

Bod 1

Úvodní ustanovení

- 1.1. Pokud pojistnou smlouvou není stanoveno jinak, platí pro toto pojištění ustanovení občanského zákoníku a Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění osob 01/2014 (dále též VPP PO). Pokud bylo pojistnou smlouvou připojištěno i pojištění sjednané s Českou pojistovnou ZDRAVÍ a.s., platí pro ně ustanovení občanského zákoníku a Všeobecné pojistné podmínky pojištění pro případ nemoci a pojištění finančních ztrát č.j.: 01/2014, Zvláštní pojistné podmínky pro obnosové pojištění pracovní neschopnosti č.j.: 04/2014, Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění pobytu v nemocnici č.j.: 06/2014, Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění plateb pojistného při pracovní neschopnosti č.j.: 05/2014, Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění splátek úveru při ztrátě příjmu č.j.: 11/2014. 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.
- 1.3. Právní jednání činí každý z pojištělů (tedy ČP nebo ČPZ) samostatně a týkájí pouze jím sjednaného pojištění, není-li v pojistné smlouvě nebo pojistných podmínkách uvedeno jinak.

Právní jednání týkající se všech sjednaných pojištění (tedy jak s ČP, tak s ČPZ), s dále uvedenou výjimkou, činí pojistník vždy pouze vůči jednomu z pojištělů, a to vůči ČP. Pouze právní jednání týkající se pojistné události (např. oznámení pojistné události, šetření pojistné události) z pojištění sjednaných s ČPZ činí pojistník vůči ČPZ.

- 1.4. Je-li uvedeno v pojistné smlouvě nebo pojistných podmínkách označení pojištění, míní se tím všechna sjednaná pojištění pojistnou smlouvou. Pokud není uvedeno jinak.
- 1.5. Pojistné matematické zásady platné k datu uzavření pojistné smlouvy jsou neměnné po dobu trvání pojištění.

Bod 2

Definice pojmů

- 2.1. **Kapitálovou hodnotou se rozumí aktuální hodnota pojištění a člení se na kapitálovou hodnotu s garantovanou technickou úrokovou mírou a kapitálovou hodnotu negarantovanou.** Kapitálová hodnota se snižuje k 1. dni každého zúčtovacího období o rizikové pojistné za 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 7.1.11. pojistitel stanoví výši kapitálové hodnoty pojištění tvořených podílovými jednotkami vnitřního fondu na základě ceny podílových jednotek vnitřního fondu k datu odkupu všech podílových jednotek.

- 2.2. **Kapitálová hodnota s garantovanou technickou úrokovou mírou se zvyšuje o část zaplaceného běžného pojistného určenou na závažky 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 1,9 %.
- 2.3. **Kapitálová hodnota negarantovaná se skládá z kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou a kapitálových hodnot tvořených podílovými jednotkami vnitřních fondů. Kapitálová hodnota negarantovaná se zvyšuje o část zaplaceného běžného pojistného alokovanou pojistníkem do jednotlivých složek kapitálové hodnoty negarantované.** Kapitálová hodnota negarantovaná se zvyšuje o zaplacené mimořádné pojistné.
- 2.3.1. **Kapitálová hodnota s vyhlášenou úrokovou mírou se zvyšuje o zaplacené pojistné do ní aloko-**

vané a dále se zvyšuje k 1. dni každého zúčtovacího období o měsíční úrok odpovídající ročnímu úročení ve výši uvedené na webových stránkách pojistitele.

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

ČLÁNEK 1 SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

Bod 1 Pojistné

Běžné pojistné

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

Rizikové pojistné

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

Bod 2

Indexace pojištění (zvýšování pojistného se současným zvýšením pojistné částky)

- 2.1. Je-li sjednána (zahrnuta) indexace pojištění, pak pojištění se sjednanou pojistnou dobou 10 let a více zahrnuje indexaci pojištění. S výjimkou případů uvedených pod body 2.6., 2.7., 2.8., 2.9., 2.10., 2.11., 2.12. a 2.13. se pojistné za základní pojištění zvyšuje o procento z pojistného (dále indexační procento) stanovené pojistitelem dle následujících pravidel. Pojistitel je oprávněn navýšit pojistné, pokud za kalendářní rok předcházející indexu růstu spotřebitelských cen publikovaný Českým statistickým úřadem (dále též „index“), dosáhne alespoň hodnoty 2 %. Hodnota indexu se posuzuje pro účely indexace jako jednotlivá hodnota indexu nebo součet hodnot indexů za předchozí neuplatněná období. Pro účely indexace se zohledňují indexy nejvýše za 4 roky zpět. Je-li však hodnota indexu nižší než 3 %, nemusí pojistitel svého práva navýšit pojistné využít. Nedosáhne-li v daném roce hodnota indexu za předcházející kalendářní rok alespoň hodnoty 2 %, navýšení pojistného není pojistitelem v daném roce provedeno. Je-li hodnota indexu záporná, započítává se pro účely indexace hodnota 0. Indexační procento se stanoví jako hodnota indexu za předcházející kalendářní rok zaokrouhlená na celá procenta nahoru zvýšená o jeden procentní bod, minimálně však jako 4 %. Přesáhne-li však hodnota indexu za uplynulý kalendářní rok hodnotu 10 %, pojistitel stanoví indexační procento maximálně ve výši 10 %. Pojistná částka pro případ smrti, 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 matematických zásad pojistitele. Při výpočtu pojistné částky pojistitel 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 obyčejnou zásilkou na adresu pojistníka uvedenou v pojistné smlouvě nebo některým z prostředků komunikace na dálku.

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

roku. Odmítnutí musí být 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 redukci pojištění.

Bod 3 Náklady

- 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 matematických zásad pojistitele. Pojistitel je oprávněn započíst si neuhrazené náklady vůči pojistnému plnění, které je vypláceno při skončení pojištění nebo vůči odkupnému. Pojistitel rozpočítává částku počátečních a správních nákladů rovnoměrně na celou pojistnou dobu.
- 3.2. Pojistitel umožňuje počáteční náklady za životní pojištění (tedy pojištění pro případ smrti nebo dožití, pojištění závažných onemocnění, pojištění kritických onemocnění, pojištění pro případ invalidity (jak ve formě zproštění, tak ve formě invalidní renty), za zánik povinnosti platit běžné pojistné), po dobu 3 let. Předchozí věta platí přiměřeně i pro změny uvedených pojištění. U úrazového pojištění, pojištění pro případ nemoci Asistence a pojištění sjednaného s ČPZ se počáteční náklady umožňují po celou pojistnou dobu. Správní náklady za sjednaná pojištění se uhrazují po dobu trvání pojištění. Pojistitel uhrazuje z kapitálové hodnoty vytvořené částí běžného pojistného stanovenou podle pojistné matematických zásad nejprve počáteční a správní náklady a poté rizikové pojistné za sjednaná pojištění. Zbývající část zaplaceného běžného pojistného je umístěna dle pojistníkem zvoleného alokačního poměru do kapitálové hodnoty s garantovanou nebo vyhlášenou úrokovou mírou nebo vnitřních fondů. V případě, že kapitálová hodnota nepostačuje na úhradu rizikového pojistného, správních a počátečních nákladů a poplatků, dojde k počátku následujícího zúčtovacího období k vytvoření dluhu pojistníka, který je pohledávkou pojistitele za pojistníkem vždy pro další zúčtovací období. Tuto pohledávku pojistitel umožňuje primárně při následné platbě běžného pojistného, tedy včetně pojistného určeného k umístění do vnitřních fondů a kapitálové hodnoty s garantovanou a vyhlášenou úrokovou mírou.

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 pojistné). Pojistitel si vyhrazuje právo v závislosti na aktuálním stavu pojistné smlouvy (např. aktuální věk pojistného, aktuální zdravotní stav pojistného) 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 předložen 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 po úhradě mimořádného pojistného. Pojistník je oprávněn požádat o mimořádný výběr z kapitálové hodnoty s garantovanou technickou úrokovou mírou po 3 letech od počátku pojištění.

5.2.2. Mimořádný výběr lze provést ve lhůtách a četnosti uvedené v informacích před uzavřením pojistné smlouvy, to platí i pro pravidelný mimořádný výběr.

5.2.3. Za provedení mimořádného výběru je pojistitel oprávněn účtovat poplatek podle platného Sazebníku poplatků.

5.2.4. Mimořádný výběr je nejprve realizován z kapitálové hodnoty negarantované, poté z kapitálové hodnoty s garantovanou technickou úrokovou mírou, nepostačující-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 provádět při redukcí pojištění a při přerušení placení běžného pojistného.

5.2.7. Minimální výše mimořádného výběru je uvedena v informacích před uzavřením pojistné smlouvy. Maximální výše mimořádného výběru je stanovena pojistitelem na základě pojistné matematických zásad pojistitele. Pojistitel vyplatí požadovaný mimořádný výběr nejvýše v hodnotě maximální výše mimořádného výběru.

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 PO a nezaplátí-li pojistník řádně běžné pojistné za další pojistná období, dojde v 00.00 hodin prvního dne po uplynutí lhůty stanovené pojistitelem v upomínce na zaplacení pojistného k redukcí pojištění.

5.3.2. Pokud bylo zaplacené běžné pojistné za dobu stanovenou ve VPP PO, 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 (redukce na žádost).

5.3.3. Dojde-li v důsledku neplacení pojistného (dle VPP PO) 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, 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, se snižuje na redukovanou pojistnou částku stanovenou podle pojistné matematických zásad pojistitele. Při dožití konce pojištění pojistitel vyplatí pojistnému kapitálovou hodnotu pojištění ve výši stanovené k datu konce pojištění a redukovanou pojistnou částku pro případ dožití, byla-li sjednána. Při smrti pojistného před dožitím sjednaného konce pojištění vyplatí pojistitel oprávněné osobě redukovanou pojistnou částku pro případ smrti a kapitálovou hodnotu pojištění ve výši stanovené k datu oznámení pojistné události pojistiteli.

5.3.4. Dojde-li v důsledku neplacení pojistného (dle VPP PO) 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 pojistnému vyplacena kapitálová hodnota pojištění ve výši stanovené k datu konce redukování pojištění. Při smrti pojistného 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 redukování pojištění pojistníkovi zaniká povinnost platit běžné pojistné. Pojistník není oprávněn platit mimořádné pojistné, pojistník nesmí provádět mimořádné výběry.

5.3.6. U redukování pojištění nelze provést přerušení placení pojistného.

Bod 6

Zánik pojištění

6.1. U úrazového pojištění, pojištění závažných onemocnění, pojištění kritických onemocnění, pojištění pro případ invalidity a pojištění pro případ nemoci je konec pojištění shodný se sjednaným koncem základního pojištění, pokud nezaniklo některé z těchto pojištění v průběhu trvání pojištění.

6.2. **Zánik pojištění odpadnutím důvodu dalšího pojištění a uplynutím doby, na niž bylo sjednáno**

6.2.1. Pojištění zanikne smrtí 1. pojištěného. Nejpozději pojištění zanikne, dožije-li se 1. pojištěný konce pojištění.

6.2.2. Jestliže u pojištění s redukovanou pojistnou dobou součet rizikového pojistného, počátečních a správních nákladů a poplatků je vyšší než kapitálová hodnota s garantovanou technickou úrokovou mírou, pojištění zaniká. Pojistitel je povinen o takovém zániku pojistníka informovat.

6.3. **Zánik pojištění jako důsledek neplacení běžného pojistného**

Pokud pojištění zanikne z důvodu neplacení běžného pojistného, pojistitel má právo na rizikové pojistné, počáteční a správní náklady a na poplatky do zániku pojištění. Pojistníkovi je vyplacena část kapitálové hodnoty negarantované stanovené na základě pojistné matematických zásad pojistitele.

6.4. **Zánik pojištění odmítnutím plnění**

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

6.5. Dojde-li k zániku tohoto pojištění v době označené jako „Rozhodná doba“, nevzniká nárok na výplatu částky, která byla převedena na tuto pojistnou smlouvu a jež odpovídá výši rozdílu částky rezervy nebo kapitálové hodnoty pojištění dle dosavadní pojistné smlouvy, stanovené k datu jejího zániku, a částky, jež by byla vyplacena jako odkupné z takto zaniklé dosavadní pojistné smlouvy („částka převyšující odkupné dle dosavadní pojistné smlouvy“). O částku převyšující odkupné dle dosavadní pojistné smlouvy se v takovém případě sníží plnění nebo částka, vyplácené z důvodu zániku tohoto pojištění (např. odkupné). Ustanovení předchozí věty neplatí, jedná-li se o zánik pojištění z důvodu výplatu pojistného plnění při pojistné události nebo pokud bude uzavřena nová pojistná smlouva, na niž by byla převáděna rezerva nebo kapitálová hodnota zanikajícího pojištění. Pojistitel je oprávněn započíst vůči částce odkupného dle dosavadní pojistné smlouvy hodnotu závazků pojistníka vůči pojistiteli zejména dosud neuhrazené počáteční a správní náklady.

6.6. Vypovědí základního pojištění zanikají všechna sjednaná pojištění. Pojistitel vyplatí pojistníkovi negarantovanou kapitálovou hodnotu sníženou o hodnotu závazků pojistníka vůči pojistiteli vzniklých v souvislosti s tímto pojištěním včetně dosud neuhrazených počátečních a správních nákladů. Vypovědí úrazového pojištění, pojištění závažných onemocnění, pojištění kritických onemocnění, pojištění invalidity nebo pojištění pro případ nemoci zaniká jen vypovězené pojištění.

Bod 7

Vnitřní fondy

7.1. **Definice investičních pojmů**

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

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

7.1.3. **Cena podílové jednotky** se stanoví na základě hodnoty podkladových aktiv vnitřního fondu a celkového počtu podílových jednotek tohoto vnitřního

fondu. Pokud vyjde najevo, že v důsledku chybné 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, což 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.

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

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

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

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

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

7.1.9. **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.

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

7.1.11. **Investičním úkonem** se rozumí provedení nákupu, odkupu nebo převodu podílových jednotek vnitřního fondu. Investiční úkon je důsledkem změny, popř. důsledkem zániku pojistné smlouvy, provedené pojistitelem na základě žádosti pojistníka nebo vyplývající z těchto doplňkových pojistných podmínek a všeobecných pojistných podmínek, při které dochází ke změně počtu podílových jednotek vedených na účtu pojistníka.

Investiční riziko spojené s prováděním investičního úkonu a proměnlivou cenou podílové jednotky nese pojistník.

K provedení požadovaného investičního úkonu pojistníka, resp. investičního úkonu pojistitele, dojde ke dni realizace skutečného nákupu nebo odkupu podkladových aktiv vnitřních fondů pojistitelem. K tomuto datu jsou nakoupeny, odkoupeny nebo převedeny podílové jednotky na účtu pojistníka.

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

7.2. Informace o vnitřních fondech

7.2.1. 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.

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

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

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

7.2.5. Vzhledem k charakteru vnitřních fondů není cena jejich podílových jednotek garantována. Pojistitel garantuje počet podílových jednotek vnitřního fondu s výjimkou bodu 7.3.

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

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

7.2.8. Způsob umístění prostředků rezerv na úhradu závazků z finančního umístění jménem pojištěných se řídí obecně platnými právními předpisy a za podmínek v nich stanovených pak rozhodnutími pojistitele.

Pojistitel stanoví podmínky, za kterých investuje v příslušném vnitřním fondu, v investiční strategii vnitřního fondu.

- 7.2.9. Podílové jednotky mohou být nakoupeny pouze, pokud jsou do fondu přidána podkladová aktiva, jejichž hodnota je rovna hodnotě těchto podílových jednotek vnitřního fondu.
- 7.2.10. S výjimkou bodů 7.2.13. a 7.2.14. 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.
- 7.2.11. Nákup, odkup a převod podílových jednotek jednotlivých vnitřních fondů na účtu pojistníka slouží jen ke stanovení výše pojistného plnění a jiných závazků z pojistění.
- 7.2.12. Podkladová aktiva jednotlivých vnitřních fondů a výnosy plynoucí z těchto podkladových aktiv jsou vlastnictvím pojistitele a zůstávají jím po celou dobu trvání pojistění. Z pojistění nevzniká právní nárok na žádná podkladová aktiva společnosti a vnitřních fondů ani na žádné výnosy z těchto aktiv plynoucí.
- 7.2.13. 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.
- 7.2.14. Pojistitel je oprávněn od data počátku pojistění každý oceňovací den snížit hodnotu vnitřního fondu o poplatek za správu portfolia. Poplatek je odečítán po částech a jeho roční výše je uvedena v platném Sazebníku poplatků. Společnost je oprávněna snížit hodnotu vnitřního fondu o administrativní poplatek, jehož výše nepřesáhne 2 % ročně z podkladových aktiv vnitřního fondu. Tento poplatek je odečítán po částech, a to při každém oceňování, a je součástí poplatku za správu portfolia.

7.3. 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.

7.4. Omezení obchodování s podílovými jednotkami vnitřního fondu

- 7.4.1. V průběhu trvání pojistění může ve výjimečných případech dojít k omezení obchodování s podílovými jednotkami vnitřního fondu. V takovém případě bude pojistitel pojistníka informovat o podmínkách tohoto omezení, zejména o předpokládané délce trvání omezení obchodování.
- 7.4.2. 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 pojistění s výplatou odkupného. Pojistitel provede požadované úkony, které nemohl provést v době omezení obchodování, po ukončení omezení obchodování s podílovými jednotkami tohoto vnitřního fondu.
- 7.4.3. 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 pojistění, bude výše kapitálové hodnoty pojistění 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.
- 7.4.4. Nebude-li možné, při stanovení výše plnění při zániku pojistění podle bodu 6 z důvodu omezení obchodování s podílovými jednotkami daného vnitřního fondu, stanovit výši kapitálové hodnoty pojistění, bude výše kapitálové hodnoty pojistění stanovena pojistitelem po ukončení omezení obchodování s podílovými jednotkami daného vnitřního fondu a pojistitel vyplatí celé plnění.

7.5. Změna vnitřního fondu

- 7.5.1. 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. V takovém případě bude pojistitel pojistníka informovat o této skutečnosti a možnosti volby nového fondu. V případě, že pojistník nezvolí nový fond, bude pojistitelem vybrán fond s obdobnou strategií a úrovní regulace.
- 7.5.2. Změnou vnitřního fondu se rozumí převod podílových jednotek do jiného vnitřního fondu se stejnou povahou podkladových aktiv a odpovídající změna alokačního poměru.

Bod 8 Alokační poměr

8.1. Alokační poměr běžného pojistného

Pojistitel je oprávněn stanovit minimální procento alokace pojistného nebo minimální peněžní hodnotu alokovaného pojistného do kapitálové hodnoty s garantovanou technickou úrokovou mírou, do kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou a do kapitálových hodnot tvořených podílovými jednotkami vnitřních fondů.

8.2. Změna alokačního poměru

- 8.2.1. Pojistník může požádat o změnu alokačních poměrů běžného i mimořádného pojistného.
- 8.2.2. Změna alokačního poměru běžného pojistného je účinná ode dne uvedeného pojistníkem v žádosti o provedení změny, nejdříve však od nejbližší splatnosti nezaplaceného běžného pojistného.
- 8.2.3. Změna alokačního poměru mimořádného pojistného je účinná ode dne uvedeného pojistníkem v žádosti o provedení změny. Touto změnou nelze ovlivnit již alokované mimořádné pojistné.
- 8.2.4. Změnu alokačních poměrů nelze provádět při redukcii pojistění.
- 8.2.5. Pojistitel si vyhrazuje právo žádost o změnu alokačního poměru zamítnout.
- 8.2.6. Pojistitel má právo na poplatek za provedení změny alokačního poměru podle platného Sazebníku poplatků.

8.3. 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 9

Změna rozložení prostředků

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

- 9.1.1. 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.
- 9.1.2. Podílové jednotky se převádějí mezi kapitálovými hodnotami tvořenými podílovými jednotkami vnitřních fondů podle cen k datu provedení požadovaného investičního úkonu.
- 9.1.3. 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.
- 9.1.4. Pojistitel si vyhrazuje právo žádost o převod podílových jednotek mezi kapitálovými hodnotami tvořenými podílovými jednotkami vnitřních fondů zamítnout.
- 9.1.5. Pojistitel má právo na poplatek za provedení převodu podle platného Sazebníku poplatků.

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

- 9.2.1. 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.
- 9.2.2. 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.
- 9.2.3. 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.
- 9.2.4. Pojistitel má právo na poplatek za provedení převodu podle platného Sazebníku poplatků.

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

- 9.3.1. 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.
- 9.3.2. Pojistitel je oprávněn stanovit minimální peněžní hodnotu převáděných peněžních prostředků.
- 9.3.3. 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.
- 9.3.4. Pojistitel má právo na poplatek za provedení převodu podle platného Sazebníku poplatků.
- 9.4. 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)
- 9.4.1. 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.
- 9.4.2. 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.

9.5. 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 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 pojištění“)

ČLÁNEK 2 POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD SMRTI NEBO DOŽITÍ

Bod 1 Rozsah nároků

- 1.1. Dožije-li se pojištěný dne uvedeného v pojistné smlouvě jako konec pojištění, pojistitel vyplatí pojištěnému sjednanou pojistnou částku pro případ dožití, byla-li sjednána při uzavření pojistné smlouvy a kapitálovou hodnotu pojištění ve výši stanovené k datu konce pojištění. Požádá-li o to pojištěný, pojistitel dohodne s pojištěným namísto jednorázového plnění výplatu doživotního nebo časové omezeného důchodu.
- 1.2. Dojde-li v době trvání pojištění ke smrti pojištěného, nikoli následkem sebevraždy do dvou let trvání pojištění, pojistitel vyplatí oprávněné osobě sjednanou pojistnou částku pro případ smrti a kapitálovou hodnotu pojištění ve výši stanovené k datu oznámení pojistné události pojistiteli.
- 1.3. Zemře-li pojištěný v prvních dvou letech trvání pojištění následkem sebevraždy, zanikají bez práva na plnění všechna sjednaná pojištění. V takovém případě pojistitel vyplatí oprávněné osobě kapitálovou hodnotu pojištění ve výši stanovené k datu oznámení úmrtí pojistiteli. Ne-li pojištěný zároveň pojistníkem, bude kapitálová hodnota pojištění vyplacena pojistníkoví.
- 1.4. Zemře-li pojištěný ve třetím nebo dalším roce trvání pojištění následkem sebevraždy a neuplynuly-li alespoň dva roky od posledního zvýšení pojistné částky, k němuž došlo z jiného důvodu než v důsledku indexace pojištění, vyplatí pojistitel oprávněné osobě součet nejnižší pojistné částky platné v průběhu dvou let před datem úmrtí pojištěného a kapitálové hodnoty pojištění 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 hod-

noty stanovenou podle pojistně matematických 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 pojištění zaplatit mimořádné pojistné, a to v české měně a na místo určené pojistitelem. Pojistitel si vyhrazuje právo mimořádné pojistné odmítnout.
- 2.1.2. Pojistitel stanoví bližší podmínky pro výši, četnost a podmínky placení mimořádného pojistného v informacích před uzavřením pojistné smlouvy.
- 2.1.3. Zaplacení mimořádného pojistného nemá vliv na povinnost platit běžné pojistné.
- 2.1.4. Mimořádné pojistné nelze hradit u redukováného pojištění.
- 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 pojistně matematických 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 Sazebníku 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 pojištění prováděna.
- 2.2.5. Pojistník při žádosti o přerušení placení zvolí, zda zůstane zachována všechna sjednaná pojištění, nebo zůstane sjednáno pouze pojištění pro případ smrti nebo dožití a ostatní sjednaná pojištění budou zrušena k datu počátku přerušení placení. Přerušení placení pojistného neovlivňuje právo na pojistné plnění ze sjednaných pojištění 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 pojištění, 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 osoby 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 pojištění, při kterém se vyplácí kapitálová hodnota pojištění.
- 3.4. Při skončení pojištění, u něhož došlo k redukcí pojištění, se podíly na výnosech z rezerv pojistného nepřiznávají. Podíly na výnosech z rezerv pojistného přiznané do dne účinnosti redukce podle VPP PO se k tomuto dni podle pojistně matematických zásad pojistitele zahrnují do redukováných pojistných částek nebo doby.

ČLÁNEK 3 POJIŠTĚNÍ ZÁVAŽNÝCH ONEMOCNĚNÍ

Bod 1 Rozsah nároků

- 1.1. Dojde-li v době trvání pojištění k pojistné události z pojištění závažných onemocnění a jsou splněny podmínky definované u tohoto závažného onemocnění podle bodu 6 tohoto článku, nejdříve po šesti měsících od sjednání pojištění závažných onemocnění, vyplatí pojistitel pojištěnému sjednanou pojistnou částku závažných onemocnění a toto pojištění zanikne.
- 1.2. Je-li závažné onemocnění diagnostikováno dříve než za 6 měsíců od uzavření pojistné smlouvy nebo od sjednání pojištění závažných onemocnění, právo na výplatu pojistného plnění závažných onemocnění nevzniká a pojištění závažného onemocnění zaniká. Pojistitel přestane od nejbližšího zúčtovacího období strhávat z kapitálové hodnoty rizikové pojistné za pojištění zá-

važných onemocnění. Jinak zůstává sjednané základní pojištění beze změny.

- 1.3. Požádá-li pojištěný 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 1 000 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 pojištěním závažných onemocnění.
- 1.5. Je-li sjednán zánik povinnosti platit běžné pojistné s pojištěním 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 pojištění, úrazová pojištění a pojištění pro případ nemoci, přičemž zůstávají zachovány veškeré nároky z pojistné smlouvy. Je-li zároveň sjednán zánik povinnosti platit běžné pojistné s pojištěním závažných onemocnění i s pojištěním kritických onemocnění, bude pojistitel strhávat rizikové pojistné pouze jednou, a to za zánik povinnosti platit běžné pojistné sjednaný s pojištěním závažných onemocnění.

Bod 2

Pojistná částka

- 2.1. Pojistná částka pojištění závažných onemocnění je uvedena v pojistné smlouvě.

Bod 3

Pojistné plnění

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

Bod 4

Pojistné

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

Bod 5

Zánik pojištění

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

Bod 6

Definice závažných onemocnění

1. **INFARKT MYOKARDU**
Infarkt myokardu se ve smyslu tohoto pojištění rozumí akutní ložisková ischemická nekróza srdečního svaly vzniklá na podkladě náhlého uzavření či extrémního zúžení věnčitých 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 současné přítomnosti alespoň jednoho z následujících kritérií:
 - a) klinické příznaky ischemie (bolesti na hrudi),
 - b) vývoj patologických Q vln na EKG,
 - c) 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 TEPEN**

Operací věnčitých tepen pro ischemickou chorobu srdeční ve smyslu tohoto pojištění se rozumí kardiologický 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 kardiologie.

Výluky z plnění:
Angioplastika a ostatní intraarteriální výkony provedené katetizační nebo laserovou technikou.

3. **OPERACE SRDEČNÍ CHLOPNĚ**

Operací srdečních chlopní se ve smyslu tohoto pojištění 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 kardiologie.

Výluky z plnění:
Valvuloplastika a vrozené vady chlopní.

4. **ZÍSKANÉ CHRONICKÉ SRDEČNÍ ONEMOCNĚNÍ**

Získaným chronickým srdečním onemocněním ve smyslu tohoto pojištění 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 (interna, kardiologie).

5. **CĚVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA**

Cévní mozkovou příhodou ve 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) ve smyslu tohoto pojištění se rozumí diagnóza potvrzená jednoznačným histologickým nálezem, hodnoceným 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:

- I. všechny nádory popsané jako
 - a) premalignity (včetně dysplasie děložního hrdla CIN I, CIN II, CIN III),
 - b) definované jako „in situ“,
 - c) rakovina kůže dle TNM T1,
- II. nádory související s HIV pozitivitou

7. **NEZHOUBNÝ NÁDOR MOZKU**

Nezhoubným nádorem mozku ve 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 přiznání 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 přiznání 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. **KLÍŠŤOVÁ MENINGOENCEFALITIDA**

Klišťovou meningoencefalitidou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí zánět mozkových blan a mozkové tkáně. Následky a komplikace zánětu musí vést k trvalé neschopnosti aktivit běžného života splňující kritéria přiznání plného invalidního důchodu. Diagnóza musí být stanovena a laboratorně potvrzena příslušným

odborným pracovníkem – 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 stanovené diagnózy chronického onemocnění obou ledvin s nevratným poškozením jejich funkce a vyžadující trvalou dialýzu nebo transplantaci ledviny. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (interna, nefrologie).

12. TRANSPLANTACE ŽIVOTNĚ DŮLEŽITÝCH ORGÁNŮ

Transplantaci životně důležitých orgánů ve smyslu tohoto pojištění se rozumí provedení transplantace orgánu pojištěnému jako příjemci – srdce, plic, ledvin, jater, slinivky břišní, kostní dřevě (u kostní dřevě heterotransplantát), nebo vedení pojištěného v oficiálním seznamu čekatelů na transplantaci (waiting-list). Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou potvrzující indikaci k operaci. Zprávu musí vypracovat specializované pracoviště na území České republiky.

Výluky z plnění:

Transplantace ostatních orgánů nebo jejich částí a transplantace tkání.

13. SLEPOTA

Slepotou ve smyslu tohoto pojištění se rozumí úplná a nevratná 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 (ophtalmologie) a potvrzena vyšetřením visu.

14. HLUCHOTA

Hluchotou ve smyslu tohoto pojištění se rozumí úplná a nevratná 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 ve smyslu tohoto pojištění se rozumí nákaza virem HIV přenesená do organismu prokazatelně pouze cestou krevní 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 ve 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 mozkomíšního 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 dřevě, v jehož důsledku je v krvi nedostatek červených i bílých krvinek a krevních destiček. Onemocnění musí splňovat jednu z podmínek: 1. pravidelné krevní transfuze po dobu nejméně dvou měsíců, 2. pravidelnou aplikaci imunosupresivních látek po dobu nejméně dvou měsíců, 3. transplantace kostní dřevě, 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 se ve smyslu tohoto pojištění rozumí stav po prodělaném zánětlivém onemocnění jater způsobeném virem hepatitidy, které přešlo do chronického stadia (nezáleží na typu viru). Patologické laboratorní hodnoty (příkaz viru, protilátek, 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 se ve smyslu tohoto pojištění rozumí autoimunní reakce na protilátky tvořené proti bakteriím beta hemolytického streptokoka s potvrzenými komplikacemi v důsledku postižení – srdce (peri-

kardu, epikardu, myokardu, endokardu včetně chlopi) s klinickými příznaky funkční závažnosti srdečního selhávání hodnocené podle klasifikace NYHA třídy II.–IV., nebo kloubů (opakované záněty kloubů, deformace kloubů). Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (interna, kardiologie, revmatologie).

20. ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA

Roztroušenou sklerózou ve 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), ne reagující 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 nederferencovaná 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 (kongitivních) 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 ERYTHEMATODES

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

Výluky z plnění:

Onemocnění pouze s kožním postižením. Jiná systémová onemocnění.

25. BŘIŠNÍ TYFUS

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

Výluky z plnění:

Pojištěný, který nebyl očkován.

Onemocnění Paratyfem A, B, C. Bacilonosič.

26. TBC

Tuberkulózu se ve smyslu tohoto pojištění rozumí infekční onemocnění způsobené Mycobakterií tuberculosis (Kochův bacil), získané nálezem od infikované osoby nebo požitím kontaminované potravin (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 pro potvrzený výskyt 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 pozánětlivě infekční postižení myokardu. Diagnostika musí být stanovena na základě EKG, echokardiografie a katetrizace, eventuálně 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 trvající 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. POPÁLENINY

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.

Výluky z plnění:

Popáleniny vzniklé sebepoškozením.

31. OCHRUTÍ – PARAPLEGIE, TETRAPLEGIE, HEMIPLEGIE

Ochrnutím ve smyslu tohoto pojištění se rozumí úplná a nevratná ztráta schopnosti aktivního volního 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 zánětlivé onemocnění páteře s průkazem 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 rostlé 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 nekrotickou jaterními buněkami, 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 irreversibilní stadium nemoci (otoky, ascites, jícnové varixy) a odpovídající histologický nálezy. 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

- 1.1. 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, vyplatí pojistitel pojištěnému sjednanou pojistnou částku kritických onemocnění a toto pojištění zanikne.
- 1.2. 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 zúčtovacího období strhávat z kapitálové hodnoty rizikové pojistné za pojištění kritických onemocnění. Sjednané základní pojištění zůstává beze změny.
- 1.3. Je-li sjednán 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.
- 1.4. Pro pojištění kritických onemocnění se použije ustanovení VPP PO upravující pojištění závažných onemocnění obdobně.

Bod 2 Pojistná částka

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

Bod 3 Pojistné plnění

- 3.1. 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 v pořadí 3. a další akutní ložisková transmurální nekróza srdečního svalu neboli Q infarkt, prokázány 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 (zbytněné 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:

- a) levostranném srdečním selhání,
- b) vrozených srdečních vadách nebo získaných chlopněných vadách.

3. RAKOVINA V POZDNÍM STADIU

Rakovinou v pozdním stadiu ve smyslu tohoto pojištění je stanovení diagnózy zhoubného nádoru s nálezem uzlinových a vzdálených metastáz a nebo recidivujícího zhoubného nádoru s infaustní 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

- 1.1. Byla-li sjednána výplata měsíční invalidní renty, začne pojistitel vyplácet pojištěnému měsíčně sjednanou výši měsíční invalidní renty, jsou-li splněny podmínky uvedené ve VPP PO.
- 1.2. Výplata měsíční invalidní renty počíná ode dne nejbližší splatnosti pojistného po přiznání invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně a platí pro jeden rok trvání pojištění. Dnem přiznání invalidního důchodu se rozumí den, resp. datum, které je uvedeno ve výroku rozhodnutí oprávněného orgánu jako den, od něhož se přiznává invalidní důchod. Výplata měsíční invalidní renty se prodlužuje vždy na další rok na základě skutečnosti, že nárok na pobírání invalidního důchodu 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.
- 1.3. 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.
- 1.4. Pojistník je na žádost pojistitele povinen prokázat, že invalidní důchod je pojištěnému dále vyplácen.
- 1.5. Dojde-li během trvání pojištění ke zvýšení výše měsíční invalidní renty z jiného důvodu než indexace pojištění, má pojištěný právo na výplatu měsíční invalidní renty v této zvýšené výši nejdříve po uplynutí dvou let ode dne účinnosti této změny. V případě, že není splněna podmínka uplynutí dvou let ode dne účinnosti zvýšení výše měsíční invalidní renty a přitom vzniká právo na výplatu měsíční invalidní renty, pak se výše měsíční invalidní renty mění na hodnotu nejnižší výše měsíční invalidní renty za dva roky. Pojistitel si v takovém případě vyhrazuje právo v souladu se stavem pojištění změnit odpovídajícím způsobem pojistné technické parametry pojištění.

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

Zproštění od placení pojistného

- 1.1. Bylo-li sjednáno zproštění od placení pojistného, je pojistník zproštěn povinnosti platit běžné pojistné za sjednaná pojištění, jsou-li splněny podmínky uvedené ve VPP PO.
- 1.2. Zproštění od placení pojistného počíná ode dne nejbližší splatnosti pojistného po přiznání invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně 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.
- 1.3. Pojištění zproštění 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 zproštění od placení pojistného.

- 1.4. Pojistník je na žádost pojistitele povinen prokázat, že invalidní důchod je pojištěnému dále vyplácen.
- 1.5. Zproštění od placení pojistného se vztahuje na výši běžného pojistného za poslední pojistné období před přiznáním invalidního důchodu, není-li uvedeno jinak.

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

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

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

Bod 2 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 závažné následky úrazu, za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem. Pojistitel neposkytne pojistné plnění za úraz pojištěného, k němuž dojde do 7 dní účinnosti od data sjednání pojištění, tato věta se nepoužije v případě plnění za smrt následkem úrazu a plnění za smrt následkem úrazu v motorovém vozidle.

Bod 2 Plnění za smrt následkem úrazu

- 2.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za smrt následkem úrazu, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě a podle výše sjednané pojistné částky.
- 2.2. Byla-li v době trvání pojištění úrazem způsobena pojištěnému smrt, která nastala nejpozději do tří let ode dne úrazu, vyplatí pojistitel sjednanou pojistnou částku za smrt následkem úrazu.
- 2.3. Pojistitel nebude snižovat plnění za smrt následkem úrazu, jestliže pojištěný v době úrazu měl být zařazen vzhledem k vykonávanému povolání do rizikové skupiny 2, resp. 3, nebo vykonával sport patřící mezi vysoce rizikové činnosti nebo vykonával sport jako profesionální sportovec a neplatil pojistné ve správné výši.
- 2.4. Dojde-li ke smrti pojištěného následkem úrazu, právo na plnění má obmyšlený, který byl určen v pojistné smlouvě. Nebyl-li obmyšlený v pojistné smlouvě určen nebo nenabyl-li práva na plnění, nabývají ho osoby určené.

Bod 3 Plnění za smrt následkem úrazu v motorovém vozidle

- 3.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za smrt následkem úrazu v motorovém vozidle, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě a podle výše sjednané pojistné částky.
- 3.2. Byla-li v době trvání pojištění při provozu motorového vozidla (určeného pro přepravu osob) s maximálním počtem 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.
- 3.3. Pojistitel nebude snižovat plnění za smrt následkem úrazu v motorovém vozidle, jestliže pojištěný v době úrazu měl být zařazen vzhledem k vykonávanému povolání do rizikové skupiny 2, resp. 3, nebo vykonával sport patřící mezi vysoce rizikové činnosti nebo vykonával sport jako profesionální sportovec a neplatil pojistné ve správné výši.
- 3.4. Dojde-li ke smrti pojištěného následkem úrazu v motorovém vozidle, právo na plnění má obmyšlený, který byl určen v pojistné smlouvě. Nebyl-li obmyšlený v pojistné smlouvě určen nebo nenabyl-li práva na plnění, nabývají ho osoby určené podle § 2831 zákoníku.
- 3.5. Pojistnou událostí ve smyslu VPP PO je smrt následkem úrazu pojištěného, která nastala během trvání pojištění

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

- 3.6.** Pojištění se vztahuje na úrazy, které způsobily smrt pojištěného při dále uvedené činnosti:
- 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.
- 3.7.** Pojištění se nevztahuje na:
- úrazy osob dopravovaných na místech motorového vozidla, která nejsou určena k dopravě osob (blatníky, kapota apod.),
 - úrazy při účasti motorového vozidla na rychlostních závodech a na závodech s rychlostní vložkou (včetně tréninku),
 - úrazy při provádění typových zkoušek rychlosti, brzd, zvratu a stability motorového vozidla, dojezdu s největší rychlostí, zajištění apod.,
 - úrazy při nakládání a vykládání nákladu,
 - úrazy osob dopravovaných ve vozidlech autoškoly, taxislužby, rychlé záchranné služby, motokaravanů, autobusů, traktorů, motocyklů a invalidních vozíků,
 - 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

- 4.1.** Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za trvalé následky úrazu, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě, tabulek pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojištění platných k datu pojistné události (dále „oceňovací tabulky“) a podle výše sjednané pojistné částky. Oceňovací tabulky jsou pojistníkovi předány při uzavření pojistné smlouvy.
- 4.2.** Zanechá-li úraz pojištěnému 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 rozpětí, určí pojistitel výši pojistného plnění tak, aby v rámci daného rozpětí odpovídalo pojistné plnění povaze a rozsahu tělesného poškození způsobeného úrazem.
- 4.3.** Nemůže-li pojistitel plnit podle předchozího odstavce proto, že trvalé následky úrazu nejsou po uplynutí šesti měsíců ode dne úrazu ještě ustáleny, avšak je již známo, jaký bude jejich minimální rozsah, poskytně pojištěnému na jeho požádání přiměřenou zálohu.
- 4.4.** Týkají-li se trvalé následky úrazu části těla nebo orgánu, které byly poškozeny již před úrazem, sníží pojistitel pojistné plnění za trvalé následky o tolik procent, kolika procentům odpovídalo předcházející poškození, posouzené též podle oceňovací tabulky B.
- 4.5.** Způsobil-li jediný úraz pojištěnému několik trvalých následků, hodnotí pojistitel celkové trvalé následky součtem procent pro jednotlivé následky, nejvýše však 100 %.
- 4.6.** Týkají-li se jednotlivé následky po jednom nebo více úrazech téhož údu, orgánu nebo jejich částí, hodnotí je pojistitel jako celek, a to nejvýše procentem stanoveným v oceňovací tabulce B pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného údu, orgánu nebo jejich částí.
- 4.7.** Právo na plnění za trvalé následky úrazu má pojištěný.
- 4.8.** 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 1 000 Kč. V případě, že pojištěný zemře v době vyplácení časově omezeného důchodu, pojistitel vyplátí jeho dědicům částku, která odpovídá dosud nevyplaceným splátkám důchodu.
- 4.9.** Jestliže před výplatou plnění za trvalé následky úrazu pojištěný zemře, vyplátí pojistitel jeho dědicům částku, která odpovídá rozsahu trvalých následků úrazu pojištěného k datu jeho smrti. Pokud ke smrti pojištěného došlo po 3 letech od data úrazu, stanoví pojistitel rozsah trvalých následků k datu 3 let od úrazu.
- 4.10.** Je-li v pojistné smlouvě sjednáno příslušné procento hodnocení trvalých následků úrazu, od kterého je

pojistné plnění poskytováno, pojistitel vyplátí 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.

- 4.11.** 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 5

Plnění za závažné následky úrazu

- 5.1.** Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za závažné 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. Oceňovací tabulky jsou pojistníkovi předány při uzavření pojistné smlouvy.
- 5.2.** 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 vyplátí sjednanou pojistnou částku. Pro posouzení uvedeného rozsahu trvalých následků je rozhodný stav trvalých následků, který úraz zanechal jeden rok od data úrazu. Pojistná částka bude vyplacena pojištěnému z této pojistné smlouvy pouze jednou, a to za první úraz pojištěného, který splní podmínky tohoto plnění. Výplatou pojistného plnění pojištění závažných následků úrazu tohoto pojištěného zaniká.
- 5.3.** 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.
- 5.4.** 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.
- 5.5.** Právo na pojistné plnění za závažné následky úrazu může uplatnit pojištěný nejdříve za jeden rok od data úrazu na příslušném formuláři pojistitele nebo dohodnutým způsobem.
- 5.6.** Jestliže před výplatou plnění za závažné následky úrazu, nejdříve však po 1 roce od data úrazu, pojištěný zemře, vyplátí pojistitel jeho dědicům plnění za závažné následky úrazu, 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 závažné 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 1 000 Kč. V případě, že pojištěný zemře v době vyplácení časově omezeného důchodu, pojistitel vyplátí jeho dědicům částku, která odpovídá dosud nevyplaceným splátkám důchodu.
- 5.8.** Právo na plnění za závažné následky úrazu 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-8)**
- 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. Oceňovací tabulky jsou pojistníkovi předány při uzavření pojistné smlouvy.
- 6.1.2.** Dojde-li k úrazu pojištěného a skutečná doba léčení tělesného poškození způsobeného úrazem, je delší než jeden týden, vyplátí pojistitel plnění za každý den doby nezbytného léčení, a to do maximálního počtu dní, který odpovídá příslušnému tělesnému poškození stanovenému oceňovací tabulkou A.
- 6.1.3.** Plnění vyplátí pojistitel načítaně v závislosti na délce doby nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem násobené příslušným přepočtovým koeficientem takto:

Délka nezbytného léčení Přepočtový koeficient

od 1. dne do 120. dne (včetně)	1
od 121. dne do 240. dne (včetně)	2
od 241. dne do 365. dne (včetně)	3

- 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 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.
- 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.** 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. Oceňovací tabulky jsou pojistníkovi předány při uzavření pojistné smlouvy.
- 6.2.2.** Dojde-li k úrazu pojištěného a skutečná doba léčení tělesného poškození způsobeného úrazem, je delší než jeden týden, vyplátí pojistitel plnění za maximální počet dní, který odpovídá příslušnému tělesnému poškození stanovenému oceňovací tabulkou A, bez ohledu na skutečnou dobu léčení.
- 6.2.3.** Plnění vyplátí pojistitel načítaně za maximální počet dní uvedený v položce 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 jediným úrazem několik tělesných poškození, vyplátí pojistitel plnění jen za dobu nezbytného léčení toho poškození, které je hodnoceno nejvyšším počtem dní v oceňovací tabulce A.
- 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.** 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 sníží pojistné plnění za trvalé následky úrazu, závažné následky úrazu, 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.
- 7.2.** Bez ohledu na to, při jaké činnosti k úrazu došlo, pojistitel nebude pojistné plnění zvyšovat, jestliže pojištěný již nevykonával povolání, pro které byl zařazen do rizikové skupiny 2, resp. 3, nebo nevykonával sport patřící mezi vysoce rizikové činnosti nebo nevykonával sport jako profesionální sportovec a platil vyšší pojistné, než měl platit. Přepřelaceno pojistné se nevrací.
- 7.3.** Pojistitel není povinen z pojistné smlouvy plnit, jestliže pojištěný neodpovědí pravdivě a úplně na písemné dotazy pojistitele, týkající se zdravotního stavu a dříve sjednaných pojištění a tím způsobí, že pojištění bylo sjednáno za jiných podmínek, než za nichž mělo být sjednáno.
- 7.4.** Pojistitel plní i za takový úraz, ke kterému dojde při raftingu v období od 1. 6. do 30. 9. běžného roku na řekách v ČR. Pojištěný, příp. oprávněná osoba jsou povinni předložit zprávu z prvotního ošetření včetně případné zprávy orgánu, který úraz šetřil (např. policie). Nebyly-li uvedené podmínky a povinnosti splněny, právo na pojistné plnění nevznikne.
- 7.5.** Pojištěný je povinen na žádost pojistitele prokázat, že dodržoval léčebný režim a řídil se pokyny (např. neúčastnil se sportovních soutěží, absolvoval rehabilitaci apod.).

- 7.6. Pro rizikovou skupinu (I) se nepoužije bod 7.1. tohoto ustanovení, namísto něj platí ustanovení bodu 7.4. v Článku 7 Úrazové pojištění dítěte těchto DPP.

Bod 8

Zánik pojištění

- 8.1. Zánikem pojištění pro případ smrti nebo dožití zaniká i úrazové pojištění.
- 8.2. Úrazové pojištění končí nejpозději den před výročním dnem počátku pojištění v kalendářním roce, ve kterém pojištěný dosáhne věku 75 let, výše celkového pojištění se nemění a část pojištění za úrazové pojištění bude uhrazována jako pojistné za pojištění pro případ smrti nebo dožití. Předchozí věta neplatí, bylo-li úrazové pojištění sjednáno pro pojištěného se vstupním věkem 75 let a vyšším.
- 8.3. Úrazové pojištění pojištěného zařazeného v rizikové skupině J skončí nejpозději den před výročním dnem počátku pojištění po dovršení 26 let věku pojištěného. Celkové lhůtní pojistné se nemění, část pojištění za toto pojištění bude uhrazována jako pojistné určené k umístění do vnitřních fondů, kapitálové hodnoty s technickou nebo vyhlášenou úrokovou mírou. Pojistník je v takovém případě oprávněn požádat pojistitele o změnu výše celkového lhůtního pojištění.

Bod 9

Rizikové skupiny pojištěných podle vykonávaného povolání pro úrazové pojištění dospělých

- 9.1. **Riziková skupina 1** zahrnuje pracovníky, kteří se zabývají duševní činností, řídící a administrativní činností ve vnitřní a vnější správě, obchodě, pracovníky ve zdravotnictví a kultuře, kteří nevyvíjejí fyzickou činnost. Dále zahrnuje pracovníky, jejichž pracovní činnost má charakter výrobní či manuální a zároveň riziko úrazu je u nich srovnatelné s nevyrobní činností.
- 9.2. **Riziková skupina 2** zahrnuje ostatní pracovníky s výrobní či manuální činností, popř. pracovníky vystavené při nevyrobní činnosti zvýšenému riziku (např. profesionální sportovce bez VŘČ).
- 9.3. **Riziková skupina 3** zahrnuje pracovníky, kteří vykonávají pracovní činnosti s vysokým rizikem úrazu, např.: práce v hlubinných dolech; záchranné a havarijní práce baňské záchranné služby; příslušníků veřejné a závodní požární ochrany; členů horské záchranné služby; práce s výbušninami; práce pyrotechniků; práce železničních 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 plynovodního potrubí s generátorovým plynem, svítiplynem 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 žáruvzdorných vyzdívek a pecí, práce se žhavými kovy apod.; práce pod vodou, při níž je nezbytné používat potápěčích dýchacích přístroje (při záchranných pracích, při údržbě přehradních hrází, v kesonech); činnost artistů, kaskadérů, krotitelů zvířecí; činnost výzkumná a badatelská v neprobádaných krajinách; činnost při zajíždění motorových vozidel a při provádění typových zkoušek; činnost továrních jezdců motorových vozidel a plavidel.
- 9.4. **Riziková skupina JUNIOR (J)** zahrnuje osoby se vstupním věkem 15 až 17 let, které plní povinnou školní docházku v základní nebo střední škole jako žák dle školského zákona či jiné obdobné právní úpravy nebo je studentem v bakalářském nebo magisterském studijním programu na vysoké škole formou prezenčního studia dle zákona o vysokých školách či jiné obdobné právní úpravy. Pojištěný je povinen v případě pojistné události z úrazového pojištění doložit potvrzení o studiu nebo jiný doklad, který prokazuje, že k datu pojistné události byl pojištěný studentem. Pokud pojištěný tento doklad nepředloží, má se za to, že pojištěný studium ukončil a pojistitel sníží pojistné plnění o procento uvedené v informacích před uzavřením pojištění. Pojištěný je povinen nahlásit pojistiteli skutečnost, že přestal být žákem (studentem, učněm) a jaké je jeho vykonávané povolání.
- 9.5. **Vysoce riziková činnost (VŘČ)**
Do skupiny vysoce rizikových činností (VŘČ) patří všechny druhy sportů, které pojištěný provozuje jako aktivní účastník organizovaných soutěží s výjimkou aerobiku, agility, akrobatického rock'n'rollu, atletiky, badmintonu, baseballu, basketbalu do úrovně krajského přeboru včetně, běhu do vrchu, běhu na lyžích, bowlingu, benchpressu, break dance, curlingu, florbalu do úrovně krajského přeboru včetně, footbagu, fotbalu do úrovně krajského a pražského přeboru včetně, frisbee, golfu, hasičského sportu, házené do úrovně krajského přeboru včetně, historického šermu, intercrossu, jachtingu, jezdeckých psích spřežení, kanoistiky, krasobrus-

lení, kriketu, kulečnicku, kulturistiky, kuželek, lacrossu, lukostřelby, maratonského běhu, mažoretek, metané, minigolfu, moderní gymnastiky, nohejbalu do úrovně krajského přeboru včetně, orientačního běhu, paint ballu, páky – přetlačování rukou, petanque, plavání, powerbocking (skákací boty), rekreačního potápění bez dýchacích přístrojů, ricochetu, roztleskávaček (cheerleading), rybářského sportu, rychlobruslení, skycrossu, softballu, sportovního lezení po umělých stěnách, sportovní střelby, squashe, strečinku, stolního tenisu, šachů, šipek, tenisu, turistiky, veslování, volejbalu do úrovně krajského přeboru včetně, závodů dračích lodí a závodního tance. Do skupiny vysoce rizikových činností se rovněž zařazují všechny osoby, které provozují jakýkoli druh bojového umění. Do této skupiny sportů (VŘČ) se nezahrnují činnosti vyloučené z úrazového pojištění dle VPP PO. Aktivním účastníkem organizovaných soutěží se pro účely úrazového pojištění rozumí osoba provozující sport pravidelně jako aktivní člen organizací, jejichž záplní je organizování tělovýchovné, soutěžní nebo závodní činnosti. Aktivním účastníkem organizovaných soutěží není osoba provozující sportovní činnost příležitostně, nepravděpodobně a rekreačně, bez registrace ve sportovním klubu.

- 9.6. 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, vyplatí pojistitel plnění podle sjednaných druhů plnění i za takový úraz, k němuž dojde:
- a) při vysokohorské turistice (s výjimkou expedic do nadmořské výšky 6 000 m a výše nebo do Antarktidy, Arktidy a Grónska),
 - b) při výkonu horolezeckého sportu (s výjimkou horolezeckých expedic do nadmořské výšky 6 000 m a výše),
 - c) při potápění s nutností dýchacích přístrojů maximálně do hloubky 40 m (s výjimkou jeskynního potápění),
 - d) při provozování jiných extrémních, tzv. adrenalino- vých sportů, s výjimkou létání s bezmotorovými letadly, větroni s pomocným motorem a ultralehkými letadly, závěsného létání; při freestylingu (v jakémkoliv sportu); paraglidingu; při seskocích a letech s padákem z letadel i z výšin; řízení motorového vozidla při automobilových nebo motocyklových soutěžích a při přípravě na ně, to platí i pro spolujezdcu v takovém vozidle; řízení motorového vozidla, pro něž pojištěný neměl v době pojistné události řídičské 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 výzbroj) odpovídající náročnosti zdaněvaného 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 k oznámení pojistné události zprávu z prvotního ošetření včetně případně zprávy orgánu, který úraz šetřil (např. horská služba, policie). Dále jsou pojištěný, příp. oprávněná osoba povinni předložit potvrzení, že pojištěný vlastnil příslušné oprávnění k provozování činnosti (např. licenci) nebo se jednalo o provozovatele s příslušným oprávněním k provozování činnosti. Nebyly-li uvedené podmínky a povinnosti splněny, právo na pojistné plnění nevznikne.

Bod 11

Profesionální sportovci

- 11.1. Profesionálním sportovcem se rozumí ten sportovec, jehož převážná část z jeho celkových příjmů v kalendářním roce plyne z provozování sportovní činnosti a zároveň provozování sportovní činnosti je časově významnou aktivitou. Provozování sportovní činnosti se rozumí činnost vykonávaná pojištěným v pracovněprávním vztahu (závislá práce) nebo jako samostatná výdělečná činnost či jiná obdobná činnost za účelem obživy, resp. získání finančních prostředků, a to formou závodů, soutěží, včetně přípravy na ně.
- 11.2. Pokud profesionální sportovec jednoznačně vykonával sportovní činnost v době léčení potvrzené lékařem (např. účastnil se v době léčení úrazu zápasu nebo soutěže, příp. tréninku) nevzniká nárok na výplatu pojistného plnění. Pojistné plnění bude v těch-

to v případech vyplaceno pouze na základě lékařem potvrzené skutečné doby léčení, maximálně však do dne předcházejícího dni, ve kterém pojištěný porušil léčebný režim stanovený lékařem (vykonával sportovní činnost). Pojištěný je povinen na žádost pojistitele prokázat, že dodržoval léčebný režim, resp. neúčastnil se zápasů, soutěží nebo tréninků. Pokud toto pojištěný neprokáže, pojistitel nemůže ukončit šetření podle ustanovení zákóníku. Pokud došlo k výplatě pojistného plnění a pojistitel následně zjistí, že pojištěný v rámci doby léčení vykonával sportovní činnost, je pojištěný povinen vrátit pojistiteli vyplacené pojistné plnění nebo jeho část, a to s přihlédnutím ke všem okolnostem konkrétní pojistné události.

ČLÁNEK 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 závažné následky úrazu, za dobu nezbytného léčebného poškození způsobeného úrazem, za hospitalizaci následkem úrazu. Pojistitel neposkytne pojistné plnění za úraz pojištěného dítěte, k němuž dojde do 7 dní včetně od data sjednání pojištění, tato věta se nepoužije v případě plnění za smrt 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 nejpозději do tří let ode dne úrazu, vyplatí pojistitel pojistnou částku za smrt následkem úrazu.
- 2.3. Dojde-li ke smrti pojištěného dítěte následkem úrazu, právo na plnění má pojistník. Nenabyl-li pojistník tohoto práva, nabývají ho osoby určené podle ustanovení § 2831 občanského zákoníku 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. Oceňovací tabulky jsou pojistníkovi předány při uzavření pojistné smlouvy.
- 3.2. Zanechá-li úraz pojištěnému dítěti trvalé následky, vyplatí pojistitel z pojistné částky tolik procent, kolika procentům odpovídá 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.
- 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 části, hodnotí je pojistitel jako celek, a to nejvýše procentem, stanoveným v oceňovací tabulce B pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného údu, orgánu nebo jejich části.
- 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 vyplácen po dobu 5 nebo 10 let. Splátka důchodu nesmí činit méně než 1 000 Kč. V případě, že pojištěné dítě zemře v době vyplácení časově omezeného důchodu, pojistitel vyplatí pojistníkovi částku, která odpovídá dosud nevyplaceným splátkám důchodu. Nenabyl-li po-

jistník tohoto práva, nabývají ho osoby určené podle ustanovení § 2831 občanského zákoníku 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 pojistníkovi 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 § 2831 občanského zákoníku 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 závažné následky úrazu

- 4.1.** Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za závažné 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. Oceňovací tabulky jsou pojistníkovi předány při uzavření pojistné smlouvy.
- 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 pojištění závažných následků 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 závažné následky 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 závažné následky, nejdříve však po 1 roce od data úrazu, pojištěné dítě zemře, vyplátí pojistitel pojistníkovi plnění za závažné následky úrazu, pokud rozsah trvalých následků stanovený k datu jednoho roku od data úrazu splňuje definici uvedenou v bodě 4.2.
- 4.7.** Požadá-li zákonný zástupce dítěte o výplatu důchodu do výplaty plnění za závažné následky, 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 1 000 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 § 2831 občanského zákoníku ve vztahu k pojištěnému dítěti.
- 4.8.** Právo na plnění za závažné následky úrazu má pojištěné dítě.

Bod 5

Plnění za dobu nezbytného léčení úrazu (denní plnění) DNL-8

- 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. Oceňovací tabulky jsou pojistníkovi předány při uzavření pojistné smlouvy.

- 5.2.** Dojde-li k úrazu pojištěného dítěte a skutečná doba léčení tělesného poškození způsobeného úrazem, je delší než jeden týden, vyplátí pojistitel plnění za každý den doby nezbytného léčení, a to do maximálního počtu dní, který odpovídá příslušnému tělesnému poškození stanovenému v části pro denní plnění oceňovací tabulkou A.
- 5.3.** Plnění vyplátí pojistitel načítaně v závislosti na délce doby nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem násobené příslušným přepočtovým koeficientem takto:
- | Délka nezbytného léčení od 1. dne do 120. dne (včetně) | Přepočtový koeficient |
|--|-----------------------|
| 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, zemře-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 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 vzhledem k závažnosti a charakteru úrazu musí být ošetřeni a léčeni provedeno v nemocnici na lůžkové části. Za lékařsky nezbytnou hospitalizaci se nepovažuje lůžková péče v případě, je-li odůvodněn pouze nedostatek 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.** Pobyt (hospitalizace) k ošetření zubů a zákroky v oblasti zubní a čelistní chirurgie v důsledku úrazu se považují za lékařsky nezbytné pouze tehdy, jestliže z lékařských důvodů není možná ambulantní péče.
- 6.9.** Právo na plnění nevzniká za hospitalizaci v důsledku úrazu za dny, kdy se pojištěné dítě ve zdravotnickém zařízení nezdržovalo (přerušení hospitalizace) nebo jestliže ošetřování trvalo méně než 24 hodin. Den, kdy bylo pojištěné dítě přijato do nemocničního ošetřování, a den, kdy bylo z tohoto ošetřování propuštěno, se 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, sanatoriích, zotavovných, dietetických zařízeních a zvláštních dětských zařízeních,
 - b) v rehabilitačních zařízeních a centrech,
 - c) při hospitalizaci z důvodů kosmetických úkonů provedených za účelem léčení následků úrazu, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné,
 - d) v zařízeních pro dlouhodobě nemocné, pro ošetřované z důvodu neudrživosti 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 ošetřovných a ve vězeňských nemocnicích,
 - g) při používání diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznány.
- 6.12.** K posouzení vzniku nároku na denní plnění za hospitalizaci následkem úrazu je pojištěné dítě povinno předložit kopii propouštěcí zprávy z hospitalizace.
- 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 26 let věku dítěte, výše celkového pojištěného se nemění a část pojištěného za úrazové pojištění bude uhrazena 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 pravdivé odpovědi vyplaceno nebylo, je povinen uhradit pojistiteli částku ve výši tohoto plnění.
- 7.4.** V případě, že dojde k úrazu pojištěného dítěte ve věku od 15 let do 26 let je toto dítě, příp. jeho zákonný zástupce, povinno prokázat, že plní povinnou školní docházku v základní nebo střední škole jako žák dle školského zákona či jiné obdobné právní úpravy nebo je studentem v bakalářském nebo magisterském studijním programu na vysoké škole formou prezenčního studia dle zákona o vysokých školách či jiné obdobné právní úpravy. Skutečnost podle předchozí věty se dokládá potvrzením o studiu nebo jiným dokladem, který prokazuje, že pojištěné dítě bylo k datu pojistné události žákem (učněm, studentem). Pokud pojištěné dítě tento doklad nepředloží, má se za to, že studium ukončilo a pojistitel sníží pojistné plnění o procento uvedené v informacích před uzavřením pojistné smlouvy. Pojištěné dítě je povinno nahlásit pojistiteli skutečnost, že přestalo být žákem (studentem, učněm). V takovém případě zanikne úrazové pojištění dítěte k datu oznámení této skutečnosti pojistiteli.
- 7.5.** Pojistitel neplní za trvalé následky úrazu, závažné následky úrazu, dobu nezbytného léčení úrazu, hospitalizaci následkem úrazu, pokud pojištěné dítě utrpí úraz v době následující po výročním dni počátku pojištění po dovršení 15 let věku při tréninku nebo výkonu sportu zařazeného do skupiny vysoce rizikových činností (VRC). Do skupiny vysoce rizikových činností patří všechny druhy sportů, které pojištěné dítě provozuje jako aktivní účastník organizovaných soutěží s výjimkou aerobiku, agility, akrobatického rock'n'rollu, atletiky, badmintonu, baseballu, basketbalu do úrovně krajského přeboru včetně, běhu do vrchu, běhu na lyžích, bowlingu, benchpressu, break dance, curlingu, florbalu do úrovně krajského přeboru včetně, fotbalu, fotbalu do úrovně krajského přeboru včetně, historického šermu, intercrossu, jachtingu, jezdecký psích spřežení, kanoistiky, krasobruslení, kriketu, kulečnicku, kulturistiky, kuželek, lacrossu, lukostřelby, maratonského běhu, mažorettek, metané, minigolfu, moderní gymnastiky, nohejbalu do úrovně krajského přeboru včetně, orientačního běhu, paint ballu, páky – přetlakování rukou, petanque, plavání, powerbocking (skákáci boty), rekreačního potápění bez dýchacích přístrojů, ricochetu, roztleskávaček (cheerleading), rybarského sportu, rychlobruslení, skycrossu, softballu, sportovního lezení po umělých stěnách, sportovní střelby, squashe, strečinku, stolního tenisu, šachů, šipek, tenisu, turistiky, veslování, volejbalu do úrovně krajského přeboru včetně, závodů dřačích lodí a závodního tance. Do skupiny vysoce rizikových činností se rovněž zařazují všechny osoby, které provozují jakýkoli druh bojového umění. Do této skupiny sportů (VRC) se nezahrnují činnosti vyloučené z úrazového pojištění dle VPP PO. Aktivním účastníkem organizovaných soutěží se pro účely úrazového pojištění rozumí osoba provozující sport pravidelně jako aktivní člen organizací, jejichž náplní je organizování tělovýchovné, soutěžní nebo závodní činnosti. Aktivním účastníkem organizovaných soutěží není osoba provozující sportovní činnost příležitostně, nepravidelně a rekreačně, bez registrace ve sportovním klubu.

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 sjednáváne s ČPZ, tak s ČP, včetně dalších pojištění sjednáváných s ČPZ, tedy i pojištění finančních ztrát.

Zánik pojištění

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

ČLÁNEK 9 POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD NEMOCI (ASISTENCE)

Bod 1 Rozsah pojistného plnění

- 1.1. Předmětem pojištění pro případ nemoci (Asistence) je zdravotní a úrazová asistence MEDIK a MEDIK PLUS, která zajišťuje poskytnutí pojistného plnění formou asistenčních služeb v rozsahu a dle příslušných pojistných podmínek pojistné smlouvy.
- 1.2. Limity pojistného plnění uvedené v tabulce představují nejvyšší možné částky, které pojistitel poskytne na jednu nebo všechny pojistné události, jež nastanou v době trvání pojištění, není-li dále uvedeno jinak. V přehledu jsou rovněž uvedeny limity dílčích pojistných plnění ve formě poskytnutí služby. Při stanovení limitů pojistného plnění pojistitel využije aktuální cenu smluvních dodavatelů za poskytované služby či informace.
- 1.3. Pojistitel není povinen poskytnout plnění, projeví-li se v době trvání pojištění důsledky události nastalé před počátkem pojištění.
- 1.4. V případech, kdy je zajištění asistenčních služeb prováděno bez předchozího nahlášení a schválení asistenční centrály, nebudou vzniklé náklady pojištěnému zpětně hrazeny.

Bod 2 Počátek, změna, doba trvání a zánik pojištění

Pojištění se sjednává na dobu jednoho roku, a to od data počátku uvedeného v pojistné smlouvě (pojistný rok), resp. od data účinnosti změny pojištění v případě pozdějšího sjednání pojištění pro případ nemoci (Asistence). Pojištění se automaticky prodlužuje za stejných podmínek o další rok, neznámí-li jedna ze smluvních stran straně druhé nejméně 6 týdnů před uplynutím pojistné doby, že nemá na dalším trvání pojištění zájem. V případě změny výše pojistného za toto pojištění, zašle pojistitel pojistníkovi informaci o nové výši pojistného nejméně 6 týdnů před uplynutím pojistné doby. Pokud pojistník sdělí pojistiteli, že za těchto podmínek nemá na dalším trvání pojištění zájem, pojištění zanikne uplynutím pojistné doby v příslušném pojistném roce.

Bod 3 Nárok na poskytnutí plnění

- 3.1. Poskytovatelem asistenčních služeb je společnost ČP ASISTENCE s.r.o., zapsaná v obchodním rejstříku vedeném u Městského soudu v Praze, vložka C 186601, IČ: 24184985 (dále též „asistenční služba“).
- 3.2. Nárok na poskytování asistenčních služeb či služeb hrazených v rámci zdravotní a úrazové asistence MEDIK a MEDIK Plus vzniká pouze za podmínky zajištění služeb prostřednictvím centrály asistenční služby (dále „asistenční centrála“).

Bod 4 Rozsah plnění formou asistenčních služeb MEDIK

- 4.1. Pojištěnému, který má sjednáno toto pojištění, je poskytováno plnění formou služby Lékař na telefonu a Lékařské informace poskytované operátorem. Pojistnou událostí je možná změna zdravotního stavu pojištěného, příp. úraz nebo jeho odůvodněná potřeba zjistit údaje týkající se zdravotního stavu.
- 4.2. **Disponibilita služeb.** Služba Lékař na telefonu je k dispozici vždy ve všední den od 9:00 do 18:00. Službu Lékař na telefonu a Lékařské informace poskytované operátorem může využít pojištěný i pro získání lékařských informací týkajících se nejbližších rodinných příslušníků.
- 4.3. Služby Lékař na telefonu poskytuje kompetentní lékař asistenční služby. Telefonicky hovor je přijat vyškoleným operátorem, který dle požadovaného typu konzultace klientovi bezprostředně zajistí telefonát s lékařem.
- 4.4. Okruhy poskytovaných informací v rámci služby Lékař na telefonu jsou uvedené níže v Tabulce plnění pod písm. A a B.

Bod 5 Rozsah plnění formou asistenčních služeb MEDIK PLUS

- 5.1. Pojištěnému, který má sjednáno toto pojištění, je poskytováno plnění formou služby Lékař na telefonu a Lékařské informace poskytované operátorem, Konzultant na telefonu v právní oblasti zdraví, Doprava do/z nemocnice, Objednání k lékaři a Osobní asistent. Službu Osobní asistent lze využít v základním rozsahu (telefonická konzultace) po běžném ošetření úrazu či při onemocnění a v rozšířeném rozsahu pro případ imobility či změněné pracovní schopnosti (telefonická nebo osobní konzultace, dovoz léků nebo zdravotnických pomůcek, zajištění nákupu, úklid domácnosti, projekt úpravy).
- 5.2. **Disponibilita služeb.** Služby Lékař na telefonu, Konzultant na telefonu v právní oblasti zdraví, Objednání k lékaři, Doprava do/z nemocnice, Dovozy léků nebo zdravotnických pomůcek, Úklid domácnosti, Zajištění nákupu, Projekt úpravy jsou k dispozici vždy ve všední den od 9:00 do 18:00. Službu Lékař na telefonu a Lékařské informace poskytované operátorem pojištěný může využít i pro získání informací týkajících se nejbližších rodinných příslušníků. Služba Osobní asistent základní a telefonická nebo osobní konzultace ve službě Osobní asistent rozšířená je k dispozici nepřetržitě 24 hodin denně.
- 5.3. Služby Lékař na telefonu poskytují kompetentní lékař asistenční služby. Telefonicky hovor je přijat vyškoleným operátorem, který dle požadovaného typu konzultace pojištěnému bezprostředně zajistí telefonát s lékařem. Službu Konzultant na telefonu v právní oblasti zdraví, poskytuje právník asistenční služby, který se dle dané problematiky rozhoduje o využití experta na danou problematiku.
Službu Objednání k lékaři poskytují vyškolení operátoři asistenční služby. Pojistnou událostí je možná změna zdravotního stavu pojištěného, příp. úraz nebo jeho odůvodněná potřeba zjistit údaje týkající se zdravotního stavu.
- 5.4. **Doprava do/z nemocnice.** Pojištěný si může na asistenční centrále objednat bezplatný odvoz do nebo z nemocnice. Transport bude zajištěn prostředkem odpovídajícím zdravotnímu stavu pojištěného (taxi, sanitní vůz, sanitní vůz s doprovodem, apod.). Podmínkou využití této služby (pojistnou událostí) je plánovaná či uskutečněná vyšetření, ošetření, propuštění po hospitalizaci, nebo jiný podobný lékařský výkon provedený pojištěným v dané nemocnici. Limit služby je 2 500 Kč na jedno využití. Tuto službu může využít pojištěný maximálně 2x v každém pojistném roce.
- 5.5. **Služba Osobní asistent základní.** Službu Osobní asistent může pojištěný využít kdykoliv po úrazu či při onemocnění. Při kontaktování asistenční centrály si pojištěný může objednat telefonickou konzultaci na téma řešení osobní životní situace, která nastala vlivem změny zdravotního stavu. Okruhy těchto konzultací a jejich omezení jsou uvedeny v Tabulce plnění v rámci jednotlivých služeb. Podmínkou využití této služby (pojistnou událostí) je prokazatelná změna zdravotního stavu. Služba je hrazena v rozsahu 1 hodina telefonické konzultace na jednu pojistnou událost (změnu zdravotního stavu).
- 5.6. **Služba Osobní asistent rozšířená.** Nárok na plnění z rozšířené služby Osobní asistent pojištěnému vzniká buď po minimálně 48hodinové hospitalizaci, při imobilitě nebo při změněné pracovní schopnosti (pojistná událost).
 - 5.6.1. **Telefonická nebo osobní konzultace.** Při kontaktování asistenční centrály si pojištěný může objednat telefonickou nebo osobní konzultaci na téma řešení osobní životní situace, která nastala vlivem změny zdravotního stavu. Okruhy těchto konzultací a jejich omezení jsou uvedeny v Tabulce plnění v rámci jednotlivých služeb. Při zvolení osobní konzultace zajistí asistenční centrála návštěvu odborníka u pojištěného. Asistenční centrálou je hrazena doprava odborníka k pojištěnému a čas konzultace maximálně do výše limitu 2 500 Kč na pojistnou událost.
 - 5.6.2. **Dovoz léků nebo zdravotnických pomůcek.** Nárok na plnění v rámci služby Dovozy léků nebo zdravotnických pomůcek pojištěnému vzniká buď po minimálně 48hodinové hospitalizaci, při imobilitě nebo při změněné pracovní schopnosti (pojistná událost). Asistenční centrála zajistí dovoz požadovaných léků nebo pomůcek dle objednávky klienta. Při vyzvednutí léků nebo pomůcek na předpis je předpokladem plnění součinnost pojištěného. Asistenční centrálou je hrazena doprava léků nebo zdravotnických pomůcek pojištěnému maximálně dvakrát za jeden pojistný rok a do limitu 2 500 Kč na jednu pojistnou událost.
 - 5.6.3. **Úklid domácnosti.** Nárok na plnění v rámci služby Úklid domácnosti pojištěnému vzniká buď po minimálně 48hodinové hospitalizaci, při imobilitě nebo při změněné pracovní schopnosti (pojistná

událost). Úklid probíhá jedenkrát týdně vždy ve všední den v rozsahu mytí nebo luxování podlahových ploch vnitřní části bytu, mytí koupelny, mytí WC, vynesení odpadu, mytí nádobí. Nárok na úklid trvá po dobu dvou nebo tří týdnů po návratu domů z hospitalizace. Délku trvání nároku určí lékař asistenční centrály na základě lékařské zprávy. Rozhodující pro určení nároku je stupeň imobility a změněné pracovní schopnosti pojištěného. Službu si pojištěný objednává na asistenční centrále.

- 5.6.4. **Zajištění nákupu.** Nárok na plnění v rámci služby Zajištění nákupu pojištěnému vzniká buď po minimálně 48hodinové hospitalizaci, při imobilitě nebo při změněné pracovní schopnosti (pojistná událost). Nákup probíhá jedenkrát týdně vždy ve všední den v rozsahu dohodnutém s pojištěným v nákupním středisku v bezprostřední blízkosti bydliště pojištěného. Pokud nebude vzájemnou dohodou ujednáno jinak, jsou nákupem myšleny pouze potraviny a základní hygienické potřeby či základní drogistické zboží nutné pro nezbytný chod domácnosti. Nárok na zajištění nákupu trvá po dobu dvou maximálně tří týdnů po návratu domů z hospitalizace. Délku trvání nároku určí lékař asistenční služby na základě lékařské zprávy. Rozhodující pro určení nároku je stupeň imobility a změněné pracovní schopnosti pojištěného. Asistenční centrála hradí organizační zajištění nákupu včetně jeho dopravy pojištěnému, na zaplacení ceny zakoupeného zboží či služeb (např. čistírna, prádelna apod.) se plnění nevztahuje.
- 5.6.5. **Projekt úpravy.** Nárok na plnění pojištěnému vzniká při jeho předpokládané změně pracovní schopnosti trvající déle než 10 týdnů (pojistná událost). Na žádost pojištěného zajistí asistenční centrála vypracování projektu na úpravu domu, domácnosti, pracoviště či vozidla související se změněným zdravotním stavem pojištěného. Asistenční centrála hradí vlastní tvorbu projektu a jeho realizaci až do limitu služby ve výši 5 000 Kč na jednu pojistnou událost.
- 5.7. Okruhy poskytovaných informací a služby v rámci služby MEDIK PLUS jsou uvedené níže v Tabulce plnění pod písm. A–G.

Bod 6 Územní rozsah

Plnění formou zajištění asistenčních služeb může být využito kdekoli v území České republiky.

Bod 7 Ostatní ustanovení

- 7.1. Pojistitel je oprávněn přiměřeně snížit pojistné plnění, došlo-li k navýšení nákladů spojených s vyřizováním pojistné události zaviněním či úmyslným jednáním pojištěného.
- 7.2. V případě, že pojištěný obdržel za vzniklé výlohy, které by byly předmětem pojistného plnění z tohoto pojištění náhradu od třetí strany nebo cestou jiného právního vztahu, je pojistitel oprávněn přiměřeně snížit pojistné plnění o částku, kterou pojištěný jako náhradu obdržel.
- 7.3. Vzniklo-li v souvislosti s hrozící nebo nastalou pojistnou událostí oprávněné osobě, pojištěnému nebo osobě, která vynaložila zachraňovací náklady, proti jinému právo na náhradu škody nebo jiné obdobné právo, přechází výplato plnění z pojištění toto právo na pojistitele, a to až do výše částek, které pojistitel ze soukromého pojištění oprávněné osobě, pojištěnému nebo osobě, která vynaložila zachraňovací náklady, vyplatil.

Upozornění pojistitele: Toto pojištění a příslušný závazek pojistitele poskytnout v případě pojistné události oprávněným osobám asistenční služby nenahrzuje a ani nemůže nahradit posláním útvarů či sborů zřízených ze zákona státními nebo místními orgány k zajišťování záchranných zdravotnických či jiných podobných služeb.

Bod 8 Postup při kontaktování asistenční centrály

- 8.1. Pojištěným je v nepřetržitěm provozu k dispozici asistenční centrála na telefonním čísle: +420 841 114 114, další kontakty jsou e-mail: asistence@cpasistence.cz, fax: +420 241 040 399.
- 8.2. Při kontaktování asistenční služby je pojištěný povinen sdělit následující informace:
 - své jméno a příjmení, datum narození
 - číslo pojistné smlouvyDále bude pojištěný pracovníkem asistenční služby požádán o sdělení:
 - svého telefonního čísla
 - důvodu kontaktování asistenční služby
 - pojištěný bude také požádán o zajištění dokumentace, která prokazuje jeho nárok na plnění v programu MEDIK PLUS (např. lékařskou zprávu apod.)

Bod 9

Pojmy

Službami ve smyslu tohoto pojištění se rozumí služby, které má pojistitel zorganizovat nebo zorganizovat a uhradit pojištěnému v případě pojistné události, a na jejichž poskytnutí se pojištěný dohodl s asistenční centrálou.

Změnou pracovní schopnosti ve smyslu tohoto pojištění se rozumí (dále též „ZmPS“) změna funkce tělesných systémů pojištěného (např. pohybového, smyslového, atd.), která významně ovlivňuje jeho schopnost vykonávat pracovní činnost v rozsahu obvyklém před úrazem či nemocí.

Imobilitou ve smyslu tohoto pojištění se rozumí změna funkce pohybového systému pojištěného, která významně ovlivňuje jeho schopnost vykonávat pracovní či běžné denní činnosti v rozsahu obvyklém před úrazem či nemocí.

Hospitalizací ve smyslu tohoto pojištění se rozumí pobyt pojištěného v nemocnici či v jiném zařízení tohoto typu, ve

kterém se pojištěný nachází za účelem léčení úrazu či nemoci, či za účelem jejich diagnostiky.

Smluvním dodavatelem/dodavatelem ve smyslu tohoto pojištění se rozumí právnická či fyzická osoba, která poskytuje služby či provádí práce, které jsou objednány asistenční centrálou a vykonávány pro pojištěného, a která má pro poskytování a provádění takových služeb oprávnění.

Zajištěním služeb ve smyslu tohoto pojištění se rozumí forma pojistného plnění, kdy pojistitel prostřednictvím asistenční centrály provede úkony potřebné k poskytnutí služby pojištěnému v rozsahu a dle limitů uvedených v pojistné smlouvě a pojistných podmínkách.

Zmocněncem pojistitele/ů: EUROP ASSISTANCE HOLDING, se sídlem 7 boulevard Haussmann – 75009 Paris, Francie, registrována v Pařížském registru firem pod ref. číslem 632 016 382 prostřednictvím organizační složky Europ Assistance Holding Irish Branch se sídlem v 79 Merrion Square, Dublin 2, Irsko, vedená v Registru firem Irské vlády pod ref. číslem 905036.

Asistenční centrálou/správce pojištění se pro účely tohoto pojištění rozumí: ČP ASISTENCE s.r.o., zapsaná v obchodním rejstříku vedeném u Městského soudu v Praze, vložka C 186601, IČ: 24184985.

Pojistnou událostí se rozumí nahodilá skutečnost související s úrazem nebo změnou zdravotního stavu pojištěného (skutečnou nebo předpokládanou), která je blíže určena v tomto článku, která nastala v době trvání pojištění a s níž je spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění.

Škodní událostí se rozumí skutečnost, ze které vznikla škoda, a která by mohla být důvodem vzniku práva na pojistné plnění z tohoto pojištění.

Úrazem ve smyslu tohoto pojištění se rozumí neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávislé na vůli pojištěného, ke kterému došlo během trvání pojištění a kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví.

Nejbližším rodinným příslušníkem se rozumí: manžel/ manželka, registrovaný partner/partnerka, děti.

TABULKA PLNĚNÍ PRO ASISTENČNÍ SLUŽBY MEDIK A MEDIK PLUS

Označení služby		Popis plnění	Limity plnění
MEDIK	A	Lékař na telefonu Poskytnutí lékařské informace/konzultace po telefonu lékařem v následujících oblastech: Konzultace zdravotního stavu Dle požadavků klienta poskytne lékař asistenční služby: <ul style="list-style-type: none"> vysvětlení symptomů – vysvětlení příznaků onemocnění, zdravotních potíží, dalších případných souvisejících symptomů vysvětlení možných příčin – vysvětlení příčin popsanych symptomů a možný vliv předchozích zdravotních komplikací či aktivit Vysvětlení lékařských pojmů Dle požadavků klienta poskytne lékař asistenční služby: <ul style="list-style-type: none"> vysvětlení běžné užívaných pojmů ve zdravotnictví, zdravotnických zařízeních vysvětlení zkratk a názvů z lékařských zpráv a jiných lékařských odborných dokumentací vysvětlení latinských pojmů z lékařské dokumentace vysvětlení diagnóz (v rámci zasláné dokumentace), jejich možných následků a souvislostí vysvětlení číselných kódů diagnóz vysvětlení následného nutného postupu při léčbě pro danou diagnózu Vysvětlení laboratorních výsledků Dle požadavků klienta poskytne lékař asistenční služby: <ul style="list-style-type: none"> informace o základních laboratorních vyšetřeních účel jednotlivých vyšetření formu jednotlivých vyšetření a jejich náročnost pro pacienta vysvětlení zkratk a základních typů naměřených hodnot informace o rozmezí výsledků jednotlivých hodnot, vztahení těchto hodnot k obvyklým výsledkům a naznačení výkladu odchylek od normálních hodnot Vysvětlení lékařských postupů Dle požadavků klienta poskytne lékař asistenční služby: <ul style="list-style-type: none"> vysvětlení obecných postupů léčby daného onemocnění vysvětlení všeobecných diagnostických postupů při daném onemocnění základní informace o časové náročnosti léčby jednotlivých onemocnění Informace o lécích a jejich účincích Dle požadavků klienta poskytne lékař asistenční služby: <ul style="list-style-type: none"> informace o účinných látkách léků informace o možných nežádoucích účincích Vysvětlení pojmů z oblasti prenatální problematiky Dle požadavků klienta poskytne lékař asistenční služby: <ul style="list-style-type: none"> informace, na co má těhotná žena nárok v rámci prenatálních prohlídek informace, jaká vyšetření se provádějí a proč 	Bez omezení
	B	Lékařské informace poskytované operátorem	Všeobecné informace <ul style="list-style-type: none"> nejbližší vhodný lékař, nejbližší lékárna, nejbližší lékařská pohotovost
C	Objednání k lékaři	Operátor asistenční služby zajistí vyhledání vhodného smluvního lékaře zdravotní pojišťovny pojištěného dle požadavku pojištěného a k tomuto lékaři provede objednání, je-li toto u daného lékaře možné. Výsledek objednání a jeho detaily sdělí pojištěnému dle výběru formou telefonátu, SMS nebo e-mailu.	Bez omezení
D	Konzultant pro právní oblast zdraví na telefonu	Okruhy, pro které poskytne pojištěnému telefonickou konzultaci interní právník asistenční služby nebo, dle problematiky vybraný, jiný vhodný právník: <ul style="list-style-type: none"> výklad práv pacientů/pojištěnců právo na informace (pacienta i blízkých osob/příbuzných) ochrana práv pacienta výklad povinností pacientů/pojištěnců konzultace na téma formální korespondence s jednotlivými subjekty na trhu zdravotnických služeb (žádost, objednání, žádanka, stížnost apod.) problematika platby a výběru pojistného dlužníci a jejich práva a povinnosti kvalita výkonů poskytovatelů, reklamační řízení, revize výkonů, reklamační lhůty dané zákonem právní postavení alternativní medicíny vztah klienta/pacienta k jednotlivým subjektům na trhu zdravotnických služeb soudní systém a možnost domoci se práva soudní výlohy a poplatky, lhůty odpovědnostní škody na zdraví problematika pracovních úrazů problematika nemocí z povolání problematika pochybení a sankcí při poskytování chirurgické péče problematika pochybení a sankcí při poskytování lékařské péče povinnost mlčenlivosti zdravotnických pracovníků ochrana práva na náboženské přesvědčení u hospitalizovaných osob transplantace lidských tkání a orgánů – základní principy právní úpravy 	Bez omezení
E	Doprava do/z nemocnice	Transport taxi, sanitním vozem, sanitním vozem s doprovodem, vždy dle zdravotního stavu pojištěného. O typu transportního prostředku rozhoduje lékař asistenční služby ve spolupráci s ošetřujícím lékařem pojištěného.	Nárok na služby vzniká maximálně dvakrát v pojistném roce. Limit 2 500 Kč na jedno využití služby.
F	Osobní asistent základní	V souvislosti se změnou svého zdravotního stavu může pojištěný požádat o zajištění telefonické konzultace pro následující okruhy: <ul style="list-style-type: none"> rehabilitace vztah se státními institucemi vztah se zaměstnavatelem bydlení a zdravotní stav finanční situace a vztah ke zdravotnímu stavu 	Limit služby je 1 hodina telefonické konzultace na jednu pojistnou událost (změnu zdravotního stavu).
G	Osobní asistent rozšířená	Pokud vlivem úrazu či onemocnění absolvuje pojištěný hospitalizaci delší než 48 hodin, nebo pokud splňuje podmínku imobility nebo změněné pracovní schopnosti dle definice uvedené v tomto článku může pojištěný čerpat následující služby uvedené v písm. G1–G5.	
		G1: Telefonickou nebo osobní konzultaci s odborníkem na následující témata: <ul style="list-style-type: none"> rehabilitace vztah se státními institucemi vztah se zaměstnavatelem bydlení a zdravotní stav finanční situace a vztah ke zdravotnímu stavu 	Limit služby je 2 500 Kč na jednu pojistnou událost.
		G2: Dovozy léků nebo zdravotnických pomůcek po hospitalizaci či při imobilitě klienta.	Limit plnění je 2 500 Kč na pojistnou událost. Zajištění služby maximálně dvakrát za 1 pojistný rok.
		G3: Zajištění nákupu po hospitalizaci či při imobilitě klienta.	Limit plnění je jedenkrát týdně po dobu 2 nebo 3 týdnů dle délky imobility.
		G4: Zajištění úklidu po hospitalizaci či při imobilitě klienta.	Limit plnění je jedenkrát týdně po dobu 2 nebo 3 týdnů dle délky imobility.
		G5: Projekt úpravy. Při předpokládané změně pracovní schopnosti trvajících déle než 10 týdnů zajistí asistenční centrála pojištěnému vypracování a realizaci projektu na úpravu domu, domácnosti, pracoviště či vozidla související se změněným zdravotním stavem pojištěného.	Limit plnění je 5 000 Kč na jednu pojistnou událost.
			MEDIK PLUS