

## Bod 1 Úvodní ustanovení

- 1.1. Pokud pojistnou smlouvou není stanoveno jinak, platí pro toto pojištění ustanovení zákona o pojistné smlouvě a Všeobecné pojistné podmínky pro životní pojištění schválené představenstvem České pojišťovny a.s. ze dne 14. 9. 2004 pod číslem jednacím 4 (dále jen „VPP ZP“). Bylo-li pojistnou smlouvou připojištěno i úrazové pojištění, platí pro ně ustanovení zákona o pojistné smlouvě a Všeobecné pojistné podmínky pro úrazové pojištění schválené představenstvem České pojišťovny a.s. ze dne 10. 6. 2008 pod číslem jednacím 2 (dále jen „VPP ÚP“). Pokud bylo pojistnou smlouvou připojištěno i pojištění pro případ nemoci sjednávané s ČPZ, platí pro ně ustanovení zákona o pojistné smlouvě, Všeobecné pojistné podmínky pojištění pro případ nemoci č. j. 02/2007, Zvláštní pojistné podmínky pro obnosové pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti č. j. 03/2007, Zvláštní pojistné podmínky pro obnosové pojištění denní podpory při pobytu v nemocnici č. j. 05/2007, Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění plateb pojistného při pracovní neschopnosti č. j. 01/2007 a Všeobecné pojistné podmínky pojištění pro pojištění finančních ztrát č. j. 12/2009, Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění splátek úvěru při ztrátě příjmu č. j. 13/2009. Pokud bylo pojistnou smlouvou připojištěno i pojištění pro případ nemoci sjednávané s ČP Zdravotní a úrazová asistence, platí pro ně ustanovení zákona o pojistné smlouvě a Zvláštní pojistné podmínky pojištění pro případ nemoci (Asistence) č. j. 01/2010. 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.
- 1.2. Pojistná smlouva obsahuje pojištění pro případ smrti nebo dožití. Dále pojistná smlouva obsahuje pojištění závažných onemocnění, bylo-li sjednáno, pojištění kritických onemocnění, bylo-li sjednáno, pojištění pro případ invalidity, bylo-li sjednáno, úrazové pojištění, bylo-li sjednáno, a pojištění pro případ nemoci, bylo-li sjednáno.

## Bod 2 Definice pojmů

- 2.1. **Běžným pojistným** se rozumí pojistné placené pojistníkem pravidelně v dohodnuté výši za dohodnutá pojistná období.
- 2.2. **Mimořádným běžným pojistným (též „mimořádné pojistné“)** se rozumí pojistné uhrazené v průběhu trvání pojištění nad rámec dohodnutého placení běžného pojistného podle čl. 6 VPP ZP. Do dohodnutým pojistným obdobím o mimořádného pojistného se rozumí pojistné období, ve kterém bylo mimořádné pojistné zaplacené.
- 2.3. **Rizikovým pojistným** se rozumí úplata za pojištění rizika smrti nebo jiného rizika pojištěného pojištěním sjednaným pojistnou smlouvou.
- 2.4. **Zúčtovacím obdobím** se rozumí jeden měsíc. Počátek zúčtovacího období se stanoví na den v měsíci, který se číslem shoduje se dnem, který byl dohodnut jako den počátku pojištění. Není-li takový den v měsíci, případně počátek lhůty na jeho poslední den. Zúčtovací období končí v den předcházející dni v měsíci, který se číslem shoduje se dnem, který byl dohodnut jako den počátku pojištění. Není-li takový den v měsíci, případně konec zúčtovacího období na den předcházející poslednímu dni měsíce.
- 2.5. **Kapitálovou hodnotou se rozumí aktuální hodnota pojištění a členi 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 základní 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 9.1.11. pojistitel stanoví výši kapitálové hodnoty pojištění tvořených podílovými jednotkami vnitřního fondu na základě ceny podílových jednotek vnitřního fondu k datu odkupu všech podílových jednotek.
- 2.6. **Kapitálová hodnota s garantovanou technickou úrokovou mírou** se zvyšuje o část zaplaceného běžného pojistného určenou na závazky vyplývající ze sjednaného základního pojištění a o část zaplaceného běžného pojistného alokovanou pojistníkem do této kapitálové hodnoty. Dále se zvyšuje k 1. dni každého zúčtovacího období o úrok odpovídající ročnímu úročení 2 %.
- 2.7. **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.
  - 2.7.1. **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 v Přehledu poplatků.
  - 2.7.2. **Kapitálová hodnota tvořená podílovými jednotkami vnitřního fondu** se zvyšuje o podílové jednotky nakoupené za zaplacené pojistné do ní alokované.
- 2.8. **Pojistným rokem** se rozumí běžný rok, který počíná běžet v den počátku pojištění a dále vždy ve výroční den pojištění a který končí jeden den před výročním dnem pojištění.
- 2.9. **Výročním dnem pojištění** se rozumí den, který se datem (dnem a měsícem) shoduje s datem uvedeným v pojistné smlouvě jako den počátku pojištění (též výroční den počátku pojištění). Není-li takový den v měsíci, případně výroční den na poslední den takového měsíce. V případě změny pojištění, při níž dojde ke změně pojistné doby, se rozumí výročním dnem pojištění den, který se shoduje s datem účinnosti takové změny uvedeným jako datum účinnosti v dodatku k pojistné smlouvě.

- 2.10. Invalidním důchodem podle čl. 21 VPP ZP se rozumí jak plný invalidní důchod podle právní úpravy platné do 31. 12. 2009, tak invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně podle právní úpravy platné od 1. 1. 2010.
- 2.11. Pojištěným v úrazovém pojištění se rozumí pojištěný/pojištěné dítě označený/-é jménem, příměním a pořadovým číslem v části pojistné smlouvy upravující úrazové pojištění.

## ČLÁNEK 1 SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

### Bod 1 Pojistné

#### Běžné pojistné

- 1.1. První běžné pojistné je splatné v den počátku pojištění.
- 1.2. Další běžné pojistné je splatné prvního dne sjednaného pojistného období.
- 1.3. Přispívá-li na pojistné tohoto pojištění zaměstnavatel, pojistné je považováno za zaplacené, je-li uhrazená jak část pojistného hrazená pojistníkem, tak část pojistného hrazená zaměstnavatelem.
- 1.4. Dlužili-li pojistník pojistné za více pojistných období a naposledy zaplacené pojistné nepostačuje na uhrazení dluhu, je vyrovnáno dlužné pojistné za nejdříve splatné období bez ohledu na to, za jaké období mělo být pojistné skutečně zaplacené.
- 1.5. Pojistitel má právo na náhradu nákladů na upomínání o zaplacení pojistného, které nebylo včas a řádně zaplacené.

#### Rizikové pojistné

- 1.6. Pojistitel je oprávněn od data počátku pojištění první den každého zúčtovacího období snižovat kapitálovou hodnotu pojištění o rizikové pojistné za základní pojištění.
- 1.7. Rizikové pojistné za základní pojištění stanoví pojistitel podle pojistné technických zásad pojistitele, především s ohledem na pohlaví a 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.

### Bod 2 Indexace pojištění (zvyšování pojistného se současným zvýšením pojistné částky)

- 2.1. Je-li sjednána (zahrnuta) indexace pojištění, pak pojištění se sjednává 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., 2.12. a 2.13. se pojistné za základní pojištění zvyšuje o procento z pojistného (dále indexační procento) stanovené pojistitelem s ohledem na index růstu spotřebitelů cen publikovaný ČSÚ a růst nominálních mezd publikovaný ČSÚ za minulý rok. Pojistná částka pro případ smrti, pojistná částka pro případ dožití, byla-li sjednána, pojistná částka pro případ závažných onemocnění, byla-li sjednána, pojistná částka pro případ kritických onemocnění, byla-li sjednána a výše měsíční invalidní renty, byla-li sjednána, se zvyšují podle pojistné technických zásad pojistitele. Při výpočtu pojistné částky pojištění vychází zejména z aktuální pojistné částky, resp. výše měsíční invalidní renty, aktuálního věku pojištěného, nového pojistného a pojistné doby zbývající do konce pojištění. Jiné částky základního 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 internetových stránkách pojistitele a současně na obchodních místech pojistitele. Pojistitel rovněž umožní pojistníkovi dostupnost informace o výši indexačního procenta komunikačními prostředky, např. písemně zasláním obvyklého zápisu 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 učiněno prokazatelně a 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 základní 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 je pojistitel oprávněn provést indexaci obnovit. Pojistník je oprávněn 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 základní pojištění i úrazové pojištění nemá vliv na výši pojistného a rozsah nároků z pojištění pro případ nemoci, s výjimkou pojištění plateb pojistného při pracovní neschopnosti T644, je-li sjednáno.
- 2.6. Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění po dobu trvání zproštění od placení pojistného, bylo-li sjednáno pojištění zproštění od placení pojistného.
- 2.7. Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění u pojistných smluv, u nichž došlo k zániku povinnosti platit běžné pojistné.
- 2.8. Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění u pojistných smluv, u nichž je vyplácena měsíční invalidní renta.
- 2.9. Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění, bylo-li vyplaceno pojistné plnění z pojištění závažných onemocnění.
- 2.10. Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění, bylo-li vyplaceno pojistné plnění z pojištění kritických onemocnění.
- 2.11. Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění po tu dobu, kdy bylo ocenění rizika hodnoceno jako nadstandardní a bylo stanoveno nadstandardní pojistné.
- 2.12. Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění u pojistných smluv, u nichž k výročnímu dni pojištění přispívá na pojistné zaměstnavatel v plné výši.

- 2.13. Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění u pojistných smluv, u nichž došlo k redukcí pojištění.

### Bod 3 Náklady a poplatky

- 3.1. Pojistitel je oprávněn od data počátku pojištění první den každého zúčtovacího období snižovat kapitálovou hodnotu pojištění o počáteční a správní náklady stanovené podle pojistné technických zásad pojistitele.
- 3.2. Pojistitel je oprávněn započítat pojistníkovi inkasní náklady za každé zaplacené pojistné.

### Bod 4 Vznik pojištění

Úrazové pojištění, pojištění závažných onemocnění, pojištění kritických onemocnění, pojištění pro případ invalidity a pojištění pro případ nemoci má počátek pojištění shodný se sjednaným počátkem základního pojištění, pokud bylo sjednáno při uzavření pojistné smlouvy.

### 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, pojištění kritických onemocnění, úrazového pojištění, pojištění pro případ nemoci, změna výše pojistné částky pro případ smrti, změna výše běžné placené pojistného). Pojistitel si vyhrazuje právo v závislosti na aktuálním stavu pojistné smlouvy (např. aktuální věk pojištěného, aktuální zdravotní stav pojištěného) žádost o změnu pojištění zamítnout.
  - 5.1.1. Přispívá-li na běžné nebo mimořádné pojistné tohoto pojištění zaměstnavatel 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 předloženo písemný souhlas zaměstnavatele s touto změnou.
- 5.2. **Mimořádné výběry**
  - 5.2.1. Pojistník je oprávněn požádat o mimořádný výběr z kapitálové hodnoty negarantované v průběhu trvání pojištění. Pojistník je oprávněn požádat o mimořádný výběr z kapitálové hodnoty s garantovanou technickou úrokovou mírou po splnění podmínek nároku na odkupné dle čl. 8 VPP ZP.
  - 5.2.2. Mimořádný výběr lze provést ve lhůtách a četnosti uvedené v Přehledu poplatků.
  - 5.2.3. Za provedení mimořádného výběru je pojistitel oprávněn účtovat poplatek podle platného Přehledu poplatků.
  - 5.2.4. 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.
  - 5.2.5. Pojistitel si vyhrazuje právo žádost o mimořádný výběr zamítnout.
  - 5.2.6. Mimořádný výběr nelze provést při redukcí pojištění a při přerušování placení běžného pojistného.
  - 5.2.7. Minimální výše mimořádného výběru je stanovena v Přehledu poplatků. Maximální výše mimořádného výběru je stanovena pojistitelem na základě pojistné technických zásad pojistitele. Pojistitel vyplatí požadovaný mimořádný výběr nejvýše v hodnotě maximální výše mimořádného výběru.
  - 5.2.8. 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.
- 5.3. **Redukce pojištění**
  - 5.3.1. Pokud bylo zaplacené běžné pojistné za dobu stanovenou ve VPP ZP a nezaplátí-li pojistník řádné 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.
  - 5.3.2. Pokud bylo zaplacené běžné pojistné za dobu stanovenou ve VPP ZP, může pojistník o redukcí pojištění požádat. V 00.00 hodin prvního dne nejbližšího zúčtovacího období, na které není zaplacené běžné pojistné, dojde k redukcí pojištění (redukcí na žádost).
  - 5.3.3. Dojde-li v důsledku neplacení pojistného (dle VPP ZP) nebo na žádost pojistníka k redukcí pojistné částky, zůstává zachováno pojištění pro případ smrti nebo dožití, pojištění závažných onemocnění, bylo-li sjednáno a pojištění kritických onemocnění, bylo-li sjednáno, zanikají všechna další sjednaná pojištění a nároky. Pojistná částka pro případ smrti, pro případ dožití, byla-li sjednána, pro případ závažných onemocnění, byla-li sjednána, pro případ kritických onemocnění, byla-li sjednána, se snižuje na redukovanou pojistnou částku stanovenou podle pojistné technických zásad pojistitele. Při dožití konce pojištění pojistitel vyplatí pojištěnému kapitálovou hodnotu pojištění ve výši stanovené k datu konce pojištění a redukovanou pojistnou částku pro případ dožití, byla-li sjednána. Při smrti pojištěného 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.
  - 5.3.4. Dojde-li v důsledku neplacení pojistného (dle VPP ZP) nebo na žádost pojistníka k redukcí pojistné doby, zůstává zachováno pojištění pro případ smrti nebo dožití, pojištění závažných onemocnění, bylo-li sjednáno a pojištění kritických onemocnění, bylo-li sjednáno, a zanikají všechna další sjednaná pojištění a nároky. Pojistná částka pro případ smrti, pro případ dožití, byla-li sjednána, pro případ závažných onemocnění, byla-li sjednána, pro případ kritických onemocnění, byla-li sjednána, zůstává zachována. Při dožití konce redukované pojistné doby bude pojištěnému vyplacena kapitálová hodnota pojištění ve výši stanovené k datu konce redukovaného pojištění. Při smrti pojištěného před uplynutím redukované pojistné doby vyplatí pojistitel oprávněné osobě pojistnou částku pro případ smrti a kapitálovou hodnotu pojištění k datu oznámení pojistné události pojistiteli.
  - 5.3.5. U redukovaného pojištění pojistníkovi zaniká povinnost platit běžné pojistné. Pojistník není oprávněn platit mimořádné pojistné, pojistník nesmí provádět mimořádné výběry.

5.3.6. U redukovaneho pojistiění nelze provést přerušení placení pojistného.

## Bod 6 Zánik pojistiění

6.1. Podle ustanovení § 22 odst. 2 zákona o pojistné smlouvě mohou být sjednaná pojistiění vypovězena pojistníkem i pojistitelem do dvou měsíců od uzavření pojistné smlouvy nebo sjednání dalšího pojistiění, s osmidenní výpovědní lhůtou.

6.2. Po uplynutí dvou měsíců od uzavření pojistné smlouvy může ve smyslu ustanovení § 22 odst. 1 a 5 zákona o pojistné smlouvě všechna sjednaná pojistiění vypovědět pojistník. Pojistitel může vypovědět pouze úrazové pojistiění a pojistiění pro případ nemoci. Výpověď musí být dána alespoň šest týdnů před uplynutím pojistného období. Výpovědi základního pojistiění zanikají všechna sjednaná pojistiění. Pojistitel vyplatí pojistníkovi negarantovanou kapitálovou hodnotu ve výši stanovené po odečtení poplatku za ukončení pojistiění uvedeného v Přehledu poplatků a hodnoty závazků pojistníka vůči pojistiteli vzniklých v souvislosti s tímto pojistiěním. Výpovědi úrazového pojistiění, pojistiění závazných onemocnění, pojistiění kritických onemocnění, pojistiění invalidity nebo pojistiění pro případ nemoci zaniká jen vypovězené pojistiění.

6.3. Podle ustanovení § 22 odst. 3 a 5 zákona o pojistné smlouvě pojistitel nebo pojistník mohou sjednané pojistiění vypovědět do 3 měsíců ode dne doručení oznámení vzniku pojistné události. Pojistitel může vypovědět pouze úrazové pojistiění a pojistiění pro případ nemoci.

6.4. U úrazového pojistiění, pojistiění závazných onemocnění, pojistiění kritických onemocnění, pojistiění pro případ invalidity a pojistiění pro případ nemoci je konec pojistiění shodný se sjednaným koncem základního pojistiění, pokud nezanklilo některé z těchto pojistiění v průběhu trvání pojistiění.

6.5. **Zánik pojistiění odpadnutím důvodu dalšího pojistiění a uplynutím doby, na niž bylo sjednáno**

6.5.1. Pojistění zanikne smrtí 1. pojistiěného. Nejpозději pojistiění zanikne, dožije-li se 1. pojistiěný konce pojistiění.

6.5.2. Jestliže u pojistiění s redukovanou pojistnou dobou součet rizikového pojistného, počátečních a správních nákladů a poplatků je vyšší než kapátalová hodnota s garantovanou technikou úrokovou mírou, pojistiění zaniká. Pojistitel je povinen o takovém zániku pojistníka informovat.

6.6. **Zánik pojistiění jako důsledek neplacení běžného pojistného**  
Pokud pojistiění zanikne z důvodu neplacení běžného pojistného, pojistitel má právo na rizikové pojistné, počáteční a správní náklady a na poplatky do zániku pojistiění. Pojistníkovi je vyplacena část kapitálové hodnoty negarantované stanovené na základě pojistné technických zásad pojistitele.

6.7. **Zánik pojistiění odmítnutím plnění**

Pokud pojistiění zanikne odmítnutím plnění podle ustanovení § 24 zákona o pojistné smlouvě, pojistitel vyplatí oprávněné osobě kapitálovou hodnotu negarantovanou k datu oznámení pojistné události pojistiteli, sníženou o poplatek za ukončení pojistiění. Není-li pojistiěný zároveň pojistníkem, bude kapitálová hodnota negarantovaná vyplacena pojistníkovi.

6.8. Dojde-li k zániku tohoto pojistiění v době uvedené v Přehledu poplatků jako „Rozhodná doba“, vzniká nárok na výplatu částky, která byla převedena na tuto pojistnou smlouvu a je odpovídá výši rozdílu částky rezervy nebo kapitálové hodnoty pojistiění 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, vypláčené z důvodu zániku tohoto pojistiění (např. odkupné). Ustanovení předchozí věty neplatí, jedná-li se o zánik pojistiění z důvodu výplatu pojistného plnění při pojistné události nebo pokud bude uzavřena nová pojistná smlouva, na niž by byla převáděna rezerva nebo kapitálová hodnota zanikajícího pojistiění.

## Bod 7 Forma právních úkonů

7.1. Právní úkony týkající se pojistiění mají písemnou formu, není-li uvedeno jinak.

7.2. Oznámení pojistné události ve smyslu zákona o pojistné smlouvě, resp. všeobecných pojistných podmínek, je možné podat rovněž telefonicky na telefonním čísle zveřejněném k tomuto účelu pojistitelem na jeho obchodních místech. Na základě telefonicky podaného oznámení pojistné události je pojistitel oprávněn si pro provedení šetření nutného ke zjištění rozsahu jeho povinnosti plnit vyžádat potřebné doklady v listinné podobě.

7.3. Pojistník může telefonicky podat takový návrh na změnu pojistné smlouvy, který je uveden v Přehledu způsobů podávání návrhů na změnu pojistné smlouvy a dalších pokynů, přístupném na obchodních místech pojistitele a na internetových stránkách pojistitele.

7.4. Úkony uvedené v bodech 7.2. a 7.3. může pojistitel umožnit podat rovněž e-mailem nebo prostřednictvím webového kanálu, a to zveřejněným v Přehledu způsobů podávání návrhů na změnu pojistné smlouvy a dalších pokynů, přístupném na obchodních místech pojistitele a na internetových stránkách pojistitele.

## Bod 8 Informace o pojistiění

8.1. Pojistitelem je Česká pojišťovna a.s., která má sídlo v České republice. V případě sjednání pojistiění pro případ nemoci je pojistitelem i Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s., která má sídlo v České republice.

8.2. Dobou platnosti pojistné smlouvy se rozumí doba vymezená uzavřením pojistné smlouvy a okamžikem jejího zániku, resp. trváním a existencí závazků z pojistné smlouvy.

8.3. Odkupné se určuje jako část nespoteřebovaného pojistného ukládaná pojistitelem jako technická rezerva vypočtená pojistné matematickými metodami k datu zániku pojistiění.

8.4. Pojistné lze platit měsíčně, čtvrtletně, pololetně, ročně, a to hotovostně nebo bezhotovostně.

8.5. Pojistitel i pojistník mají právo od pojistné smlouvy odstoupit. Pojistitel má právo od pojistné smlouvy odstoupit, pokud pojistník nebo pojistiěný zodpoví při sjednávání pojistné smlouvy úmyslně nebo z nedbalosti nepravdivě nebo neúplně písemné dotazy pojistitele týkající se sjednáváního pojistiění, jestliže by při pravdivém a úplném zodpovězení dotazů pojistnou smlouvu neuzavřel. Pojistník má právo od pojistné smlouvy odstoupit, jestliže mu pojistitel nebo jím zmocněný zástupce nepravdivě nebo neúplně zodpověděl jeho písemné dotazy týkající se sjednáváního pojistiění. Právo odstoupit od pojistné smlouvy může pojistitel nebo pojistník uplatnit do

2 měsíců ode dne, kdy takovou skutečnost zjistil, jinak právo zanikne. To platí i v případě změny pojistné smlouvy.

8.6. Na pojistiění se vztahuje právní úprava zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, v platném znění.

8.7. Odstoupení od pojistné smlouvy, stížnosti pojistníků, pojistiěných nebo oprávněných osob se zasílají na adresu: Česká pojišťovna a.s., P. O. BOX 305, 601 00 Brno, a v případě stížnosti týkajících se pojistiění pro případ nemoci na adresu: Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s., Litevská 1174/8, 100 05 Praha 10. Stížnosti budou vyřizovány bez zbytečného odkladu specializovanými zaměstnanci. Pojistníci, pojistiění nebo oprávněné osoby se mohou se svými stížnostmi obrátit i na Českou národní banku.

8.8. Pojistník a pojistiěný je, zejména ve smyslu § 12 a § 21 zákona o ochraně osobních údajů č. 101/2000 Sb., ve znění novel, oprávněn být na základě žádosti kdykoliv bez zbytečného odkladu informován o osobních údajích o něm zpracovávaných pojistitelem. Tuto informaci obdrží za úhradu nutných nákladů souvisejících se sdělením požadované informace. Výše úhrady je stanovena v Přehledu poplatků.

8.9. Pokud pojistník nebo pojistiěný zjistí, že došlo k porušení povinností uložených pojistiteli citovaným zákonem, má právo požadovat na pojistiteli nápravu, event. se obrátit na Úřad pro ochranu osobních údajů s žádostí o zajištění opatření k nápravě.

8.10. Pojistitel informuje pojistníka (pojistiěného), že poskytnutí osobních údajů v rozsahu uvedeném v § 4 zákona o pojistné smlouvě je povinné a je podmínkou uzavření pojistné smlouvy. Poskytnutí ostatních osobních údajů uvedených v této pojistné smlouvě je nutné zejména pro stanovení výše pojistného rizika.

8.11. Osobní údaje bude pojistitel zpracovávat ručně i automatizované prostřednictvím svých zaměstnanců a dále zpracovatelově, se kterými uzavře smlouvy o zpracování osobních údajů za podmínek zákona o ochraně osobních údajů. Informace o osobních údajích mohou být pojistitelem zpřístupněny zajistitelům za podmínek stanovených zákonem o ochraně osobních údajů a dále subjektům oprávněným požadovat zpřístupnění údajů podle zvláštních právních předpisů.

8.12. Společnosti, které náležejí do stejného koncernu jako Česká pojišťovna a.s., jsou zejména ČP INVEST investiční společnost, a.s., IČ: 43873766, se sídlem Praha 1, Purkyňova 74/2, PSČ 110 00; Penzijní fond České pojišťovny, a.s., IČ: 61858692, se sídlem Praha 1, Truhlařská 1106/9, PSČ 110 00; Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s., IČ: 49240749 se sídlem Praha 10, Litevská 1174/8, PSČ 100 05. Aktuální přehled společností je k dispozici na internetových stránkách pojistitele.

## Bod 9 Vnitřní fondy

9.1. **Definice investičních fondů**

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

9.1.2. **Podílovou jednotkou** se rozumí podíl vnitřního fondu sloužící k výpočtu peněžních nároků plynoucích z pojistiění.

9.1.3. **Cena podílové jednotky** se stanoví na základě hodnoty podkladových aktiv vnitřního fondu a celkové počtu podílových jednotek tohoto vnitřního fondu. Pokud vyjde najevo, že v důsledku chybné stanovené ceny podílové jednotky, obdržela oprávněná osoba, příp. pojistník, vyšší částku, než které odpovídá reálná hodnota podílové jednotky, je oprávněná osoba, příp. pojistník, povinen uhradit pojistiteli částku představující rozdíl mezi obdrženým plněním a reálnou hodnotou podílové jednotky, a to bez zbytečného prodloužení poté, co jí bude tato skutečnost pojistitelem oznámena. Pohledávku podle předchozí věty je pojistitel oprávněn započítat proti pojistnému plnění nebo jakékoli jiné pohledávce oprávněné osoby, příp. pojistníka, za pojistitelem a s ohledem na tuto skutečnost upravit parametry pojistné smlouvy.

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

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

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

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

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

9.1.9. **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.

9.1.10. **Alokačním poměrem** se rozumí procentuální poměr, ve kterém se umísťuje (dále jen alokace) pojistné pojistné. Alokační poměry se stanovují pro běžné a mimořádné pojistné. Běžné pojistné lze alokovat do kapitálové hodnoty s garantovanou technikou úrokovou mírou a do kapitálové hodnoty negarantované. Mimořádné pojistné lze alokovat pouze do kapitálové hodnoty negarantované.

9.1.11. **Investičním úkonem** se rozumí provedení nákupu, odkupu nebo převodu podílových jednotek vnitřního fondu. Investiční úkon je důsledkem pojistné, popř. důsledkem zániku pojistné smlouvy, provedené pojistitelem na základě žádosti pojistníka nebo vyplývajících 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.

9.1.12. **Souběh investičních úkonů**  
Pojistitel je oprávněn zamítnout, popř. pozastavit, provedení investičního úkonu vyplývajících z pojistné technického úkonu, prováděl-li jiné investiční úkony související s touto pojistnou smlouvu. Pomínou-li důvody pozastavení, pojistitel provede daný investiční úkon bez zbytečného odkladu.

9.2. **Informace o vnitřních fondech**

9.2.1. 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.

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

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

9.2.4. Pojistník je oprávněn si zvolit vnitřní fondy pojistitele, které se odlišují investiční strategií, druhem podkladových aktiv, a tím i výnosem a rizikem.

9.2.5. Vzhledem k charakteru vnitřních fondů není cena jejich podílových jednotek garantována. Pojistitel garantuje počet podílových jednotek vnitřního fondu s výjimkou bodu 9.3.

9.2.6. Pojistitel si vyhrazuje právo pro účely pojistiění omezit vstup do vnitřního fondu.

9.2.7. Pojistitel tvoří ze zaplaceného pojistného alokovaného do vnitřního fondu rezervu na úhradu závazků z finančního umístění jménem pojistiěných (rezerva životních pojistiění s investičním rizikem pojistníka).

9.2.8. Způsob umístění prostředků rezerv na úhradu závazků z finančního umístění jménem pojistiěných 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.

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

9.2.10. S výjimkou bodů 9.2.13. a 9.2.14. 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.

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

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

9.2.13. 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.

9.2.14. Pojistitel je oprávněn od data počátku pojistiění každý oceňovací den snížit hodnotu vnitřního fondu o poplatek za správu portfolia. Poplatek je odečten z částek a jeho roční výše je uvedena v platném Přehledu poplatků. Společnost je oprávněná snížit hodnotu vnitřního fondu o administrativní poplatek, jehož výše nepřesáhne 2 % ročně z podkladových aktiv vnitřního fondu. Tento poplatek je odečten z částek, a to při každém oceňování, a je součástí poplatku za správu portfolia.

9.2.15. Pojistitel je oprávněn od data počátku pojistiění první den každého zúčtovacího období snižovat kapitálovou hodnotu pojistiění o poplatek za evidenci podílových jednotek uvedený v Přehledu poplatků.

9.3. **Změna podkladových aktiv vnitřního fondu**

Pojistitel je oprávněn 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.

9.4. **Omezení obchodování s podílovými jednotkami vnitřního fondu**

9.4.1. V průběhu trvání pojistiění může dojít k omezení obchodování s podílovými jednotkami vnitřního fondu.

9.4.2. V době omezení obchodování je pojistitel oprávněn přijímat požadavky pojistníka k provedení úkonů, které mají vliv na kapitálovou hodnotu, tvořenou podílovými jednotkami vnitřního fondu, např. převod podílových jednotek, změna alokačního poměru, mimořádné výběry, platba běžného a mimořádného pojistného, žádost o zrušení pojistiění s výplatu odkupného. Pojistitel provede požadované úkony, které nemohl provést v době omezení obchodování, po ukončení omezení obchodování s podílovými jednotkami tohoto vnitřního fondu.

9.4.3. Nebude-li možné, při stanovení výše pojistného plnění a při stanovení výše odkupného, z důvodu omezení obchodování s podílovými jednotkami daného vnitřního fondu, stanovit výši kapitálové hodnoty pojistiění, bude výše kapitálové hodnoty pojistiění 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.

9.4.4. Nebude-li možné, při stanovení výše plnění při zániku pojistiění podle bodu 6 z důvodu omezení obchodování s podílovými jednotkami daného vnitřního fondu, stanoví výši kapitálové hodnoty pojistiění, bude výše kapitálové hodnoty pojistiění stanovena pojistitelem po ukončení omezení obchodování s podílovými jednotkami daného vnitřního fondu a pojistitel vyplatí celé plnění.

9.5. **Změna vnitřního fondu**

9.5.1. Pojistitel je oprávněn rozhodnout o změně vnitřního fondu při zachování povahy podkladových aktiv, zejména v případě, že dochází k významnému poklesu ceny podílových jednotek měněného vnitřního fondu.

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

## Bod 10 Alokační poměr

10.1. **Alokace běžného pojistného**  
Pojistitel je oprávněn stanovit minimální procento alokace pojistného nebo minimální peněžní hodnotu alokovaného pojistného do kapitálové hodnoty s garantovanou technikou úrokovou mírou, do kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou a do kapitálové hodnoty tvořených podílovými jednotkami vnitřních fondů.

10.2. **Změna alokačního poměru**

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

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

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

10.2.4. Změnu alokačních poměrů nelze provádět při redukcí pojistění.

10.2.5. Pojistitel si vyhrazuje právo žádost o změnu alokačního poměru zamítnout.

10.2.6. Pojistitel má právo na poplatek za provedení změny alokačního poměru podle platného Přehledu poplatků.

### 10.3. Automatická změna alokačního poměru (automatický přechod do fondů životního cyklu)

Je-li sjednán automatický přechod do fondů životního cyklu, pojistitel provede změnu alokačních poměrů běžného i mimořádného pojistného dohodnutý počet let před koncem pojistění. Při této změně alokačních poměrů dochází ke změně vnitřních fondů s určitou povahou podkladových aktiv na vnitřní fondy životního cyklu, přičemž je zohledněn sjednaný konec pojistění a povaha podkladových aktiv jednotlivých vnitřních fondů. Zásady pro automatický přechod do fondů životního cyklu jsou uvedeny na internetových stránkách pojistitele a obchodních místech pojistitele.

## Bod 11

### Změna rozložení prostředků

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

11.1.1. 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.

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

11.1.3. Pojistitel je oprávněn stanovit minimální počet nebo minimální peněžní hodnotu převáděných podílových jednotek. Pojistitel je oprávněn stanovit minimální počet nebo minimální peněžní hodnotu podílových jednotek, která musí být ponechána na účtu pojistníka.

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

11.1.5. Pojistitel má právo na poplatek za provedení převodu podle platného Přehledu poplatků.

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

11.2.1. 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.

11.2.2. Pojistitel je oprávněn stanovit minimální počet nebo minimální peněžní hodnotu převáděných podílových jednotek. Pojistitel je oprávněn stanovit minimální počet nebo minimální peněžní hodnotu podílových jednotek, která musí být ponechána na účtu pojistníka.

11.2.3. 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.

11.2.4. Pojistitel má právo na poplatek za provedení převodu podle platného Přehledu poplatků.

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

11.3.1. 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.

11.3.2. Pojistitel je oprávněn stanovit minimální peněžní hodnotu převáděných peněžních prostředků.

11.3.3. 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.

11.3.4. Pojistitel má právo na poplatek za provedení převodu podle platného Přehledu poplatků.

#### 11.4. 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)

11.4.1. 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.

11.4.2. Současně pojistník není oprávněn provádět 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.

#### 11.5. Automatický převod podílových jednotek mezi kapitálovými hodnotami tvořenými podílovými jednotkami vnitřních fondů (automatický přechod do fondů životního cyklu)

Je-li sjednán automatický přechod do fondů životního cyklu, pojistitel provede převod podílových jednotek mezi kapitálovými hodnotami tvořenými podílovými jednotkami vnitřních fondů dohodnutý počet let před koncem pojistění. Při tomto převodu podílových jednotek pojistitel převede podílové jednotky z kapitálových hodnot tvořených podílovými jednotkami vnitřních fondů s určitou povahou podkladových aktiv do kapitálových hodnot tvořených podílovými jednotkami fondů životního

ho cyklu, přičemž je zohledněn sjednaný konec pojistění a povaha podkladových aktiv jednotlivých vnitřních fondů. Zásady pro automatický přechod do fondů životního cyklu jsou uvedeny na internetových stránkách pojistitele a obchodních místech pojistitele.

## ZÁKLADNÍ POJIŠTĚNÍ 1. POJIŠTĚNÉHO (též „základní pojistění“)

### ČLÁNEK 2

#### POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD SMRTI NEBO DOŽITÍ

##### Bod 1 Rozsah nároků

1.1. Dožije-li se pojištěný dne uvedeného v pojistné smlouvě jako konek pojistění, pojistitel vyplatí pojistěnému sjednanou pojistnou částku pro případ dožití, byla-li sjednána při uzavření pojistné smlouvy a kapitálovou hodnotu pojistění ve výši stanovené k datu konce pojistění. Požádá-li o to pojištěný, pojistitel dohodne s pojištěným namísto jednorázového plnění výplatu doživotního nebo časově omezeného důchodu. Splátka důchodu nesmí činit méně než minimální výše uvedená v Přehledu poplatků.

1.2. Dojde-li v době trvání pojistění ke smrti pojištěného, nikoli následkem sebevraždy do dvou let trvání pojistění, pojistitel vyplatí oprávněné osobě sjednanou pojistnou částku pro případ smrti a kapitálovou hodnotu pojistění ve výši stanovené k datu oznámení pojistné události pojistiteli.

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

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

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

##### Bod 2 Pojistné

#### 2.1. Mimořádné pojistné

2.1.1. Pojistník je oprávněn v době trvání pojistění zaplatit mimořádné pojistné, a to v české měně a na místo určené pojistitelem. Pojistitel si vyhrazuje právo mimořádné pojistné odmítnout.

2.1.2. Pojistitel je oprávněn v Přehledu poplatků stanovit bližší podmínky pro výši, četnost a podmínky placení mimořádného pojistného.

2.1.3. Zaplacení mimořádného pojistného nemá vliv na povinnost platit běžné pojistné.

2.1.4. Mimořádné pojistné nelze hradit u redukováného pojistění.

2.1.5. Mimořádné pojistné lze alokovat pouze do kapitálové hodnoty negarantované.

#### 2.2. Přerušení placení běžného pojistného

2.2.1. Je-li zaplacené běžné pojistné za dva roky, může pojistník požádat o přerušení placení běžného pojistného. Maximální délka přerušení placení je stanovena pojistitelem na základě ostatních technických zásad pojistitele. Pojistitel může žádost pojistníka o přerušení placení běžného pojistného zamítnout.

2.2.2. K přerušení placení dochází od nejbližší splatnosti pojistného po doručení žádosti pojistiteli. Běžné pojistné musí být k tomuto datu řádně zaplacené.

2.2.3. Za provedení přerušení placení si pojistitel účtuje poplatek podle platného Přehledu poplatků.

2.2.4. V průběhu trvání přerušení 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 přerušení placení běžného pojistného nebude indexace pojistění prováděna.

2.2.5. Pojistník při žádosti o přerušení placení zvolí, zda zůstanou zachována všechna sjednaná pojistění, nebo zůstane sjednáno pouze pojistění pro případ smrti nebo dožití a ostatní sjednaná pojistění budou zrušena k datu počátku přerušení placení. Přerušení placení pojistného neovlivňuje právo na pojistné plnění ze sjednaných pojistění platných v době přerušení placení pojistného.

### Bod 3

#### Podíly na výnosech z rezerv pojistného

3.1. 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 pojistění, a to za podmínky, že o jejich přiznání za příslušný kalendářní rok rozhodne představenstvo společnosti, a v rozsahu, který ve svém rozhodnutí určí představenstvo společnosti. Představenstvo společnosti učiní rozhodnutí o přiznání či nepřiznání a rozsahu podílu oprávněné osobě na výnosech za uplynulý kalendářní rok do 30. 6. běžného kalendářního roku.

3.2. Podíly na výnosech z rezerv pojistného jsou přiznávány pouze ke kapitálové hodnotě s garantovanou technickou úrokovou mírou a kapitálové hodnotě s vyhlášenou úrokovou mírou. Podíly na výnosech z rezerv pojistného se nepřiznávají ke kapitálovým hodnotám tvořeným podílovými jednotkami vnitřních fondů.

3.3. Podíly na výnosech z rezerv pojistného se vyplácejí při skončení pojistění, při kterém se vyplácí kapitálová hodnota pojistění.

3.4. Při skončení pojistění, u něhož došlo k redukcí pojistění, se podíly na výnosech z rezerv pojistného nepřiznávají. Podíly na výnosech z rezerv pojistného přiznané do dne účinnosti redukce podle čl. 9 VPP ŽP se k tomuto dni podle pojistné technických zásad pojistitele zahrnují do redukováných pojistné částky nebo doby.

## ČLÁNEK 3 POJIŠTĚNÍ ZÁVAŽNÝCH ONEMOCNĚNÍ

##### Bod 1 Rozsah nároků

1.1. Dojde-li v době trvání pojistění k pojistné události z pojistění závažných onemocnění a jsou splněny podmínky definované u tohoto závažného onemocnění podle bodu 6 tohoto článku, nejdříve po šesti měsících od sjednání pojistění závažných onemocnění, vyplatí pojistitel pojistěnému sjednanou pojistnou částku závažných onemocnění a toto pojistění zanikne.

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

1.3. Požádá-li pojistěný do výplaty sjednané pojistné částky závažných onemocnění o výplatu důchodu, pojistitel začne vyplácet namísto jednorázového plnění časově omezený důchod, který může být vyplácen po dobu 5 nebo 10 let. Splátka důchodu však nesmí činit méně než 1000 Kč. V případě, že pojištěný zemře v době vyplácení časově omezeného důchodu, pojistitel vyplatí jeho dědicům částku, která odpovídá dosud nevyplaceným splátkám důchodu.

1.4. Je-li vyloučeno některé ze závažných onemocnění definovaných v bodě 6 tohoto článku, pak za takové onemocnění pojistitel neposkytne pojistné plnění ani nedojde k zániku povinnosti platit běžné pojistné, byl-li sjednán tento zánik s pojistěním závažných onemocnění.

1.5. Je-li sjednán zánik povinnosti platit běžné pojistné s pojistěním závažných onemocnění a dojde-li k závažnému onemocnění, za které pojistitel poskytne pojistné plnění podle bodu 1.1. tohoto článku, zaniká od nejbližší splatnosti po dni vzniku závažného onemocnění povinnost platit běžné pojistné za základní pojistění, úrazová pojistění a pojistění pro případ nemoci, přičemž zůstávají zachovány veškeré nároky z pojistné smlouvy. Je-li zároveň sjednán zánik povinnosti platit běžné pojistné s pojistěním závažných onemocnění i s pojistěním kritických onemocnění, bude pojistitel strhávat rizikové pojistné pouze jednou, a to za zánik povinnosti platit běžné pojistné sjednaný s pojistěním závažných onemocnění.

##### Bod 2 Pojistná částka

2.1. 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 z jiného důvodu než zvýšením v důsledku indexace pojistění, vzniká právo na pojistné plnění ve výši zvýšené pojistné částky pojistění závažných onemocnění nejdříve po uplynutí šesti měsíců ode dne účinnosti této změny.

##### Bod 4 Pojistění

Dojde-li k pojistné události z pojistění závažných onemocnění, pojistitel přestává od nejbližšího zúčtovacího období strhávat z kapitálové hodnoty rizikové pojistné za riziko závažného onemocnění.

##### Bod 5 Zánik pojistění

5.1. Zánikem pojistění pro případ smrti nebo dožití zaniká i pojistění závažných onemocnění.

### Bod 6 Definice závažných onemocnění

#### 1. INFARKT MYOKARDU

Infarktem myokardu se ve smyslu tohoto pojistění rozumí akutní ložisková ischemická nekróza srdečního svalstva vzniklá na podkladě náhlého uzavření či extrémního zúžení vnitřní tepny zásobující příslušnou oblast. Diagnóza musí být potvrzena typickým vzestupem biochemických markerů nekrózy myokardu (Troponin T či I, CK-MB, případně myoglobin, AST, LDH, CK) při současně přítomnosti alespoň jednoho z následujících kritérií:

- klinické příznaky ischemie (bolesti na hrudi),
  - vývoj patologických Q vln na EKG,
  - EKG změny svědčící pro ischemii (ST elevace či deprese).
- Diagnóza musí být stanovena na specializovaném pracovišti (kardiologie, interna) a doložena lékařskou zprávou.

Výluky z plnění:  
Angina pectoris a jiné formy ischemické choroby srdeční.

#### 2. OPERACE VĚNČITÝCH TEPEŇ

Operaci věnčitých tepen pro ischemickou chorobu srdeční ve smyslu tohoto pojistění se rozumí kardiochirurgický výkon – minimálně dvojnásobný koronární bypass s použitím cévního štěpu (transplantátu), provedený při otevřeném hrudníku. Indikací musí být koronarograficky prokázána funkčně významná nedostatečnost věnčitých tepen. Provedení výkonu musí být doloženo operačním protokolem, nebo propouštěcí zprávou z kardiochirurgie.

Výluky z plnění:

Angioplastika a ostatní intraarteriální výkony provedené katetrizační nebo laserovou technikou.

#### 3. OPERACE SRDEČNÍ CHLOPNĚ

Operaci srdečních chlopní se ve smyslu tohoto pojistění rozumí náhrada srdeční chlopně (mitrální, pulmonální, trikuspidální a aortální) na základě získané 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 kardiochirurgie.

Výluky z plnění:

Valvuloplastika a vrozené vady chlopní.

#### 4. ZÍSKANÉ CHRONICKÉ SRDEČNÍ ONEMOCNĚNÍ

Získaným chronickým srdečním onemocněním ve smyslu tohoto pojistění se rozumí trvalé funkční nebo morfologické poškození

srdce (myokardu, perikardu, endokardu včetně chlopní) nevyžadující operační zákrok. Podmínkou je závažnost onemocnění vyžadující trvalou medikaci a dispenzarizaci pro přetrvávající klinické obtíže chronického rázu s funkční závažností srdečního selhávání hodnocené podle klasifikace NYHA Třída III–IV, nebo EF ≤ 20%. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (interná, kardiologie).

#### 5. CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

Cévní mozkovou příhodou ze smyslu tohoto pojištění se rozumí stanovení diagnózy intracerebrálního nebo subarachnoidálního krvácení a nebo mozkové ischemie, vedoucí k objektivně stanovenému neurologickému postižení a hodnotitelné známky tohoto postižení jsou přítomny ještě po uplynutí 3 měsíců po akutní mozkové příhodě. Diagnóza musí být potvrzena typickými klinickými příznaky a CT nebo MRI vyšetřením. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (neurologie). Vyloučena je přechodná ischemická příhoda (TIA).

#### 6. ZHOUBNÉ NÁDORY (RAKOVINA)

Zhoubným nádorem (rakovinou) ze smyslu tohoto pojištění se rozumí diagnóza potvrzená jednoznačným histologickým nálezem, hodnocená podle mezinárodní klasifikace TNM. Pojem rakovina zahrnuje i leukémii, maligní lymfomy, sarkomy, Hodgkinovu nemoc st. II. a vyšší, melanom kůže hodnocený pT1 (Clark II.) a vyšší, zhoubné nádory mozku. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště. Byl-li proveden chirurgický výkon, je nutné doložit operační protokol.

Výluky z plnění:

- všechny nádory popsané jako a) premalignity (včetně dysplázie děložního hrdla CIN I, CIN II, CIN III), b) definované jako „in situ“, c) rakovina kůže dle TNM T1, T2, T3, T4

II. nádory související s HIV pozitivitou.

#### 7. NEZHOUBNÝ NÁDOR MOZKU

Nezhoubným nádorem mozku ze smyslu tohoto pojištění se rozumí solidní nezhoubný nádor mozkové tkáně, který vyžaduje operační zákrok. V případě, že je nádor inoperabilní, musí způsobovat svým růstem příznaky trvalého neurologického poškození. Diagnóza a možnost léčebného řešení, musí být doložena lékařskou zprávou z neurochirurgie, případně neurologie. Byl-li proveden chirurgický výkon, je nutné doložit operační protokol.

#### 8. MENINGITIDA

Meningitidou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí zánět mozkových blan bakteriálního nebo virového původu. Onemocnění musí vést k trvalé neschopnosti samostatného pohybu, nebo k trvalé neschopnosti aktivit běžného života splňující kritéria příznaků plného invalidního důchodu. Diagnóza musí být stanovena na odborném pracovišti – neurologie (infekce) a dokumentována neurologickým nálezem trvajícím po dobu nejméně 3 měsíců. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště.

#### 9. ENCEFALITIDA

Encefalitidou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí zánět mozkové tkáně bakteriálního (pneumokoková, meningokoková...) nebo virového původu. Následky a komplikace zánětu musí vést k trvalé neschopnosti samostatného pohybu nebo k trvalé neschopnosti aktivit běžného života splňující kritéria příznaků plného invalidního důchodu. Diagnóza musí být stanovena na odborném pracovišti – neurologie (infekce) a dokumentována neurologickým nálezem trvajícím po dobu nejméně 3 měsíců. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště.

#### 10. KLÍŠTOVÁ MENINGOENCEFALITIDA

Klíštovou meningoencefalitidou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí zánět mozkových blan a mozkové tkáně. Následky a komplikace zánětu musí vést k trvalé neschopnosti samostatného pohybu nebo k trvalé neschopnosti aktivit běžného života splňující kritéria příznaků plného invalidního důchodu. Diagnóza musí být stanovena a laboratorně potvrzena příslušným odborným pracovištěm – neurologie (infekce) a dokumentována neurologickým nálezem trvajícím po dobu nejméně 3 měsíců.

#### 11. 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 ledviny. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (interná, nefrologie).

#### 12. 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 dřené (u kostní dřené 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 České republiky.

Výluky z plnění:

Transplantace ostatních orgánů nebo jejich částí a transplantace tkání.

#### 13. SLEPOTA

Slepotou ze smyslu tohoto pojištění se rozumí úplná a nevrátná ztráta zraku obou očí následkem nemoci nebo úrazu, bez ohledu, zda ke ztrátě zraku došlo na obou očích najednou či postupně, zda se jedná o poruchu centrálního či periferního původu. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (oftalmologie) a potvrzena vyšetřením visu.

#### 14. HLUCHOTA

Hluchotou ze smyslu tohoto pojištění se rozumí úplná a nevrátná ztráta sluchu obou uší (nemožnost příjmu zvukových informací) 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.

#### 15. ONEMOCNĚNÍ HIV ZÍSKANÉ PŘI TRANSFUZI KRVE

Onemocněním HIV ze smyslu tohoto pojištění se rozumí nákaza virem HIV přenesená do organismu prokazatelně pouze cestou krvěné transfuze. Přenos onemocnění musí být doložen písemným uznáním odpovědnosti instituce, která provedla transfuzi, nebo soudním rozhodnutím s doložkou právní moci, které takovou odpovědnost potvrzuje.

Výluky z plnění:

Diagnostikovaná hemofilie.

#### 16. LYMSKÁ BORELIÓZA

Lymfskou boreliózou ze smyslu tohoto pojištění se rozumí stanovení diagnózy onemocnění ve II. a III. stadiu nemoci laboratorně potvrzené příslušným odborným pracovištěm – neurologie (infekce). Musí být dokumentována přítomnost klinických příznaků, sérologickým vyšetřením krve a případně dle lokalizace postižení vyšetřením moz-

kovšního moku nebo kloubního punktátu. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště.

#### 17. APLASTICKÁ ANÉMIE

Aplastickou anémií se ve smyslu tohoto pojištění rozumí selhání funkce kostní dřene, v jehož důsledku je v krvi nedostatek červených i bílých krvinek a krvěných destiček. Onemocnění musí splňovat jednu z podmínek: 1. pravidelné krvěné transfuze po dobu nejméně dvou měsíců, 2. pravidelnou aplikaci imunosupresivních látek po dobu nejméně dvou měsíců, 3. transplantace kostní dřene, nebo zařazení do jejího programu. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště – hematologie.

Výluky z plnění:

Vrozená aplastická anémie.

#### 18. CHRONICKÁ VIROVÁ HEPATITIDA

Chronickou virovou hepatitidou ze smyslu tohoto pojištění rozumí stav po prodělaném závažném onemocnění jater způsobeném virem hepatitidy, které přeložilo do chronického stadia (nezáleží na typu viru). Patologické laboratorní hodnoty (příkaz viru, protilátka, jaterní testy) musí přetrvávat nejméně po dobu 6 měsíců od vzniku onemocnění. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (infekce, interna, hepatologická poradna).

Výluky z plnění:

Onemocnění hepatitidou typu B, C v důsledku aplikace návykových látek.

#### 19. REVMATICKÁ HOREČKA

Revmatickou horečkou ze smyslu tohoto pojištění rozumí autoimunitní reakce na protilátky tvořené proti bakteriím beta hemolytického streptokoka s potvrzenými komplikacemi v důsledku postižení – srdce (perikardu, epikardu, myokardu, endokardu včetně chlopní) s klinickými příznaky funkční závažnosti srdečního selhávání hodnocené podle klasifikace NYHA třídy II–IV., nebo kloubů (opakovaná záněty kloubů, deformace kloubů). Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (interná, kardiologie, revmatologie).

#### 20. ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA

Roztroušenou sklerózou ze smyslu tohoto pojištění se rozumí onemocnění postihující ložiska bílé hmoty centrálního nervového systému (CNS – mozku a 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).

#### 21. SYSTÉMOVÁ SKLERODERMIE

Systémovou sklerodermií ve smyslu tohoto pojištění se rozumí chronické autoimunitní onemocnění pojiva (fibrotizace vaziva) s postižením kůže, kloubů, svalů a vnitřních orgánů, především trávicího ústrojí, plic, srdce nebo ledvin. Diagnóza musí být stanovena příslušným odborným lékařem na základě klinických příznaků, histologického vyšetření a laboratorních testů.

Výluky z plnění:

Postižení pouze kůže, svalů, kloubů.

Jiná nedefinovaná systémová onemocnění pojiva.

#### 22. PARKINSONOVA CHOROBA DO VĚKU 65 LET

Parkinsonovou chorobou ve smyslu tohoto pojištění se rozumí neurodegenerativní onemocnění centrální nervové soustavy s nadměrným úbytkem nervových buněk v příslušné části mozku produkujících dopamin (přenašeč signálů mezi nervovými buňkami). Jeho nedostatek vede k neschopnosti ovládat a kontrolovat své pohyby. 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 být minimálně po dobu 3 měsíců. Diagnóza musí být stanovena příslušným odborným lékařem a doložena výsledky provedených diagnostických vyšetření.

#### 23. ALZHEIMEROVA CHOROBA DO VĚKU 65 LET

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 (kongnitivních) funkcí, úbytku paměti, vnímání, intelektu, řeči, orientace v čase a prostoru takového stupně, že brání výkonu povolání a schopnosti zvládnutí aktivit běžného života a kontaktu 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 (standardní psychodiagnostické testy).

Výluky z plnění:

Demence následkem zneužívání alkoholu.

#### 24. SYSTÉMOVÝ LUPUS ERYTHEMATOSUS

Systémový lupus erythematodes ze smyslu tohoto pojištění je multiorgánové autoimunitní onemocnění s tvorbou autoprotilátek (difúzní onemocnění pojivové tkáně) projevující se specifickým orgánovým postižením kůže, kloubů, plic, srdce, ledvin, mozku, krevetvorby, cév. Diagnóza musí být stanovena příslušným odborným lékařem na základě klinických příznaků, laboratorních vyšetření a splnění definovaných diagnostických kritérií.

Výluky z plnění:

Onemocnění s pouze s kožním postižením.

Jiná systémová onemocnění.

#### 25. BŘIŠNÍ TYFUS

Břišním tyfem se ve smyslu tohoto onemocnění rozumí infekční onemocnění způsobené bakterií Salmonella typhi, získané požitím kontaminovaných potravin a tekutin, případně nákazou získanou od bacilonosiče. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (infekce) a příkazem infekčního agens mikrobiologickým vyšetřením. Musí se jednat o těžší formu onemocnění provázenou vysokými teplotami, krvavými průjmy, komplikacemi popsány v lékařské zprávě odborného pracoviště (komplikace: např. krvácení do střev, zánět pobřišnice, kostní dřené...).

Výluky z plnění:

Pojištěný, který nebyl očkován.

Onemocnění Paratyfem A, B, C.

Bacilonosiče.

#### 26. TBC

Tuberkulóza ze smyslu tohoto onemocnění rozumí infekční onemocnění způsobené Mycobakterií tuberculosis (Kochův bacil), získané nákazou od infikované osoby nebo požitím kontaminované potraviny (mléko...). Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (infekce, odborné oddělení dle konkrétního napadeného orgánu – plice, ledviny, kosti, mozkové obaly...) laboratorní kultivací nebo mikroskopickou detekcí Kochova bacilu.

Výluky z plnění:

Pojištěný, který nebyl řádně očkován dle platného očkovacího kalendáře.

Abusus návykových látek, diagnostikovaná pozitivita HIV.

#### 27. OPERACE AORTY

Operaci aorty se ve smyslu tohoto pojištění rozumí chirurgický zákrok na hrudní nebo břišní aortě po potvrzení výskytu aneurysmatu. Chirurgický výkon musí být proveden při otevřeném hrudníku či břišní dutiny s použitím náhradního „graftu“. Provedení výkonu musí být doloženo operačním protokolem nebo propouštěcí zprávou z kardiochirurgie.

Výluky z plnění:

Endovaskulární způsob operace, úprava aorty v důsledku aterosklerotických změn, vrozené zúžení aorty a traumatické poškození.

#### 28. KARDIOMYOPATIE

Kardiomyopatií (onemocnění srdeční svaloviny – myokardu) se ve smyslu tohoto pojištění rozumí pozánětlivé infekční postižení myokardu. Diagnostika musí být stanovena na základě EKG, echokardiografie a katetrizace, eventuelně biopsie. Musí se jednat o postižení s výraznými klinickými příznaky – podle klasifikace NYHA třídy III–IV. Diagnóza musí být potvrzena lékařskou zprávou z kardiologie obsahující výsledky speciálních vyšetření.

Výluky z plnění:

Kardiomyopatie zapříčiněná genetickými nebo toxickými vlivy.

#### 29. TETANUS

Tetanem ve smyslu tohoto pojištění se rozumí akutní infekce způsobená bakterií Clostridium tetani.

Podmínkou vzniku práva na plnění je, aby onemocnění vedlo ke svalové ochablosti a respirační nedostatečnosti trvajících po dobu nejméně čtyř týdnů potvrzené odborným lékařem a byla nutná léčba za hospitalizace. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště.

Výluky z plnění:

Nebylo provedeno základní očkování a přeočkování v řádném termínu.

#### 30. POPÁLENINÝ

Popáleninami ve smyslu tohoto pojištění jsou popáleniny III. stupně v rozsahu postižení minimálně 40 % povrchu těla. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (centrum popálenin), popisující rozsah a lokalitu postižení.

#### 31. OCHRNUTI – paraplegie, tetraplegie, hemiplegie

Ochrnutím ve smyslu tohoto pojištění se rozumí úplná a nevrátná ztráta schopnosti aktivního volného pohybu obou horních nebo dolních končetin, všech končetin nebo poloviny těla následkem nemoci. Podmínkou vzniku práva na plnění je doba trvání onemocnění minimálně 6 měsíců. Diagnóza musí být stanovena specializovaným pracovištěm a doložena zprávou a výsledky provedených vyšetření.

Výluky z plnění:

Plegie následkem úrazu.

#### 32. MORBUS BECHTĚREV

Bechtěrevovou nemocí se ve smyslu tohoto pojištění rozumí závažné onemocnění páteře s příkazem antigenu HLA-B 27 (ankylozující spondylitida páteře). Podmínkou vzniku práva na plnění je onemocnění v pozdním stadiu choroby potvrzené rentgenovým snímkem, vyšetřením CT nebo MR 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.

#### 33. CIRHÓZA JATER

Cirhózou jater se ve smyslu tohoto pojištění rozumí chronické jaterní onemocnění charakterizované nekrózou jaterních buněk, novotvořením uzlů ze zbylých hepatocytů a zvýšenou tvorbou vaziva po prodělané hepatitidě typu B, C. Podmínkou vzniku práva na plnění jsou výrazné klinické příznaky typické pro pozdní irreverzibilní stadium nemoci (otoky, ascites, jicnové varixy) a odpovídající histologický nále. Diagnóza musí být potvrzena lékařskou zprávou s popsáním anamnestickými údaji a výsledky biochemických vyšetření krve, biopsie jater, UZ případně CT, MR nebo ERCP vyšetření jater.

Výluky z plnění:

Cirhóza způsobená abusem alkoholu a toxických látek.

## ČLÁNEK 4 POJIŠTĚNÍ KRITICKÝCH ONEMOCNĚNÍ

### Bod 1 Rozsah nároků

- Dojde-li v době trvání pojištění k pojistné události z pojištění kritických onemocnění a jsou splněny podmínky definované u tohoto kritického onemocnění podle bodu 6 tohoto článku, nejdříve po šesti měsících od sjednání pojištění kritických onemocnění, vyplátí pojistitel pojištěnému sjednanou pojistnou částku kritických onemocnění a toto pojištění zanikne.
- Je-li kritické onemocnění diagnostikováno dříve než za 6 měsíců od uzavření pojistné smlouvy nebo od sjednání pojištění kritických onemocnění, právo na výplatu pojistného plnění kritických onemocnění nevzniká a pojištění kritických onemocnění zaniká. Pojistitel přestane od nejbližšího účtovacího období strhávat z kapitálové hodnoty rizikové pojistné za pojištění kritických onemocnění. Sjednané základní pojištění zůstává beze změny.
- Je-li sjednaný zánik povinnosti platit běžné pojistné s pojištěním kritických onemocnění a dojde-li ke kritickému onemocnění, za které pojistitel poskytne pojistné plnění podle bodu 1.1., zaniká od nejbližší splatnosti po dni vzniku kritického onemocnění povinnost platit běžné pojistné za základní pojištění, úrazová pojištění a pojištění pro případ nemoci, přičemž zůstávají zachovány veškeré nároky z pojistné smlouvy
- Pro pojištění kritických onemocnění se použije článek 20 VPP ŽP obdobně.

### Bod 2 Pojistná částka

- Pojistná částka pojištění kritických onemocnění je uvedena v pojistné smlouvě.

### Bod 3 Pojistné plnění

- Dojde-li během trvání pojištění kritických onemocnění ke snížení pojistné částky pojištění kritických onemocnění, vzniká právo na pojistné plnění ve výši snížené pojistné částky pojištění kritických onemocnění nejdříve v den účinnosti této změny.

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

### Bod 4 Pojistné

Dojde-li k pojistné události z pojištění kritických onemocnění, pojistitel přestává od nejbližšího zúčtovacího období strhávat z kapitálové hodnoty rizikové pojistné za riziko kritického onemocnění.

### Bod 5 Zánik pojištění

**5.1.** Zánikem pojištění pro případ smrti nebo dožití zaniká i pojištění kritických onemocnění.

### Bod 6 Definice kritických onemocnění

#### 1. OPAKOVANÝ INFARKT MYOKARDU

Opakovaným infarktem myokardu ve smyslu tohoto pojištění je stanoven v pořadí 3. a další akutní ložisková transmuralní nekroza srdečního svaly neboli Q infarkt, prokázaný v kardiologickém nebo interním zdravotnickém zařízení, ve stadiu funkční klasifikace srdečního selhání podle NYHA – třída III.–IV. Závažnost onemocnění musí být doložena lékařskou zprávou z kardiologie.

#### 2. COR PULMONALE

Cor pulmonale ve smyslu tohoto pojištění je diagnostikované chorobné zvětšení pravé srdeční komory (zbyttné svaloviny a rozšíření komorové dutiny) způsobené plicní hypertenzí v důsledku závažných plicních onemocnění, nebo v důsledku primární plicní hypertenze, projevující známky selhání funkce pravé komory ve stadiu klasifikace srdečního selhání podle NYHA – třída III.–IV. Výluky:

Druhotné zvětšení pravé komory při:

- levostranném srdečním selhání,
- vrozených srdečních vadách nebo získaných chlopenních vadách.

#### 3. RAKOVINA V POZDNÍM STADIU

Rakovinou v pozdním stadiu ve smyslu tohoto pojištění je stanovená diagnóza zhoubného nádoru s nálezem uzlinových a vzdálených metastáz a nebo recidivujícího zhoubného nádoru s infastní prognózou. Diagnóza musí být potvrzena jednoznačným histologickým nálezem s hodnocením dle TNM klasifikace a doložena lékařskou zprávou z onkologie.

## 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“) nebo formu měsíční invalidní renty, podle toho, co bylo sjednáno v pojistné smlouvě.

#### Měsíční invalidní renta

- Byla-li sjednána výplata měsíční invalidní renty, začne pojistitel vyplácet pojistnému měsíčně sjednanou výši měsíční invalidní renty, jsou-li splněny podmínky uvedené v čl. 21 VPP ZP.
- Výplata měsíční invalidní renty počíná ode dne nejbližší splatnosti pojistného po přiznání invalidního důchodu 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 a pojistná smlouva trvá. Výplata měsíční invalidní renty končí uplynutím doby, na kterou bylo placení pojistného sjednáno, nejpozději však dnem, kdy pojištěný dosáhne věku 65 let.
- Pojištění výplaty měsíční invalidní renty končí nejpozději den před výročním dnem počátku pojištění v kalendářním roce, ve kterém pojištěný dosáhne věku 60 let. Došlo-li k zahájení výplaty měsíční invalidní renty před tímto dnem, je pojištěnému renta vyplácena i nadále, pokud jsou splněny ostatní podmínky pro trvání výplaty měsíční invalidní renty. Po ukončení pojištění výplaty měsíční invalidní renty pojistitel přestává od nejbližšího zúčtovacího období strhávat z kapitálové hodnoty rizikové pojistné za pojištění výplaty měsíční invalidní renty.
- Pojistník je na žádost pojistitele povinen prokázat, že invalidní důchod je pojistnému dále vyplácen.
- 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 dva roky. Pojistitel si v takovém případě vyhrazuje právo v souladu se stavem pojištění změnít odpovídajícím způsobem pojistné technické parametry pojištění.
- Je-li invalidní důchod přiznán výlučně v důsledku úrazu, který splňuje požadavky uvedené ve VPP ÚP, nevychází se splnění podmínek dvou let trvání pojištění podle čl. 21 VPP ZP.

#### Zproštění od placení pojistného

- Bylo-li sjednáno zproštění od placení pojistného, je pojistník zproštěn povinností platit běžné pojistné za sjednaná pojištění, jsou-li splněny podmínky uvedené v čl. 21 VPP ZP.
- Zproštění od placení pojistného počíná ode dne nejbližší splatnosti pojistného po přiznání invalidního důchodu 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 pojistná smlouva trvá. Zproštění od placení běžného pojistného končí uplynutím doby, na kterou bylo placení pojistného sjednáno, nejpozději však dnem, kdy pojištěný dosáhne věku 65 let. Je-li pojištění sjednáno na dobu delší, než dosažení věku 65 let pojištěného, může pojištěný požádat o předčasné ukončení celého pojištění.

- Pojištění zproštěn od placení pojistného končí nejpozději den před výročním dnem počátku pojištění v kalendářním roce, ve kterém pojištěný dosáhne věku 60 let. Došlo-li ke zproštění od placení pojistného před tímto dnem, je pojistník i nadále zproštěn od placení pojistného, pokud jsou splněny ostatní podmínky pro trvání zproštění od placení pojistného. Po ukončení pojištění zproštění od placení pojistného pojistitel přestává od nejbližšího zúčtovacího období strhávat z kapitálové hodnoty rizikové pojistné za pojištění zproštěn od placení pojistného.
- Pojistník je na žádost pojistitele povinen prokázat, že invalidní důchod je pojistnému dále vyplácen.
- Zproštění od placení pojistného se vztahuje na běžné pojistné za poslední pojistné období před přiznáním invalidního důchodu, není-li uvedeno jinak.
- 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.
- Dojde-li během trvání pojištění ke zvýšení běžného pojistného z jiného důvodu než indexace pojištění, je pojistník zproštěn od placení pojistného ve výši zvýšeného 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 lhůtového pojistného za dva roky. Pojistitel si v takovém případě vyhrazuje právo v souladu se stavem pojištění změnít odpovídajícím způsobem pojistné technické parametry pojištění.
- 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 ÚP, a k němuž došlo nejdříve v den účinnosti zvýšení pojistného.

### Bod 2 Zánik pojištění

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

## ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ

### ČLÁNEK 6 ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ DOSPĚLÉHO POJIŠTĚNÉHO

### Bod 1 Rozsah nároků

Dojde-li v době trvání pojištění k úrazu 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 trvalou invaliditu následkem úrazu, za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem.

### Bod 2 Plnění za smrt následkem úrazu

- 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.
- 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.
- 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 a neplatil pojistné ve správné výši.
- 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 § 51 odst. 2 a 3 ZPS.

### Bod 3 Plnění za smrt následkem úrazu v motorovém vozidle

- 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.
- Byla-li v době trvání pojištění při provozu motorového vozidla (určeného pro přepravu osob) s maximálním počtem 7 sedadel způsobena pojištěnému smrt úrazem, která nastala nejpozději do tří let ode dne úrazu, vyplatí pojistitel sjednanou pojistnou částku za smrt následkem úrazu v motorovém vozidle.
- 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 a neplatil pojistné ve správné výši.
- 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 § 51 odst. 2 a 3 ZPS.
- Pojistnou událostí ve smyslu znění čl. 11 VPP ÚP je smrt následkem úrazu pojištěného, která nastala během trvání pojištění při dále uvedené činnosti. Odchylně od čl. 11 odst. 2 VPP ÚP se pojištění vztahuje na pojistné události, které utrpěl pojištěný při provozu motorového vozidla.
- Pojištění se vztahuje na úrazy, které způsobily smrt pojištěného 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, 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,
  - úrazy dopravovaných osob při odstraňování běžných poruch motorového vozidla, vzniklých během jízdy.
- Pojištění se nevztahuje na:
  - úrazy osob dopravovaných na místech motorového vozidla, která nejsou určena k dopravě osob (blatník, kapota apod.),

- úrazy při účasti motorového vozidla na rychlostních závodech a na závodech s rychlostní vložkou (včetně tréningu),
- úrazy při provádění typových zkoušek rychlosti, brzd, zvratu a stability motorového vozidla, dojezdů s největší rychlostí, zájezdů apod.,
- úrazy při nakládání a vykládání nákladu,
- úrazy osob dopravovaných ve vozidlech autoškoly, taxil služby, rychlé záchranné služby, motokaravanů, autobusů, traktorů, motocyklů a invalidních vozíků,
- úrazy osob dopravovaných ve vozidlech, která neslouží k dopravě osob, např. silniční válce, buldozery,
- 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“) a podle výše sjednané pojistné částky. Do oceňovacích tabulek je možné nahlédnout na obchodních místech pojistitele.
- Zanechá-li úraz pojištěnému trvalé následky, vyplatí pojistitel z pojistné částky tolik procent, kolika procentům odpovídá po jednotlivých tělesných poškozeních 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 pojištěnému na jeho požádání přiměřenou zálohu.
- Týká-li-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.
- Způsobil-li jediný úraz pojištěnému několik trvalých následků, hodnotí pojistitel celkové trvalé následky součtem procent pro jednotlivé následky, nejvýše však 100 %.
- Týká-li-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 pojištěný.
- Požádá-li pojištěný do výplaty plnění za trvalé následky úrazu o výplatu důchodu, pojistitel začne vyplácet namísto jednorázového plnění doživotní nebo časově omezený důchod, který může být vyplácen po dobu 5 nebo 10 let. Splátka důchodu však nesmí činit méně než 1000 Kč. V případě, že pojištěný zemře v době vyplácení časově omezeného důchodu, pojistitel vyplatí jeho dědicům částku, která odpovídá dosud nevyplaceným splátkám důchodu.
- 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.
- Bez ohledu na to, při jaké činnosti k úrazu došlo, pojistitel sníží pojistné plnění za trvalé následky úrazu v poměru výše pojistného, které bylo placeno, ke správné výši pojistného, 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.
- 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 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 vyplatí plnění za trvalé následky úrazu v závislosti na jejich rozsahu stanoveném v procentech podle oceňovací tabulky B takto:

Rozsah trvalých následků úrazu v %	Násobek stanoveného plnění
do 25 % včetně	1
nad 25 % do 50 % včetně	2
nad 50 % do 75 % včetně	3
nad 75 % do 99 % včetně	4
100 %	5

### Bod 5 Plnění za trvalou invaliditu následkem úrazu

- Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za trvalou invaliditu následkem 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“) a podle výše sjednané pojistné částky. Do oceňovacích tabulek je možné nahlédnout na obchodních místech pojistitele.
- Zanechá-li úraz pojištěnému trvalé následky podle oceňovací tabulky B ve výši nejméně 65 % (po případném snížení podle bodu 5.3.), 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. Výplatu pojistného plnění pojištění trvalé invalidity následkem úrazu tohoto pojištěného zaniká.
- Týká-li-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.
- Týká-li-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 trvalou invaliditu může uplatnit pojištěný nejdříve za jeden rok od data úrazu na příslušném formuláři pojistitele nebo dohodnutým způsobem.

- 5.6.** Jestliže před výplatou plnění za trvalou invaliditu, nejdříve však po 1 roce od data úrazu, pojištěný zemře, vyplátí pojistitel jeho dědicům plnění za trvalou invaliditu, pokud rozsah trvalých následků stanovený k datu jednoho roku od data úrazu splňoval definici uvedenou v bodě 5.2.
- 5.7.** Požádá-li pojištěný do výplaty plnění za trvalou invaliditu o výplatu důchodu, pojistitel začne vyplácet namísto jednorázového plnění doživotní nebo časově omezený důchod, který může být vyplacen po dobu 5 nebo 10 let. Splátka důchodu však nesmí činit méně než 1000 Kč. V případě, že pojištěný zemře v době vyplácení časově omezeného důchodu, pojistitel vyplatí jeho dědicům částku, která odpovídá dosud nevyplaceným splátkám důchodu.
- 5.8.** Bez ohledu na to, při jaké činnosti k úrazu došlo, pojistitel sníží pojistné plnění za trvalou invaliditu v poměru výše pojistného, které bylo placeno, ke správné výši pojistného, 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.
- 5.9.** Právo na plnění za trvalou invaliditu následkem úrazu má pojištěný.

## Bod 6

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

- 6.1. Plnění za dobu nezbytného léčení úrazu (DNL-15)**
- 6.1.1.** 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“), tabulky přepočtového koeficientu a podle výše částky sjednaného denního plnění. Do oceňovacích tabulek je možné nahlédnout na obchodních místech pojistitele.
- 6.1.2.** Dojde-li k úrazu pojištěného a doba, která je podle poznatků vědy obvykle třeba ke zhojení nebo ustálení tělesného poškození způsobeného úrazem (dále „průměrná doba nezbytného léčení“), je delší než dva týdny, vyplátí pojistitel plnění za každý den doby nezbytného léčení, a to do maximálního počtu dní, který odpovídá příslušnému tělesnému poškození stanovenému oceňovací tabulkou A.
- 6.1.3.** Plnění vyplátí pojistitel načítané 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                     |
- 6.1.4.** 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.
- 6.1.5.** Bylo-li pojištěnému způsobeno jedním úrazem několik tělesných poškození, vyplátí pojistitel plnění jen za dobu nezbytného léčení toho poškození, které je hodnoceno v oceňovací tabulce A nejvyšším počtem dní.
- 6.1.6.** Pojistitel poskytuje plnění za dobu nezbytného léčení úrazu nejvýše za dobu jednoho roku.
- 6.1.7.** Za dobu nezbytného léčení úrazu nevzniká právo na plnění, zemře-li pojištěný do jednoho měsíce od úrazu.
- 6.1.8.** Bez ohledu na to, při jaké činnosti k úrazu došlo, pojistitel sníží pojistné plnění za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem v poměru výše pojistného, které bylo placeno, ke správné výši pojistného, 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.
- 6.1.9.** Právo na plnění za dobu nezbytného léčení úrazu má pojištěný.

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

- 6.2.1.** 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“), tabulky přepočtového koeficientu a podle výše částky sjednaného denního plnění. Do oceňovacích tabulek je možné nahlédnout na obchodních místech pojistitele.
- 6.2.2.** Dojde-li k úrazu pojištěného a doba, která je podle poznatků vědy obvykle třeba ke zhojení nebo ustálení tělesného poškození způsobeného úrazem (dále „průměrná doba nezbytného léčení“), je delší než dva týdny, vyplátí pojistitel plnění za maximální počet dní, který odpovídá příslušnému tělesnému poškození stanovenému oceňovací tabulkou A, bez ohledu na skutečnou dobu léčení.
- 6.2.3.** Plnění vyplátí pojistitel načítané 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                     |
- 6.2.4.** Bylo-li pojištěnému způsobeno jedním úrazem několik tělesných poškození, vyplátí pojistitel plnění jen za dobu nezbytného léčení toho poškození, které je hodnoceno nejvyšším počtem dní v oceňovací tabulce A.
- 6.2.5.** Pojistitel poskytuje plnění za dobu nezbytného léčení úrazu nejvýše za dobu jednoho roku.
- 6.2.6.** Za dobu nezbytného léčení úrazu nevzniká právo na plnění, zemře-li pojištěný do jednoho měsíce od úrazu.
- 6.2.7.** Bez ohledu na to, při jaké činnosti k úrazu došlo, pojistitel sníží pojistné plnění za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem v poměru výše pojistného, které bylo placeno, ke správné výši pojistného, 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.
- 6.2.8.** Právo na plnění za dobu nezbytného léčení úrazu má pojištěný.

## Bod 7

### Společná ustanovení k pojistnému plnění

- 7.1.** 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 sport. Přepřelacené pojistné se nevrací.
- 7.2.** Pojistitel není povinen z pojistné smlouvy plnit, jestliže pojištěný neodpovídá 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.
- 7.3.** 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.

## Bod 8

### Zánik pojištění

- 8.1.** Zánikem pojištění pro případ smrti nebo dožití zaniká i úrazové pojištění.
- 8.2.** Úrazové pojištění končí nejpozději den před výročním dnem počátku pojištění v kalendářním roce, ve kterém pojištěný dosáhne věku 70 let, výše celkového pojistného se nemění a část pojistného za úrazové pojištění bude uhrazena jako pojistné za pojištění pro případ smrti nebo dožití. Předchozí věta neplatí, bylo-li úrazové pojištění sjednáno pro pojištěného se vstupním věkem 70 let a vyšším.

## Bod 9

### Rizikové skupiny pojištěných podle vykonávaného povolání pro úrazové pojištění dospělých

- 9.1. Riziková skupina 1** zahrnuje pracovníky, kteří se zabývají duševní činností, řídicí 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 nevýrobní činností.
- 9.2. Riziková skupina 2** zahrnuje ostatní pracovníky s výrobní či manuální činností, popř. pracovníky vystavené při nevýrobní činnosti zvýšenému riziku (např. řidiče z povolání), profesionální sportovce bez VRČ.
- 9.3. Riziková skupina 3** zahrnuje pracovníky, kteří vykonávají pracovní činnosti s vysokým rizikem úrazu, např.: práce v hlubinových dolech; záchranné a havarijní práce baňšské záchranné služby; příslušníků veřejné a závodní požární ochrany; členů horské záchranné služby; práce s výbušninami; práce pyrotechniků; práce železničnických posunovačů; práce ve výškách, prováděné v nucených polohách bez pracovních plošin, z provozových žebříků, visutých sedaček v závěsu na ochranném pásu a v omezeném prostoru na pracovní lávce, vesměs ve výškách nad 10 metrů; práce s vysokým rizikem akutních otrav při zaslepení a odslepení plynodvorných potrubí s generátorem plynem, svítivým apod., při čištění nádrží, cisteren apod., od chemických lučebnin a zvlášť nebezpečných jedů; práce s vysokým rizikem popálenin v důsledku vysoké teploty pracovního prostředí, jako jsou práce při havarijních vnitřních opravách žárudvorných vyzdívek a pecí, práce se žhavými kovy apod.; práce pod vodou, při níž je nezbytné používat potápěčho dýchacího přístroje (při záchranných pracích, při údržbě přehradních hrází, v kesonech); činnost artistů, kaskadérů, krotitelů zvířet; činnost výzkumná a badatelská v neprobádaných krajinách; činnost při zajištění motorových vozidel a při provádění typových zkoušek; činnost továrních jezdců motorových vozidel a plavidel.
- 9.4. Vysoce riziková činnost (VRČ)**

Do skupiny vysoce rizikových činností (VRČ) patří všechny druhy sportů, které pojištěný provozuje jako aktivní účastník organizovaných soutěží s výjimkou aerobiku, agility, akrobatického rock'n'rollu, atletiky, badmintonu, baseballu, běhu na lyžích, bowlingu, break dance, curlingu, footbagu, frisbee, golfu, hasičského sportu, historického šermu, intercrosu, jachtingu, jezdeckví psích spřežení, kanostiky, krasobruslení, kriketu, kulečnicku, kulturistiky, kuleže, lacrossu, lukostřelby, mažoretke, metané, minigolfu, moderní gymnastiky, orientačního běhu, paint ballu, páky – přetlačování rukou, petanque, plavání, rekreačního potápění bez dýchacích přístrojů, ricochetu, roztleskávaček (cheerleading), rybařského sportu, rychlobruslení, skycrossu, softballu, sportovního lezení po umělých stěnách, sportovní střelby, squashu, strečinku, stolního tenisu, šachů, šipek, tenisu, turistiky, veslování, závodů dračích lodí a závodního tance. Do skupiny vysoce rizikových činností se rovněž zařazují všechny osoby, které provozují jakýkoli druh bojového umění. Do této skupiny sportů (VRČ) se nezahrnují činnosti vyloučené z úrazového pojištění čl. 13 písm. d), e), f), g) VPP ÚP.

- 9.5.** Pojištěný je povinen oznámit bez zbytečného odkladu pojistiteli změnu povolání, jestliže jeho nové povolání patří do jiné rizikové skupiny, než do které byl zařazen. 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 10

### Extrémní sporty

- 10.1.** Je-li sjednáno připojištění extrémních sportů, vyplátí pojistitel plnění podle sjednaných druhů plnění i za takový úraz, k němuž dojde:
- při výjimečném turistice (s výjimkou expedic do nadmořské výšky 6000 m a výše nebo do Antarktidy, Arktidy a Grónska),
  - při výkonu horolezeckého sportu (s výjimkou horolezečských expedic do nadmořské výšky 6000 m a výše),
  - při potápění s nutností dýchacího přístroje maximálně do hloubky 40 m (s výjimkou jekynního potápění),
  - při provozování jiných extrémních, tzv. adrenalinových sportů (s výjimkou účasti na místních, republikových a mezinárodních závodech a soutěžích, včetně tréninků, v klasickém nebo sjedzdomém lyžování, snowboardingu, jízdě na bobech, skibobech, skeleto-

- nech nebo sáňkovaní; létání s bezmotorovými letadly, větroni s pomocným motorem a ultralehkými letadly, závěsného létání; při freestylingu (v jakémkoliv sportu); paraglidingu, při seskokách a letech s padákem z letadla i z výšiny; řízení motorového vozidla při automobilových nebo motocyklových soutěžích a při přípravě na ně, to platí i pro spolujezdce v takovém vozidle; řízení motorového vozidla, pro něž pojištěný neměl v době pojistné události řidičské oprávnění).
- 10.2.** Podmínkou výplaty pojistného plnění za činnosti uvedené v bodě 10.1. písm. a) a b) je, že pojištěný použil vybavení (výstroj a vyzbroj) odpovídající náročnosti zdolávaného terénu. Podmínkou výplaty pojistného plnění za činnosti uvedené v bodě 10.1. 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.
- 10.3.** Pojištěný, příp. oprávněná osoba jsou povinni předložit 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 vlastní příslušné oprávnění k provozování činnosti (např. licence) nebo se jednalo o provozovatele s příslušným oprávněním k provozování činnosti. Nebyly-li uvedené podmínky a povinnosti splněny, právo na pojistné plnění nevznikne.

## Bod 11

### Profesionální sportovci

Profesionálním sportovcem se rozumí ten sportovec, který za provozování sportovní činnosti zařazené do skupiny vysoce rizikových činností bere příjem ze závislé činnosti (pracovního poměru) nebo ten sportovec, který za provozování sportovní činnosti pobírá příjmy z nezávislé činnosti.

## ČLÁNEK 7 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, za trvalou invaliditu následkem úrazu, za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem, za hospitalizaci následkem úrazu.

## 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, vyplátí pojistitel pojistnou částku za smrt následkem úrazu.
- 2.3.** Dojde-li ke smrti pojištěného dítěte následkem úrazu, právo na plnění má pojištitel. Nenabyl-li pojištitel tohoto práva, nabývají ho osoby určené podle ustanovení § 51 odst. 2 a 3 zákona o pojistné smlouvě ve vztahu k pojištěnému dítěti.

## Bod 3

### Plnění za trvalé následky úrazu

- 3.1.** 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“) a podle výše sjednané pojistné částky. Do oceňovacích tabulek je možné nahlédnout na obchodních místech pojistitele.
- 3.2.** Zanechá-li úraz pojištěnému dítěti trvalé následky, vyplátí 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 rozdělení, určí pojistitel výši pojistného plnění tak, aby v rámci daného rozdělení odpovídalo pojistné plnění povaze a rozsahu tělesného poškození způsobeného úrazem.
- 3.3.** 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 na požádání zákonného zástupce pojištěného dítěte přiměřenou zálohu.
- 3.4.** Týkali-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.
- 3.5.** Způsobil-li jediný úraz pojištěnému dítěti několik trvalých následků, hodnotí pojistitel celkové trvalé následky součtem procent pro jednotlivé následky, nejvýše však 100 %.
- 3.6.** Týkali-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.
- 3.7.** Požádá-li o to zákonný zástupce pojištěného dítěte do výplaty plnění za trvalé následky úrazu, pojistitel začne vyplácet namísto jednorázového plnění buď doživotní, nebo časově omezený důchod, který může být vyplacen po dobu 5 nebo 10 let. Splátka důchodu nesmí činit méně než 1000 Kč. V případě, že pojištěné dítě zemře v době vyplácení časově omezeného důchodu, pojistitel vyplatí pojistníkovou částku, která odpovídá dosud nevyplaceným splátkám důchodu. Nenabyl-li pojistník tohoto práva, nabývají ho osoby určené podle ustanovení § 51 odst. 2 a 3 zákona o pojistné smlouvě ve vztahu k pojištěnému dítěti.
- 3.8.** Právo na plnění za trvalé následky úrazu má pojištěné dítě.
- 3.9.** Jestliže před výplatou plnění za trvalé následky úrazu pojištěné dítě zemře, vyplátí pojistitel pojistníkovou 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. Nenabyl-li pojistník tohoto práva, nabývají ho osoby určené podle ustanovení § 51 odst. 2 a 3 zákona o pojistné smlouvě ve vztahu k pojištěnému dítěti.

- 3.10.** Je-li sjednáno progresivní plnění za trvalé následky úrazu, pojistitel vyplátí plnění za trvalé následky úrazu v závislosti na jejich rozsahu stanoveném v procentech podle oceňovací tabulky B takto:
- | Rozsah trvalých následků úrazu v % | Násobek stanoveného plnění |
|------------------------------------|----------------------------|
| do 25 % včetně                     | 1                          |
| nad 25 % do 50 % včetně            | 2                          |
| nad 50 % do 75 % včetně            | 3                          |
| nad 75 % do 99 % včetně            | 4                          |
| 100 %                              | 5                          |

#### Bod 4

##### Plnění za trvalou invaliditu následkem úrazu

- 4.1.** Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za trvalou invaliditu následkem 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“) a podle výše sjednané pojistné částky. Do oceňovacích tabulek je možné nahlédnout na obchodních místech pojistitele.
- 4.2.** Zanechá-li úraz pojištěnému dítěti trvalé následky podle oceňovací tabulky B ve výši nejméně 65 % (po případném snížení podle bodu 4.3.), a to v součtu jednotlivých trvalých následků, pojistitel vyplátí 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. Výplatu pojistného plnění pojištěného dítěte invalidity následkem úrazu tohoto pojištěného dítěte zaniká.
- 4.3.** 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.
- 4.4.** 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.
- 4.5.** Právo na pojistné plnění za trvalou invaliditu může uplatnit zákonný zástupce pojištěného dítěte nejdříve za jeden rok od data úrazu na příslušném formuláři pojistitele nebo dohodnutým způsobem.
- 4.6.** Jestliže před výplatou plnění za trvalou invaliditu, nejdříve však po 1 roce od data úrazu, pojištěné dítě zemře, vyplátí pojistitel pojistníkovi plnění za trvalou invaliditu, pokud rozsah trvalých následků stanovený k datu jednoho roku od data úrazu splňoval definici uvedenou v bodě 4.2.
- 4.7.** Požádá-li zákonný zástupce dítěte o výplatu důchodu do výplaty plnění za trvalou invaliditu, pojistitel začne vyplácet namísto jednorázového plnění doživotní nebo časově omezený důchod, který může být vyplácen po dobu 5 nebo 10 let. Splátka důchodu však nesmí činit méně než 1000 Kč. V případě, že pojištěné dítě zemře v době vyplácení časově omezeného důchodu, pojistitel vyplátí pojistníkovi částku, která odpovídá dosud nevyplaceným splátkám důchodu. Nenabyl-li pojistník tohoto práva, nabývají ho osoby určené podle ustanovení § 51 odst. 2 a 3 zákona o pojistné smlouvě ve vztahu k pojištěnému dítěti.
- 4.8.** Právo na plnění za trvalou invaliditu následkem úrazu má pojištěné dítě.

#### Bod 5

##### Plnění za dobu nezbytného léčení úrazu (denní plnění) DNL-15

- 5.1.** 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“), tabulky přepočtového koeficientu a podle výše částky sjednaného denního plnění. Do oceňovacích tabulek je možné nahlédnout na obchodních místech pojistitele.
- 5.2.** Dojde-li k úrazu pojištěného dítěte a doba, která je podle poznatků vědy obvykle třeba ke zhojení nebo ustálení tělesného poškození způsobeného úrazem (dále „průměrná doba nezbytného léčení“), je delší než dva týdny, vyplátí pojistitel plnění za každý den

doby nezbytného léčení, a to do maximálního počtu dní, který odpovídá příslušnému tělesnému poškození stanovenému v části pro denní plnění oceňovací tabulkou A.

- 5.3.** Plnění vyplátí pojistitel načítané 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                     |
- 5.4.** 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.
- 5.5.** 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.
- 5.6.** Pojistitel poskytuje plnění za dobu nezbytného léčení úrazu nejvýše za dobu jednoho roku.
- 5.7.** Za dobu nezbytného léčení úrazu nevzniká právo na plnění, zemřelo-li pojištěné dítě do jednoho měsíce od úrazu.
- 5.8.** Právo na plnění za dobu nezbytného léčení úrazu má pojištěné dítě.

#### Bod 6

##### Plnění za hospitalizaci následkem úrazu ve dnech (denní plnění)

- 6.1.** 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.
- 6.2.** Dojde-li k úrazu pojištěného dítěte, jehož následkem bylo z lékařského hlediska nezbytné poskytnutí nemocniční lůžkové péče (dále jen „hospitalizace“), vyplátí pojistitel pojistné plnění v závislosti na délce hospitalizace.
- 6.3.** Plnění za hospitalizaci následkem úrazu se poskytuje za hospitalizaci v nemocnici výhradně na území ČR.
- 6.4.** Plnění za hospitalizaci následkem úrazu poskytuje pojistitel maximálně za dobu 365 dnů v průběhu dvou let od data pojistné události (úrazu).
- 6.5.** Plnění se poskytuje za každý kalendářní den hospitalizace následkem úrazu, která je z lékařského hlediska nezbytná. Hospitalizace z lékařského hlediska nezbytná je taková, kdy z hlediska k závažnosti a charakteru úrazu musí být ošetřeni a léčení provedeno v nemocnici na lůžkové části. Za lékařsky nezbytnou hospitalizaci se nepovažuje ústavní pobyt v případě, je-li odůvodněn pouze nedostatkem domácí péče či jinými osobními poměry pojištěného dítěte.
- 6.6.** 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.
- 6.7.** 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.
- 6.8.** Ústavní 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 možné ambulantní ošetření.
- 6.9.** Právo na plnění nevzniká za hospitalizaci v důsledku úrazu za dny, kdy se pojištěné dítě v nemocnici nezdržovalo (přerušení hospitalizace) nebo jestliže nemocniční ošetřování trvalo méně než 24 hodin. Den, kdy bylo pojištěné dítě přijato do nemocničního ošetřování, a den, kdy bylo z tohoto ošetřování propuštěno, se sčítají a považují se za jeden den hospitalizace.
- 6.10.** Pojistitel neposkytne plnění za hospitalizaci následkem úrazu, zemřelo-li pojištěné dítě do jednoho měsíce od úrazu.
- 6.11.** Právo na plnění za hospitalizaci následkem úrazu nevzniká za léčebné pobyty:
- a) v lázeňských zařízeních, léčebnách, centrech 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 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 ošetrovnách a ve vězeňských nemocnicích,
  - g) při používání diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznány.
- 6.12.** Pojištěný je povinen zároveň s vyplněným „Oznámení pojistné události Úraz“ předložit jako doklad k posouzení vzniku nároku na denní plnění za hospitalizaci následkem úrazu potvrzení o délce poskytnuté nezbytné hospitalizace na tomto tiskopise a kopii propouštěcí zprávy.
- 6.13.** V případě dlouhodobé hospitalizace poskytne pojistitel na požádání zákonného zástupce pojištěného dítěte a po předložení příslušných dokladů přiměřenou zálohu na plnění, nejdříve však po uplynutí 1 měsíce od data úrazu.
- 6.14.** Právo na plnění za hospitalizaci následkem úrazu má pojištěné dítě.

#### Bod 7

##### Společná ustanovení

- 7.1.** Úrazové pojištění dítěte končí nejpozději den před výročním dnem počátku pojištění po dovršení 18 let věku dítěte, výše celkového pojistného se nemění a část pojistného za úrazové pojištění bude uhrazována jako pojistné za pojištění pro případ smrti nebo dožití.
- 7.2.** Dojde-li ke smrti pojištěného dítěte do 3 let jeho věku, pojistitel neposkytne pojistné plnění.
- 7.3.** Jestliže pojistník neodpověděl pravdivě a úplně na písemné dotazy pojistitele týkající se zdravotního stavu pojištěného dítěte, a tím způsobil, že pojistitel vyplátí plnění, které by při pravdivě odpovědi vypláceno nebylo, je povinen uhradit pojistiteli částku ve výši tohoto plnění.
- 7.4.** Pojistitel neplní za trvalé následky úrazu, trvalou invaliditu následkem úrazu, dobu nezbytného léčení úrazu, hospitalizaci následkem úrazu, pokud pojištěné dítě utrpí úraz po dovršení 15 let věku při tréninku nebo výkonu sportu zařazeného do skupiny vysoce rizikových činností (VŘČ). 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, běhu na lyžích, bowlingu, break dance, curlingu, footbagu, frisbee, golfu, hasičského sportu, historického šermu, intercrosu, jachtingu, jezdeckví psích spřežení, kanoistiky, krasobruslení, kriketu, kulečnicku, kulturistiky, kuželek, lacrosse, lukostřelby, mažoretěk, metaně, minigolfu, moderní gymnastiky, orientačního běhu, paint ballu, páky – přetlačování rukou, petanque, plavání, rekreačního potápění bez dýchacích přístrojů, ricochetu, rozteskávaček (cheerleading), rybářského sportu, rychlobruslení, skycrossu, softballu, sportovního lezení po umělých stěnách, sportovní střelby, squashe, strečinku, stolního tenisu, šachů, šipek, tenisu, turistiky, veslování, závodů dračích lodí a závodního tance. Do skupiny vysoce rizikových činností se rovněž zařazují všechny osoby, které provozují jakýkoliv druh bojového umění. Do této skupiny sportů (VŘČ) se nezahrnují činnosti vyloučené z úrazového pojištění čl. 13 písm. d), e), f), g) VPP ÚP.

#### Bod 8

##### Zánik pojištění

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

##### POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD NEMOCI

##### ČLÁNEK 8 POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD NEMOCI

Pojištěným v pojištění pro případ nemoci se rozumí 1. pojištěný. Je-li v těchto doplňkových pojistných podmínkách uvedeno „pojištění pro případ nemoci“ rozumí se tím jak pojištění pro případ nemoci sjednané s ČPZ, tak s ČP.

##### Zánik pojištění

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