nebo toto pojištění neskončilo dříve. Pojištění pak končí uplynutím pojistné doby v den před dnem, který se dnem a měsícem shoduje s výročním dnem pojištění.

- 2.8. Investiční riziko spojené s kapitálovou hodnotou negarantovanou nese pojistník.

- 2.9. V případě, že se od počátku nového (tohoto) pojištění ruší dříve uzavřená pojistná smlouva (dosavadní pojistná smlouva), platí, že částka rezervy nebo kapitálové hodnoty pojištění z dosavadní pojistné smlouvy, která zaniká, bude v plné výši převedena a umístěna do rezervy nebo kapitálové hodnoty pojištění sjednávaného dle nové pojistné smlouvy. V případě, že dosavadní pojištění bylo spojeno s investičním fondem, bude při provedení umístění pro účely nové (této) pojistné smlouvy zohledněna povaha podkladových aktiv vnitřního fondu dosavadního pojištění a počet podílových jednotek v nich umístěných.

- 2.10. Nastane-li pojistná událost z pojištění, které bylo sjednáno dosavadní pojistnou smlouvou v době, po kterou nemá pojistitel jinak povinnost poskytnout pojistné plnění, platí, že doba trvání uvedeného pojištění se započte pro splnění podmínek této doby u nové pojistné smlouvy. To platí pouze za předpokladu, že:
 - a) dosavadní a nová pojistná smlouva na sebe bezprostředně navazují a
 - b) jedná se o stejnou povahu pojištění, tj. pojištění závažných onemocnění, úrazové pojištění, pojištění invalidity a
 - c) shoduje se osoba pojištěného.

Výše pojistného plnění se pak určí tak, že bude vyplaceno ve výši pojistné částky (pojistnou částkou se rozumí dohodnuté plnění tedy i renta, důchod nebo denní plnění) dohodnuté dosavadní pojistnou smlouvou, pokud nedošlo k jejímu zvýšení v nové pojistné smlouvě. V případě, že výše pojistné částky dohodnutá v dosavadní pojistné smlouvě je vyšší než v nové pojistné smlouvě, pak bude vyplacena výše pojistné částky dohodnutá v nové pojistné smlouvě.

ČLÁNEK 1 SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

Bod 1 Pojistné

Běžné pojistné

- 1.1. Prispívá-li na pojistné tohoto pojištění zaměstnavatel, pojistné je považováno za zaplacené, je-li uhrazena jak část pojistného hrazená pojistníkem, tak část pojistného hrazená zaměstnavatelem.

Rizikové pojistné

- 1.2. Pojistitel od data počátku pojištění první den každého zúčtovacího období snižuje kapitálovou hodnotu pojištění o rizikové pojistné za životní pojištění. Rizikové pojistné za úrazové pojištění a pojištění pro případ nemoci sjednávané s ČPZ pojistitel strhává z uhrazeného běžného pojistného.
- 1.3. Rizikové pojistné za životní pojištění stanoví pojistitel podle pojistné matematických zásad pojistitele, především s ohledem na věk pojištěného, pojistnou částku platnou pro aktuální zúčtovací období a na zdravotní stav pojištěného k datu sjednání pojištění nebo k datu poslední změny pojistné částky nebo pojistného. Ke změně rizikového pojistného dochází pravidelně každý pojistný rok vždy ve výroční den pojištění.

Bod 2

Indexace pojištění (zvyšování pojistného se současným zvýšením pojistné částky)

- 2.1. Je-li sjednána (zahrnuta) indexace pojištění, pak pojištění se sjednanou pojistnou dobou 10 let a více zahrnuje indexaci pojištění. S výjimkou případů uvedených pod body 2.6., 2.7., 2.8., 2.9., 2.10., 2.11. a 2.12. se pojistné za životní pojištění zvyšuje o procento z pojistného (dále indexační procento) stanovené pojistitelem dle následujících pravidel. Pojistitel navýší pojistné, pokud za kalendářní rok předcházející indexu růstu spotřebitelských cen publikovaný Českým statistickým úřadem (dále též „index“) dosáhne alespoň hodnoty 2 %. Hodnota indexu se posuzuje pro účely indexace jako jednotlivá hodnota indexu nebo součet hodnot indexů za předchozí neuplatněné období. Pro účely indexace se zohledňují indexy nejvýše za 4 roky zpětně. Je-li však hodnota indexu nižší než 3 %, nemusí pojistitel svého práva navýšit pojistné využít. Nedosáhne-li v daném roce hodnota indexu za předcházející kalendářní rok alespoň hodnoty 2 %, navýšení pojistného není pojistitelem v daném roce provedeno. Je-li hodnota indexu záporná, započítává se pro účely indexace hodnota 0. Indexační procento se stanoví jako hodnota indexu za předcházející kalendářní rok zaokrouhlená na celá procenta nahoru zvýšená o jeden procentní bod, minimálně však jako 4 %. Přesáhne-li však hodnota indexu za uplynulý kalendářní rok hodnotu 10 %, pojistitel stanoví indexační procento maximálně ve výši 10 %. Pojistná částka pro případ smrti (pevná), měsíční renta v případě smrti pojištěného, byla-li sjednána, pojistná částka pojištění závažných onemocnění (pevná), byla-li sjednána, výše měsíční invalidní renty (pevná), byla-li sjednána, a pojistná částka pojištění pro případ invalidity (pevná), pojistná částka pojištění závažných onemocnění, byla-li sjednána, pojistná částka, příp. měsíční renta, pojištění pro případ ztráty soběstačnosti, byla-li sjednána, se zvyšují podle pojistné matematických zásad pojistitele. Sjednané klesající pojistné částky nejsou indexaci dotčeny. Při výpočtu pojistné částky pojistitel vychází zejména z aktuální pojistné částky, resp. výše měsíční invalidní renty, aktuálního věku pojištěného, nového pojistného a pojistné doby zbývajcí do konce pojištění. Jiné částky životního pojištění se nezvyšují. Je-li sjednáno úrazové pojištění, zvyšují se o stanovené indexační procento pojistné i sjednané pojistné částky tohoto pojištění. Pojistitel nemusí stanovit indexační procento každý rok. V případě, že je indexační procento pojistitelem stanoveno, platí vždy od 1. července běžného roku do 30. června následujícího roku. Výše indexačního procenta je zveřejňována na webových stránkách pojistitele a současně na obchodních místech pojistitele. Pojistitel rovněž umožní pojistníkovi dostupnost informace o výši indexačního procenta komunikačními prostředky, např. písemně zaslaním obyčejnou zásilkou na adresu pojistníka uvedenou v pojistné smlouvě nebo některým z prostředků komunikace na dálku.

- 2.2. Pojistné a pojistná částka, resp. měsíční invalidní renta, se zvyšují vždy od výročního dne pojištění, pokud stanoví pojistitel indexační procento a zároveň pojistník neodmítne zvýšení pojistného a pojistné částky způsobem uvedeným v bodě 2.3.

- 2.3. Odmítnutí zvýšení pojistného a pojistných částek může pojistník provést kdykoliv v průběhu kalendářního roku. Odmítnutí musí být doručeno pojistiteli. Odmítnutí se vztahuje vždy k nejbližšímu výročnímu dni pojištění následujícímu po doručení odmítnutí pojistiteli. Je-li sjednáno úrazové pojištění, odmítnutí zvýšení pojistného a pojistné částky je současně odmítnutím za životní i úrazové pojištění. Pokud pojistník odmítne dvě po sobě následující zvýšení pojistného a pojistné částky, nebude pojistitel provádět indexaci pojištění po dobu 5 let od posledního odmítnutí indexace podle bodu 2.1. Po uplynutí této lhůty pojistitel může provádění indexace obnovit. Pojistník může požádat o obnovení indexace před uplynutím této lhůty.

- 2.4. Zvyšování pojistného a pojistné částky se provádí bez dalšího došetřování zdravotního stavu.

- 2.5. Zvyšování pojistného za životní pojištění i úrazové pojištění nemá vliv na výši pojistného a rozsah nároků z pojištění asistenčních služeb, z pojištění pro případ nemoci, s výjimkou pojištění plateb pojistného při pracovní neschopnosti (ČPZ), je-li sjednáno.

- 2.6. Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění po dobu trvání zproštění od placení pojistného, bylo-li sjednáno pojištění zproštěním od placení pojistného.

- 2.7. Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění u pojistných smluv, u nichž je vyplácena měsíční invalidní renta nebo měsíční renta za pojištění pro případ ztráty soběstačnosti.
- 2.8. Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění, bylo-li vyplaceno pojistné plnění z pojištění závažných onemocnění.
- 2.9. Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění po tu dobu, kdy bylo ocenění rizika hodnoceno jako nadstandardní a bylo stanoveno nadstandardní pojistné.
- 2.10. Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění u pojistných smluv, u nichž k výročnímu dni pojištění přispívá na pojistné zaměstnavatel v plné výši.
- 2.11. Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění u pojistných smluv, u nichž došlo k redukcí pojištění.
- 2.12. Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění u pojistných smluv po dobu trvání přerušeni placení běžného pojistného.

Bod 3 Náklady

- 3.1. Pojistitel od data počátku pojištění první den každého účtovacího období snižuje kapitálovou hodnotu pojištění o počáteční a správní náklady stanovené podle pojistné matematických zásad pojistitele. Pojistitel započte neuhrazené náklady, příp. dluh dle ustanovení 3.2. tohoto bodu, vůči pojistnému plnění, které je vypláceno při skončení pojištění nebo vůči odkupnému. Pojistitel rozpočítává částku počátečních a správních nákladů rovnoměrně na celou pojistnou dobu.
- 3.2. Pojistitel umožňuje počáteční náklady za životní pojištění (tedy pojištění pro případ smrti nebo dožití 1. pojistného, pojištění pro případ smrti, pojištění závažných onemocnění, pojištění pro případ invalidity, pro případ ztráty soběstačnosti) po dobu tří let. Předchozí věta platí přiměřeně i pro změny uvedených pojištění, včetně indexace pojištění. U úrazového pojištění, pojištění asistenčních služeb a pojištění sjednaného s ČPZ se počáteční náklady umožňují po celou pojistnou dobu. Správní náklady za sjednaná pojištění se uhrazují po dobu trvání pojištění. Pojistitel uhrazuje z kapitálové hodnoty vytvořené části běžného pojistného stanovenou podle pojistné matematických zásad rizikové pojistné za sjednaná pojištění, počáteční a správní náklady a tvoří matematickou rezervu na budoucí rizikové pojistné. Zbývající část zaplaceného běžného pojistného je umístěna dle pojistníkem zvoleného alokačního poměru do kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou nebo do vnitřních fondů. V případě, že kapitálová hodnota nepostačuje na úhradu rizikového pojistného, správních a počátečních nákladů a poplatků, dojde k počátku následujícího účtovacího období k vytvoření dluhu pojistníka, který je pohledávkou pojistitele za pojistníkem vždy pro další účtovací období. Tuto pohledávku pojistitel umožňuje primárně při následné platbě běžného pojistného, tedy včetně pojistného určeného k umístění do vnitřních fondů a kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou.

Bod 4 Vznik pojištění

- 4.1. Úrazové pojištění, pojištění závažných onemocnění, pojištění pro případ invalidity a pojištění pro případ nemoci má počátek pojištění shodný se sjednaným počátkem životního pojištění, pokud bylo sjednáno při uzavření pojistné smlouvy.
- 4.2. V případě, že je nabídka pojištění činěna prostřednictvím prostředků komunikace na dálku, je pojistná smlouva uzavřena připsáním prvního pojistného na účet pojistitele. První pojistné musí být uhrazeno v předepsané výši, která je uvedena v nabídce na uzavření pojistné smlouvy. Nebylo-li první pojistné zaplaceno ve lhůtě stanovené pojistitelem, pojištění nevznikne. První běžné pojistné je splatné do data uvedeného na návrhu na uzavření pojistné smlouvy.
- 4.3. V případě, že je nabídka pojištění činěna prostřednictvím prostředků komunikace na dálku, uděluje pojistník souhlas se zjišťováním a přezkoumáváním svého zdravotního stavu zaplacením prvního pojistného ve výši uvedené v nabídce pojistitele.

Bod 5 Změny pojištění

- 5.1. V době trvání pojištění může pojistník požádat pojistitele o změnu rozsahu pojištění (např. zahrnutí nebo vyloučení pojištění závažných onemocnění, úrazového pojištění, pojištění pro případ nemoci, změna výše pojistné částky pro případ smrti, změna pojistné doby, změna výše běžné placené pojistného). Pojistitel si vyhrazuje právo v závislosti na aktuálním stavu pojistné smlouvy (např. aktuální věk pojistného, aktuální zdravotní stav pojistného) žádost o změnu pojištění zamítnout. V případě změny pojištění, jejíž účinnost nebude ve výroční den pojištění, dojde k prodloužení pojistné doby tak, aby do konce pojištění zbyval celý počet let. V případě změny pojištění může pojistitel nebo pojistník odstoupit od takové změny za stejných podmínek, jako je oprávněn odstoupit od pojistné smlouvy.
- 5.1.1. Přispívá-li na běžné nebo mimořádné pojistné tohoto pojištění zaměstnavatel pojistníka a požádá-li pojistník o změnu v pojistné smlouvě mající vliv na výši

pojistného hrazeného zaměstnavatelem a na uplatnění daňových výhod, bude tato změna provedena, pouze pokud bude společně se žádostí o provedení změny předložen písemný souhlas zaměstnavatele s touto změnou.

Bod 6 Pojistné

6.1. Mimořádné pojistné

- 6.1.1. Pojistník může v době trvání pojištění zaplatit mimořádné pojistné, a to v české měně a na místo (účet) určené pojistitelem. Pojistitel si vyhrazuje právo mimořádné pojistné odmítnout.
- 6.1.2. Pojistitel stanoví bližší podmínky pro výši, četnost a podmínky placení mimořádného pojistného v informacích před uzavřením pojistné smlouvy.
- 6.1.3. Zaplacení mimořádného pojistného nemá vliv na povinnost platit běžné pojistné.
- 6.1.4. Mimořádné pojistné nelze hradit u redukováného pojištění.
- 6.1.5. Mimořádné pojistné lze alokovat pouze do kapitálové hodnoty negarantované.

6.2. Přerušeni placení běžného pojistného

- 6.2.1. Je-li zaplaceno běžné pojistné za dva roky, může pojistník požádat o přerušeni placení běžného pojistného. Maximální délka přerušeni placení je stanovena pojistitelem na základě pojistné matematických zásad pojistitele. Pojistitel může žádost pojistníka o přerušeni placení běžného pojistného zamítnout.
- 6.2.2. K přerušeni placení dochází od nejbližší splatnosti pojistného po doručení žádosti pojistiteli. Běžné pojistné musí být k tomuto datu řádně zaplaceno.
- 6.2.3. Za provedení přerušeni placení si pojistitel účtuje poplatek podle platného Sazebníku poplatků.
- 6.2.4. V průběhu trvání přerušeni placení pojistného se přerušuje povinnost platit běžné pojistné. Nelze provádět mimořádné výběry, převod podílových jednotek a převod peněžních prostředků z kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou. Během přerušeni placení běžného pojistného nebude prováděna indexace pojištění.
- 6.2.5. Pojistník při žádosti o přerušeni placení zvolí, zda zůstanou zachována všechna sjednaná pojištění, nebo zůstane sjednáno pouze pojištění pro případ smrti nebo dožití 1. pojistného a ostatní sjednaná pojištění budou zrušena k datu počátku přerušeni placení. Přerušeni placení pojistného neovlivňuje právo na pojistné plnění ze sjednaných pojištění platných v době přerušeni placení pojistného.

Bod 7 Podíly na výnosech z rezerv pojistného

- 7.1. Oprávněná osoba má právo na podíl na výnosech z finančního umístění aktiv, jejichž zdrojem jsou technické rezervy (dále jen „výnosy“) za každý kalendářní rok trvání pojištění, a to za podmínky, že o jejich přiznání za příslušný kalendářní rok rozhodne jednostranně představenstvo společnosti, a v rozsahu, který ve svém rozhodnutí určí představenstvo společnosti. Představenstvo společnosti učiní rozhodnutí o přiznání či nepřiznání a rozsahu podílu oprávněné osoby na výnosech za uplynulý kalendářní rok do 30. 6. běžného kalendářního roku. Částka podílů na výnosech z rezerv není nárokovou částkou pojistného plnění.
- 7.2. Podíly na výnosech z rezerv pojistného jsou přiznávány pouze ke kapitálové hodnotě s garantovanou technickou úrokovou mírou. Podíly na výnosech z rezerv pojistného se nepřiznávají ke kapitálové hodnotě s vyhlášenou úrokovou mírou a kapitálovým hodnotám tvořeným podílovými jednotkami vnitřních fondů.
- 7.3. Podíly na výnosech z rezerv pojistného se vyplácejí při skončení pojištění, při kterém se vyplácí kapitálová hodnota pojištění.
- 7.4. Při skončení pojištění, u něhož došlo k redukcí pojištění, se podíly na výnosech z rezerv pojistného nepřiznávají. Podíly na výnosech z rezerv pojistného přiznané do dne účinnosti redukce podle VPP PO se k tomuto dni podle pojistné matematických zásad pojistitele zahrnují do redukováné pojistné částky nebo doby.

Bod 8 Mimořádné výběry

- 8.1. Pojistník může požádat o mimořádný výběr z kapitálové hodnoty negarantované v průběhu trvání pojištění pro úhradu mimořádného pojistného. Pojistník může požádat o mimořádný výběr z kapitálové hodnoty s garantovanou technickou úrokovou mírou po zaplacení běžného pojistného za dva roky.
- 8.2. Mimořádný výběr lze provést ve lhůtách a četnosti uvedených v informacích před uzavřením pojistné smlouvy.
- 8.3. Za provedení mimořádného výběru pojistitel účtuje poplatek podle platného Sazebníku poplatků.
- 8.4. Mimořádný výběr je nejprve realizován z kapitálové hodnoty negarantované, poté z kapitálové hodnoty s garantovanou technickou úrokovou mírou, nepostačují-li prostředky na provedení mimořádného výběru z kapitálové hodnoty negarantované.
- 8.5. Pojistitel si vyhrazuje právo žádost o mimořádný výběr zamítnout.

- 8.6. Mimořádný výběr nelze provádět při redukcí pojištění a při přerušeni placení běžného pojistného.
- 8.7. Minimální výše mimořádného výběru je uvedena v informacích před uzavřením pojistné smlouvy. Maximální výše mimořádného výběru je stanovena pojistitelem na základě pojistné matematických zásad pojistitele. Pojistitel vyplatí požadovaný mimořádný výběr nejvýše v hodnotě maximální výše mimořádného výběru.
- 8.8. Mimořádný výběr z kapitálové hodnoty negarantované bude proveden v aktuálním poměru peněžních hodnot jednotlivých kapitálových hodnot tvořených podílovými jednotkami vnitřních fondů a kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou, nebude-li dohodnuto jinak.

Bod 9 Redukce pojištění

- 9.1. Pokud bylo zaplaceno běžné pojistné za dobu stanovenou ve VPP PO, a nezaplát-li pojistník řádně běžné pojistné za další pojistná období, dojde v 00.00 hodin prvního dne po uplynutí lhůty stanovené pojistitelem v upomínce na zaplacení pojistného k redukcí pojištění.
- 9.2. Pokud bylo zaplaceno běžné pojistné za dobu stanovenou ve VPP PO, může pojistník o redukcí pojištění požádat. V 00.00 hodin prvního dne nejbližšího účtovacího období, na které není zaplaceno běžné pojistné, dojde k redukcí pojištění (redukce na žádost).
- 9.3. Je-li vypočtena redukováná pojistná částka pro případ smrti, příp. pojistná částka pojištění závažných onemocnění, 1. pojistného minimálně ve výši 10 000 Kč, dojde v důsledku neplacení pojistného nebo na žádost pojistníka k **redukcí pojistné částky**, zůstává zachováno pojištění pro případ smrti nebo dožití 1. pojistného, pojištění závažných onemocnění 1. pojistného, bylo-li sjednáno, a zanikají všechna další sjednaná pojištění a nároky všech pojištěných. Pojistná částka pro případ smrti, pro případ závažných onemocnění, byla-li sjednána, se snižuje na redukovanou pojistnou částku stanovenou podle pojistné matematických zásad pojistitele. Při dožití konce pojištění pojistitel vyplatí 1. pojistnému kapitálovou hodnotu pojištění ve výši stanovené k datu konce pojištění. Při smrti 1. pojistného před dožitím sjednaného konce pojištění vyplatí pojistitel oprávněné osobě redukovanou pojistnou částku pro případ smrti a kapitálovou hodnotu pojištění ve výši stanovené k datu oznámení pojistné události pojistiteli.
- 9.4. Je-li redukováná pojistná částka pro případ smrti, příp. redukováná pojistná částka pojištění závažných onemocnění, 1. pojistného menší než 10 000 Kč, dojde v důsledku neplacení pojistného (dle VPP PO, avšak odchýlně od bodu 2., čl. VIII. VPP PO) nebo na žádost pojistníka k **redukcí pojistné doby**, zůstává zachováno pojištění pro případ smrti nebo dožití 1. pojistného, pojištění závažných onemocnění 1. pojistného, bylo-li sjednáno, a zanikají všechna další sjednaná pojištění a nároky všech pojištěných. Pojistná částka pro případ smrti, pro případ závažných onemocnění, byla-li sjednána, zůstává zachována. Při dožití konce redukováné pojistné doby bude 1. pojistnému vyplacena kapitálová hodnota pojištění ve výši stanovené k datu konce redukováného pojištění. Při smrti 1. pojistného před uplynutím redukováné pojistné doby vyplatí pojistitel oprávněné osobě pojistnou částku pro případ smrti a kapitálovou hodnotu pojištění k datu oznámení pojistné události pojistiteli.
- 9.5. U redukováného pojištění pojistníkovi zaniká povinnost platit běžné pojistné. Pojistník není oprávněn platit mimořádné pojistné a provádět mimořádné výběry.
- 9.6. U redukováného pojištění nelze provést přerušeni placení pojistného.

Bod 10 Zánik pojištění

- 10.1. U úrazového pojištění, pojištění závažných onemocnění, pojištění pro případ invalidity a pojištění pro případ nemoci je konec pojištění shodný se sjednaným koncem životního pojištění, pokud nezaniklo některé z těchto pojištění v průběhu trvání pojištění nebo pokud nebyl dohodnut v pojistné smlouvě dřívější konec pojištění.
- 10.2. **Zánik pojištění odpadnutím důvodu dalšího pojištění a uplynutím doby, na niž bylo sjednáno**
- 10.2.1. Všechna sjednaná pojištění a další nároky zanikají smrtí 1. pojistného. Nejpозději pojištění zanikají, dožije-li se 1. pojištěný konce pojištění.
- 10.2.2. Jestliže u pojištění s redukovanou pojistnou dobou součet rizikového pojistného, počátečních a správních nákladů a poplatků je vyšší než kapitálová hodnota s garantovanou technickou úrokovou mírou, pojištění zaniká. Pojistitel je povinen o takovém zániku pojistníka informovat.
- 10.3. **Zánik pojištění jako důsledek neplacení běžného pojistného**
- Pokud pojištění zanikne z důvodu neplacení běžného pojistného, pojistitel má právo na rizikové pojistné, počáteční a správní náklady a na poplatky do zániku pojištění. Pojistníkovi je vyplácena část kapitálové hodnoty negarantované stanovené na základě pojistné matematických zásad pojistitele.

10.4. Zánik pojištění odmítnutím plnění

Pokud pojištění zanikne odmítnutím plnění podle ustanovení § 2809 a § 2810 zákonníku, pojistitel vyplatí oprávněné osobě kapitálovou hodnotu negarantovanou k datu oznámení pojistné události pojistiteli, sníženou o poplatek za ukončení pojištění. Není-li pojištěný zároveň pojistníkem, bude kapitálová hodnota negarantovaná vyplacena pojistníkově.

- 10.5. Dojde-li k zániku tohoto pojištění v době označené jako „Rozhodná doba“, nevzniká nárok na výplatu částky, která byla převedena na tuto pojistnou smlouvu a jež odpovídá výši rozdílů částky rezervy nebo kapitálové hodnoty pojištění dle dosavadní pojistné smlouvy, stanovené k datu jejího zániku, a částky, jež by byla vyplacena jako odkupné z takto zaniklé dosavadní pojistné smlouvy („částka převyšující odkupné dle dosavadní pojistné smlouvy“). O částku převyšující odkupné dle dosavadní pojistné smlouvy se v takovém případě sníží plnění nebo částka, vyplácené z důvodu zániku tohoto pojištění (např. odkupné). Ustanovení předchozí věty neplatí, jedná-li se o zánik pojištění z důvodu výplaty pojistného plnění při pojistné události nebo pokud bude uzavřena nová pojistná smlouva, na niž by byla převáděna rezerva nebo kapitálová hodnota zanikajícího pojištění.

Pojistitel započte vůči částce odkupného dle dosavadní pojistné smlouvy hodnotu závazků pojistníka vůči pojistiteli, zejména dosud neuhrazené počáteční a správní náklady.

- 10.6. Výpověď životního pojištění zanikají všechna sjednaná pojištění. Pojistitel vyplatí pojistníkově negarantovanou kapitálovou hodnotu sníženou o hodnotu závazků pojistníka vůči pojistiteli vzniklých v souvislosti s tímto pojištěním včetně dosud neuhrazených počátečních a správních nákladů. Výpověď úrazového pojištění, pojištění závažných onemocnění, pojištění invalidity nebo pojištění pro případ nemoci, asistence, pojištění asistenčních služeb zaniká jen vypovězením pojištění, výše běžného pojistného se v takovém případě nemění.

- 10.7. Všechna sjednaná pojištění konkrétního pojištěného nebo pojištěného dítěte zanikají jeho smrtí.

- 10.8. Pojistitel nebo pojistník mohou vypovědět ke konci pojistného období úrazové pojištění pouze v části jednotlivých plnění (např. doba nezbytného léčení), v takovém případě se ustanovení pojistných podmínek o vypovědi úrazového pojištění použijí přiměřeně i pro jednotlivá plnění. Je-li však výpověď doručena druhé straně později než šest týdnů předě dnem, ve kterém uplyne pojistné období, zaniká pojištění ke konci následujícího pojistného období.

Bod 11 Vnitřní fondy

11.1. Definice investičních pojmů

- 11.1.1. **Vnitřním fondem** se rozumí soubor různých typů investic spravovaných pojistitelem výhradně pro účely pojištění (dále jen portfolio). Pojistitel spravuje toto portfolio investic vytvořené z prostředků tohoto pojištění odděleně od ostatního majetku pojistitele.

- 11.1.2. **Podílovou jednotkou** se rozumí podíl vnitřního fondu sloužící k výpočtu peněžních nároků plynoucích z pojištění.

- 11.1.3. **Cena podílové jednotky** se stanoví na základě hodnoty podkladových aktiv vnitřního fondu a celkového počtu podílových jednotek tohoto vnitřního fondu. Pokud vyjde najevo, že v důsledku chybné stanovení ceny podílové jednotky obdržela oprávněná osoba, příp. pojistník, vyšší částku, než které odpovídá reálná hodnota podílové jednotky, je oprávněná osoba, příp. pojistník, povinna uhradit pojistiteli částku představující rozdíl mezi obdrženým plněním a reálnou hodnotou podílové jednotky, a to bez zbytečného prodlení poté, co jí bude tato skutečnost pojistitelem oznámena. Pohlédávku podle předchozí věty pojistitel započte proti pojistnému plnění nebo jakékoli jiné pohlédávce oprávněné osoby, příp. pojistníka, za pojistitelem a s ohledem na tuto skutečnost upraví parametry pojistné smlouvy. Bližší informace k ceně podílové jednotky a povaze podkladových aktiv uvádí pojistitel rovněž na svých webových stránkách.

- 11.1.4. **Účtem pojistníka** se rozumí individuální účet vedený pojistitelem k pojistné smlouvě, tvořený podílovými jednotkami jednotlivých vnitřních fondů.

- 11.1.5. **Oceňovací den** je den, ke kterému pojistitel stanoví cenu podílových jednotek jednotlivých vnitřních fondů.

- 11.1.6. **Obchodováním s podílovými jednotkami** se rozumí nákup, odkup a převod podílových jednotek vnitřního fondu.

- 11.1.7. **Nákupem podílových jednotek** se rozumí zvýšení počtu podílových jednotek vnitřního fondu vedených na účtu pojistníka.

- 11.1.8. **Odkupem podílových jednotek** se rozumí snížení počtu podílových jednotek vnitřního fondu vedených na účtu pojistníka.

- 11.1.9. **Převodem podílových jednotek** se rozumí snížení počtu podílových jednotek vedených na účtu pojistníka u daného vnitřního fondu a současně zvýšení počtu podílových jednotek vedených na účtu pojistníka pro nově zvolený vnitřní fond.

- 11.1.10. **Alokačním poměrem** se rozumí procentuální poměr, ve kterém se umísťuje (dále jen alokuje) za-

placené pojistné. Alokační poměry se stanovují pro běžné a mimořádné pojistné. Běžné a mimořádné pojistné lze alokovat do kapitálové hodnoty negarantované.

- 11.1.11. **Investičním úkonem** se rozumí provedení nákupu, odkupu nebo převodu podílových jednotek vnitřního fondu. Investiční úkon je důsledkem změny, popř. důsledkem zániku pojistné smlouvy, provedené pojistitelem na základě žádosti pojistníka nebo vyplývající z těchto doplňkových pojistných podmínek a všeobecných pojistných podmínek, při které dochází ke změně počtu podílových jednotek vedených na účtu pojistníka. Investiční riziko spojené s prováděním investičního úkonu a proměnlivou cenou podílové jednotky nese pojistník. K provedení požadovaného investičního úkonu pojistníka, resp. investičního úkonu pojistitele, dojde ke dni realizace skutečného nákupu nebo odkupu podkladových aktiv vnitřních fondů pojistitelem. K tomuto datu jsou nakoupeny, odkoupeny nebo převedeny podílové jednotky na účtu pojistníka.

- 11.1.12. **Souběh investičních úkonů.** Pojistitel může zamítnout, popř. pozastavit, provedení investičního úkonu vyplývajícího z pojistné technického úkonu, provádí-li jiné investiční úkony související s touto pojistnou smlouvou. Pominou-li důvody pozastavení, pojistitel provede daný investiční úkon bez zbytečného odkladu.

11.2. Informace o vnitřních fondech

- 11.2.1. Pojistitel nabízí vnitřní fondy vedené v podílových jednotkách, a to v české měně, které se odlišují investiční strategií, povahou podkladových aktiv, a tím i výnosem a rizikem.

- 11.2.2. Každý vnitřní fond je veden pojistitelem jako oddělená a identifikovatelná podkladová aktiva.

- 11.2.3. Výnosy z podkladových aktiv v příslušném vnitřním fondu, snížené o prokazatelné náklady, zvyšují hodnotu vnitřního fondu.

- 11.2.4. Pojistník může zvolit vnitřní fondy pojistitele, které se odlišují investiční strategií, druhem podkladových aktiv, a tím i výnosem a rizikem.

- 11.2.5. Vzhledem k charakteru vnitřních fondů není cena jejich podílových jednotek garantována. Pojistitel garantuje počet podílových jednotek vnitřního fondu s výjimkou bodu 11.3.

- 11.2.6. Pojistitel si vyhrazuje právo pro účely pojištění omezit vstup do vnitřního fondu.

- 11.2.7. Pojistitel tvoří ze zaplaceného pojistného alokovaného do vnitřního fondu rezervu na úhradu závazků z finančního umístění jménem pojištěných (rezervu životních pojištění s investičním rizikem pojistníka).

- 11.2.8. Způsob umístění prostředků rezerv na úhradu závazků z finančního umístění jménem pojištěných se řídí obecně platnými právními předpisy a za podmínek v nich stanovených pak rozhodnutími pojistitele. Pojistitel stanoví podmínky, za kterých investuje v příslušném vnitřním fondu, v investiční strategii vnitřního fondu.

- 11.2.9. Podílové jednotky mohou být nakoupeny, pouze pokud jsou do fondu přidána podkladová aktiva, jejichž hodnota je rovna hodnotě těchto podílových jednotek vnitřního fondu.

- 11.2.10. S výjimkou bodů 11.2.13. a 11.2.14. mohou být podílové jednotky z vnitřního fondu odkoupeny, pouze pokud je z vnitřního fondu proveden odkup podkladových aktiv, jejichž hodnota je rovna hodnotě těchto podílových jednotek vnitřního fondu.

- 11.2.11. Nákup, odkup a převod podílových jednotek jednotlivých vnitřních fondů na účtu pojistníka slouží jen ke stanovení výše pojistného plnění a jiných závazků z pojištění.

- 11.2.12. Podkladová aktiva jednotlivých vnitřních fondů a výnosy plynoucí z těchto podkladových aktiv jsou vlastnictvím pojistitele a zůstávají jím po celou dobu trvání pojištění. Z pojištění nevzniká právní nárok na žádná podkladová aktiva společnosti a vnitřních fondů ani na žádné výnosy z těchto aktiv plynoucí.

- 11.2.13. Pojistitel má právo snížit hodnotu vnitřního fondu o všechny daňové srážky spojené s podkladovými aktivy tohoto vnitřního fondu a jiné srážky, které společnost uzná skutečným nebo potenciálním závazkem tohoto vnitřního fondu.

- 11.2.14. Pojistitel od data počátku pojištění každý oceňovací den snižuje hodnotu vnitřního fondu o poplatek za správu portfolio. Poplatek je odečítán po částech a jeho roční výše je uvedena v platném Sazebníku poplatků. Společnost může snížit hodnotu vnitřního fondu o administrativní poplatky, jehož výše nepřesáhne 2 % ročně z podkladových aktiv vnitřního fondu. Tento poplatek je odečítán po částech, a to při každém oceňování, a je součástí poplatku za správu portfolio. Tento bod se nepoužije pro správce investičního fondu.

11.3. Změna podkladových aktiv vnitřního fondu

Pojistitel může měnit podkladová aktiva vnitřních fondů. Povaha podkladových aktiv těchto fondů je neměnná. Při změně podkladových aktiv pojistitel negarantuje počet podílových jednotek vnitřního fondu, ale garantuje zachování hodnoty podílových jednotek vnitřního fondu k datu změny podkladových aktiv.

11.4. Omezení obchodování s podílovými jednotkami vnitřního fondu

- 11.4.1. V průběhu trvání pojištění může ve výjimečných případech dojít k omezení obchodování s podílovými jednotkami vnitřního fondu. V takovém případě bude pojistitel pojistníka informovat o podmínkách tohoto omezení, zejména o předpokládané délce trvání omezení obchodování.

- 11.4.2. V době omezení obchodování pojistitel přijímá požadavky pojistníka k provedení úkonů, které mají vliv na kapitálovou hodnotu, tvořené podílovými jednotkami vnitřního fondu, např. převod podílových jednotek, změna alokačního poměru, mimořádné výběry, platba běžného a mimořádného pojistného, žádost o zrušení pojištění s výplatou odkupného. Pojistitel provede požadované úkony, které nemohou provést v době omezení obchodování, po ukončení omezení obchodování s podílovými jednotkami tohoto vnitřního fondu.

- 11.4.3. Nebude-li možné, při stanovení výše pojistného plnění a při stanovení výše odkupného z důvodu omezení obchodování s podílovými jednotkami daného vnitřního fondu, stanoví výši kapitálové hodnoty pojištění, bude výše kapitálové hodnoty pojištění stanovena pojistitelem pouze z podílových jednotek vnitřního fondu se známou cenou. Po ukončení omezení obchodování s podílovými jednotkami daného vnitřního fondu bude bez zbytečného odkladu zbývající hodnota podílových jednotek vnitřního fondu vyplacena.

- 11.4.4. Nebude-li možné, při stanovení výše plnění při zániku pojištění podle bodu 10 z důvodu omezení obchodování s podílovými jednotkami daného vnitřního fondu, stanoví výši kapitálové hodnoty pojištění, bude výše kapitálové hodnoty pojištění stanovena pojistitelem po ukončení omezení obchodování s podílovými jednotkami daného vnitřního fondu a pojistitel vyplatí celé plnění.

11.5. Změna vnitřního fondu

- 11.5.1. Pojistitel může rozhodnout o změně vnitřního fondu při zachování povahy podkladových aktiv, zejména v případě, že dochází k významnému poklesu ceny podílových jednotek menšího vnitřního fondu. V takovém případě bude pojistitel pojistníka informovat o této skutečnosti a možnosti volby nového fondu. V případě, že pojistník nezvolí nový fond, bude pojistitelem vybrán fond s obdobnou strategií a úrovní regulace.

- 11.5.2. Změnou vnitřního fondu se rozumí převod podílových jednotek do jiného vnitřního fondu se stejnou povahou podkladových aktiv a odpovídající změna alokačního poměru.

Bod 12 Alokační poměr

12.1. Alokační poměr běžného pojistného

Pojistitel může stanovit minimální procento alokace pojistného nebo minimální peněžní hodnotu alokovaného pojistného do kapitálové hodnoty s vyhrazenou úrokovou mírou a do kapitálových hodnot tvořených podílovými jednotkami vnitřních fondů.

12.2. Změna alokačního poměru

- 12.2.1. Pojistník může požádat o změnu alokačních poměrů běžného i mimořádného pojistného.

- 12.2.2. Změna alokačního poměru běžného pojistného je účinná ode dne uvedení pojistníkem v žádosti o provedení změny, nejdříve však od nejbližší splatnosti nezaplaceného běžného pojistného.

- 12.2.3. Změna alokačního poměru mimořádného pojistného je účinná ode dne uvedení pojistníkem v žádosti o provedení změny. Touto změnou nelze ovlivnit již alokované mimořádné pojistné.

- 12.2.4. Změnu alokačních poměrů nelze provádět při redukcii pojištění.

- 12.2.5. Pojistitel si vyhrazuje právo žádost o změnu alokačního poměru zamítnout.

- 12.2.6. Pojistitel má právo na poplatek za provedení změny alokačního poměru podle platného Sazebníku poplatků.

Bod 13 Změna rozložení prostředků

13.1. Převod podílových jednotek mezi kapitálovými hodnotami tvořenými podílovými jednotkami vnitřních fondů

- 13.1.1. Pojistník může požádat o převod podílových jednotek mezi jednotlivými kapitálovými hodnotami tvořenými podílovými jednotkami vnitřních fondů. Na základě této žádosti pojistitel provede odkup podílových jednotek daného vnitřního fondu a nakoupí podílové jednotky jiného pojistníkem určeného vnitřního fondu.

- 13.1.2. Podílové jednotky se převádějí mezi kapitálovými hodnotami tvořenými podílovými jednotkami vnitřních fondů podle cen k datu provedení požadovaného investičního úkonu.

- 13.1.3. Pojistitel může stanovit minimální počet nebo minimální peněžní hodnotu převáděných podílových jednotek. Pojistitel může stanovit minimální počet nebo

minimální peněžní hodnotu podílových jednotek, která musí být ponechána na účtu pojistníka.

13.1.4. Pojistitel si vyhrazuje právo žádost o převod podílových jednotek mezi kapitálovými hodnotami tvořenými podílovými jednotkami vnitřních fondů zamítnout.

13.1.5. Pojistitel má právo na poplatek za provedení převodu podle platného Sazebníku poplatků.

13.2. Převod podílových jednotek z kapitálové hodnoty tvořené podílovými jednotkami vnitřního fondu do kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou

13.2.1. Pojistník může požádat o převod podílových jednotek z kapitálové hodnoty tvořené podílovými jednotkami vnitřního fondu do kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou. Na základě této žádosti pojistitel provede odkup podílových jednotek daného vnitřního fondu a vloží peněžní prostředky v hodnotě odkupu do kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou.

13.2.2. Pojistitel může stanovit minimální počet nebo minimální peněžní hodnotu převáděných podílových jednotek. Pojistitel může stanovit minimální počet nebo minimální peněžní hodnotu podílových jednotek, která musí být ponechána na účtu pojistníka.

13.2.3. Pojistitel si vyhrazuje právo žádost o převod podílových jednotek z kapitálové hodnoty tvořené podílovými jednotkami vnitřního fondu do kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou zamítnout.

13.2.4. Pojistitel má právo na poplatek za provedení převodu podle platného Sazebníku poplatků.

13.3. Převod peněžních prostředků z kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou do kapitálové hodnoty tvořené podílovými jednotkami vnitřního fondu

13.3.1. Pojistník může požádat o převod peněžních prostředků z kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou do kapitálové hodnoty tvořené podílovými jednotkami vnitřního fondu. Na základě této žádosti pojistitel provede výběr peněžních prostředků z kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou a nakoupí podílové jednotky pojistníkem určeného vnitřního fondu.

13.3.2. Pojistitel může stanovit minimální peněžní hodnotu převáděných peněžních prostředků.

13.3.3. Pojistitel si vyhrazuje právo žádost o převod peněžních prostředků z kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou do kapitálové hodnoty tvořené podílovými jednotkami vnitřního fondu zamítnout.

13.3.4. Pojistitel má právo na poplatek za provedení převodu podle platného Sazebníku poplatků.

13.4. Převod podílových jednotek a peněžních prostředků do kapitálové hodnoty s garantovanou technickou úrokovou mírou (převod peněžních prostředků z kapitálové hodnoty s garantovanou technickou úrokovou mírou)

13.4.1. Pojistník není oprávněn provádět převod podílových jednotek z kapitálových hodnot tvořených podílovými jednotkami vnitřních fondů a peněžních prostředků z kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou do kapitálové hodnoty s garantovanou technickou úrokovou mírou.

13.4.2. Současně pojistník není oprávněn převádět převod peněžních prostředků z kapitálové hodnoty s garantovanou technickou úrokovou mírou do kapitálových hodnot tvořených podílovými jednotkami vnitřních fondů a do kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou.

Bod 14 Výluky z pojištění

V případě, že je nabídka pojištění činná prostřednictvím prostředků komunikace na dálku a pojistná smlouva je uzavřena připsáním prvního pojistného na účet pojistitele, pak pojistiteli nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění ze sjednaných pojištění v těch případech, kdy k pojistné události dojde z důvodu, následkem či jakoukoliv souvislosti s pracovní neschopností 1. pojištěného nebo z důvodu, následkem či jakoukoliv souvislosti s přiznáním invalidního důchodu pro invaliditu I., II. nebo III. stupně (nebo řízením o jeho přiznání) 1. pojištěnému, k datu připsání prvního pojistného na účet pojistitele. Pojistiteli nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění ze sjednaných pojištění ani v případech, kdy k pojistné události dojde z důvodu, následkem či jakoukoliv souvislosti se skutečností, že 1. pojištěný byl léčen(a), vyšetřován(a) nebo sledován(a) pro jakékoliv onemocnění nebo úraz (s výjimkou alergií, chřipkového onemocnění nebo anginy) k datu připsání prvního pojistného na účet pojistitele.

ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

ČLÁNEK 2 POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD SMRTI NEBO DOŽITÍ 1. POJIŠTĚNÉHO

Bod 1 Rozsah nároků

1.1. Dožije-li se 1. pojištěný dne uvedeného v pojistné smlouvě jako konec pojištění, pojistitel vyplatí pojištěnému

kapitálovou hodnotu pojištění ve výši stanovené k datu konce pojištění.

1.2. Pojistné plnění v případě smrti

1.2.1. Pevná pojistná částka

A. varianta Vyšší z pojistné částky nebo kapitálové hodnoty

Dojde-li v době trvání pojištění ke smrti 1. pojištěného nikoli následkem sebevraždy do dvou let trvání pojištění a byla-li sjednána varianta pojistného plnění Vyšší z pojistné částky nebo kapitálové hodnoty, vyplatí pojistitel obmyšlenému buď sjednanou pojistnou částku, nebo kapitálovou hodnotu pojištění, podle toho, která z těchto částek je k datu oznámení pojistné události pojistiteli vyšší. Dojde-li v průběhu trvání pojištění k mimořádnému výběru, pak se provedení mimořádný výběr vůči pojistné částce zohledňuje ve vypláceném pojistném plnění. Pokud je k datu pojistné události sjednaná pojistná částka pro případ smrti 1. pojištěného vyšší než kapitálová hodnota a v předchozích 6 měsících před datem pojistné události došlo k mimořádným výběrům, potom se pojistné plnění stanoví jako vyšší z částek mezi sjednanou pojistnou částkou sníženou o mimořádné výběry a kapitálovou hodnotou. Ve výpočtu pojistného plnění jsou zohledněny platby mimořádného pojistného ve stejném období.

B. varianta Součet

Dojde-li v době trvání pojištění ke smrti 1. pojištěného nikoli následkem sebevraždy do dvou let trvání pojištění a byla-li sjednána varianta pojistného plnění Součet, vyplatí pojistitel obmyšlenému sjednanou pojistnou částku a kapitálovou hodnotu pojištění ve výši stanovené k datu oznámení pojistné události pojistiteli.

1.2.2. Klesající pojistná částka

Dojde-li v době trvání pojištění ke smrti 1. pojištěného nikoli následkem sebevraždy do dvou let trvání pojištění, pojistitel vyplatí pojistnou částku pro případ smrti platnou pro příslušný rok trvání pojištění subjektu, v jehož prospěch je pojistné plnění vinkulováno (např. peněžní ústav), nebo obmyšlenému, nebylo-li pojistné plnění vinkulováno. V případě výplaty peněžnímu ústavu je pojistná částka vyplacena maximálně ve výši nesplacené jistiny včetně příslušenství. Případný rozdíl pojistné částky a částky dle předchozí věty je vyplacen obmyšlenému.

1.2.3. Měsíční renta v případě smrti 1. pojištěného

1.2.3.1. Je-li sjednána výplata měsíční renty v případě smrti 1. pojištěného a zemře-li v době trvání pojištění 1. pojištěný, nikoli následkem sebevraždy do dvou let trvání pojištění, začne pojistitel vyplácet obmyšlenému uvedenému v pojistné smlouvě měsíční rentu ve sjednané výši do roku dohodnutého v pojistné smlouvě nebo do roku, ve kterém uplyne příslušný počet let dohodnutý v pojistné smlouvě.

1.2.3.2. Měsíční renta je splatná po dobu života obmyšleného vždy 1. kalendářní den v měsíci. První měsíční renta je splatná 1. kalendářní den v měsíci následujícím po datu pojistné události, též „den počátku výplaty měsíční renty“. Výročním dnem počátku výplaty měsíční renty se rozumí den, který se označím (dnem a měsícem) shoduje s datem počátku výplaty měsíční renty. Poslední měsíční renta je splatná měsíc před výročním dnem počátku výplaty měsíční renty v roce, který byl v pojistné smlouvě sjednán jako kalendářní rok, ve kterém končí doba výplaty (měsíční) renty nebo v roce, ve kterém uplyne příslušný počet let dohodnutý v pojistné smlouvě.

1.3. Zemře-li 1. pojištěný v prvních dvou letech trvání pojištění následkem sebevraždy, zanikají bez práva na plnění všechna sjednaná pojištění. V takovém případě pojistitel vyplatí oprávněné osobě kapitálovou hodnotu pojištění ve výši stanovené k datu oznámení úmrtí pojistiteli. Není-li pojištěný zároveň pojistníkem, bude kapitálová hodnota pojištění vyplacena pojistníkoví.

1.4. Zemře-li 1. pojištěný ve třetím nebo dalším roce trvání pojištění následkem sebevraždy a neuplynuly-li alespoň dva roky od posledního zvýšení pojistné částky, k němuž došlo z jiného důvodu než v důsledku indexace pojištění, vyplatí pojistitel oprávněné osobě součet nejvyšší pojistné částky platné v průběhu dvou let před datem úmrtí pojištěného a kapitálové hodnoty pojištění ve výši stanovené k datu oznámení pojistné události pojistiteli a všechna sjednaná pojištění zaniknou.

1.5. V případě, že smrt 1. pojištěného není pojistnou událostí, vyplatí pojistitel oprávněné osobě část kapitálové hodnoty stanovenou podle pojistné matematických zásad k datu, kdy se o smrti dozvěděl. Není-li pojištěný zároveň pojistníkem, bude tato částka vyplacena pojistníkoví.

1.6. Dojde-li ke smrti 1. pojištěného do 6 měsíců od data uzavření pojistné smlouvy, pojistitel neposkytne pojistné plnění, pokud pojištěný nezodpověděl pojistiteli dotaz ke zdravotnímu stavu pojištěného nebo nevyplnil zdravotní dotazník. V takovém případě pojistitel vyplatí oprávněné osobě kapitálovou hodnotu stanovenou podle pojistné matematických zásad pojistitele a zanikají všechna sjednaná pojištění.

1.7. Nebyl-li obmyšlený v pojistné smlouvě určen nebo nenašel-li práva na plnění, nabývají ho osoby určené podle § 2831 zánovníku.

1.8. Pokud bylo před oznámením smrti 1. pojištěného vyplaceno pojistné plnění za pojistné události jiného pojištěného (tj. nikoliv 1. pojištěného), je takový pojištěný povinen takto vyplacené pojistné plnění vrátit.

Bod 2 Věrnostní bonus

2.1. K pojistným smlouvám, které splňují podmínky uvedené v tomto bodě, bude pojistitelem připsován věrnostní bonus.

2.2. Podmínky přiznání věrnostního bonusu, které musejí být splněny k datu uzavření pojistné smlouvy nebo později k datu účinnosti změny pojištění (s výjimkou indexace pojištění) a dále po celou následující dobu trvání pojištění:

– pojistná smlouva je uzavřena na pojistnou dobu minimálně 10 let, resp. doba trvání pojištění po splnění podmínek z důvodu změny pojištění je minimálně 10 let, počítáno od data účinnosti změny pojištění,

– běžné měsíční pojistné po slevě je rovno nebo vyšší hodnotě 1 000 Kč (v případě jiného než měsíčního pojistného období je pojistné přepočteno na měsíční pojistné období).

Podmínkou přiznání věrnostního bonusu je také splnění podmínek dále definovaného koeficientu k datu uzavření pojistné smlouvy nebo později k datu účinnosti změny pojištění v požadované výši. Koeficient se stanoví jako podíl ročního rizikového pojistného po slevě zprůměrovaného za celou pojistnou dobu (i v případě změny pojištění) a běžného ročního pojistného po slevě za sjednaná pojištění. Požadovaná výše koeficientu je nejméně 40 % a výše. V případě, že je sjednána varianta „Vyšší z kapitálové hodnoty nebo pojistné částky“, zohlední se v podmínce koeficientu 60 % rizikového pojistného pevně pojistné částky pro případ smrti 1. pojištěného.

2.3. Jsou-li splněny podmínky pro přiznání věrnostního bonusu definované v bodě 2.2., pojistitel začne od výročního dne pojištění v 6. roce trvání pojištění nebo jsou-li podmínky z důvodu změny pojištění splněny později, v 6. roce od data účinnosti změny pojištění připsovat každé zúčtovací období částku měsíčního věrnostního bonusu definovanou jako 20 % z částky měsíčního rizikového pojistného po slevě za sjednaná pojištění v daném roce.

2.4. Právo na výplatu věrnostního bonusu ve výši připsané podle bodu 2.3. vzniká, dojde-li ke smrti 1. pojištěného nebo dožije-li se 1. pojištěného sjednaného konce pojištění (s výjimkou redukováného pojištění), v jiných případech právo na výplatu věrnostního bonusu nevzniká.

2.5. V případě, že dojde v průběhu trvání pojištění k porušení uvedených podmínek nebo zániku pojištění (s výjimkou uvedenou v bodě 2.4.) nebo redukcí pojištění nebo přerušením placení nebo odstoupení od pojistné smlouvy, právo na věrnostní bonus zaniká a dosud připsané částky věrnostního bonusu podle bodu 2.3. se rozpustí bez nároku na jeho výplatu.

2.6. Částka odpovídající přípisu věrnostního bonusu bude každé zúčtovací období umístěna do vnitřních fondů formou nákupu podílových jednotek nebo kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou dle alokačního poměru pro běžné pojistné zvoleného pojistníkem. V případě umístění věrnostního bonusu nebo jeho části do vnitřních fondů platí, že investiční riziko nese pojistník.

2.7. Z připsaných částek věrnostního bonusu nevzniká právo na podíly na výnosech z rezerv pojistného.

2.8. V případě změny alokačního poměru pojistníkem se použije nový alokační poměr od data účinnosti této změny pro další zúčtovací období dle pravidel uvedených v těchto DPP i pro připsované částky věrnostního bonusu.

2.9. V případě převodu podílových jednotek mezi vnitřními fondy nebo kapitálovými hodnotami dojde i k převodu příslušných částek nebo podílových jednotek příslušejících věrnostnímu bonusu dle pravidel uvedených v těchto DPP.

2.10. Pojistník nemá právo na mimořádný výběr z připsaných částek věrnostního bonusu a souvisejících podílových jednotek.

ČLÁNEK 3 POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD SMRTI 2. POJIŠTĚNÉHO

Bod 1 Rozsah nároků

1.1. Pojištění pro případ smrti s pevnou pojistnou částkou

Dojde-li v době trvání pojištění ke smrti 2. pojištěného nikoli následkem sebevraždy do dvou let trvání pojištění, pojistitel vyplatí obmyšlenému sjednanou pojistnou částku pro případ smrti. Dojde-li v době trvání pojištění ke smrti pojištěného následkem sebevraždy do dvou let trvání pojištění, zaniká pojištění bez práva na plnění.

1.2. Pojištění pro případ smrti s klesající pojistnou částkou

Dojde-li v době trvání pojištění ke smrti 2. pojištěného nikoli následkem sebevraždy do dvou let trvání pojiš-

tění, pojistitel vyplácí pojistnou částku pro případ smrti platnou pro příslušný rok trvání pojištění subjektu, v jehož prospěch je pojistné plnění vinkulováno (např. peněžní ústav), nebo obmyslenému, nebylo-li pojistné plnění vinkulováno. V případě výplaty peněžnímu ústavu je pojistná částka vyplacena maximálně ve výši nespacené jistiny včetně příslušenství. Případný rozdíl pojistné částky a částky dle předchozí věty je vyplacen obmyslenému.

1.3. Měsíční renta v případě smrti 2. pojištěného

1.3.1. Je-li sjednána výplata měsíční renty v případě smrti 2. pojištěného a zemře-li v době trvání pojištění 2. pojištěný, nikoliv následkem sebevraždy do dvou let trvání pojištění, začne pojistitel vyplácet obmyslenému uvedenému v pojistné smlouvě měsíční rentu ve sjednané výši do roku dohodnutého v pojistné smlouvě nebo do roku, ve kterém uplyne příslušný počet let dohodnutý v pojistné smlouvě.

1.3.2. Měsíční renta je splatná po dobu života obmysleného vždy 1. kalendářní den v měsíci. První měsíční renta je splatná 1. kalendářní den v měsíci následujícím po datu pojistné události, též „den počátku výplaty měsíční renty“. Výročním dnem počátku výplaty měsíční renty se rozumí den, který se označím (dnem a měsícem) shoduje s datem počátku výplaty měsíční renty. Poslední měsíční renta je splatná měsíc před výročním dnem počátku výplaty měsíční renty v roce, který byl v pojistné smlouvě sjednan jako kalendářní rok, ve kterém končí doba výplaty (měsíční) renty nebo v roce, ve kterém uplyne příslušný počet let dohodnutý v pojistné smlouvě.

1.4. Zemře-li 2. pojištěný v prvních dvou letech trvání pojištění následkem sebevraždy nebo smrt 2. pojištěného není pojistnou událostí, zaniká bez práva na plnění jeho pojištění pro případ smrti. Dále zanikají další sjednaná pojištění pro tohoto pojištěného.

1.5. Zemře-li 2. pojištěný ve třetím nebo dalším roce trvání pojištění následkem sebevraždy a neuplynuly-li alespoň dva roky od posledního zvýšení pojistné částky, k němuž došlo z jiného důvodu než v důsledku indexace pojištění, vyplácí pojistitel oprávněné osobě pojistnou částku a pojištění pro případ smrti 2. pojištěného zanikne. Dále zanikají další sjednaná pojištění pro tohoto pojištěného.

1.6. Dojde-li ke smrti 2. pojištěného do 6 měsíců od data uzavření pojistné smlouvy, pojistitel neposkytne pojistné plnění, pokud pojištěný nezodpověděl pojistiteli dotaz ke zdravotnímu stavu pojištěného nebo nevyplnil zdravotní dotazník. V takovém případě zaniká bez práva na plnění pojištění pro případ smrti 2. pojištěného. Dále zanikají další sjednaná pojištění pro tohoto pojištěného.

1.7. Nebyl-li obmyslený v pojistné smlouvě určen nebo nezabýval-li práva na plnění, nabývají ho osoby určené podle § 2831 zákoníku.

1.8. Pojištění pro případ smrti 2. pojištěného končí nejpozději den před výročním dnem pojištění v kalendářním roce, ve kterém tento pojištěný dosáhne věku 99 let, nezankulo-li toto pojištění dříve. Výše běžného pojistného se nemění a část pojistného za pojištění pro případ smrti 2. pojištěného bude směřována dle pojistníkem zvoleného alokačního poměru pro běžné pojistné.

ČLÁNEK 4 POJIŠTĚNÍ ZÁVAŽNÝCH ONEMOCNĚNÍ

Bod 1 Rozsah nároků

1.1. Dojde-li v době trvání pojištění k pojistné události z pojištění závažných onemocnění a jsou splněny podmínky definované u tohoto závažného onemocnění podle bodu 6 tohoto článku, nejdříve po šesti měsících od sjednání pojištění závažných onemocnění, vyplácí pojistitel příslušnému pojištěnému (1. nebo 2. pojištěnému) sjednanou pojistnou částku závažných onemocnění a toto pojištění zanikne.

1.2. Je-li závažné onemocnění diagnostikováno dříve než za 6 měsíců od uzavření pojistné smlouvy nebo od sjednání pojištění závažných onemocnění, právo na výplatu pojistného plnění závažných onemocnění nevzniká a pojištění závažného onemocnění zaniká. Pojistitel přestane od nejbližšího zúčtovacího období strhávat z kapitálové hodnoty rizikové pojistné za pojištění závažných onemocnění příslušného pojištěného. Jinak zůstávají sjednaná pojištění beze změny.

1.3. Je-li vyločeno některé ze závažných onemocnění definovaných v bodě 6 tohoto článku, pak za takové onemocnění pojistitel neposkytne pojistné plnění.

Bod 2 Pojistná částka

Pojistná částka pojištění závažných onemocnění je uvedena v pojistné smlouvě. V případě klesající pojistné částky se za výši pojistné částky považuje ta částka, která je platná k datu pojistné události.

Bod 3 Pojistné plnění

3.1. Dojde-li během trvání pojištění závažných onemocnění ke snížení pojistné částky pojištění závažných onemoc-

nění, vzniká právo na pojistné plnění ve výši snížené pojistné částky pojištění závažných onemocnění nejdříve v den účinnosti této změny.

3.2. Dojde-li během trvání pojištění závažných onemocnění ke zvýšení pojistné částky pojištění závažných onemocnění z jiného důvodu než zvyšování v důsledku indexace pojištění, vzniká právo na pojistné plnění ve výši zvýšené pojistné částky pojištění závažných onemocnění nejdříve po uplynutí šesti měsíců ode dne účinnosti této změny.

Bod 4 Pojistné

Dojde-li k pojistné události z pojištění závažných onemocnění, pojistitel přestává od nejbližšího zúčtovacího období strhávat z kapitálové hodnoty rizikové pojistné za pojištění závažných onemocnění příslušného pojištěného. Výše běžného pojistného se nemění a část pojistného za pojištění závažných onemocnění bude směřována dle pojistníkem zvoleného alokačního poměru pro běžné pojistné.

Bod 5 Zánik pojištění

Zánikem pojištění pro případ smrti nebo dožití 1. pojištěného zaniká i pojištění závažných onemocnění. Pojištění závažných onemocnění končí nejpozději den před výročním dnem pojištění v kalendářním roce, ve kterém tento pojištěný dosáhne věku 74 let. Výše běžného pojistného se nemění a část pojistného za pojištění závažných onemocnění bude směřována dle pojistníkem zvoleného alokačního poměru pro běžné pojistné.

Bod 6

Definice závažných onemocnění

A. Závažná onemocnění – základní varianta

1. POKROČILÁ RAKOVINA

Pokročilou rakovinou ve smyslu tohoto pojištění se rozumí diagnóza zhoubného nádoru vyžadující radikální operační řešení (odstranění orgánu nebo jeho významné části) nebo vyžadující léčbu poškozující dlouhodobě integritu pacienta (radioterapie, chemoterapie, biologická léčba), případně terminální nádorové onemocnění vyžadující paliativní léčbu. Pojem pokročilá rakovina zahrnuje i melanom kůže stadia IIIA a vyšší a také leukémii, maligní lymfomy, sarkomy, Hodgkinovu nemoc – vše od stadia II. (resp. stadia B) a vyšší.

Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště včetně histologického nálezu a záznamu o léčbě.

2. CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA (MRTVICE) S VÝZNAMNÝMI TRVALÝMI NÁSLEDKY

Cévní mozkovou příhodou ve smyslu tohoto pojištění se rozumí stanovení diagnózy akutní mozkové ischemie, vedoucí k objektivně stanovenému významnému neurologickému postižení (odpovídajícímu alespoň středně těžkému postižení hybnosti minimálně jedné končetiny, případně alespoň středně závažnému postižení řeči), které je přítomno ještě po uplynutí 3 měsíců po akutní mozkové příhodě.

Diagnóza musí být potvrzena neurologickým vyšetřením včetně CT nebo MRI nálezu při vzniku onemocnění a neurologickým vyšetřením minimálně po 3 měsících.

3. KRVÁCENÍ DO MOZKU S VÝZNAMNÝMI TRVALÝMI NÁSLEDKY

Krvácením do mozku ve smyslu tohoto pojištění se rozumí stanovení diagnózy intracerebrálního nebo subarachnoidálního krvácení, vedoucího k objektivně stanovenému významnému neurologickému postižení (odpovídajícímu alespoň středně těžkému postižení hybnosti minimálně jedné končetiny, případně alespoň středně závažnému postižení řeči), které je přítomno ještě po uplynutí 3 měsíců od vzniku krvácení. Diagnóza musí být potvrzena neurologickým vyšetřením včetně CT nebo MRI nálezu při vzniku onemocnění a neurologickým vyšetřením minimálně po 3 měsících.

4. AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU S TRVALÝM POŠKOZENÍM SRDCE

Infarktem myokardu ve smyslu tohoto pojištění se rozumí akutní ložisková ischemická nekróza srdečního svalu vzniklá na podkladě náhlého uzavření či zúženího zúžení věnčité tepny s trvalým postižením významné části myokardu a poklesem ejekční frakce levé komory pod 40 %. Diagnóza musí být potvrzena typickým vzestupem biochemických markerů nekrózy myokardu při současně přítomnosti alespoň jednoho z následujících kritérií:

- typický průběh bolestí na hrudi,
- vývoj EKG svědčící pro ischemii,
- presvědčivý koronarografický nálezu dokládající postižení příslušné tepny.

Závažnost postižení funkce levé komory musí být doložena hodnotou ejekční frakce levé komory (EF LK) nižší nebo rovnou 40 % změnou zobrazovacím vyšetřením provedeným minimálně za 3 měsíce po infarktu.

Diagnóza musí být doložena uvedeným vyšetřením a propouštěcí zprávou z nemocnice, kde byl infarkt diagnostikován.

5. KARDIOMYOPATIE

Kardiomyopatií, tj. onemocněním srdeční svaloviny (myokardu), se ve smyslu tohoto pojištění rozumí skupina onemocnění srdečního svalu spojených s významnou poruchou srdeční funkce – dilatační, restriktivní nebo hypertrofická kardiomyopatie. Musí se jednat o závažné onemocnění s postižením ejekční frakce levé komory menší nebo rovné 40 % při minimálně dvou zobrazovacích vyšetřeních s odstupem alespoň 3 měsíců.

Diagnóza musí být potvrzena lékařskými zprávami z kardiologie obsahujícími výsledky výše uvedených vyšetření.

Vyloučena je kardiomyopatie při abusu alkoholu.

6. TRANSPLANTACE ŽIVOTNĚ DŮLEŽITÝCH ORGÁNŮ

Transplantací životně důležitých orgánů ve smyslu tohoto pojištění se rozumí provedení transplantace orgánu pojištěnému jako příjemci – srdce, plic, ledvin, jater, slinivky břišní, kostní dřevě (u kostní dřevě heterotransplantát) nebo vedení pojištěného v oficiálním seznamu čekatelů na transplantaci (waiting-list).

Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou potvrzující indikaci k operaci. Zprávu musí vypracovat specializované pracoviště na území Evropské unie.

7. NÁHRADY SRDEČNÍCH CHLOPNÍ

Náhradou srdečních chlopní ve smyslu tohoto pojištění se rozumí operace srdečních chlopní s náhradou srdeční chlopně (mitrální, pulmonální, trikuspidální či aortální) na základě hemodynamicky významné srdeční vady. Chirurgický výkon musí být proveden při otevřeném hrudníku s použitím náhradní chlopně.

Provedení výkonu musí být doloženo operačním protokolem nebo propouštěcí zprávou z kardiologie.

8. OPERACE VĚNČITÝCH TEPEN

Operaci věnčitých tepen ve smyslu tohoto pojištění se rozumí kardiologický výkon – operace věnčitých tepen (by-pass) – provedený při otevřeném hrudníku. Provedení výkonu musí být doloženo operačním protokolem nebo propouštěcí zprávou z kardiologie.

9. OPERACE AORTY

Operací aorty ve smyslu tohoto pojištění se rozumí chirurgický zákrok na hrudní nebo břišní aortě po potvrzené významné aneurysma. Chirurgický výkon musí být proveden při otevřeném hrudníku či břišní dutině. Provedení výkonu musí být doloženo operačním protokolem nebo propouštěcí zprávou z chirurgie provádějící daný operační výkon.

10. TĚŽKÁ PLICNÍ NEDOSTATEČNOST

Těžkou plicní nedostatečností se ve smyslu tohoto pojištění rozumí pokročilé onemocnění plic s dechovým selháváním (chronická respirační insuficience) splňující všechna následující kritéria současně:

- hodnota FEV1 měřena spirometrií musí být stále pod 1 litr,
- je nutná trvalá kyslíková terapie pro hypoxemii,
- parciální tlak kyslíku (PaO₂) při analýze krevních plynů je roven nebo nižší než 55 mmHg,
- je pocítořavá klidová dušnost.

Diagnóza musí být doložena nálezem pneumologa.

11. SLEPOTA

Slepotou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí postižení zraku hodnocené specialistou jako praktická či úplná slepota, tedy zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí nejvýše 1/60 (0,02) nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace.

Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (oftalmologie) a potvrzena vyšetřením visu.

12. SELHÁNÍ LEDVIN

Selháním ledvin ve smyslu tohoto pojištění se rozumí zahájení dialyzačního programu ve specializovaném zdravotnickém zařízení na základě stanovení diagnózy chronického onemocnění obou ledvin s nevrátným poškozením jejich funkce a vyžadující trvalou dialýzu nebo transplantaci ledvin.

Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (interna, nefrologie).

13. AMPUTACE

Amputací ve smyslu tohoto pojištění se rozumí neúrazové amputace libovolné končetiny na úrovni dlouhé kosti (tzn. minimálně v bérce, případně nad zápěstím) z důvodu jakéhokoliv onemocnění (diabetická noha, tromboza, embolie...).

14. ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA

Roztroušenou sklerózou ve smyslu tohoto pojištění se rozumí všechna onemocnění postihující ložiska bílé hmoty centrálního nervového systému (mozku nebo míchy). Podmínkou vzniku práva na plnění je onemocnění ve stadiu výrazných klinických příznaků (upoutání na invalidní vozík a závislost na pomoci druhé osoby), nereagující na terapii. Tento stav musí trvat nejméně po dobu 6 měsíců.

Diagnóza musí být doložena zprávou ze specializovaného pracoviště (neurologie).

B. Závažná onemocnění – rozšířená varianta

Zahrnuje všechna onemocnění definovaná v tomto bodě v písmenu A. Závažná onemocnění – základní varianta body 1.–14. a dále:

15. RAKOVINA

Rakovinou ve smyslu tohoto pojištění se rozumí diagnóza zhoubného nádoru od stadia I. a všechny formy aktivně léčených leukemií. Vyloučeny jsou nádory kůže kromě maligního melanomu od stadia IIA. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště včetně histologického nebo cytologického nálezu.

16. CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

Cévní mozkovou příhodou ve smyslu tohoto pojištění se rozumí stanovení diagnózy akutní mozkové ischemie, vedoucí k objektivně stanovenému neurologickému postižení, které pacienta jakýmkoliv způsobem omezuje ještě po uplynutí 3 měsíců po akutní mozkové příhodě. Diagnóza musí být potvrzena neurologickým vyšetřením včetně CT nebo MRI nálezu při vzniku onemocnění a neurologickým vyšetřením minimálně po 3 měsících.

17. KRVÁCENÍ DO MOZKU

Krvácením do mozku se ve smyslu tohoto pojištění rozumí stanovení diagnózy intracerebrálního nebo subarachnoidálního krvácení vyžadujícího lékařskou intervenci, případně způsobující trvalé neurologické postižení dokumentovatelné ještě po 3 měsících od vzniku onemocnění. Diagnóza musí být doložena nálezem ze specializovaného pracoviště (neurologie, neurochirurgie) včetně nálezu ze zobrazovacích metod (CT, MRI, angiografie...).

18. INFARKT MYOKARDU

Infarktem myokardu ve smyslu tohoto pojištění se rozumí akutní ložisková ischemická nekróza srdečního svalu vzniklá na podkladě náhlého uzavření či extrémního zúžení větvičky tepny s trvalým postižením části myokardu – trvalá porucha kontraktility. Diagnóza musí být potvrzena typickým vzestupem biochemických markerů nekrózy myokardu při současné přítomnosti alespoň dvou z následujících kritérií:

- typický průběh bolestí na hrudi,
- vývoj EKG svědčící pro ischemii,
- přesvědčivý koronarografický náález dokládající postižení příslušné tepny.

Diagnóza musí být doložena propouštěcí zprávou z nemocnice, kde byl infarkt diagnostikován, včetně popisu nálezu následné poruchy kontraktility myokardu (např. echokardiografie).

19. MYELOYDYLASTICKÝ SYNDROM

Myelodysplastickým syndromem ve smyslu tohoto pojištění se rozumí jakékoliv onemocnění z této skupiny poruch krvetvorby. Onemocnění musí splňovat jednu z podmínek:

- pravidelné krevní transfuze s intervalem maximálně dvou měsíců,
- pravidelnou aplikaci imunomodulačních léků (včetně chemoterapie) po dobu nejméně 3 měsíců,
- je indikována transplantace kostní dřeně nebo zařazení do jejího programu.

Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (hematologie, hematonekologie).

20. PRIMÁRNÍ PLICNÍ HYPERTENZE

Primární plicní hypertenzi se ve smyslu tohoto pojištění rozumí idiopatická a hereditární plicní arteriální hypertenze katetrizačně diagnostikovaná a léčená na odborném pracovišti na území EU.

21. NEZHoubNÝ NÁDOR MOZKU NEBO MÍCHY

Nezhoubným nádorem mozku nebo míchy se ve smyslu tohoto pojištění rozumí solidní nezhoubný nádor mozkové či míšní tkáně nebo mozkových (míšních) plen, který vyžaduje operační zákrok. V případě, že je nádor inoperabilní, musí způsobovat svým růstem příznaky trvalého neurologického poškození.

Diagnóza a způsob léčebného řešení musí být doloženy lékařskou zprávou z neurochirurgie případně neurologie.

22. KÓMA

Kómatem ve smyslu tohoto pojištění se rozumí takový stav bezvědomí netraumatického původu, kdy postižený nereaguje na zevní stimuly ani vnitřní potřeby. Stav vyžaduje nepřetržitou přístrojovou podporu životních funkcí po dobu nejméně 96 hodin. Trvání neurologického deficitu musí být potvrzeno specialistou – neurologem nebo anesteziologem.

Vyluka z plnění: kóma způsobené abusem alkoholu a drog.

23. HLUCHOTA

Hluchotou ve smyslu tohoto pojištění se rozumí úplná a nevratná ztráta sluchu obou uší (praktická nebo

úplná hluchota) následkem nemoci nebo úrazu, bez ohledu na to, zda se jedná o poruchu centrálního či periferního původu.

Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (ORL – otorinolaryngologie) a potvrzena audiometrickým vyšetřením.

24. LYMSKÁ BORELIÓZA

Lymskou boreliózou ve smyslu tohoto pojištění se rozumí stanovení diagnózy onemocnění ve II. a III. stadiu nemoci. Musí být dokumentována přítomností klinických příznaků, sérologickým vyšetřením krve a případně dle lokalizace postižení vyšetřením mozkomíšního moku nebo kloubního punkátu.

Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště.

25. APLASTICKÁ ANÉMIE

Aplastickou anémií se ve smyslu tohoto pojištění rozumí selhání funkce kostní dřeně, v jehož důsledku je v krvi nedostatek červených i bílých krvinek a krevních destiček. Onemocnění musí splňovat jednu z podmínek:

- pravidelné krevní transfuze po dobu nejméně dvou měsíců,
- pravidelná aplikace imunosupresivních látek po dobu nejméně 3 měsíců,
- transplantace kostní dřeně nebo zařazení do jejího programu.

Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (hematologie, hematonekologie).

26. CHRONICKÁ VIROVÁ HEPATITIDA

Chronickou virovou hepatitidou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí stav po prodělaném zánětlivém onemocnění jater způsobeném virem hepatitidy, které přešlo do chronického stadia (nezáleží na typu viru). Patologické laboratorní hodnoty (průkaz viru, protilátek, jaterní testy) musí přetrvávat nejméně po dobu 6 měsíců od vzniku onemocnění. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (infektologie, interna, hepatologická poradna). Vyloučena jsou onemocnění hepatitidou získaná v důsledku aplikace návykových látek.

27. REVMAICKÁ HOREČKA

Revmatickou horečkou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí autoimunitní reakce na protilátky tvořené proti bakteriím beta hemolytického streptokoka s potvrzenými komplikacemi v důsledku postižení buď

a) srdce (perikardu, epikardu, myokardu, endokardu včetně chlopní) s klinicky příznaky funkční závažnosti srdečního selhávání hodnocené podle klasifikace NYHA třídy II.–IV., nebo

b) kloubů (opakované záněty kloubů, deformace kloubů).

Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (interna, kardiologie, revmatologie).

28. SYSTÉMOVÝ LUPUS ERYTEMATODES

Systémový lupus erythematoses se ve smyslu tohoto pojištění rozumí multiorганové autoimunitní onemocnění s excesivní tvorbou autoprotilátek (difúzní onemocnění pojivové tkáně) projevující se specifickým orgánovým postižením kůže, kloubů a alespoň jednoho dalšího orgánu (plic, srdce, ledvin, mozku, trávicího ústrojí, krvetvorby...).

Diagnóza musí být stanovena příslušným odborným lékařem včetně laboratorních vyšetření a splněním definovaných diagnostických kritérií.

29. SYSTÉMOVÁ SKLERODERMIE

Systémovou sklerodermií ve smyslu tohoto pojištění se rozumí chronické autoimunitní onemocnění pojiva (kollagenóza) s postižením kůže, kloubů nebo svalů a minimálně jednoho z vnitřních orgánů (trávicí ústrojí, plic, srdce nebo ledvin). Diagnóza musí být stanovena příslušným odborným lékařem včetně histologického vyšetření a laboratorních testů.

30. PARKINSONOVA CHOROBA (DO 65 LET VĚKU)

Parkinsonovou chorobou ve smyslu tohoto pojištění se rozumí neurodegenerativní onemocnění centrální nervové soustavy s nadměrným úbytkem nervových buněk. Onemocnění musí vést k vážným pohybovým potížím, k zásadnímu způsobu ovlivnění života a k trvalé neschopnosti zvládat běžné životní aktivity.

Diagnóza musí být stanovena do věku 65 let pojištěného, sledování a léčba musí trvat minimálně po dobu 3 měsíců.

Diagnóza musí být stanovena příslušným odborným lékařem a doložena výsledky provedených diagnostických vyšetření.

31. ALZHEIMEROVA CHOROBA (DO 65 LET VĚKU)

Alzheimerovou chorobou ve smyslu tohoto pojištění se rozumí neurodegenerativní onemocnění na podkladě specifických degenerativních změn mozkové tkáně projevující se demencí do věku 65 let pojištěného. Postižení musí vést k výraznému snížení poznávacích (kognitivních) funkcí, úbytku paměti, vnímání, intelektu, řeči,

orientace v čase a prostoru takového stupně, že brání výkonu povolání a schopnosti zvládati aktivit běžného života a kontaktů s okolím. Diagnóza musí být stanovena do věku 65 let pojištěného, sledování a léčba musí trvat minimálně po dobu 3 měsíců. Diagnóza musí být stanovena příslušným odborným lékařem a doložena výsledky provedených diagnostických vyšetření.

Vyluka z plnění: demence následkem zneužívání alkoholu.

32. BŘIŠNÍ TYFUS

Břišním tyfem ve smyslu tohoto pojištění se rozumí infekční onemocnění způsobené bakterií Salmonella typhi provázené vysokými teplotami, krvavými průjmy a dalšími komplikacemi (např. krvácení do střev, zánět pobřišnice, kostní dřeně...).

Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (infektologie) a průkazem infekčního agens.

33. TBC

Tuberkulózou (TBC) ve smyslu tohoto pojištění se rozumí infekční onemocnění způsobené bakterií Mycobacterium tuberculosis (Kochův bacil).

Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště včetně přímé detekce Mycobacterium tuberculosis.

Vyluky z plnění: abusus návykových látek nebo diagnostikovaná HIV pozitivita. Pojištěný, který nebyl řádně očkován dle platného očkovacího kalendáře.

34. MORBUS BECHTĚREV

Bechtěrevovou nemocí se ve smyslu tohoto pojištění rozumí zánětlivé onemocnění páteře s průkazem antigenu HLA-B 27 (ankylozující spondylitida páteře). Podmínkou vzniku práva na plnění je onemocnění v pokročilém stadiu (stadium IV a výše) potvrzené rentgenovým snímkem, vyšetřením CT nebo MRI páteře zobrazujícím zánětem změněné a srostlé obratle (bambusová páteř) a výrazné klinické obtíže (bolestivé pohybové potíže a omezení dýchací mechaniky). Tento stav musí trvat nejméně po dobu 6 měsíců.

Diagnóza musí být doložena zprávou ze specializovaného pracoviště popisující klinické příznaky a výsledky provedených vyšetření.

35. REVMAITOIDNÍ ARTRITIDA

Revmatoidní artritidou ve smyslu tohoto pojištění se rozumí autoimunitní systémové onemocnění šlach a kloubů splňující kritéria této choroby a s jistotou potvrzené revmatologem. Musí se jednat o závažný stupeň postižení, kdy pojištěný není schopen vykonávat alespoň tři běžné denní činnosti bez pomoci druhé osoby:

- oblékání vyžaduje asistenci,
- přemístění z lůžka do křesla a zpět vyžaduje asistenci,
- pohyb z místnosti do místnosti vyžaduje asistenci,
- nespolehlivé ovládání střev nebo kontroly močení,
- přijímání potravy (překonání vzdálenosti talíř–ústa) vyžaduje pomoc,
- koupání či sprchování vyžaduje pomoc.

Diagnóza musí být doložena nálezy z revmatologie.

36. ONEMOCNĚNÍ HIV (AIDS)

Onemocněním HIV ve smyslu tohoto pojištění se rozumí nákaza virem HIV přenesená do organismu prokazatelně pouze cestou krevní transfuze podané ve zdravotnickém zařízení na území Evropské unie. Přenos onemocnění musí být doložen písemným uznáním odpovědnosti instituce, která provedla transfuzi, nebo soudním rozhodnutím s doložkou právní moci, které takovou odpovědnost potvrzuje.

37. MENINGITIDA, ENCEFALITIDA ČI MENINGOENCEFALITIDA

Meningitidou, encefalitidou či meningoencefalitidou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí zánět mozkové tkáně nebo mozkových blan jakéhokoliv původu (bakteriálního, virového, klíšťového i Creutzfeldt-Jakobova nemoci). Musí se jednat o závažný stupeň postižení, kdy pojištěný není schopen vykonávat alespoň tři běžné denní činnosti bez pomoci druhé osoby:

- oblékání vyžaduje asistenci,
- přemístění z lůžka do křesla a zpět vyžaduje asistenci,
- pohyb z místnosti do místnosti vyžaduje asistenci,
- nespolehlivé ovládání střev nebo kontroly močení,
- přijímání potravy (překonání vzdálenosti talíř–ústa) vyžaduje pomoc,
- koupání či sprchování vyžaduje pomoc.

Diagnóza musí být stanovena na odborném pracovišti – neurologie (infektologie) a dokumentována neurologickým nálezem trvajícím po dobu nejméně 3 měsíců.

38. CROHNOVA CHOROBA

Crohnovou chorobou ve smyslu tohoto pojištění se rozumí histologicky ověřené onemocnění touto chorobou vyžadující alespoň 3 měsíce aktivní léčby.

39. TETANUS

Tetanem ve smyslu tohoto pojištění se rozumí akutní infekce způsobená bakterií Clostridium tetani u řadně očkováného klienta, u kterého onemocnění vedlo ke svalové ochablosti a respirační nedostatčnosti trvající po dobu nejméně čtyř týdnů, potvrzené odborným lékařem, a byla nutná léčba za hospitalizace. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště.

Bod 7 Právo na pojistné plnění

Právo na pojistné plnění má příslušný pojištěný (1. nebo 2. pojištěný).

ČLÁNEK 5 POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD INVALIDITY

Bod 1 Rozsah nároků

Dojde-li v době trvání pojištění k pojistné události z pojištění pro případ invalidity, má pojistné plnění formu úhrady běžného pojistného (dále též „zproštění od placení pojistného“), formu měsíční invalidní renty nebo pojistné částky, podle toho, co bylo sjednáno v pojistné smlouvě. Dojde-li k přiznání invalidního důchodu příslušného stupně dříve než za 2 roky od uzavření pojistné smlouvy nebo od sjednání pojištění pro případ invalidity, právo na pojistné plnění nevznikne a pojištění pro případ invalidity zahrnující příslušný stupeň invalidity ve sjednaných variantách zanikne. Pojistitel přestane od nejbližšího zúčtovacího období strhávat z kapitálové hodnoty rizikové pojistné za pojištění pro případ invalidity odpovídající zaniklé části / variantě pojištění pro případ invalidity. Výše běžného pojistného se nemění a část pojistného za pojištění pro případ invalidity bude směřována dle pojistníkem zvoleného alokačního poměru pro běžné pojistné.

Měsíční invalidní renta

1.1. Byla-li sjednána výplata měsíční invalidní renty, začne pojistitel vyplácet příslušnému pojištěnému (1. nebo 2. pojištěnému) měsíčně sjednanou výši měsíční invalidní renty (dále též „pojistné plnění“), jsou-li splněny podmínky uvedené ve VPP PO.

1.2. Výplata měsíční invalidní renty počíná ode dne nejbližší splatnosti pojistného po přiznání invalidního důchodu pro invaliditu příslušného stupně a platí pro jeden rok trvání pojištění. Dnem přiznání invalidního důchodu se rozumí den, resp. datum, které je uvedeno ve výroku rozhodnutí oprávněného orgánu jako den, od něhož se přiznává invalidní důchod. Výplata měsíční invalidní renty se prodlužuje vždy na další rok na základě skutečnosti, že nárok na pobírání invalidního důchodu příslušného stupně a pojištění trvá (výjimkou je pokračování ve vyplácení renty 2. pojištěnému v případě zániku pojištění z důvodu smrti 1. pojištěného). Výplata měsíční invalidní renty končí uplynutím doby, na kterou bylo placení pojistného sjednáno, nejpozději však den před výročním dnem pojištění v kalendářním roce, kdy pojištěný dosáhne 65 let.

1.3. Pojištění pro případ invalidity v části měsíční invalidní renty končí nejpozději den před výročním dnem pojištění v kalendářním roce, ve kterém pojištěný dosáhne věku 65 let. Došlo-li k zahájení výplaty měsíční invalidní renty před tímto dnem, končí vyplácení měsíční invalidní renty nejpozději den před výročním dnem pojištění v kalendářním roce, ve kterém pojištěný dosáhne věku 65 let. Po ukončení pojištění výplata měsíční invalidní renty pojistitel přestává od nejbližšího zúčtovacího období strhávat z kapitálové hodnoty rizikové pojistné za pojištění pro případ invalidity v části měsíční invalidní renty. Výše běžného pojistného se nemění a část pojistného za pojištění pro případ invalidity v části měsíční invalidní renty bude směřována dle pojistníkem zvoleného alokačního poměru pro běžné pojistné.

1.4. Pojistník je na žádost pojistitele povinen prokázat, že invalidní důchod je pojištěnému dále vyplácen.

1.5. Dojde-li během trvání pojištění ke zvýšení výše měsíční invalidní renty z jiného důvodu než indexace pojištění, má pojištěný právo na výplatu měsíční invalidní renty v této zvýšené výši nejdříve po uplynutí dvou let ode dne účinnosti této změny. V případě, že není splněna podmínka uplynutí dvou let ode dne účinnosti zvýšení výše měsíční invalidní renty a přitom vzniká právo na výplatu měsíční invalidní renty, pak se výše měsíční invalidní renty mění na hodnoty nejnižší výše měsíční invalidní renty za poslední dva roky. Pojistitel si v takovém případě vyhrazuje právo v souladu se stavem pojištění změnit odpovídajícím způsobem pojistné technické parametry pojištění.

1.6. Je-li invalidní důchod přiznán výlučně v důsledku úrazu, který splňuje požadavky uvedené ve VPP PO, nebyla-li pojistitelem uplatněna výlučka dle VPP PO, nevyžaduje se splnění podmínky dvou let trvání pojištění podle VPP PO.

1.7. Měsíční invalidní rentu lze sjednat v následujících variantách:

- pro invaliditu prvního (I.) nebo druhého (II.) nebo třetího stupně (III.), pak platí, že pojistitel bude vyplácet pojistné plnění, pokud bude potvrzen invalidní důchod pro invaliditu jednoho z těchto stupňů,
- pro invaliditu druhého (II.) nebo třetího stupně (III.), pak platí, že pojistitel bude vyplácet pojistné plnění,

pokud bude potvrzen invalidní důchod pro invaliditu jednoho z těchto stupňů,

c) třetího stupně (III.), pak platí, že pojistitel bude vyplácet pojistné plnění, pokud bude potvrzen invalidní důchod pro invaliditu tohoto stupně.

Jsou-li sjednány zároveň varianty podle písmen a), b) nebo c), pak pojistitel vyplácí pojistné plnění v součtu těchto sjednaných variant.

Pojistná částka

1.1. Byla-li sjednána výplata pojistné částky, vyplátí pojistitel příslušnému pojištěnému (1. nebo 2. pojištěnému) sjednanou pojistnou částku, jsou-li splněny podmínky uvedené ve VPP PO.

1.2. Pojistná částka je vyplacena pojištěnému po přiznání invalidního důchodu pro invaliditu příslušného stupně. Dnem přiznání invalidního důchodu se rozumí den, resp. datum, které je uvedeno ve výroku rozhodnutí oprávněného orgánu jako den, od něhož se přiznává invalidní důchod. Po vyplacení pojistné částky pojistitel přestává od nejbližšího zúčtovacího období strhávat z kapitálové hodnoty rizikové pojistné za pojištění výplaty pojistné částky. Výplatou pojistného plnění ve formě pojistné částky pojištění pro případ invalidity v části pojistné částky zaniká. Výše běžného pojistného se nemění a část pojistného za pojištění pro případ invalidity v části pojistné částky bude směřována dle pojistníkem zvoleného alokačního poměru pro běžné pojistné.

1.3. Pojištění výplaty pojistné částky končí nejpozději den před výročním dnem pojištění v kalendářním roce, ve kterém pojištěný dosáhne věku 65 let.

1.4. Dojde-li během trvání pojištění ke zvýšení výše pojistné částky z jiného důvodu než indexace pojištění, má pojištěný právo na výplatu pojistné částky v této zvýšené výši nejdříve po uplynutí dvou let ode dne účinnosti této změny. V případě, že není splněna podmínka uplynutí dvou let ode dne účinnosti zvýšení výše pojistné částky a přitom vzniká právo na výplatu pojistné částky, pak se pojistná částka mění na nejnižší hodnotu výše pojistné částky za poslední dva roky. Pojistitel si v takovém případě vyhrazuje právo v souladu se stavem pojištění změnit odpovídajícím způsobem pojistné technické parametry pojištění.

1.5. Je-li invalidní důchod přiznán výlučně v důsledku úrazu, který splňuje požadavky uvedené ve VPP PO, nebyla-li pojistitelem uplatněna výlučka dle VPP PO, nevyžaduje se splnění podmínky dvou let trvání pojištění podle VPP PO.

1.6. Výplatu pojistné částky lze sjednat v následujících variantách:

- pro invaliditu druhého (II.) nebo třetího stupně (III.), pak platí, že pojistitel vyplátí pojistné plnění, pokud bude potvrzen invalidní důchod pro invaliditu jednoho z těchto stupňů, pojistné plnění bude za pojistnou událost vyplaceno pouze jedenkrát, a to za první pojistnou událost,
- třetího stupně (III.), pak platí, že pojistitel vyplátí pojistné plnění, pokud bude potvrzen invalidní důchod pro invaliditu tohoto stupně, pojistné plnění bude za pojistnou událost vyplaceno pouze jedenkrát, a to za první pojistnou událost.

Jsou-li sjednány zároveň varianty podle písmen a) a b), pak pojistitel vyplátí pojistné plnění v součtu těchto pojistných částek dle sjednaných variant.

V případě klesající pojistné částky se za výši pojistné částky považuje ta částka, která je platná k datu pojistné události.

Zproštění od placení pojistného (pro 1. pojištěného)

1.1. Bylo-li sjednáno zproštění od placení pojistného, je pojistník zproštěn povinností platit běžné pojistné za sjednaná pojištění, jsou-li splněny podmínky uvedené ve VPP PO.

1.2. Zproštění od placení pojistného počíná ode dne nejbližší splatnosti pojistného po přiznání invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně (III.) a týká se běžného pojistného za jeden rok trvání pojištění. Dnem přiznání invalidního důchodu se rozumí den, resp. datum, které je uvedeno ve výroku rozhodnutí oprávněného orgánu jako den, od něhož se přiznává invalidní důchod. Zproštění se prodlužuje vždy na další rok na základě skutečnosti, že nárok na pobírání invalidního důchodu a pojištění trvá. Zproštění od placení běžného pojistného končí uplynutím doby, na kterou bylo placení pojistného sjednáno, nejpozději však den před výročním dnem pojištění v kalendářním roce, kdy pojištěný dosáhne 65 let. Je-li pojištění sjednáno na dobu delší, než dosažení věku 65 let pojištěného, může pojistník požádat o předčasné ukončení všech sjednaných pojištění. Výše běžného pojistného se nemění a část pojistného za pojištění pro případ invalidity v části zproštění od placení pojistného bude směřována dle pojistníkem zvoleného alokačního poměru pro běžné pojistné.

1.3. Pojištění zproštění od placení pojistného končí nejpozději den před výročním dnem pojištění v kalendářním roce, ve kterém pojištěný dosáhne věku 65 let.

Po ukončení pojištění zproštění od placení pojistného pojistitel přestává od nejbližšího zúčtovacího období strhávat z kapitálové hodnoty rizikové pojistné za pojištění zproštění od placení pojistného. Výše běžného pojistného se nemění a část pojistného za pojištění pro

případ invalidity v části zproštění od placení pojistného bude směřována dle pojistníkem zvoleného alokačního poměru pro běžné pojistné.

1.4. Pojistník je na žádost pojistitele povinen prokázat, že invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně je pojištěnému dále vyplácen.

1.5. Zproštění od placení pojistného se vztahuje na výši běžného pojistného za poslední pojistné období před přiznáním invalidního důchodu, není-li uvedeno jinak.

1.6. Dojde-li během trvání pojištění ke snížení běžného pojistného, je pojistník zproštěn od placení běžného pojistného ve výši sníženého pojistného nejdříve ode dne účinnosti změny pojištění.

1.7. Dojde-li během trvání pojištění ke zvýšení běžného pojistného z jiného důvodu než indexace pojištění, je pojistník zproštěn od placení pojistného ve výši zvýšeného běžného pojistného nejdříve po uplynutí dvou let ode dne účinnosti této změny. V případě, že není splněna podmínka uplynutí dvou let ode dne účinnosti zvýšení běžného pojistného a přitom vzniká právo na zproštění od placení běžného pojistného, pojištění se mění tak, že běžné pojistné je sníženo na hodnotu nejnižšího lhůtlného (běžného) pojistného za poslední dva roky. Pojistitel si v takovém případě vyhrazuje právo v souladu se stavem pojištění změnit odpovídajícím způsobem pojistné technické parametry pojištění.

1.8. Dojde-li během trvání pojištění ke zvýšení běžného pojistného, vzniká právo na zproštění od placení běžného pojistného ve výši zvýšeného pojistného nejdříve v den účinnosti této změny, pokud invalidní důchod byl přiznán výlučně v důsledku úrazu, který splňuje požadavky uvedené ve VPP PO, a k němuž došlo nejdříve v den účinnosti zvýšení pojistného.

Bod 2 Pojistné plnění

2.1. Pojištěný je povinen při oznámení pojistné události k rozhodnutí příslušného orgánu pro invaliditu daného stupně přiložit i lékařský posudek příslušející k tomuto rozhodnutí.

2.2. Pojistitel neplní za pojistné události, k nimž dojde:

- a) v důsledku užívání alkoholu, drog, sebepoškozením, neoddržením doporučené léčby,
- b) onemocněním, které bylo individuálně vyloučeno v důsledku ocenění zdravotního stavu pojištěného,
- c) úrazem či onemocněním, které započalo před sjednáním pojištění.

2.3. Pojistitel je oprávněn zvýšit rizikové pojistné za pojištění pro případ invalidity ve sjednaném rozsahu, pokud dojde ke zvýšení hodnoty koeficientu nejméně o 10 % kumulovaně. Koeficientem se rozumí podíl počtu nově přiznaných invalidních důchodů podle stupně invalidity (parametr vůči hodnotě tohoto parametru v referenčním roce), a to pro každý stupeň invalidity zvlášť. Informace o počtu nově přiznaných invalidních důchodů podle věku důchodce a stupně invalidity jsou zveřejněny na webových stránkách (například České správy sociálního zabezpečení, dále též „ČSSZ“). Referenčním rokem se rozumí kalendářní rok zveřejněný na webových stránkách pojistitele (jedná se o rok stanovený výše rizikového pojistného pro pojištění pro případ invalidity nebo o rok jeho posledního zvýšení). V případě, že dojde ke zvýšení rizikového pojistného, pak se odpovídajícím způsobem zvýší i částka běžného pojistného.

2.4. V případě změny pojistného má pojistník právo projevit svůj nesouhlas dle ustanovení zákoníku o změně výše pojistného.

Bod 3 Zánik pojištění

Zánikem pojištění pro případ smrti nebo dožití 1. pojištěného zaniká i pojištění pro případ invalidity.

Bod 4 Odmítnutí plnění

4.1. Pojistitel stanovuje výši pojistné částky a pojistného v pojištění pro případ invalidity v závislosti na ohodnocení pojistného rizika, vyjádřeného zejména zdravotním stavem pojištěného a výši jeho příjmů. V případě porušení povinnosti pojištěného k pravdivým odpovědím uvedeným v předchozí větě může pojistitel odmítnout pojistné plnění.

ČLÁNEK 6 POJIŠTĚNÍ ZÁVAŽNÝCH ONEMOCNĚNÍ DÍTĚTE

Bod 1 Rozsah nároků

1.1. Dojde-li v době trvání pojištění k pojistné události z pojištění závažných onemocnění a jsou splněny podmínky definované u tohoto závažného onemocnění podle bodu 5 tohoto článku, nejdříve po šesti měsících od sjednání pojištění závažných onemocnění, pojištění skončí s výplatou pojistného plnění. Pojištěnému dítěti/zákonnému zástupci v tomto případě bude vyplacena pojistná částka za závažné onemocnění.

Pojistná částka bude vyplacena z této pojistné smlouvy pouze jednou, a to za první závažné onemocnění pojištěného dítěte, které splní podmínky tohoto pojištění.

- 1.2. Je-li závažné onemocnění diagnostikováno dříve než za 6 měsíců od uzavření pojistné smlouvy nebo od sjednání pojistění závažných onemocnění, právo na plnění z pojistění závažných onemocnění nevznikne a pojistění závažných onemocnění zanikne. Pojistitel přestane od nejbližšího účtovacího období strhávat z kapitálové hodnoty rizikové pojistné za pojistění závažných onemocnění. Výše běžného pojistného se nemění a část pojistného za pojistění závažných onemocnění bude směřována dle pojistníkem zvoleného alokačního poměru pro běžné pojistné.
- 1.3. Je-li vyloučeno některé ze závažných onemocnění definovaných v bodě 5 tohoto článku, pak za takové onemocnění pojistitel neposkytne pojistné plnění.
- 1.4. U tohoto pojistění se nepoužije ustanovení XVIII., bod 2 VPP PO.
- 1.5. Pojistnou událostí není:
- vznik závažného onemocnění v souvislosti s vrozenou vadou,
 - vznik závažného onemocnění v souvislosti s HIV infekcí,
 - vznik závažného onemocnění v přímé souvislosti s návykovými látkami (např. drogy, alkohol).

Bod 2 Pojistná částka

Pojistná částka pojistění závažných onemocnění je uvedena v pojistné smlouvě.

Bod 3 Pojistné plnění

- 3.1. Dojde-li během trvání pojistění závažných onemocnění ke snížení pojistné částky pojistění závažných onemocnění, vzniká právo na pojistné plnění ve výši snížené pojistné částky pojistění závažných onemocnění nejdříve v den účinnosti této změny.
- 3.2. Dojde-li během trvání pojistění závažných onemocnění ke zvýšení pojistné částky pojistění závažných onemocnění, vzniká právo na pojistné plnění ve výši zvýšené pojistné částky pojistění závažných onemocnění nejdříve po uplynutí 6 měsíců ode dne účinnosti této změny.

Bod 4 Zánik pojistění

- 4.1. Zánikem pojistění pro případ smrti nebo dožití 1. pojistěného zaniká i pojistění závažných onemocnění.
- 4.2. Vyplatí-li pojistitel pojistné plnění za pojistnou událost z pojistění závažných onemocnění, zaniká okamžikem vyplacení tohoto plnění pouze pojistění závažných onemocnění.
- 4.3. Pojistění závažných onemocnění zaniká nejpozději den před výročním dnem pojistění v roce, v němž pojistěný dítě dosáhne věku 26 let.
- 4.4. Dojde-li k zániku pojistění závažných onemocnění, výše běžného pojistného se nemění a část pojistného za pojistění závažných onemocnění bude směřována dle pojistníkem zvoleného alokačního poměru pro běžné pojistné.

Bod 5 Definice závažných onemocnění

A. Závažná onemocnění – základní varianta

1. **RAKOVINA**
Rakovinou ve smyslu tohoto pojistění se rozumí diagnóza zhoubného nádoru a také leukémie, maligní lymfomy, sarkomy i Hodgkinova choroba včetně stadií in situ. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště včetně histologického nálezu.
2. **DIABETES MELLITUS 1. TYPU**
Diabetem mellitu 1. typu ve smyslu tohoto pojistění se rozumí jednoznačná diagnóza tohoto onemocnění s nutností trvalé léčby inzulínem stanovená ve specializovaném pracovišti.
3. **MENINGITIDA, ENCEFALITIDA ČI MENINGOENCEFALITIDA**
Meningitidou, encefalitidou či meningoencefalitidou se ve smyslu tohoto pojistění rozumí zánět mozkové tkáně nebo mozkových blan jakéhokoliv původu (bakteriálního, virového i Creutzfeldt-Jakobovy choroby). Následky a komplikace zánětu musí vést k neurologickému postižení trvajícím minimálně 3 měsíce. Diagnóza musí být stanovena a laboratorně potvrzena příslušným odborným pracovištěm – neurologie (infekce) včetně vyšetření po stanovení diagnózy.
4. **KLÍŠŤOVÁ MENINGITIDA, ENCEFALITIDA ČI MENINGOENCEFALITIDA**
Klíšťovou meningitidou, encefalitidou či meningoencefalitidou se ve smyslu tohoto pojistění rozumí zánět mozkové tkáně nebo mozkových blan způsobený virem klíšťové encefalidity – flavivirem. Následky a komplikace zánětu musí vést k neurologickému postižení trvajícím nejméně 3 měsíce. Diagnóza musí být stanovena a laboratorně potvrzena příslušným odborným pracovištěm – neurologie (infekce), včetně vyšetření po nejméně 3 měsících od stanovení diagnózy.

5. LYMSKÁ BORELIÓZA

Lymskou boreliózou ve smyslu tohoto pojistění se rozumí stanovení diagnózy onemocnění ve II. a III. stadiu nemoci. Musí být dokumentována přítomností klinických příznaků, sérologickým vyšetřením krve a dle lokalizace postižení vyšetřením mozkomíšního moku nebo kloubního punktátu. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště.

6. SLEPOTA

Slepotou se ve smyslu tohoto pojistění rozumí postižení zraku následkem nemoci či úrazu hodnocené specialistou jako praktická či úplná slepota, tedy zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí nejvýše 1/60 (0,02) nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (oftalmologie).

7. HLUCHOTA

Hluchotou ve smyslu tohoto pojistění se rozumí úplná a nevratná ztráta sluchu obou uší (praktická i úplná hluchota) následkem nemoci nebo úrazu, bez ohledu na to, zda se jedná o poruchu centrálního či periferního původu. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (ORL) a potvrzena audiometrickým vyšetřením.

8. SELHÁNÍ LEDVIN

Selháním ledvin ve smyslu tohoto pojistění se rozumí zahájení dialyzačního programu ve specializovaném zdravotnickém zařízení na základě stanovení diagnózy chronického onemocnění obou ledvin s nevratným poškozením jejich funkce a vyžadující trvalou dialýzu nebo transplantaci ledviny.

9. SELHÁNÍ JATER

Selháním jater ve smyslu tohoto pojistění se rozumí pokročilá jaterní selhání (CHILD C) vyžadující transplantaci jater (či štěpu), případně intenzivní eliminační léčbu (Prometheus, MARS ...). Vyluka z plnění: onemocnění jater v souvislosti s abusem alkoholu nebo drog.

10. TĚŽKÁ PLICNÍ NEDOSTATEČNOST

Těžkou plicní nedostatečností se ve smyslu tohoto pojistění rozumí konečné stadium plicních onemocnění, která vedou k trvalému dechovému selhávání (tj. chronické respirační insuficienci). Diagnóza musí být potvrzena splněním všech čtyř následujících kritérií současně:

- hodnota FEV1 (při spirometrickém vyšetření) je trvale menší než 1 litr;
- je nutná trvalá kyslíková terapie pro hypoxemii;
- parciální tlak kyslíku (PaO₂) při analýze krevních plynů je roven nebo nižší než 55 mmHg;
- je pocítována klidová dušnost.

11. KÓMA

Kómátem ve smyslu tohoto pojistění se rozumí takový stav bezvědomí netraumatického původu, kdy postižený nereaguje na zevní stimuly ani vnitřní potřeby. Stav vyžaduje nepřetržitou přístrojovou podporu životních funkcí po dobu nejméně 96 hodin. Trvání neurologického deficitu musí být potvrzeno neurologem nebo anesteziologem. Vyluka z plnění: kóma způsobené abusem alkoholu a drog.

12. HIV/AIDS

Onemocněním HIV ve smyslu tohoto pojistění se rozumí nákaza virem HIV přenesená do organismu prokazatelně pouze cestou krevní transfuze či během lékařského výkonu realizovaném ve zdravotnickém zařízení na území EU. Přenos onemocnění musí být doložen písemným uznáním odpovědnosti instituce, která provedla transfuzi či lékařský výkon, nebo soudním rozhodnutím s doložkou právní moci, které takovou odpovědnost potvrzuje.

13. AMPUTACE

Amputací ve smyslu tohoto pojistění se rozumí neúrazová amputace libovolné končetiny na úrovni dlouhé kosti (tzn. minimálně v bérci, případně nad zápěstím) z důvodu jakéhokoliv onemocnění (gangréna, trombóza, embolie ...).

14. ZISKANÉ CHRONICKÉ SRDEČNÍ ONEMOCNĚNÍ

Získaným chronickým srdečním onemocněním se ve smyslu tohoto pojistění rozumí získané postižení funkce levé komory s poklesem její ejekční frakce na 35% a méně. Onemocnění musí být prokázáno opakovaným zobrazovacím vyšetřením (echo, MRI...) v odstupu nejméně 6 měsíců.

15. TRANSPLANTACE ŽIVOTNĚ DŮLEŽITÝCH ORGÁNŮ

Transplantací životně důležitých orgánů ve smyslu tohoto pojistění se rozumí provedení transplantace orgánu pojistěnému dítěti jako příjemci včetně transplantace kostní dřeně případně zařazení pojistěného dítěte na oficiálním seznamu čekatelů na transplantaci (waiting-list).

16. KRVÁCENÍ DO MOZKU

Krvácením do mozku se ve smyslu tohoto pojistění rozumí stanovení diagnózy spontánního intracerebrálního nebo subarachnoidálního krvácení vyžadujícího lékařskou intervenci, případně způsobující trvalé neurologické postižení dokumentovatelné ještě po 3 měsících od vzniku onemocnění. Diagnóza musí být doložena nálezem ze specializovaného pracoviště (neurologie, neurochirurgie) včetně nálezu ze zobrazovacích metod (CT, MRI, angiografie...).

17. ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA / DEMYELINIZAČNÍ ONEMOCNĚNÍ CNS

Roztroušenou sklerózou ve smyslu tohoto pojistění se rozumí prokázané demyelinizační onemocnění centrálního nervového systému (mozku nebo míchy). Klinické příznaky musí být přítomny a dokumentovány nejméně 6 měsíců nebo musí být dokumentovány minimálně 2 ataky onemocnění v průběhu po sobě jdoucích 12 měsíců, které vyžadují minimálně pětidenní hospitalizaci.

18. OPERACE SRDCE A SRDEČNÍCH CHLOPNÍ (VČETNĚ AORTY)

Operaci srdce nebo srdečních chlopní ve smyslu tohoto pojistění se rozumí jakákoliv operace srdce, srdečních chlopní nebo aorty provedená při otevřeném hrudníku.

19. CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA A CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA S VÝZNAMNÝMI TRVALÝMI NÁSLEDKY

Cévní mozkovou příhodou ve smyslu tohoto pojistění se rozumí stanovení diagnózy akutní mozkové ischemie, vedoucí k objektivně stanovenému neurologickému postižení, které pacienta jakýmkoliv způsobem omezuje ještě po uplynutí 3 měsíců po akutní mozkové příhodě. Diagnóza musí být potvrzena neurologickým vyšetřením včetně CT nebo MRI nálezu při vzniku onemocnění a neurologickým vyšetřením minimálně po 3 měsících.

20. INFARKT MYOKARDU A AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU S TRVALÝM POŠKOZENÍM SRDCE

Infarktem myokardu ve smyslu tohoto pojistění se rozumí akutní ložisková ischemická nekróza srdečního svalu vzniklá na podkladě náhlého uzavření či extrémního zúžení věnčité tepny s trvalým postižením části myokardu – trvalá porucha kontraktility. Diagnóza musí být potvrzena typickým vzestupem biochemických markerů nekrózy myokardu při současné přítomnosti alespoň dvou z následujících kritérií:

- typický průběh bolesti na hrudi,
- vývoj EKG svědčící pro ischemii,
- presvědčivý koronarografický nález dokládající postižení příslušné tepny.

Diagnóza musí být doložena propouštěcí zprávou z nemocnice, kde byl infarkt diagnostikován, včetně popisu nálezu následné poruchy kontraktility myokardu (např. echokardiografie).

B. Závažná onemocnění – rozšířená varianta

Zahrnuje všechna onemocnění definovaná v tomto bodě v písmenu A. Závažná onemocnění – základní varianta body 1.–20. a dále:

21. EPILEPSIE

Epilepsií ve smyslu tohoto pojistění se rozumí jednoznačné stanovení diagnózy libovolného druhu epilepsie specialistou (neurologem) s nutností dlouhodobé antiepileptické léčby.

22. CROHNOVA CHOROBA

Crohnovou chorobou ve smyslu tohoto pojistění se rozumí histologicky ověřené onemocnění touto chorobou vyžadující alespoň 3 měsíce aktivní léčby.

23. CHRONICKÁ VIROVÁ HEPATITIDA

Chronickou virovou hepatitidou se ve smyslu tohoto pojistění rozumí jednoznačně doložený přechod infekční hepatitidy do chronického stadia (nezáleží na typu viru). Vyloučena jsou onemocnění hepatitidou získaná v důsledku aplikace návykových látek.

24. APLASTICKÁ ANEMIE

Aplastickou anémií se ve smyslu tohoto pojistění rozumí selhání funkce kostní dřeně splňující alespoň jednu z podmínek:

- pravidelné krevní transfuze po dobu nejméně tří měsíců,
- pravidelnou aplikaci imunosupresivních látek po dobu nejméně tří měsíců,
- transplantace kostní dřeně nebo zařazení do jejího programu.

25. REVMAICKÁ HOREČKA

Revmatickou horečkou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí jednoznačná diagnóza tohoto onemocnění s následným dlouhodobým postižením srdce nebo kloubů. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (interna, kardiologie, revmatologie).

26. TETANUS

Tetanem ve smyslu tohoto pojištění se rozumí akutní infekce způsobená bakterií Clostridium tetani s nutností léčby za hospitalizace. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště.

27. JUVENILNÍ IDIOPATICKÁ ARTRITIDA

Juvenilní idiopatickou artritidou ve smyslu tohoto pojištění se rozumí jednoznačně diagnostikované onemocnění touto chorobou s klinickým projevem trvajícím minimálně 6 měsíců a s trvalými postižením nejméně dvou kloubů či trvalými extraartikulárními projevy.

28. SYSTÉMOVÁ SKLERODERMIE

Systémovou sklerodermii ve smyslu tohoto pojištění se rozumí jednoznačně stanovená diagnóza tohoto onemocnění s postižením kůže, kloubů nebo svalů a minimálně jednoho z vnitřních orgánů (trávicího ústrojí, plic, srdce nebo ledvin). Diagnóza musí být stanovena příslušným odborným lékařem včetně histologického vyšetření a laboratorních testů.

29. PROGRESIVNÍ SVALOVÁ DYSTROFIE

Progresivní svalovou dystrofií ve smyslu tohoto pojištění se rozumí jednoznačně ověřené onemocnění některou z těchto chorob s manifestními projevy poruchy hybnosti.

30. NEMOC MOTÝLÍCH KŘÍDEL

Epidermolysis bullosa (Nemoc motýlích křídel) se ve smyslu tohoto pojištění rozumí jednoznačně ověřené onemocnění touto chorobou.

31. LUPUS ERYTHEMATODES

Systémovým lupus erythematodes se ve smyslu tohoto pojištění rozumí jednoznačně stanovená diagnóza tohoto onemocnění s postižením kůže či kloubů a alespoň jednoho dalšího orgánu (plic, srdce, ledvin, mozku, trávicího ústrojí, krevtvorby...).

32. PSORIÁZA

Psoriázu ve smyslu tohoto pojištění se rozumí těžká forma tohoto onemocnění vyžadující alespoň 6 měsíční systémovou léčbu methotrexátem, cyklosporinem, případně biologickou léčbou.

33. AMYOTROFICKÁ LATERÁLNÍ SKLERÓZA

Amyotrofickou laterální sklerózou ve smyslu tohoto pojištění se rozumí stav definitivní diagnózy ALS, tj. progresivní onemocnění s objektivními příznaky léze centrálního a periferního motoneuronu v bulbární oblasti a dvou spinálních oblastech nebo ve třech spinálních oblastech.

34. TUBERKULÓZA

Tuberkulózu ve smyslu tohoto pojištění se rozumí infekční onemocnění způsobené Mycobacterium tuberculosis. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště.

35. MYELODYSPLASTICKÝ SYNDROM

Myelodysplastickým syndromem ve smyslu tohoto pojištění se rozumí jakékoliv onemocnění z této skupiny poruch krevtvorby. Onemocnění musí splňovat jednu z podmínek:

1. pravidelné krevní transfuze s intervalem maximálně dvou měsíců,
2. pravidelnou aplikaci imunomodulačních léků (včetně chemoterapie) po dobu nejméně 3 měsíců,
3. je indikována transplantace kostní dřeně nebo zařazení do jejího programu.

Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (hematologie, hemat-onkologie).

36. PRIMÁRNÍ PLICNÍ HYPERTENZE

Primární plicní hypertenzi se ve smyslu tohoto pojištění rozumí idiopatická a hereditární plicní arteriální hypertenze katetizačně diagnostikovaná a léčená na odborném pracovišti na území EU.

37. NEZHOUNÝ NÁDOR MOZKU NEBO MÍCHY

Nezhoubným nádorem mozku nebo míchy se ve smyslu tohoto pojištění rozumí solidní nezhoubný nádor mozkové či míšní tkáně nebo mozkových (míšních) plen, který vyžaduje operační zákrok. V případě, že je nádor inoperabilní, musí způsobovat svým růstem příznaky trvalého neurologického poškození. Diagnóza a způsob léčebného řešení musí být doloženy lékařskou zprávou z neurochirurgie případně neurologie.

38. PARKINSONOVA CHOROBA

Parkinsonovou chorobou se rozumí neurodegenerativní onemocnění centrální nervové soustavy s nadměrným úbytkem nervových buněk. Onemocnění musí vést k vážným pohybovým potížím, k ovlivnění života zásadním způsobem a k trvalé neschopnosti

zvládat běžné životní aktivity. Sledování a léčba musí trvat minimálně po dobu 3 měsíců.

Diagnóza musí být stanovena příslušným odborným lékařem a doložena výsledky provedených diagnostických vyšetření.

39. ALZHEIMEROVA CHOROBA

Alzheimerovou chorobou ve smyslu tohoto pojištění se rozumí neurodegenerativní onemocnění na podkladě specifických degenerativních změn mozkové tkáně projevující se demencí. Postižení musí vést k výraznému snížení poznávacích (kognitivních) funkcí, úbytku paměti, vnímání, intelektu, řeči, orientace v čase a prostoru takového stupně, že brání výkonu povolání a schopnosti zvládat aktivit běžného života a kontaktu s okolím.

Sledování a léčba musí trvat minimálně po dobu 3 měsíců. Diagnóza musí být stanovena příslušným odborným lékařem a doložena výsledky provedených diagnostických vyšetření.

Výluka z plnění: demence následkem zneužívání alkoholu.

40. BŘIŠNÍ TYFUS

Břišním tyfem ve smyslu tohoto pojištění se rozumí infekční onemocnění způsobené bakterií Salmonella typhi provázené vysokými teplotami, krvavými průjmy a dalšími komplikacemi (např. krvácení do střev, zánět pobřišnice, kostní dřeně...). Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (infektologie) a průkazem infekčního agens.

41. BECHTÉREVOVA CHOROBA (MORBUS BECHTÉREV)

Bechtérevovou chorobou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí zánětlivé onemocnění páteře s průkazem antigenu HLA-B 27 (ankylozující spondylitida páteře). Podmínkou vzniku práva na plnění je onemocnění v pokročilém stadiu (stadium IV a výše) potvrzené rentgenovým snímkem, vyšetřením CT nebo MRI páteře zobrazujícím zánětem změněná a strotlé obratle (bambusová páteř) a výrazné klinické obtíže (bolestivé pohybové potíže a omezení dýchací mechaniky). Tento stav musí trvat nejméně po dobu 6 měsíců. Diagnóza musí být doložena zprávou ze specializovaného pracoviště popisující klinické příznaky a výsledky provedených vyšetření.

ČLÁNEK 7

POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD ZTRÁTY SOBĚSTAČNOSTI

Bod 1

Rozsah nároků

Dojde-li v době trvání pojištění k pojistné události z pojištění pro případ ztráty soběstačnosti, má pojistné plnění formu měsíční renty vyplácené do věku 18 let, formu měsíční renty vyplácené po dobu 30 let nebo formu pojistné částky, podle toho, co bylo sjednáno v pojistné smlouvě. Pojištění pro případ ztráty soběstačnosti lze sjednat pro osoby do vstupního věku 14 let ve formě měsíční renty do věku 18 let nebo měsíční renty na dobu 30 let; pro osoby do vstupního věku 17 let ve formě měsíční renty na dobu 30 let. Dále bude pro osoby, které mají sjednáno pojištění pro případ ztráty soběstačnosti, použito společné označení „pojištěný“, a to bez ohledu na jejich vstupní věk.

Podmínky vzniku nároku na pojistné plnění

1.1. Z pojištění pro případ ztráty soběstačnosti vyplatí pojistitel pojistné plnění, pokud v době trvání pojištění, nejdříve však po šesti měsících od uzavření pojistné smlouvy nebo sjednání pojištění pro případ ztráty soběstačnosti, byl pojištěnému přiznán příspěvek na péči příslušnému stupně podle předpisů o sociálních službách (pojistná událost). Dnem přiznání příspěvku na péči se rozumí den, resp. datum, které je uvedeno ve výroku rozhodnutí oprávněného orgánu jako den, od něhož se přiznává příspěvek na péči.

1.2. Splnění podmínky šesti měsíců se nevyžaduje, pokud příspěvek na péči byl přiznán výlučně v důsledku úrazu pojištěného vymezeného dle VPP PO a k němuž došlo nejdříve po sjednání počátku pojištění.

1.3. Je-li přiznán příspěvek na péči dříve než za 6 měsíců od uzavření pojistné smlouvy nebo od sjednání pojištění pro případ ztráty soběstačnosti, právo na výplatu pojistného plnění z tohoto pojištění nevzniká a pojištění pro případ ztráty soběstačnosti zaniká. Pojistitel přestane od nejbližšího účtovacího období strhávat z kapitálové hodnoty rizikové pojistné za pojištění pro případ ztráty soběstačnosti příslušného pojištěného. Jinak zůstávají sjednaná pojištění beze změny. Výše běžného pojistného se nemění a část pojistného za pojištění pro případ ztráty soběstačnosti bude směřována dle pojistníkem zvoleného alokačního poměru pro běžné pojištění.

1.4. Pojistitel má právo požadovat každoročně doložení trvání nároku pojištěného na příspěvek na péči u formy plnění měsíční rentou vyplácenou do 18 let.

1.5. Právo na pojistné plnění z pojištění pro případ ztráty soběstačnosti má pojištěný.

1.6. Je-li v pojistné smlouvě dohodnuta valorizace výplaty měsíční renty, pak pojistitel zvyšuje vyplácenou částku měsíční renty o dohodnuté procento po dobu výplaty měsíční renty. Ke zvýšení dochází vždy po uplynutí jednoho kalendářního roku od data zahájení výplaty měsíční renty.

Měsíční renta do věku 18 let

1.1. Byla-li sjednána výplata měsíční renty s dobou výplaty do věku 18 let pojištěného, začne pojistitel vyplácet

příslušnému pojištěnému sjednanou výši měsíční renty do věku 18 let pojištěného (dále též „pojistné plnění“), jsou-li splněny podmínky pro vznik nároku na pojistné plnění uvedené v těchto pojistných podmínkách.

1.2. Výplata měsíční renty do věku 18 let pojištěného počíná ode dne nejbližší splatnosti pojistného po rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči pro příslušný stupeň závislosti pojištěného a platí pro jeden rok trvání pojištění. Dnem přiznání příspěvku na péči pro příslušný stupeň závislosti se rozumí den, resp. datum, které je uvedeno ve výroku rozhodnutí oprávněného orgánu jako den, od něhož se přiznává příspěvek na péči pro příslušný stupeň závislosti. Výplata této měsíční renty se prodlužuje vždy na další rok na základě skutečnosti, že nárok na přiznání příspěvku na péči pro příslušný stupeň závislosti a pojištění trvá (výjimkou je pokračování ve vyplácení měsíční renty v případě zániku pojištění z důvodu smrti 1. pojištěného). Výplata měsíční renty do věku 18 let pojištěného končí smrtí pojištěného, neopozdějí však den před výročním dnem počátku výplaty měsíční renty v kalendářním roce, kdy pojištěný dosáhne 18 let.

1.3. Došlo-li k zahájení výplaty měsíční renty do věku 18 let pojištěného před tímto dnem, končí vyplácení této měsíční renty neopozdějí den před výročním dnem počátku výplaty měsíční renty v kalendářním roce, ve kterém pojištěný dosáhne věku 18 let.

1.4. Pojištěný (příp. zákonný zástupce) je na žádost pojistitele povinen prokázat, že nárok na přiznání příspěvku na péči pro příslušný stupeň závislosti trvá, a to doložením nového rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči pro příslušný stupeň závislosti, nebo pokračující výplatu příspěvku na péči pojištěnému.

1.5. Dojde-li během trvání pojištění ke zvýšení výše měsíční renty do věku 18 let pojištěného z jiného důvodu než indexace pojištění, má pojištěný právo na výplatu měsíční renty do věku 18 let pojištěného v této zvýšené výši nejdříve po uplynutí šesti měsíců ode dne účinnosti této změny. V případě, že není splněna podmínka uplynutí šesti měsíců ode dne účinnosti zvýšení výše měsíční renty do věku 18 let pojištěného a přitom vzniká právo na výplatu této měsíční renty, pak se výše měsíční renty mění na hodnoty nejnižší výše měsíční renty za posledních šest měsíců.

1.6. Měsíční rentu do věku 18 let pojištěného lze sjednat v následujících variantách:

- a) pro ztrátu soběstačnosti druhého (II.) nebo třetího (III.) nebo čtvrtého (IV.) stupně závislosti, pak platí, že pojistitel bude vyplácet pojistné plnění, pokud bude potvrzen nárok na přiznání příspěvku na péči pro jeden z těchto stupňů závislosti pojištěného,
- b) pro ztrátu soběstačnosti třetího (III.) nebo čtvrtého (IV.) stupně závislosti, pak platí, že pojistitel bude vyplácet pojistné plnění, pokud bude potvrzen nárok na přiznání příspěvku na péči pro jeden z těchto stupňů závislosti pojištěného,
- c) pro ztrátu soběstačnosti čtvrtého stupně (IV.) závislosti, pak platí, že pojistitel bude vyplácet pojistné plnění, pokud bude potvrzen nárok na přiznání příspěvku na péči pro tento stupeň závislosti pojištěného.

Jsou-li sjednány zároveň varianty podle písmen a), b) nebo c), pak pojistitel vyplácí pojistné plnění v součtu těchto sjednaných variant.

Měsíční renta na dobu 30 let

1.1. Byla-li sjednána výplata měsíční renty na dobu 30 let, začne pojistitel vyplácet příslušnému pojištěnému sjednanou výši měsíční renty po dobu 30 let (dále též „pojistné plnění“), jsou-li splněny podmínky pro vznik nároku na pojistné plnění uvedené v těchto pojistných podmínkách.

1.2. Výplata měsíční renty na dobu 30 let počíná ode dne nejbližší splatnosti pojistného po rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči pro příslušný stupeň závislosti pojištěného. Dnem přiznání příspěvku na péči pro příslušný stupeň závislosti se rozumí den, resp. datum, které je uvedeno ve výroku rozhodnutí oprávněného orgánu jako den, od něhož se přiznává příspěvek na péči pro příslušný stupeň závislosti. Výplata měsíční renty na dobu 30 let končí smrtí pojištěného, neopozdějí uplynutím 30 let od počátku výplaty měsíční renty.

1.3. Dojde-li během trvání pojištění ke zvýšení výše měsíční renty na dobu 30 let z jiného důvodu než indexace pojištění, má pojištěný právo na výplatu měsíční renty na dobu 30 let v této zvýšené výši nejdříve po uplynutí šesti měsíců ode dne účinnosti této změny. V případě, že není splněna podmínka uplynutí šesti měsíců ode dne účinnosti zvýšení výše měsíční renty na dobu 30 let a přitom vzniká právo na výplatu této měsíční renty, pak se výše této měsíční renty mění na hodnoty nejnižší výše měsíční renty za posledních šest měsíců.

1.4. Měsíční rentu na dobu 30 let lze sjednat v následujících variantách:

- a) pro ztrátu soběstačnosti druhého (II.) nebo třetího (III.) nebo čtvrtého (IV.) stupně závislosti, pak platí, že pojistitel bude vyplácet pojistné plnění, pokud bude potvrzen nárok na přiznání příspěvku na péči pro jeden z těchto stupňů závislosti pojištěného,
- b) pro ztrátu soběstačnosti třetího (III.) nebo čtvrtého (IV.) stupně závislosti, pak platí, že pojistitel bude

vyplácet pojistné plnění, pokud bude potvrzen nárok na přiznání příspěvku na péči pro jeden z těchto stupňů závislosti pojištěného,

c) pro ztrátu soběstačnosti čtvrtého stupně (IV.) závislosti, pak platí, že pojistitel bude vyplácet pojistné plnění, pokud bude potvrzen nárok na přiznání příspěvku na péči pro tento stupeň závislosti pojištěného.

Jsou-li sjednány zároveň varianty podle písmen a), b) nebo c), pak pojistitel vyplácí pojistné plnění v součtu těchto sjednaných variant.

Pojistná částka

1.1. Byla-li sjednána výplata pojistné částky, vyplatí pojistitel příslušnému pojištěnému sjednanou pojistnou částku, jsou-li splněny podmínky pro vznik nároku na pojistné plnění uvedené v těchto pojistných podmínkách.

1.2. Pojistná částka je vyplacena pojištěnému po rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči pro příslušný stupeň závislosti pojištěného. Dnem přiznání příspěvku na péči pro příslušný stupeň závislosti se rozumí den, resp. datum, které je uvedeno ve výroku rozhodnutí oprávněného orgánu jako den, od něhož se přiznává příspěvek na péči pro příslušný stupeň závislosti. Výplatu pojistného plnění ve formě pojistné částky pojištění pro případ ztráty soběstačnosti v části pojistné částky zaniká.

1.3. Dojde-li během trvání pojištění ke zvýšení výše pojistné částky z jiného důvodu než indexace pojištění, má pojištěný právo na výplatu pojistné částky v této zvýšené výši nejdříve po uplynutí šesti měsíců ode dne účinnosti této změny. V případě, že není splněna podmínka uplynutí šesti měsíců ode dne účinnosti zvýšení výše pojistné částky a přitom vzniká právo na výplatu pojistné částky, pak se pojistná částka mění na nejvyšší hodnotu výše pojistné částky za posledních šest měsíců.

1.4. Výplatu pojistné částky lze sjednat v následujících variantách:

a) pro ztrátu soběstačnosti druhého (II.) nebo třetího (III.) nebo čtvrtého (IV.) stupně závislosti, pak platí, že pojistitel vyplatí pojistné plnění, pokud bude potvrzen nárok na přiznání příspěvku na péči pro jeden z těchto stupňů závislosti pojištěného, pojistné plnění bude za pojistnou událost vyplaceno pouze jedenkrát, a to za první pojistnou událost,

b) pro ztrátu soběstačnosti třetího (III.) nebo čtvrtého (IV.) stupně závislosti, pak platí, že pojistitel vyplatí pojistné plnění, pokud bude potvrzen nárok na přiznání příspěvku na péči pro jeden z těchto stupňů závislosti pojištěného, pojistné plnění bude za pojistnou událost vyplaceno pouze jedenkrát, a to za první pojistnou událost,

c) pro ztrátu soběstačnosti čtvrtého stupně (IV.) závislosti, pak platí, že pojistitel vyplatí pojistné plnění, pokud bude potvrzen nárok na přiznání příspěvku na péči pro tento stupeň závislosti pojištěného, pojistné plnění bude za pojistnou událost vyplaceno pouze jedenkrát, a to za první pojistnou událost.

Jsou-li sjednány zároveň varianty podle písmen a), b) nebo c), pak pojistitel vyplácí pojistné plnění v součtu těchto pojistných částek dle sjednaných variant.

Bod 2 Pojistné plnění

2.1. Pojištěný je povinen při oznámení pojistné události k rozhodnutí příslušného orgánu o přiznání příspěvku na péči pro příslušný stupeň závislosti přiložit lékařský posudek příslušející k tomuto rozhodnutí. Uvedený lékařský posudek, je pojištěný (příp. zákonný zástupce), na vyzvání pojistitele, povinen předložit i kdykoliv v průběhu trvání výplaty pojistného plnění.

2.2. Pojistitel neplní za pojistné události, k nimž dojde:
a) v důsledku užívání alkoholu, drog, sebezpoškozením, nedodržením doporučené léčby,
b) onemocněním, které bylo individuálně vyloučeno v důsledku ocenění zdravotního stavu pojištěného,
c) úrazem či onemocněním, které započalo před sjednáním pojištění.

2.3. Pojistitel je oprávněn zvýšit rizikové pojistné za pojištění pro případ ztráty soběstačnosti ve sjednaném rozsahu, pokud dojde ke zvýšení hodnoty koeficientu nejméně o 10 % kumulovaně. Koeficientem se rozumí podíl počtu nově přiznaných příspěvků na péči vůči hodnotě tohoto parametru v referenčním roce, a to pro každý stupeň závislosti zvlášť. Informace ohledně počtu příspěvků na péči a stupňů závislosti lze získat aktivním písemným dotazem pojištěného/pojistníka u příslušného státního orgánu, například Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky. Referenčním rokem se rozumí kalendářní rok zveřejněný na webových stránkách pojistitele (jedná se o rok stanovení výše rizikového pojistného pro pojištění pro případ ztráty soběstačnosti nebo o rok jeho posledního zvýšení). V případě, že dojde ke zvýšení rizikového pojistného, pak se odpovídajícím způsobem zvýší i částka běžného pojistného.

2.4. V případě změny pojistného má pojistník právo projevit svůj nesouhlas dle ustanovení zákonníku o změně výše pojistného.

2.5. Pokud by došlo v budoucnu k tomu, že legislativa platná pro oblast sociálních služeb nebude umožňovat doložení vzniku nároku na pojistné plnění, bude pojistitel postupovat dle naposledy platné legislativy, která toto umožňovala.

Bod 3 Zánik pojištění

3.1. Zánikem pojištění pro případ smrti nebo dožití 1. pojištěného zaniká i pojištění pro případ ztráty soběstačnosti.

3.2. Pojištění pro případ ztráty soběstačnosti zaniká smrtí pojištěného, nejpozději končí před výročním dnem pojištění v roce, v němž pojištěný dosáhne věku 26 let, resp. 18 let, v případě měsíční renty do věku 18 let pojištěného.

3.3. Dojde-li k zániku pojištění pro případ ztráty soběstačnosti, pojistitel přestává od nejbližšího zúčtovacího období strhávat z kapitálové hodnoty rizikové pojistné za pojištění pro případ ztráty soběstačnosti v rozsahu dříve sjednaných plnění a výše běžného pojistného se nemění a část pojistného za pojištění bude směřována dle pojistníkem zvoleného alokačního poměru pro běžné pojistné.

Bod 4 Odmítnutí plnění

4.1. Pojistitel stanovuje výši pojistného v pojištění pro případ ztráty soběstačnosti v závislosti na ohodnocení pojistného rizika, vyjádřeného zejména zdravotním stavem pojištěného. V případě porušení povinnosti pojištěného k pravdivým odpovědím uvedeným v předchozí větě může pojistitel odmítnout pojistné plnění.

ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ

ČLÁNEK 8 ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ DOSPĚLÉHO POJIŠTĚNÉHO

Bod 1 Rozsah nároků

Dojde-li v době trvání pojištění k úrazu dospělého pojištěného (dále jen „pojištěného“), pojistitel vyplatí za podmínek sjednaných v pojistné smlouvě plnění za smrt následkem úrazu, za smrt následkem úrazu v motorovém vozidle, za trvalé následky úrazu, za trvalé následky úrazu v motorovém vozidle, za následky závažného úrazu, za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem, za hospitalizaci následkem úrazu, za závažná poranění následkem úrazu. Pojistitel neposkytne pojistné plnění za úraz pojištěného, k němuž dojde ve lhůtě 7 dní od data sjednání pojištění, tato věta se nepoužije v případě plnění za smrt následkem úrazu a plnění za smrt následkem úrazu v motorovém vozidle.

Bod 2 Plnění za smrt následkem úrazu

2.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za smrt následkem úrazu, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě a podle výše sjednané pojistné částky.

2.2. Byla-li v době trvání pojištění úrazem způsobena pojištěnému smrt, která nastala nejpozději do tří let ode dne úrazu, vyplatí pojistitel sjednanou pojistnou částku za smrt následkem úrazu.

2.3. Pojistitel nebude snižovat plnění za smrt následkem úrazu, jestliže pojištěný v době úrazu měl být zařazen vzhledem k vykonávanému povolání do rizikové skupiny 2, resp. 3, nebo vykonával sport patřící mezi vysoce rizikové činnosti nebo vykonával sport jako profesionální sportovec nebo již neměl být zařazen do rizikové skupiny JUNIOR (J) a neplatil pojistné ve správné výši.

2.4. Dojde-li ke smrti pojištěného následkem úrazu, právo na plnění má obmyšlený, který byl určen v pojistné smlouvě. Nebyl-li obmyšlený v pojistné smlouvě určen nebo nenabyl-li práva na plnění, nabývají ho osoby určené podle § 2831 zákoníku.

Bod 3 Plnění za smrt následkem úrazu v motorovém vozidle

3.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za smrt následkem úrazu v motorovém vozidle, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě a podle výše sjednané pojistné částky.

3.2. Byla-li v době trvání pojištění při provozu motorového vozidla (určeného pro přepravu osob) s maximálním počtem 9 sedadel způsobena pojištěnému smrt následkem úrazu, která nastala nejpozději do tří let ode dne úrazu, vyplatí pojistitel sjednanou pojistnou částku za smrt následkem úrazu v motorovém vozidle.

3.3. Pojistitel nebude snižovat plnění za smrt následkem úrazu v motorovém vozidle, jestliže pojištěný v době úrazu měl být zařazen vzhledem k vykonávanému povolání do rizikové skupiny 2, resp. 3, nebo vykonával sport patřící mezi vysoce rizikové činnosti nebo vykonával sport jako profesionální sportovec nebo již neměl být zařazen do rizikové skupiny JUNIOR (J) a neplatil pojistné ve správné výši.

3.4. Dojde-li ke smrti pojištěného následkem úrazu v motorovém vozidle, právo na plnění má obmyšlený, který byl určen v pojistné smlouvě. Nebyl-li obmyšlený v pojistné smlouvě určen nebo nenabyl-li práva na plnění, nabývají ho osoby určené podle § 2831 zákoníku.

3.5. Pojistnou událostí ve smyslu VPP PO je smrt následkem úrazu pojištěného, která nastala během trvání pojištění

pří dále uvedené činnosti. Odchylně od VPP PO se pojištěný vztahuje na pojistné události, které utrpí pojištěný při provozu motorového vozidla.

3.6. Pojištění se vztahuje na úrazy, které způsobily smrt pojištěného při dále uvedené činnosti:

a) úrazy vzniklé při uvádní motoru do chodu bezprostředně před zahájením jízdy,

b) úrazy vzniklé při nastupování nebo vystupování z motorového vozidla,

c) úrazy dopravovaných osob (dopravovanou osobou se rozumí i řidič), k nimž dojde za jízdy motorového vozidla nebo při jeho havárii,

d) úrazy vzniklé při krátkodobých zastávkách motorového vozidla, pokud k úrazu dopravované osoby dojde v motorovém vozidle nebo jeho blízkosti na silniční komunikaci,

e) úrazy dopravovaných osob při odstraňování běžných poruch motorového vozidla, vzniklých během jízdy.

3.7. Pojištění se nevztahuje na:

a) úrazy osob dopravovaných na místech motorového vozidla, která nejsou určena k dopravě osob (blatníky, kapota apod.),

b) úrazy při účasti motorového vozidla na rychlostních závodech a na závodech s rychlostní vložkou (včetně tréninku),

c) úrazy při provádění typových zkoušek rychlosti, brzd, zvratu a stability motorového vozidla, dojezdu z největší rychlosti, zajíždění apod.,

d) úrazy při nakládání a vykládání nákladu,

e) úrazy osob dopravovaných ve vozidlech autoškoly, taxislužby, rychlé záchranné služby, motokaravanů, autobusů, traktorů, motocyklů a invalidních vozíků,

f) úrazy osob dopravovaných ve vozidlech, která neslouží k dopravě osob, např. silniční válce, buldozery,

g) úrazy osob dopravovaných v nákladních automobilech o prostoru pro náklad, i když tento byl pro dopravu osob upraven.

Bod 4 Plnění za trvalé následky úrazu

4.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za trvalé následky úrazu, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě, tabulek pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojištění platných k datu pojistné události (dále „oceňovací tabulky B“) a podle výše sjednané pojistné částky. Oceňovací tabulky jsou pojistníkovi předány při uzavření pojistné smlouvy.

4.2. Zanechal-li úraz pojištěnému trvalé následky, vyplatí pojistitel z pojistné částky tolik procent, kolika procentům odpovídá je jednotlivá tělesná poškození podle oceňovací tabulky B 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 lhůty. Stanoví-li oceňovací tabulka B procentní rozpětí, určí pojistitel výši pojistného plnění tak, aby v rámci daného rozpětí odpovídalo pojistné plnění povaze a rozsahu tělesného poškození způsobeného úrazem.

4.3. Nemůže-li pojistitel plnit podle předchozího odstavce proto, že trvalé následky úrazu nejsou po uplynutí šesti měsíců ode dne úrazu ještě ustáleny, avšak je již známo, jaký bude jejich minimální rozsah, poskytne pojištěnému na jeho požádání přiměřenou zálohu.

4.4. Týkají-li se trvalé následky úrazu části těla nebo orgánu, které byly poškozeny již před úrazem, sníží pojistitel pojistné plnění za trvalé následky o tolik procent, kolika procentům odpovídalo předcházející poškození, posouzené též podle oceňovací tabulky B.

4.5. Způsobil-li jediný úraz pojištěnému několik trvalých následků, hodnotí pojistitel celkové trvalé následky součtem procent pro jednotlivé následky, nejvýše však 100 %.

4.6. Týkají-li se jednotlivé 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 B pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného údu, orgánu nebo jejich částí.

4.7. Právo na plnění za trvalé následky úrazu má pojištěný.

4.8. Jestliže před výplatou plnění za trvalé následky úrazu pojištěný zemře, vyplatí pojistitel jeho dědicům částku, která odpovídá rozsahu trvalých následků úrazu pojištěného k datu jeho smrti. Pokud ke smrti pojištěného došlo po 3 letech od data úrazu, stanoví pojistitel rozsah trvalých následků k datu 3 let od úrazu.

4.9. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno příslušné procento hodnocení trvalých následků úrazu, od kterého je pojistné plnění poskytováno, pojistitel vyplatí pojistné plnění pouze tehdy, pokud celkové hodnocení trvalých následků (po případném snížení podle bodu 4.4.) dosáhne alespoň výše tohoto sjednaného procenta. Výše sjednaného procenta se vztahuje na každou pojistnou událost samostatně.

4.10. Je-li sjednáno progresivní plnění za trvalé následky úrazu, pojistitel vyplatí plnění za trvalé následky úrazu v závislosti na jejich rozsahu (po případném snížení podle bodu 4.4.) stanoveném v procentech podle oceňovací tabulky B takto:

Procento poškození	Pojistné plnění (procento z pojistné částky)	Procento poškození	Pojistné plnění (procento z pojistné částky)	Procento poškození	Pojistné plnění (procento z pojistné částky)	Procento poškození	Pojistné plnění (procento z pojistné částky)	Procento poškození	Pojistné plnění (procento z pojistné částky)
1 %	1 %	21 %	21 %	41 %	73 %	61 %	199 %	81 %	385 %
2 %	2 %	22 %	22 %	42 %	76 %	62 %	208 %	82 %	395 %
3 %	3 %	23 %	23 %	43 %	79 %	63 %	217 %	83 %	405 %
4 %	4 %	24 %	24 %	44 %	82 %	64 %	226 %	84 %	415 %
5 %	5 %	25 %	25 %	45 %	85 %	65 %	235 %	85 %	425 %
6 %	6 %	26 %	28 %	46 %	88 %	66 %	244 %	86 %	435 %
7 %	7 %	27 %	31 %	47 %	91 %	67 %	253 %	87 %	445 %
8 %	8 %	28 %	34 %	48 %	94 %	68 %	262 %	88 %	455 %
9 %	9 %	29 %	37 %	49 %	97 %	69 %	271 %	89 %	465 %
10 %	10 %	30 %	40 %	50 %	100 %	70 %	280 %	90 %	475 %
11 %	11 %	31 %	43 %	51 %	109 %	71 %	289 %	91 %	487,5 %
12 %	12 %	32 %	46 %	52 %	118 %	72 %	298 %	92 %	500 %
13 %	13 %	33 %	49 %	53 %	127 %	73 %	307 %	93 %	512,5 %
14 %	14 %	34 %	52 %	54 %	136 %	74 %	316 %	94 %	525 %
15 %	15 %	35 %	55 %	55 %	145 %	75 %	325 %	95 %	537,5 %
16 %	16 %	36 %	58 %	56 %	154 %	76 %	335 %	96 %	550 %
17 %	17 %	37 %	61 %	57 %	163 %	77 %	345 %	97 %	562,5 %
18 %	18 %	38 %	64 %	58 %	172 %	78 %	355 %	98 %	575 %
19 %	19 %	39 %	67 %	59 %	181 %	79 %	365 %	99 %	587,5 %
20 %	20 %	40 %	70 %	60 %	190 %	80 %	375 %	100 %	600 %

Bod 5 Plnění za trvalé následky úrazu v motorovém vozidle

- Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za trvalé následky úrazu v motorovém vozidle, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě, tabulek pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojištění platných k datu pojistné události (dále „oceňovací tabulky B“) a podle výše sjednané pojistné částky. Oceňovací tabulky jsou pojistníkovi předány při uzavření pojistné smlouvy.
- Pro plnění za trvalé následky úrazu v motorovém vozidle se použijí ustanovení bodu 4. tohoto článku, konkrétně 4.2.–4.10., s tím, že úrazem se rozumí úraz pojištěného v motorovém vozidle definovaný v bodě 3 tohoto článku, konkrétně 3.2., 3.5., 3.6. a 3.7., kdy pojistnou událostí jsou trvalé následky pojištěného, nikoliv smrt pojištěného.
- Právo na plnění za trvalé následky úrazu v motorovém vozidle má pojištěný.

Bod 6 Plnění za následky závažného úrazu

- Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za následky závažného úrazu, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě, tabulek pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojištění platných k datu pojistné události (dále „oceňovací tabulky B“) a podle výše sjednané pojistné částky. Oceňovací tabulky jsou pojistníkovi předány při uzavření pojistné smlouvy.
- Zanechá-li úraz pojištěnému trvalé následky podle oceňovací tabulky B ve výši nejméně 50 % (po případném snížení podle bodu 6.3.), a to v součtu jednotlivých trvalých následků, pojistitel vyplatí sjednanou pojistnou částku. Pro posouzení uvedeného rozsahu trvalých následků je rozhodný stav trvalých následků, které úraz zanechal jeden rok od data úrazu. Pojistná částka bude vyplacena pojištěnému z této pojistné smlouvy pouze jednou, a to za první úraz pojištěného, který splní podmínky tohoto plnění. Výplatou pojistného plnění pojištění následků závažného úrazu tohoto pojištěného zaniká.
- Týká-li se trvalé následky úrazu části těla nebo orgánu, které byly poškozeny již před úrazem, sníží pojistitel pojistné plnění za následky závažného úrazu o tolik procent, kolika procentům odpovídalo předcházející poškození, posouzené též podle oceňovací tabulky B.
- Týká-li se jednotlivé 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 B pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného údu, orgánu nebo jejich částí.
- Právo na pojistné plnění za následky závažného úrazu může uplatnit pojištěný nejdříve za jeden rok od data úrazu na příslušném formuláři pojistitele nebo dohodnutým způsobem.
- Jestliže před výplatou plnění za následky závažného úrazu, nejdříve však po 1 roce od data úrazu, po-

jištěný zemře, vyplatí pojistitel jeho dědicům plnění za následky závažného úrazu, pokud rozsah trvalých následků stanovený k datu jednoho roku od data úrazu splňoval definici uvedenou v bodě 6.2.

- Právo na plnění za následky závažného úrazu má pojištěný.

Bod 7 Plnění za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem ve dnech (denní plnění)

- 7.1. Plnění za dobu nezbytného léčení úrazu (DNL-8)**
 - Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě, tabulek pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojištění platných k datu pojistné události (dále „oceňovací tabulky A“), tabulky přepočtového koeficientu a podle výše částky sjednaného denního plnění. Oceňovací tabulky jsou pojistníkovi předány při uzavření pojistné smlouvy.
 - Dojde-li k úrazu pojištěného a skutečná doba léčení tělesného poškození způsobeného úrazem je delší než jeden týden, vyplatí pojistitel plnění za každý den doby nezbytného léčení, a to do maximálního počtu dní, který odpovídá příslušnému tělesnému poškození stanovenému oceňovací tabulkou A.

Délka nezbytného léčení	Přepočtový koeficient
od 1. dne do 120. dne (včetně)	1
od 121. dne do 240. dne (včetně)	2
od 241. dne do 365. dne (včetně)	3
 - Do doby nezbytného léčení úrazu se nezapočítává doba, ve které se pojištěný podroboval občasným zdravotním kontrolám, nebo rehabilitace, která byla zaměřena na zmírnění bolesti bez následné úpravy zdravotního stavu.
 - Bylo-li pojištěnému způsobeno jediným úrazem několik tělesných poškození, vyplatí pojistitel plnění jen za dobu nezbytného léčení toho poškození, které je hodnoceno v oceňovací tabulce A nejvyšším počtem dní.
 - Pojistitel poskytuje plnění za dobu nezbytného léčení úrazu nejvýše za dobu jednoho roku. Předchozí věta platí pro diagnózy, u kterých je v oceňovacích tabulkách stanoven maximální počet dní do 365.
 - Právo na plnění za dobu nezbytného léčení úrazu má pojištěný.
 - 7.2. Plnění za dobu nezbytného léčení úrazu (DNL-MAX)**
 - Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě, tabulek pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojištění platných k datu pojistné události (dále „oceňovací tabulky A“), tabulky přepočtového koeficientu a podle výše částky sjednaného denního plnění. Oceňovací tabulky jsou pojistníkovi předány při uzavření pojistné smlouvy.

Délka nezbytného léčení	Přepočtový koeficient
od 1. dne do 120. dne (včetně)	1
od 121. dne do 240. dne (včetně)	2
od 241. dne do 365. dne (včetně)	3

ného denního plnění. Oceňovací tabulky jsou pojistníkovi předány při uzavření pojistné smlouvy.

- Dojde-li k úrazu pojištěného a skutečná doba léčení tělesného poškození způsobeného úrazem je delší než jeden týden, vyplatí pojistitel plnění za maximální počet dní, který odpovídá příslušnému tělesnému poškození stanovenému oceňovací tabulkou A, bez ohledu na skutečnou dobu léčení.

Délka nezbytného léčení	Přepočtový koeficient
od 1. dne do 120. dne (včetně)	1
od 121. dne do 240. dne (včetně)	2
od 241. dne do 365. dne (včetně)	3
- Bylo-li pojištěnému způsobeno jediným úrazem několik tělesných poškození, vyplatí pojistitel plnění jen za dobu nezbytného léčení toho poškození, které je hodnoceno nejvyšším počtem dní v oceňovací tabulce A.
- Pojistitel poskytuje plnění za dobu nezbytného léčení úrazu nejvýše za dobu jednoho roku. Předchozí věta platí pro diagnózy, u kterých je v oceňovacích tabulkách stanoven maximální počet dní do 365.
- Právo na plnění za dobu nezbytného léčení úrazu má pojištěný.
- 7.3. Plnění za dobu nezbytného léčení úrazu (DNL-30)**
 - Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě, tabulek pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojištění platných k datu pojistné události (dále „oceňovací tabulky A1“) a podle výše částky sjednaného denního plnění. Oceňovací tabulky jsou pojistníkovi předány při uzavření pojistné smlouvy.

Délka nezbytného léčení	Přepočtový koeficient
od 1. dne do 120. dne (včetně)	1
od 121. dne do 240. dne (včetně)	2
od 241. dne do 365. dne (včetně)	3
 - Dojde-li k úrazu pojištěného a skutečná doba léčení tělesného poškození způsobeného úrazem je delší než 29 dní, vyplatí pojistitel plnění za každý den doby nezbytného léčení, a to do maximálního počtu dní, který odpovídá příslušnému tělesnému poškození stanovenému oceňovací tabulkou A1.
 - Plnění vyplatí pojistitel načítaně v závislosti na délce doby nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem násobené příslušným přepočtovým koeficientem takto:

Délka nezbytného léčení	Přepočtový koeficient
od 1. dne do 120. dne (včetně)	1
od 121. dne do 240. dne (včetně)	2
od 241. dne do 365. dne (včetně)	3
 - Do doby nezbytného léčení úrazu se nezapočítává doba, ve které se pojištěný podroboval občasným zdravotním kontrolám, nebo rehabilitace, která byla zaměřena na zmírnění bolesti bez následné úpravy zdravotního stavu.
 - Bylo-li pojištěnému způsobeno jediným úrazem několik tělesných poškození, vyplatí pojistitel plnění jen za dobu nezbytného léčení toho poškození, které je hodnoceno v oceňovací tabulce A1 nejvyšším počtem dní.

7.3.6. Pojistitel poskytuje plnění za dobu nezbytného léčení úrazu nejvýše za dobu jednoho roku. Předchází věta platí pro diagnózy, u kterých je v oceňovacích tabulkách stanoven maximální počet dní do 365.

7.3.7. Právo na plnění za dobu nezbytného léčení úrazu má pojištěný.

Bod 8

Plnění za hospitalizaci následkem úrazu ve dnech (denní plnění)

- 8.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za hospitalizaci následkem úrazu, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě a podle výše částky sjednaného denního plnění.
- 8.2. Dojde-li k úrazu, jehož následkem bylo z lékařského hlediska nezbytné poskytnout lůžkovou péči (dále jen „hospitalizace“), vyplátí pojistitel pojistné plnění v závislosti na délce hospitalizace.
- 8.3. Plnění za hospitalizaci následkem úrazu se poskytuje za hospitalizaci v nemocnici výhradně na území ČR.
- 8.4. Plnění za hospitalizaci následkem úrazu poskytuje pojistitel maximálně za dobu 365 dnů v průběhu dvou let od data pojistné události (úrazu).
- 8.5. Plnění se poskytuje za každý kalendářní den hospitalizace následkem úrazu, která je z lékařského hlediska nezbytná. Hospitalizace z lékařského hlediska nezbytná je taková, kdy vzhledem k závažnosti a charakteru úrazu musí být ošetření a léčení provedeno v nemocnici na lůžkové části. Za lékařsky nezbytnou hospitalizaci se nepovažuje lůžková péče v případě, je-li odůvodněna pouze nedostatkem domácí péče či jinými osobními poměry pojištěného.
- 8.6. Dojde-li v době hospitalizace v důsledku úrazu k dalšímu úrazu s nutností hospitalizace, pak v případě souběhu hospitalizace v důsledku více úrazů se započítává každý den souběhu pouze jednou.
- 8.7. Pojistitel poskytne plnění za hospitalizaci následkem úrazu na lůžkové části nemocnice, která je pod stálým lékařským dozorem, disponuje dostatečným diagnostickým, chirurgickým a terapeutickým zařízením, pracuje v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a její provozování je v souladu s příslušnými platnými právními předpisy.
- 8.8. Pobyt (hospitalizace) k ošetření zubů a zákroky v oblasti zubní a čelistní chirurgie v důsledku úrazu se považují za lékařsky nezbytné pouze tehdy, jestliže z lékařských důvodů není možná ambulantní péče.
- 8.9. Právo na plnění nevzniká za hospitalizaci v důsledku úrazu za dny, kdy se pojištěný ve zdravotnickém zařízení nezdržoval (přerušení hospitalizace), nebo jestliže ošetřování trvalo méně než 24 hodin. Den, kdy byl pojištěný přijat do ošetřování, a den, kdy byl z tohoto ošetřování propuštěn, se počítají a považují se za jeden den hospitalizace.
- 8.10. Právo na plnění za hospitalizaci následkem úrazu nevzniká za léčebné pobyty:
a) v lázeňských zařízeních a sanatoriích, zotavovnách, dietetických zařízeních a zvláštních dětských zařízeních,
b) v rehabilitačních zařízeních a centrech,
c) při hospitalizaci z důvodů kosmetických úkonů provedených za účelem léčení následků úrazu, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné,
d) v zařízeních pro dlouhodobě nemocné, pro ošetřované z důvodu stáří, sešlosti, neduživosti nebo pro nedostatek domácí péče s potřebou pečovatelské a opatrovnické péče,
e) v psychiatrických léčebnách a jiných zdravotnických zařízeních v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu,
f) ve vojenských ošetřovnách a ve vězeňských nemocnicích,
g) při používání diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznány.
- 8.11. K posouzení vzniku nároku na denní plnění za hospitalizaci následkem úrazu je pojištěný povinen předložit kopii propouštěcí zprávy z hospitalizace.
- 8.12. V případě dlouhodobé hospitalizace poskytne pojistitel na požádání pojištěného a po předložení příslušných dokladů přiměřenou zálohu na plnění, nejdříve však po uplynutí 1 měsíce od data úrazu.
- 8.13. Právo na plnění za hospitalizaci následkem úrazu má pojištěný.

Bod 9

Závažná poranění následkem úrazu

- 9.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za závažná poranění následkem úrazu, pak pojistitel určuje výplatu pojistného plnění podle zásad uvedených v tomto bodě a podle výše sjednané pojistné částky.
- 9.2. Utrpí-li pojištěný závažné poranění, které je ve zvolené variantě plnění definované v bodě 9.6., a předloží pojistiteli lékařské zprávy obsahující diagnózu definovanou v bodě 9.6., vyplátí pojistitel pojištěnému sjednanou pojistnou částku.
- 9.3. Měl-li pojištěný sjednáno v době pojistné události (stanovení diagnózy závažného poranění následkem úrazu) obě varianty plnění, pak pojistitel vyplátí sjednanou pojistnou částku v součtu sjednaných variant.
- 9.4. Právo na plnění za závažná poranění následkem úrazu má pojištěný. Jestliže před výplatou plnění za závažná poranění následkem úrazu pojištěný zemře, vyplátí pojistitel jeho dědicům částku pojistného plnění.
- 9.5. Utrpí-li pojištěný zároveň více závažných poranění následkem úrazu splňujících definici uvedenou v bodě 9.6., pojistitel poskytne pojistné plnění pouze jednou za danou sjednanou variantu, bez ohledu na počet závažných poranění.
- 9.6. Definice variant plnění závažných poranění následkem úrazu:

Diagnóza skupiny – základní	
Skupina diagnóz	Zahrnuté diagnózy
Zlomeniny	Zlomenina spodiny (base) lebni
	Sdružené zlomeniny obličejového skeletu Le Fort II. nebo Le Fort III.
	Kompresivní nebo roztržité zlomeniny těl obratlů krčních, hrudních nebo bederních
	Zlomenina acetabula (jamka kyčelního skloubení) se subluxací až luxací kyčelního kloubu
	Zlomenina horního konce kosti stehenní – subtrochanterická otevřená nebo operovaná
	Zlomenina těla kosti stehenní otevřená nebo operovaná
	Zlomenina dolního konce kosti stehenní nad kondyly (rozšířený konec kosti) otevřená nebo operovaná
	Traumatická epifyseolysa distálního konce kosti stehenní (úrazem způsobené porušení kontinuity kosti)
	Zlomenina kosti stehenní – kondylu (rozšířený konec kosti) otevřená nebo operovaná
	Zlomenina kosti holenní nebo obou kostí bérce otevřená nebo operovaná
Amputace	Exartikulace (oddělení kosti) v ramenním kloubu
	Amputace (snesení) v oblasti pažní kosti
	Amputace (snesení) v oblasti jednoho nebo obou předloktí
	Amputace (snesení) ruky nebo obou rukou
	Exartikulace (oddělení kosti) v kyčelním kloubu
Poranění vnitřních orgánů	Amputace (snesení) ve stehně
	Amputace (snesení) bérce nebo obou bérců
	Amputace (snesení) nohy nebo obou nohou
Poranění nervové soustavy	Úrazové poškození srdce klinicky prokázané
	Natržení, roztržení slinivky břišní
	Pohmoždění mozku nebo rozdrčení mozkové tkáně
	Krvácení do mozku nebo do míchy úrazové
Popálení, poleptání nebo omrzliny	Krvácení nitrolební nebo do kanálu páteřního úrazové
	Pohmoždění nebo rozdrčení míchy
	Přerušení periferního nervu
Popálení, poleptání nebo omrzliny	Popálení, poleptání nebo omrzliny (s výjimkou účinků slunečního záření na kůži) druhého stupně v rozsahu větším než 50 % povrchu těla
	Popálení, poleptání nebo omrzliny (s výjimkou účinků slunečního záření na kůži) třetího stupně s nutností chirurgické léčby v rozsahu větším než 30 % povrchu těla

Diagnóza skupiny – rozšířená

Diagnóza skupiny – rozšířená	
Rozšířená varianta zahrnuje všechny diagnózy skupiny základní.	
Skupina diagnóz	Zahrnuté diagnózy
Zlomeniny	Zlomenina zubu čepovce (dens epistrophei)
	Oboustranná zlomenina kostí stydkých nebo jednostranná s rozstupem spony stydké
	Zlomenina kosti stydké a kyčelní
	Zlomenina kosti stydké s luxací křížokyčelní
	Zlomenina těla kosti pažní otevřená nebo operovaná
	Zlomenina horního konce kosti loketní – Monteggiaova luxační zlomenina léčená konzervativně nebo operací
	Zlomenina obou kostí předloktí otevřená nebo operovaná
	Zlomenina horního konce kosti stehenní – krčku léčená operací
	Zlomenina horního konce kosti stehenní – petrochanterická léčená konzervativně, otevřená nebo operovaná
	Zlomenina horního konce kosti stehenní – subtrochanterická léčená konzervativně
	Traumatická epifyseolysa hlavice kosti stehenní bez posunu, s posunem (úrazem způsobené porušení kontinuity kosti)
	Zlomenina těla kosti stehenní léčená konzervativně
	Zlomenina dolního konce kosti stehenní nad kondyly (rozšířený konec kosti) léčená konzervativně
	Zlomenina kosti stehenní – kondylu (rozšířený konec kosti) léčená konzervativně
	Zlomenina kosti holenní – mezihrbolové vyvýšeniny léčená operací
	Zlomenina kosti holenní – jednoho kondylu (rozšířený konec kosti) léčená operací nebo obou kondylů léčená konzervativně nebo operací
	Zlomenina kosti holenní nebo obou kostí bérce léčená konzervativně
	Třířtivá (víceúlomková) zlomenina distální epifysy (část dlouhé kosti, na obou koncích) kosti holenní
	Zlomenina zevního kotníku – Weber B léčená operací nebo Weber C
	Zlomenina zevního kotníku se subluxací kosti hlezenné léčená operací
Zlomenina vnitřního kotníku se subluxací kosti hlezenné léčená operací	
Zlomenina bimalleolární – obou kotníků otevřená nebo operovaná nebo se subluxací kosti hlezenné léčená operací	
Zlomenina trimalleolární – obou kotníků a hrany kosti holenní otevřená nebo operovaná	
Zlomenina kosti patní s porušením statiky (Böhlerova úhlu) nebo léčená operací	
Zlomenina kosti hlezenné otevřená nebo operovaná	
Poranění oka	Poleptání (popálení) rohovkového parenchymu (vlastní funkční tkáň orgánů)
	Postižení sítnice vzniklé jako následek přímého úderu do oka
Poranění páteře a pánve	Vymknutí atlantookcipitální (tj. mezi 1. a 2. krčním obratlem) bez poškození míchy nebo jejich kořenů
	Vymknutí krční, hrudní, bederní páteře bez poškození míchy nebo jejich kořenů
	Subluxace krční páteře (posun obratlů prokazatelný odborným vyšetřením)
Poranění nervové soustavy	Úrazové poškození meziobratlové ploténky při současném zlomenině těla přilehlého obratle
	Vymknutí křížokyčelní
Popálení, poleptání nebo omrzliny	Popálení, poleptání nebo omrzliny (s výjimkou účinků slunečního záření na kůži) druhého stupně v rozsahu 41–50 % povrchu těla
	Popálení, poleptání nebo omrzliny (s výjimkou účinků slunečního záření na kůži) třetího stupně s nutností chirurgické léčby v rozsahu 11–30 % povrchu těla

Subluxace Luxace neúplné vymknutí (vykloubení) úplné vymknutí

Bod 10

Společná ustanovení k pojistnému plnění

- 10.1. Bez ohledu na to, při jaké činnosti k úrazu došlo, pojistitel sníží pojistné plnění za trvalé následky úrazu, za trvalé následky úrazu v motorovém vozidle, za následky závažného úrazu, za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem, za hospitalizaci následkem úrazu, za závažná poranění následkem úrazu v poměru výše pojistného, které bylo placeno ke správně vyšší pojistné, jestliže pojištěný v době úrazu měl být zařazen vzhledem k vykonávanému povolání do rizikové skupiny 2, resp. 3, nebo vykonával sport patřící mezi vysoce rizikové činnosti nebo vykonával sport jako profesionální sportovec a neplatil pojistné ve správné výši.
- 10.2. Bez ohledu na to, při jaké činnosti k úrazu došlo, pojistitel nebude pojistné plnění zvyšovat, jestliže pojištěný již nevykonával povolání, pro které byl zařazen do rizikové skupiny 2, resp. 3, nebo nevykonával sport patřící mezi vysoce rizikové činnosti nebo nevykonával sport jako profesionální sportovec a platil vyšší pojistné, než měl platit. Přepřeceně pojistné se nevrací.
- 10.3. Pojistitel není povinen z pojistné smlouvy plnit, jestliže pojištěný neodpověděl pravdivě a úplně na písemné dotazy pojistitele týkající se zdravotního stavu a dříve sjednaných pojištění a tím způsobil, že pojištění bylo sjednáno za jiných podmínek, než za nichž mělo být sjednáno.
- 10.4. Pojistitel plní i za takový úraz, ke kterému dojde při raftingu v období od 1. 6. do 30. 9. běžného roku na řekách v ČR. Pojištěný, příp. oprávněná osoba jsou povinni předložit zprávu z prvotního ošetření včetně případné zprávy orgánu, který úraz šetřil (např. policie). Nebyly-li uvedené podmínky a povinnosti splněny, právo na pojistné plnění nevznikne.
- 10.5. Pojištěný je povinen na žádost pojistitele prokázat, že dodržoval léčebný režim a řídil se pokyny lékaře (např. neúčastnil se sportovních soutěží, absolvoval rehabilitaci apod.).
- 10.6. Pro rizikovou skupinu JUNIOR (J) se nepoužije bod 10.1. tohoto ustanovení, namísto něj platí ustanovení bodu 10.3. v článku 9 Úrazové pojištění pojištěného dítěte těchto DPP.
- 10.7. Ustanovení VPP PO, část IV. Výluky z pojištění, písm. C., se bod 10. použije i na pojistné události (úrazy), k nimž došlo v souvislosti s řízením vozidla i při jiných motoristických soutěžích (např. buggy, čtyřkolky) a při přípravě na ně.

Bod 11

Zánik pojištění

- 11.1. Zánikem pojištění pro případ smrti nebo dožití 1. pojištěného zaniká i úrazové pojištění.
- 11.2. Úrazové pojištění končí nejpozději den před výročním dnem pojištění v kalendářním roce, ve kterém pojištěný dosáhne věku 75 let. Výše běžného pojistného se nemění a část pojistného za úrazové pojištění bude směřována dle pojistníkem zvoleného alokačního poměru pro běžné pojistné. Předchozí věty neplatí, bylo-li úrazové pojištění sjednáno pro pojištěného se vstupním věkem 75 let a vyšším.
- 11.3. Úrazové pojištění pojištěného zařazeného v rizikové skupině JUNIOR (J) skončí nejpozději den před výročním dnem pojištění v roce dovršení 26 let věku pojištěného. Výše běžného pojistného se nemění, část pojistného za toto pojištění bude směřována dle pojistníkem zvoleného alokačního poměru pro běžné pojistné. Pojistník je v takovém případě oprávněn požádat pojistitele o změnu výše běžného pojistného.

Bod 12

Rizikové skupiny pojištěných podle vykonávaného povolání pro úrazové pojištění dospělých

- 12.1. **Riziková skupina 1** zahrnuje zejména pracovníky, kteří se zabývají duševní činností, řídící a administrativní činností ve vnitřní a vnější správě, obchodě, pracovníky ve zdravotnictví a kultuře, kteří nevyvíjejí fyzickou činnost. Dále zahrnuje pracovníky, jejichž pracovní činnost má charakter výrobní či manuální a zároveň riziko úrazu je u nich srovnatelné s nevyrobní činností.
- 12.2. **Riziková skupina 2** zahrnuje zejména ostatní pracovníky s výrobní či manuální činností, popř. pracovníky vystavené při nevyrobní činnosti zvýšenému riziku (např. profesionální sportovce bez VRČ).
- 12.3. **Riziková skupina 3** zahrnuje zejména pracovníky, kteří vykonávají pracovní činnosti s vysokým rizikem úrazu, např.: práce v hlubinných dolech; záchranné a havarijní práce báňské záchranné služby, příslušník veřejné a závodní požární ochrany, členů horské záchranné služby; práce s výbušninami; práce pyrotechniků; práce pod vodou, při níž je nezbytné používat potápěčích dýchacích přístrojů (při záchranných pracích, při údržbě přehradních hrází, v kesonech).

12.4. **Riziková skupina JUNIOR (J)** zahrnuje osoby se vstupním věkem 15 až 17 let, které plní povinnou školní docházku na základní nebo střední škole jako žák dle školského zákona či jiné obdobné právní úpravy, nebo je studentem v bakalářském nebo magisterském studijním programu na vysoké škole formou prezenčního studia dle zákona o vysokých školách či jiné obdobné právní úpravy. Pojištěný je povinen v případě pojistné události z úrazového pojištění doložit potvrzení o studiu nebo jiný doklad, který prokazuje, že k datu pojistné události byl pojištěný studentem. Pokud pojištěný tento doklad nepředloží, má se za to, že pojištěný studium ukončil, a pojistitel sníží pojistné plnění o procento uvedené v informacích před uzavřením pojištění. Pojištěný je povinen nahlásit pojistiteli skutečnost, že přestal být žákem (studentem, učněm) a jaké je jeho vykonávané povolání.

12.5. Vysoce riziková činnost (VRČ)

Do skupiny vysoce rizikových činností (VRČ) patří všechny druhy sportů, které pojištěný provozuje jako aktivní účastník organizovaných soutěží s výjimkou aerobiky, agility, akrobatického rock'n'rollu, atletiky, badmintonu, baseballu, basketbalu do úrovně krajského přeboru včetně, běhu do vrchu, běhu na lyžích, bowlingu, benchpressu, break dance, curlingu, florbalu do úrovně krajského přeboru včetně, fotbalu, fotbalu do úrovně krajského a pražského přeboru včetně, frisbee, golfu, hasičského sportu, házené do úrovně krajského přeboru včetně, historického šermu, intercossu, jachtingu, jezdecký psích spřežení, kanoistiky, krasobruslení, kriketu, kulečnicku, kulturistiky, kuželek, lacrossu, lukostřelby, maratonského běhu, mažoretka, metané, minigolfu, moderní gymnastiky, nohejbalu do úrovně krajského přeboru včetně, orientačního běhu, paint ballu, páky – přetlačování rukou, petanque, plavání, powerbocking (skákáci boty), rekreačního potápění bez dýchacích přístrojů, ricochetu, rozteskavaček (cheerleading), rybařského sportu, rychlobruslení, skycrossu, softballu, sportovního lezení po umělých stěnách, sportovní střelby, squashe, strečinku, stolního tenisu, šachů, šipek, tenisu, turistiky, veslování, volejbalu do úrovně krajského přeboru včetně, závodů dračích lodí a závodního tance. Do této skupiny sportů (VRČ) se nezahrnují činnosti vyloučené z úrazového pojištění dle VPP PO. Aktivním účastníkem organizovaných soutěží se pro účely úrazového pojištění rozumí osoba provozující sport pravidelně jako aktivní člen organizací, jejichž náplní je organizování tělovýchovné, soutěžní nebo závodní činnosti. Aktivním účastníkem organizovaných soutěží není osoba provozující sportovní činnost příležitostně, nepravidelně a rekreačně, bez registrace ve sportovním klubu.

Do skupiny vysoce rizikových činností se rovněž zařazují všechny osoby, které provozují jakýkoliv druh bojového umění bez ohledu na to, zda jsou aktivním účastníkem soutěží či nikoliv. Do této skupiny sportů (VRČ) se nezahrnují činnosti vyloučené z úrazového pojištění dle VPP PO.

12.6. Pojištěný je povinen oznámit pojistiteli vždy bez zbytečného odkladu pojistiteli změnu povolání. Rovněž je povinen bez zbytečného odkladu pojistiteli oznámit, že začal provozovat sport patřící do skupiny vysoce rizikových činností, případně že začal provozovat takový sport jako své povolání. Změna mající vliv na výši pojistného je účinná nejdříve od nejbližší splatnosti pojistného následující po doručení sdělení pojistiteli.

Bod 13

Extrémní sporty

- 13.1. Je-li sjednáno připojištění extrémních sportů, vyplatí pojistitel plnění podle sjednaných druhů plnění i za takový úraz, k němuž dojde:
 - a) při vysokohorské turistice (s výjimkou expedic do nadmořské výšky 6 000 m a výše nebo do Antarktidy, Arktidy a Grónska),
 - b) při výkonu horolezeckého sportu (s výjimkou horolezeckých expedic do nadmořské výšky 6 000 m a výše),
 - c) při potápění s nutností dýchacího přístroje maximálně do hloubky 40 m (s výjimkou jeskynního potápění),
 - d) při provozování jiných extrémních, tzv. adrenalinových sportů (s výjimkou létání s bezmotorovými letadly, větroni s pomocným motorem a ultralehkými letadly, závěsného létání; paraglidingu, seskoků a letů s padákem z letadel i z výšin).
- 13.2. Podmínkou výplaty pojistného plnění za činnosti uvedené v bodě 13.1. písm. a) a b) je, že pojištěný použil vybavení (výstroj a výzbroj) odpovídající náročnosti zdomáckovaného terénu. Podmínkou výplaty pojistného plnění za činnosti uvedené v bodě 13.1. písm. b), c) a d) je, že pojištěný provozoval tento sport nebo činnost s příslušným oprávněním k provozování takové činnosti (např. licence) nebo u provozovatele s příslušným oprávněním k provozování takové činnosti, tj. např. jako účastník soutěže organizované takovým provozovatelem.

13.3. Pojištěný, příp. oprávněná osoba jsou povinni předložit k oznámení pojistné události zprávu z prvotního ošetření včetně případné zprávy orgánu, který úraz šetřil (např. horská služba, policie). Dále jsou pojištěný, příp. oprávněná osoba povinni předložit potvrzení, že pojištěný vlastnil příslušné oprávnění k provozování činnosti (např. licenci) nebo se jednalo o provozovatele s příslušným oprávněním k provozování činnosti. Nebyly-li uvedené podmínky a povinnosti splněny, právo na pojistné plnění nevznikne.

Bod 14

Profesionální sportovci

- 14.1. Profesionálním sportovcem se rozumí ten sportovec, jehož převážná část z jeho celkových příjmů v kalendářním roce plyne z provozování sportovní činnosti a zároveň provozování sportovní činnosti je časově významnou (převažující) aktivitou. Provozováním sportovní činnosti se rozumí činnost vykonávaná pojištěným v pracovněprávním vztahu (závislá práce) nebo jako samostatná výdělečná činnost či jiná obdobná činnost za účelem obživy, resp. získání finančních prostředků, a to formou závodů, soutěží, včetně přípravy na ně.
- 14.2. Pokud profesionální sportovec jednoznačně vykonával sportovní činnost v době léčení úrazu zápasu nebo soutěže, příp. tréninku, nevzniká nárok na výplatu pojistného plnění. Pojistné plnění bude v těchto případech vyplaceno pouze na základě lékařem potvrzené skutečné doby léčení, maximálně však do dne předcházejícího dni, ve kterém pojištěný vstal do léčebného režimu stanoveného lékařem (vykonával sportovní činnost). Pojištěný je povinen na žádost pojistitele prokázat, že dodržoval léčebný režim, resp. neúčastnil se zápasů, soutěží nebo tréninků. Pokud toto pojištěný neprokáže, pojistitel nemůže ukončit šetření podle ustanovení zákoonu. Pokud došlo k výplatě pojistného plnění a pojistitel následně zjistí, že pojištěný v rámci doby léčení vykonával sportovní činnost, je pojištěný povinen vrátit pojistiteli vyplacené pojistné plnění nebo jeho část, a to s přihlédnutím ke všem okolnostem konkrétní pojistné události.

ČLÁNEK 9

ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ POJIŠTĚNÉHO DÍTĚTE

Bod 1

Rozsah nároků

Dojde-li v době trvání pojištění k úrazu pojištěného dítěte, pojistitel vyplatí za podmínek sjednaných v pojistné smlouvě plnění za smrt následkem úrazu, za trvalé následky úrazu v motorovém vozidle, za trvalé následky úrazu v motorovém vozidle, za následky závažného úrazu, za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem, za hospitalizaci následkem úrazu, za závažná poranění následkem úrazu. Pojistitel neposkytne pojistné plnění za úraz pojištěného dítěte, k němuž dojde ve lhůtě 7 dní od data sjednání pojištění, tato věta se nepoužije v případě plnění za smrt následkem úrazu a za smrt následkem úrazu v motorovém vozidle.

Bod 2

Plnění za smrt následkem úrazu

- 2.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za smrt následkem úrazu, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě a podle výše sjednané pojistné částky.
- 2.2. Byla-li v době trvání pojištění úrazem způsobena pojištěnému dítěti smrt, která nastala nejpozději do tří let ode dne úrazu, vyplatí pojistitel pojistnou částku za smrt následkem úrazu.
- 2.3. Dojde-li ke smrti pojištěného dítěte následkem úrazu, právo na plnění mají osoby určené podle ustanovení § 2831 zákoníku ve vztahu osoby k pojištěnému dítěti.

Bod 3

Plnění za smrt následkem úrazu v motorovém vozidle

- 3.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za smrt následkem úrazu v motorovém vozidle, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě a podle výše sjednané pojistné částky.
- 3.2. Byla-li v době trvání pojištění při provozu motorového vozidla (určeného pro přepravu osob) s maximálním počtem 9 sedadel způsobena pojištěnému dítěti smrt následkem úrazu, která nastala nejpozději do tří let ode dne úrazu, vyplatí pojistitel sjednanou pojistnou částku za smrt následkem úrazu v motorovém vozidle.
- 3.3. Dojde-li ke smrti pojištěného dítěte následkem úrazu, právo na plnění mají osoby určené podle ustanovení § 2831 zákoníku ve vztahu k pojištěnému dítěti.
- 3.4. Pojistnou událostí ve smyslu VPP PO je smrt následkem úrazu pojištěného, která nastala během trvání pojištění při dále uvedené činnosti. Odchylně od VPP PO se pojiš-

tění vztahuje na pojistné události, které utrpí pojištěné dítě při provozu motorového vozidla.

3.5. Pojištění se vztahuje na úrazy, které způsobily smrt pojištěného dítěte při dále uvedené činnosti:

- úrazy vzniklé při uvádění motoru do chodu bezprostředně před zahájením jízdy,
- úrazy vzniklé při nastupování nebo vystupování z motorového vozidla,
- úrazy dopravovaných osob (dopřevanovanou osobou se rozumí i řidič), k nimž dojde za jízdy motorového vozidla nebo při jeho havárii,
- úrazy vzniklé při krátkodobých zastávkách motorového vozidla, pokud k úrazu dopravované osoby dojde v motorovém vozidle nebo jeho blízkosti na silniční komunikaci,

3.6. Pojištění se nevztahuje na:

- úrazy osob dopravovaných na místech motorového vozidla, která nejsou určena k dopravě osob (blatníky, kapota apod.),
- úrazy při účasti motorového vozidla na rychlostních závodech a na závodech s rychlostní vložkou (včetně tréninku),
- úrazy při provádění typových zkoušek rychlosti, brzd, zvratu a stability motorového vozidla, dojezdu s největší rychlostí, zajištění apod.,
- úrazy při nakládání a vykládání nákladu,
- úrazy osob dopravovaných ve vozidlech autoškoly, taxislužby, rychlé záchranné služby, motokaravanů, autobusů, traktorů, motocyklů a invalidních vozíků,

f) úrazy osob dopravovaných ve vozidlech, která neslouží k dopravě osob, např. silniční válce, buldozery,

g) úrazy osob dopravovaných v nákladních automobilech v prostoru pro náklad, i když tento byl pro dopravu osob upraven.

Bod 4 Plnění za trvalé následky úrazu

- Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za trvalé následky úrazu, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě, tabulek pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojištění platných k datu pojistné události (dále „oceňovací tabulky B“) a podle výše sjednané pojistné částky. Oceňovací tabulky jsou pojistníkovi předány při uzavření pojistné smlouvy.
- Zanechal-li úraz pojištěnému dítěti trvalé následky, vyplácí pojistitel z pojistné částky tolik procent, kolika procentům odpovídá pro jednotlivá tělesná poškození podle oceňovací tabulky B 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 lhůty. Stanoví-li oceňovací tabulka B procentní rozpětí, určí pojistitel výši pojistného plnění tak, aby v rámci daného rozpětí odpovídalo pojistné plnění povaze a rozsahu tělesného poškození způsobeného úrazem.
- Nemůže-li pojistitel plnit podle předchozího odstavce proto, že trvalé následky úrazu nejsou po uplynutí šesti měsíců ode dne úrazu ještě ustáleny, avšak je již známo, jaký bude jejich minimální rozsah, poskytne na požádání zákonného zástupce pojištěného dítěte, resp. pojištěného dítěte, přiměřenou zálohu.
- Týkají-li se trvalé následky úrazu části těla nebo orgánu, které byly poškozeny již před úrazem, sníží pojisti-

tel pojistné plnění za trvalé následky o tolik procent, kolika procentům odpovídalo předcházející poškození, posouzené též podle oceňovací tabulky B.

- Způsobil-li jediný úraz pojištěnému dítěti několik trvalých následků, hodnotí pojistitel celkové trvalé následky součtem procent pro jednotlivé následky, nejvýše však 100 %.
- Týkají-li se jednotlivé 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 B pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného údu, orgánu nebo jejich částí.
- Právo na plnění za trvalé následky úrazu má pojištěné dítě.
- Jestliže před výplatou plnění za trvalé následky úrazu pojištěné dítě zemře, vyplácí pojistitel dědicům pojištěného dítěte částku, která odpovídá rozsahu trvalých následků úrazu pojištěného dítěte k datu jeho smrti. Pokud ke smrti pojištěného dítěte došlo po 3 letech od data úrazu, stanoví pojistitel rozsah trvalých následků k datu 3 let od úrazu.
- Je-li v pojistné smlouvě sjednáno příslušné procento hodnocení trvalých následků úrazu, od kterého je pojistné plnění poskytováno, pojistitel vyplácí pojistné plnění pouze tehdy, pokud celkové hodnocení trvalých následků (po případném snížení podle bodu 4.4.) dosáhne alespoň výše tohoto sjednaného procenta. Výše sjednaného procenta se vztahuje na každou pojistnou událost samostatně.
- Je-li sjednáno progresivní plnění za trvalé následky úrazu, pojistitel vyplácí plnění za trvalé následky úrazu v závislosti na jejich rozsahu (po případném snížení podle bodu 4.4.) stanoveném v procentech podle oceňovací tabulky B takto:

Procento poškození	Pojistné plnění (procento z pojistné částky)	Procento poškození	Pojistné plnění (procento z pojistné částky)	Procento poškození	Pojistné plnění (procento z pojistné částky)	Procento poškození	Pojistné plnění (procento z pojistné částky)	Procento poškození	Pojistné plnění (procento z pojistné částky)
1 %	1 %	21 %	21 %	41 %	73 %	61 %	199 %	81 %	385 %
2 %	2 %	22 %	22 %	42 %	76 %	62 %	208 %	82 %	395 %
3 %	3 %	23 %	23 %	43 %	79 %	63 %	217 %	83 %	405 %
4 %	4 %	24 %	24 %	44 %	82 %	64 %	226 %	84 %	415 %
5 %	5 %	25 %	25 %	45 %	85 %	65 %	235 %	85 %	425 %
6 %	6 %	26 %	28 %	46 %	88 %	66 %	244 %	86 %	435 %
7 %	7 %	27 %	31 %	47 %	91 %	67 %	253 %	87 %	445 %
8 %	8 %	28 %	34 %	48 %	94 %	68 %	262 %	88 %	455 %
9 %	9 %	29 %	37 %	49 %	97 %	69 %	271 %	89 %	465 %
10 %	10 %	30 %	40 %	50 %	100 %	70 %	280 %	90 %	475 %
11 %	11 %	31 %	43 %	51 %	109 %	71 %	289 %	91 %	487,5 %
12 %	12 %	32 %	46 %	52 %	118 %	72 %	298 %	92 %	500 %
13 %	13 %	33 %	49 %	53 %	127 %	73 %	307 %	93 %	512,5 %
14 %	14 %	34 %	52 %	54 %	136 %	74 %	316 %	94 %	525 %
15 %	15 %	35 %	55 %	55 %	145 %	75 %	325 %	95 %	537,5 %
16 %	16 %	36 %	58 %	56 %	154 %	76 %	335 %	96 %	550 %
17 %	17 %	37 %	61 %	57 %	163 %	77 %	345 %	97 %	562,5 %
18 %	18 %	38 %	64 %	58 %	172 %	78 %	355 %	98 %	575 %
19 %	19 %	39 %	67 %	59 %	181 %	79 %	365 %	99 %	587,5 %
20 %	20 %	40 %	70 %	60 %	190 %	80 %	375 %	100 %	600 %

Bod 5 Plnění za trvalé následky úrazu v motorovém vozidle

- Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za trvalé následky úrazu v motorovém vozidle, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě, tabulek pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojištění platných k datu pojistné události (dále „oceňovací tabulky B“) a podle výše sjednané pojistné částky. Oceňovací tabulky jsou pojistníkovi předány při uzavření pojistné smlouvy.
- Pro plnění za trvalé následky úrazu v motorovém vozidle se použijí ustanovení bodu 4. tohoto článku, konkrétně bod 4.2. až 4.10., s tím, že úrazem se rozumí úraz pojištěného dítěte v motorovém vozidle definovaným v bodě 3. tohoto článku, konkrétně bod 3.2., 3.4., 3.5. a 3.6., kdy pojistnou událostí jsou trvalé následky pojištěného dítěte, nikoliv smrt pojištěného dítěte.
- Právo na plnění za trvalé následky úrazu v motorovém vozidle má pojištěné dítě.

Bod 6 Plnění za následky závažného úrazu

- Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za následky závažného úrazu, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě, tabulek pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojištění platných k datu pojistné události (dále „oceňovací tabulky B“) a podle výše sjednané pojistné částky. Oceňovací tabulky jsou pojistníkovi předány při uzavření pojistné smlouvy.
- Zanechal-li úraz pojištěnému dítěti trvalé následky podle oceňovací tabulky B ve výši nejméně 50 % (po případném snížení podle bodu 6.3.), a to v součtu jednotlivých trvalých následků, pojistitel vyplácí sjednanou pojistnou částku. Pro posouzení uvedeného rozsahu trvalých následků je rozhodný stav trvalých následků, které úraz zanechal jeden rok od data úrazu. Pojistná částka bude vyplacena pojištěnému dítěti z této pojistné smlouvy pouze jednou, a to za první úraz pojištěného dítěte, který splní podmínky tohoto plnění. Výplatou pojistného plnění pojištění závažného následku úrazu tohoto pojištěného dítěte zaniká.
- Týkají-li se trvalé následky úrazu části těla nebo orgánu, které byly poškozeny již před úrazem, sníží pojisti-

tel pojistné plnění za trvalé následky o tolik procent, kolika procentům odpovídalo předcházející poškození, posouzené též podle oceňovací tabulky B.

- Týkají-li se jednotlivé 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 B pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného údu, orgánu nebo jejich částí.
- Právo na pojistné plnění za následky závažného úrazu může uplatnit zákonný zástupce pojištěného dítěte, resp. pojištěné dítě, nejdříve za jeden rok od data úrazu na příslušném formuláři pojistitele nebo dohodnutým způsobem.
- Jestliže před výplatou plnění za následky závažného úrazu, nejdříve však po 1 roce od data úrazu, pojištěné dítě zemře, vyplácí pojistitel dědicům pojištěného dítěte částku plnění za následky závažného úrazu, pokud rozsah trvalých následků stanovený k datu jednoho roku od data úrazu splňoval definici uvedenou v bodě 6.2.
- Právo na plnění za následky závažného úrazu má pojištěné dítě.

Bod 7

Plnění za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem (denní plnění)

7.1. Plnění za dobu nezbytného léčení (DNL-8)

- 7.1.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě, tabulek pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojištění platných k datu pojistné události (dále „oceňovací tabulky A“), tabulky přepočtového koeficientu a podle výše částky sjednaného denního plnění. Oceňovací tabulky jsou pojistníkovi předány při uzavření pojistné smlouvy.
- 7.1.2. Dojde-li k úrazu pojištěného dítěte a skutečná doba léčení tělesného poškození způsobeného úrazem je delší než jeden týden, vyplátí pojistitel plnění za každý den doby nezbytného léčení, a to do maximálního počtu dní, který odpovídá příslušnému tělesnému poškození stanovenému oceňovací tabulkou A.
- 7.1.3. Plnění vyplátí pojistitel načítaně v závislosti na délce doby nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem násobené příslušným přepočtovým koeficientem takto:

Délka nezbytného léčení	Přepočtový koeficient
od 1. dne do 120. dne (včetně)	1
od 121. dne do 240. dne (včetně)	2
od 241. dne do 365. dne (včetně)	3

- 7.1.4. Do doby nezbytného léčení se nezapočítává doba, ve které se pojištěné dítě podrobovalo občasným zdravotním kontrolám, nebo rehabilitace, která byla zaměřena na zmírnění bolesti bez následné úpravy zdravotního stavu.
- 7.1.5. Bylo-li pojištěnému dítěti způsobeno jediným úrazem několik tělesných poškození, vyplátí pojistitel plnění jen za dobu nezbytného léčení toho poškození, které je hodnoceno v oceňovací tabulce A nejvyšším počtem dní.
- 7.1.6. Pojistitel poskytuje plnění za dobu nezbytného léčení úrazu nejvýše za dobu jednoho roku. Předchází věta platí pro diagnózy, u kterých je v oceňovacích tabulkách stanoven maximální počet dní do 365.
- 7.1.7. Právo na plnění za dobu nezbytného léčení úrazu má pojištěné dítě.

7.2. Plnění za dobu nezbytného léčení úrazu (DNL-MAX)

- 7.2.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě, tabulek pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojištění platných k datu pojistné události (dále „oceňovací tabulky A“), tabulky přepočtového koeficientu a podle výše částky sjednaného denního plnění. Oceňovací tabulky jsou pojistníkovi předány při uzavření pojistné smlouvy.
- 7.2.2. Dojde-li k úrazu pojištěného dítěte a skutečná doba léčení tělesného poškození způsobeného úrazem je delší než jeden týden, vyplátí pojistitel plnění za maximální počet dní, který odpovídá příslušnému tělesnému poškození stanovenému oceňovací tabulkou A, bez ohledu na skutečnou dobu léčení.
- 7.2.3. Plnění vyplátí pojistitel načítaně za maximální počet dní uvedený u položky oceňovací tabulky A násobené příslušným přepočtovým koeficientem takto:

Délka nezbytného léčení	Přepočtový koeficient
od 1. dne do 120. dne (včetně)	1
od 121. dne do 240. dne (včetně)	2
od 241. dne do 365. dne (včetně)	3

- 7.2.4. Bylo-li pojištěnému dítěti způsobeno jediným úrazem několik tělesných poškození, vyplátí pojistitel plnění jen za dobu nezbytného léčení toho poškození, které je hodnoceno nejvyšším počtem dní v oceňovací tabulce A.
- 7.2.5. Pojistitel poskytuje plnění za dobu nezbytného léčení úrazu nejvýše za dobu jednoho roku. Předchází věta platí pro diagnózy, u kterých je v oceňovacích tabulkách stanoven maximální počet dní do 365.
- 7.2.6. Právo na plnění za dobu nezbytného léčení úrazu má pojištěné dítě.

7.3. Plnění za dobu nezbytného léčení úrazu (DNL-30)

- 7.3.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě, tabulek pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojištění platných k datu pojistné události (dále „oceňovací tabulky A1“) a podle výše částky sjednaného denního plnění. Oceňovací tabulky jsou pojistníkovi předány při uzavření pojistné smlouvy.
- 7.3.2. Dojde-li k úrazu pojištěného dítěte a skutečná doba léčení tělesného poškození způsobeného úrazem je delší než 29 dní, vyplátí pojistitel plnění za každý den doby nezbytného léčení, a to do maximálního počtu dní, který odpovídá příslušnému tělesnému poškození stanovenému oceňovací tabulkou A1.

- 7.3.3. Plnění vyplátí pojistitel načítaně v závislosti na délce doby nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem násobené příslušným přepočtovým koeficientem takto:

Délka nezbytného léčení	Přepočtový koeficient
od 1. dne do 120. dne (včetně)	1
od 121. dne do 240. dne (včetně)	2
od 241. dne do 365. dne (včetně)	3

- 7.3.4. Do doby nezbytného léčení úrazu se nezapočítává doba, ve které se pojištěné dítě podrobovalo občasným zdravotním kontrolám, nebo rehabilitace, která byla zaměřena na zmírnění bolesti bez následné úpravy zdravotního stavu.
- 7.3.5. Bylo-li pojištěnému dítěti způsobeno jediným úrazem několik tělesných poškození, vyplátí pojistitel plnění jen za dobu nezbytného léčení toho poškození, které je hodnoceno v oceňovací tabulce A1 nejvyšším počtem dní.
- 7.3.6. Pojistitel poskytuje plnění za dobu nezbytného léčení úrazu nejvýše za dobu jednoho roku. Předchází věta platí pro diagnózy, u kterých je v oceňovacích tabulkách stanoven maximální počet dní do 365.
- 7.3.7. Právo na plnění za dobu nezbytného léčení úrazu má pojištěné dítě.

Bod 8

Plnění za hospitalizaci následkem úrazu ve dnech (denní plnění)

- 8.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za hospitalizaci následkem úrazu, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě a podle výše částky sjednaného denního plnění.
- 8.2. Dojde-li k úrazu pojištěného dítěte, jehož následkem bylo z lékařského hlediska nezbytné poskytnutí lůžkové péče (dále jen „hospitalizace“), vyplátí pojistitel pojištění plnění v závislosti na délce hospitalizace.
- 8.3. Plnění za hospitalizaci následkem úrazu se poskytuje za hospitalizaci v nemocnici výhradně na území ČR.
- 8.4. Plnění za hospitalizaci následkem úrazu poskytuje pojistitel maximálně za dobu 365 dnů v průběhu dvou let od data pojistné události (úrazu).
- 8.5. Plnění se poskytuje za každý kalendářní den hospitalizace následkem úrazu, která je z lékařského hlediska nezbytná. Hospitalizace z lékařského hlediska nezbytná je taková, kdy vzhledem k závažnosti a charakteru úrazu musí být ošetření a léčení provedeno v nemocnici na lůžkové části. Za lékařsky nezbytnou hospitalizaci se nepovažuje lůžková péče v případě, je-li odůvodněna pouze nedostatkem domácí péče či jinými osobními poměry pojištěného dítěte.
- 8.6. Dojde-li v době hospitalizace v důsledku úrazu k dalšímu úrazu s nutností hospitalizace, pak v případě souběhu hospitalizace v důsledku více úrazů se započítává každý den souběhu pouze jednou.
- 8.7. Pojistitel poskytne plnění za hospitalizaci následkem úrazu na lůžkové části nemocnice, která je pod stálým lékařským dozorem, disponuje dostatečným diagnostickým, chirurgickým a terapeutickým zařízením, pracuje v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a její provozování je v souladu s příslušnými platnými právními předpisy.
- 8.8. Pobyty (hospitalizace) k ošetření zubů a zákroky v oblasti zubní a čelistní chirurgie v důsledku úrazu se považují za lékařsky nezbytné pouze tehdy, jestliže z lékařských důvodů není možná ambulantní péče.
- 8.9. Právo na plnění nevzniká za hospitalizaci v důsledku úrazu za dny, kdy se pojištěné dítě ve zdravotnickém zařízení nezdržovalo (přerušení hospitalizace), nebo jestliže ošetřování trvalo méně než 24 hodin. Den, kdy bylo pojištěné dítě přijato do nemocničního ošetřování, a den, kdy bylo z tohoto ošetřování propuštěno, se počítají a považují se za jeden den hospitalizace.
- 8.10. Právo na plnění za hospitalizaci následkem úrazu nevzniká za léčebné pobyty:
- a) v lázeňských zařízeních, sanatoriích, zotavovných, dietetických zařízeních a zvláštních dětských zařízeních,
 - b) v rehabilitačních zařízeních a centrech,
 - c) při hospitalizaci z důvodů kosmetických úkonů provedených za účelem léčení následků úrazu, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné,
 - d) v zařízeních pro dlouhodobě nemocné, pro ošetřované z důvodu nezdravosti nebo pro nedostatek domácí péče s potřebou pečovatelské a opatrovnické péče,
 - e) v psychiatrických léčebnách a jiných zdravotnických zařízeních v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu,

- f) ve vojenských ošetrovnách a ve vězeňských nemocnicích,

- g) při používání diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznány.

- 8.11. K posouzení vzniku nároku na denní plnění za hospitalizaci následkem úrazu je zákonný zástupce pojištěného dítěte, resp. pojištěné dítě, povinen předložit kopii propouštěcí zprávy z hospitalizace.

- 8.12. V případě dlouhodobé hospitalizace poskytne pojistitel na požádání zákonného zástupce pojištěného dítěte, resp. pojištěného dítěte, a po předložení příslušných dokladů přiměřenou zálohu na plnění, nejdříve však po uplynutí 1 měsíce od data úrazu.

- 8.13. Právo na plnění za hospitalizaci následkem úrazu má pojištěné dítě.

Bod 9

Závažná poranění následkem úrazu

- 9.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za závažná poranění následkem úrazu, pak pojistitel určuje výplatu pojistného plnění podle zásad uvedených v tomto bodě a podle výše sjednané pojistné částky.
- 9.2. Utrpí-li pojištěné dítě závažné poranění, které je ve zvolené variantě plnění definované v bodě 9.6., a předloží pojistiteli lékařské zprávy obsahující diagnózu definovanou v bodě 9.6., vyplátí pojistitel pojištěnému dítěti sjednanou pojistnou částku.
- 9.3. Mělo-li pojištěné dítě sjednáno v době pojistné události (stanovení diagnózy závažného poranění následkem úrazu) obě varianty plnění, pak pojistitel vyplátí sjednané pojistné částky v součtu sjednaných variant.
- 9.4. Právo na plnění za závažná poranění následkem úrazu má pojištěné dítě. Jestliže před výplatou plnění za závažná poranění následkem úrazu pojištěné dítě zemře, vyplátí pojistitel dědicům pojištěného dítěte částku pojistného plnění.
- 9.5. Utrpí-li pojištěné dítě zároveň více závažných poranění následkem úrazu splňujících definici uvedenou v bodě 9.6., pojistitel poskytne pojistné plnění pouze jednou za danou sjednanou variantu, bez ohledu na počet závažných poranění.
- 9.6. Definice variant plnění závažných poranění následkem úrazu:

Diagnóza skupiny – základní

Skupina diagnóz	Zahrnuté diagnózy
Zlomeniny	Zlomenina spodiny (base) lebni
	Sdružené zlomeniny obličejového skeletu Le Fort II. nebo Le Fort III.
	Kompresivní nebo roztržité zlomeniny těl obratlů krčních, hrudních nebo bederních
	Zlomenina acetabula (jamka kyčelního sklobení) se subluxací až luxací kyčelního kloubu
	Zlomenina horního konce kosti stehenní – subtrochanterická otevřená nebo operovaná
	Zlomenina těla kosti stehenní nebo operovaná
	Zlomenina dolního konce kosti stehenní nad kondyly (rozšířený konec kosti) otevřená nebo operovaná
	Traumatická epifyseolyasa distálního konce kosti stehenní (úrazem způsobené porušení kontinuity kosti)
	Zlomenina kosti stehenní – kondyly (rozšířený konec kosti) otevřená nebo operovaná
	Zlomenina kosti holenní nebo obou kostí bérce otevřená nebo operovaná
Amputace	Zlomenina kosti člunkové dolní končetiny otevřená nebo operovaná
	Exartikulace (oddělení kosti) v ramenním kloubu
	Amputace (snesení) v oblasti pažní kosti
	Amputace (snesení) v oblasti jednoho nebo obou předloktí
	Amputace (snesení) ruky nebo obou rukou
Poranění vnitřních orgánů	Exartikulace (oddělení kosti) v kyčelním kloubu
	Amputace (snesení) ve stehně
	Amputace (snesení) bérce nebo obou bérců
	Amputace (snesení) nohy nebo obou nohou
Poranění vnitřních orgánů	Úrazové poškození srdce klinicky prokázané
	Natržení, roztržení slinivky břišní

Diagnóza skupiny – základní	
Skupina diagnóz	Zahrnuté diagnózy
Poranění nervové soustavy	Pohmoždění mozku nebo rozdrčení mozkové tkáně
	Krvácení do mozku nebo do míchy úrazové
	Krvácení nitrolební nebo do kanálu páteřního úrazové
	Pohmoždění nebo rozdrčení míchy
	Přerušeni periferního nervu
Popálení, poleptání nebo omrzliny	Popálení, poleptání nebo omrzliny (s výjimkou účinků slunečního záření na kůži) druhého stupně v rozsahu větším než 50 % povrchu těla
	Popálení, poleptání nebo omrzliny (s výjimkou účinků slunečního záření na kůži) třetího stupně s nutností chirurgické léčby v rozsahu větším než 30 % povrchu těla

Poranění páteře a páne	Vymknutí atlantookcipitální (tj. mezi 1. a 2. krčním obratlem) bez poškození míchy nebo jejich kořenů
	Vymknutí krční, hrudní, bederní páteře bez poškození míchy nebo jejich kořenů
	Subluxace krční páteře (posun obratlů prokázaný odborným vyšetřením)
	Úrazové poškození meziobratlové ploténky při současném zlomenině téla přilehlého obratle
Poranění nervové soustavy	Vymknutí křížkokyčelní
	Poranění periferního nervu s přerušením vodičových vláken
Popálení, poleptání nebo omrzliny	Popálení, poleptání nebo omrzliny (s výjimkou účinků slunečního záření na kůži) druhého stupně v rozsahu 41–50 % povrchu těla
	Popálení, poleptání nebo omrzliny (s výjimkou účinků slunečního záření na kůži) třetího stupně s nutností chirurgické léčby v rozsahu 11–30 % povrchu těla

Subluxace neúplné vymknutí (vykloubení)

Luxace úplné vymknutí

Diagnóza skupiny – rozšířená

Rozšířená varianta zahrnuje všechny diagnózy skupiny základní.

Skupina diagnóz	Zahrnuté diagnózy	
Zlomeniny	Zlomenina zubu čepovce (dens epistrophei)	
	Oboustranná zlomenina kostí stydkých nebo jednostranná s rozestupem spony stydké	
	Zlomenina kosti stydké a kyčelní	
	Zlomenina kosti stydké s luxací křížkokyčelní	
	Zlomenina těla kosti pažní otevřená nebo operovaná	
	Zlomenina horního konce kosti loketní – Monteggiaova luxační zlomenina léčená konzervativně nebo operací	
	Zlomenina obou kostí předloktí otevřená nebo operovaná	
	Zlomenina horního konce kosti stehenní – krčku léčená operací	
	Zlomenina horního konce kosti stehenní – pertrochanterická léčená konzervativně, otevřená nebo operovaná	
	Zlomenina horního konce kosti stehenní – subtrochanterická léčená konzervativně	
	Traumatická epifyseolýsa hlavice kosti stehenní bez posunu, s posunem (úrazem způsobené porušení kontinuity kosti)	
	Zlomenina těla kosti stehenní léčená konzervativně	
	Zlomenina dolního konce kosti stehenní nad kondyly (rozšířený konec kosti) léčená konzervativně	
	Zlomenina kosti stehenní – kondyly (rozšířený konec kosti) léčená konzervativně	
	Zlomenina kosti holenní – mezihrbolové vyvýšeniny léčená operací	
	Zlomenina kosti holenní – jednoho kondyly (rozšířený konec kosti) léčená operací nebo obou kondylů léčená konzervativně nebo operací	
	Zlomenina kosti holenní nebo obou kostí bérce léčená konzervativně	
	Tříštivá (víceúlohmková) zlomenina distální epifysy (část dlouhé kosti, na obou koncích) kosti holenní	
	Zlomenina zevního kotníku – Weber B léčená operací nebo Weber C	
	Zlomenina zevního kotníku se subluxací kosti hlezenné léčená operací	
	Zlomenina vnitřního kotníku se subluxací kosti hlezenné léčená operací	
	Zlomenina bimalleolární – obou kotníků otevřená nebo operovaná nebo se subluxací kosti hlezenné léčená operací	
	Zlomenina trimalleolární – obou kotníků a hrany kosti holenní otevřená nebo operovaná	
	Zlomenina kosti patní s porušením statiky (Böhlerova úhlu) nebo léčená operací	
	Zlomenina kosti hlezenné otevřená nebo operovaná	
	Poranění oka	Poleptání (popálení) rohovkového parenchymu (vlastní funkční tkáň orgánů)
		Postižení sítnice vzniklé jako následek přímého úderu do oka

Bod 10

Společná ustanovení

- 10.1.** Úrazové pojištění dítěte končí nejpozději den před výročním dnem pojištění v roce dovršení 26 let věku dítěte, výše běžného pojistného se nemění a část pojistného za úrazové pojištění dítěte bude směřována dle pojistníkem zvoleného alokačního poměru pro běžné pojištění.
- 10.2.** Jestliže pojistník neodpověděl pravdivě a úplně na písemné dotazy pojistitele týkající se zdravotního stavu pojištěného dítěte, a tím způsobil, že pojistitel vyplatil plnění, které by při pravdivé odpovědi vyplaceno nebylo, je povinen uhradit pojistiteli částku ve výši tohoto plnění.
- 10.3.** V případě, že dojde k úrazu pojištěného dítěte ve věku od 15 let do 26 let, je toto dítě, příp. jeho zákonný zástupce, povinnou prokázat, že plní povinnou školní docházku v základní nebo střední škole jako žák dle školského zákona či jiné obdobné právní úpravy nebo je studentem v bakalářském nebo magisterském studijním programu na vysoké škole formou prezenčního studia dle zákona o vysokých školách či jiné obdobné právní úpravy. Skutečnost podle předchozí věty se dokládá potvrzením o studiu nebo jiným dokladem, který prokazuje, že pojištěné dítě bylo k datu pojistné události žákem (učněm, studentem). Pokud pojištěné dítě tento doklad nepředloží, má se za to, že studium ukončilo a pojistitel sníží pojistné plnění o procento uvedené v informacích před uzavřením pojistné smlouvy. Pojištěné dítě je povinnou nahlásit pojistiteli skutečnost, že přestalo být žákem (studentem, učněm). V takovém případě zanikne úrazové pojištění dítěte k datu oznámení této skutečnosti pojistiteli.
- 10.4.** Pojistitel neplní za trvalé následky úrazu, za trvalé následky úrazu v motorovém vozidle, za následky závažného úrazu, za dobu nezbytného léčení úrazu, za hospitalizaci následkem úrazu, za závažná poranění následkem úrazu, pokud pojištěné dítě utrpí úraz v době následující po výročním dni počátku pojištění po dovršení 15 let věku při tréninku nebo výkonu sportu zařazeného do skupiny vysoce rizikových činností (VRC). Do skupiny vysoce rizikových činností patří všechny druhy sportů, které pojištěné dítě provozuje jako aktivní účastník organizovaných soutěží s výjimkou aerobiku, agility, akrobatického rock'n'rollu, atletiky, badmintonu, baseballu, basketbalu do úrovně krajského přeboru včetně, běhu do vrchu, běhu na lyžích, bowlingu, benchpressu, break dance, curlingu, florbalu do úrovně krajského přeboru včetně, footbagu, fotbalu do úrovně krajského a pražského přeboru včetně, frisbee, golfu, hasičského sportu, házené do úrovně krajského přeboru včetně, historického šermu, intercrosu, jachtingu, jezdectví psích spřežení, kanoistiky, krasobruslení, kriketu, kulečnicku, kulturistiky, kuželek, lacrossu, lukostřelby, maratonského běhu, mažorettek, metané, minigolfu, moderní gymnastiky, nohejbalu do úrovně krajského přeboru včetně, orientačního běhu, paint ballu, páky – přetlačování rukou, petanque, plavání, powerbocingu (skákací boty), rekreačního potápění bez dýchacích přístrojů, ricochetu, roztleskávaček (cheerleading), rybářského sportu, rychlobruslení, skycrossu, softballu, sportovního lezení po umělých stěnách, sportovní střelby, squashe, strečinku, stolního tenisu, šachů, šipek, tenisu, turistiky, veslování, volejbalu do úrovně krajského přeboru včetně, závodů dračích lodí a závodního tance. Do této skupiny sportů (VRC) se nezahrnují činnosti vyloučené z úrazového pojištění dle VPP PO. Aktivním účastníkem organizovaných soutěží se pro účely úrazového pojištění rozumí osoba provozující sport pravidelně jako aktivní člen organizací, jejichž náplní je organizování tělovýchov-

ně, soutěžní nebo závodní činnosti. Aktivním účastníkem organizovaných soutěží není osoba provozující sportovní činnost příležitostně, nepravidelně a rekreačně, bez registrace ve sportovním klubu. Do skupiny vysoce rizikových činností se rovněž zařazují všechny osoby, které provozují jakýkoli druh bojového umění bez ohledu na to, zda jsou aktivním účastníkem soutěží či nikoliv. Do této skupiny sportů (VRC) se nezahrnují činnosti vyloučené z úrazového pojištění dle VPP PO.

- 10.5.** Ustanovení VPP PO, část IV. Výluky z pojištění, písm. C., se bod 10. použije i na pojistné události (úrazy), k nimž došlo v souvislosti s řízením vozidla i při jiných motoristických soutěžích (např. buggy, čtyřkolky) a při přípravě na ně.
- 10.6.** Pojištěné dítě je povinnou na žádost pojistitele prokázat, že dodržovalo léčebný režim a řídilo se pokyny lékaře (např. neúčastnilo se sportovních soutěží, absolvovalo rehabilitaci apod.).

Bod 11

Zánik pojištění

Zánikem pojištění pro případ smrti nebo dožití 1. pojištěného zaniká i úrazové pojištění dítěte.

POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD NEMOCI

ČLÁNEK 10

POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD NEMOCI

Je-li v těchto doplňkových pojistných podmínkách uvedeno „pojištění pro případ nemoci“, rozumí se tím jak pojištění pro případ nemoci sjednané s ČPZ, včetně pojištění prevence a asistence, tak i pojištění finančních ztrát.

Prevence a asistence zahrnuje:

- balíček **Poradenství** v rozsahu Zdravotní služby – Asistence a Druhý lékařský názor k základním závažným onemocněním,
- balíček **Služby** v rozsahu Zdravotní služby – Asistence, Druhý lékařský názor k základním závažným onemocněním a Zlomenina (lehká sádra) - limit plnění 10 000 Kč,
- balíček **Rekonvalescence** v rozsahu Zdravotní služby – Asistence, Druhý lékařský názor k základním i rozšířeným závažným onemocněním, Zlomenina (lehká sádra) – limit plnění 10 000 Kč a Následná péče k základním závažným onemocněním,
- balíček **Rozšířená péče o dítě** v rozsahu Druhý lékařský názor k dětským závažným onemocněním a závažným poraněním, Zlomenina (lehká sádra) – limit plnění 10 000 Kč a Následná péče k dětským závažným onemocněním a závažným poraněním.

Zánik pojištění

Zánikem pojištění pro případ smrti nebo dožití 1. pojištěného zaniká i pojištění pro případ nemoci.