

Bod 1

Úvodní ustanovení

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

Bod 2

Definice pojmů

- Běžným pojistným** se rozumí pojistné placené pojistníkem pravidelně v dohodnuté výši za dohodnutá pojistná období.
- Pojistným rokem** se rozumí běžný rok, který začíná běžet v den počátku pojištění a dále vždy ve výroční den pojištění a který končí jeden den před výročním dnem pojištění.
- Výročním dnem pojištění** se rozumí den, který se datem (dnem a měsícem) shoduje s datem uvedeným v pojistné smlouvě jako den počátku pojištění (též výroční den počátku pojištění). Není-li takový den v měsíci, případně výroční den na poslední den takového měsíce. V případě změny pojištění, při níž dojde ke změně pojistné doby, se rozumí výročním dnem pojištění den, který se shoduje s datem účinnosti takové změny uvedeným jako datum účinnosti v dodatku k pojistné smlouvě.
- Invalidním důchodem** podle čl. 21 VPP ŽP se rozumí jak plný invalidní důchod podle právní úpravy platné do 31. 12. 2009, tak invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně podle právní úpravy platné od 1. 1. 2010.
- Pojištěným v úrazovém pojištění** se rozumí pojištěný/pojištěná dítě označený/-é jménem, přijímáním a pořadovým číslem v části pojistné smlouvy upravující úrazové pojištění.
- Úrokovou sazbou (procentem úrokové sazby)** se rozumí výše úroku uvedená v pojistné smlouvě, např. stanovená k úvěru poskytnutému peněžním ústavem, v jehož prospěch je pojistné plnění vinkulováno.

ČLÁNEK 1
SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

Bod 1

Běžné pojistné

- První běžné pojistné je splatné v den počátku pojištění.
- Další běžné pojistné je splatné prvního dne sjednaného pojistného období.
- Dlužní-li pojistník pojistné za více pojistných období a naposledy zaplacené pojistné nepostačuje na uhrazení dluhu, je vyrovnáno dlužné pojistné za nejdříve splatné období bez ohledu na to, za jaké období mělo být pojistné skutečně zaplaceno.
- Pojistitel má právo na náhradu nákladů na upomínání o zaplacení pojistného, které nebylo včas a řádně zaplaceno.

Bod 2

Indexace pojištění (zvyšování pojistného se současným zvýšením pojistné částky)

- Je-li sjednána (zahrnutá) 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. a 2.11. se pojistné za základní pojištění zvyšuje maximálně o procento z pojistného (dále indexační procento) stanovené pojistitelem s ohledem na index růstu spotřebitelských cen publikovaný ČSÚ a růst nominálních mezd publikovaný ČSÚ za minulé roky. Pevná pojistná částka pro případ smrti, pojistná částka pro případ závažných onemocnění, byla-li sjednána, pojistná částka pro případ kritických onemocnění, byla-li sjednána a výše měsíční invalidní renty, byla-li sjednána, se zvyšují podle pojistné technických zásad pojistitele. Při výpočtu pojistné částky pojistitel vychází zejména z aktuální pojistné částky, resp. výše měsíční invalidní renty, aktuálního věku pojistného, nového pojistného a pojistné doby zbývajících do konce pojištění. Klesající pojistná částka se nezvyšuje. 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 obvyčejnou zásilkou na adresu pojistníka uvedenou v pojistné smlouvě nebo některým z prostředků komunikace na dálku.
- Pojistné a pojistné částky, 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.

- Odmitnutí zvýšení pojistného a pojistných částek může pojistník provést kdykoliv v průběhu kalendářního roku. Odmitnutí musí být učiněno prokazatelně a doručeno pojistiteli. Odmitnutí se vztahuje vždy k nejbližšímu výročnímu dni pojištění následujícímu po doručení odmitnutí pojistiteli. Je-li sjednáno úrazové pojištění, odmitnutí zvýšení pojistného a pojistné částky je současně odmitnutím 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 odmitnutí indexace podle bodu 2.1. Po uplynutí této lhůty je pojistitel oprávněn provádět indexace obnovit. Pojistník je oprávněn požádat o obnovu indexace před uplynutím této lhůty.
- Zvyšování pojistného a pojistné částky se provádí bez dalšího došetřování zdravotního stavu.
- 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.
- Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění po dobu trvání zproštění od placení pojistného, bylo-li sjednáno pojištění zproštění od placení pojistného.
- Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění u pojistných smluv, u nichž došlo k zániku povinnosti platit běžné pojistné.
- Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění u pojistných smluv, u nichž je vyplácena měsíční invalidní renta.
- Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění, bylo-li vyplaceno pojistné plnění z pojištění závazných onemocnění.
- Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění, bylo-li vyplaceno pojistné plnění z pojištění kritických onemocnění.
- Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění po tu dobu, kdy bylo ocenění rizika hodnoceno jako nadstandardní a bylo stanoveno nadstandardní pojistné.

Bod 3

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 4

Změny pojištění

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). Pojistitel si vyhrazuje právo v závislosti na aktuálním stavu pojistné smlouvy (např. aktuální věk pojištěného, aktuální zdravotní stav pojištěného) žádost o změnu pojištění zamítnout.

Bod 5

Zánik pojištění

- Podle ustanovení § 22 odst. 2 zákona o pojistné smlouvě mohou být sjednaná pojištění vypovězena pojistníkem i pojistitelem do dvou měsíců od uzavření pojistné smlouvy nebo sjednání dalšího pojištění, s osmidenní výpovědní lhůtou.
- Po uplynutí dvou měsíců od uzavření pojistné smlouvy může ve smyslu ustanovení § 22 odst. 1 a 5 zákona o pojistné smlouvě všechna sjednaná pojištění vypovědět pojistník. Pojistitel může vypovědět pouze úrazové pojištění a pojištění pro případ nemoci. Výpověď musí být dána alespoň šest týdnů před uplynutím pojistného období. Výpovědi základního pojištění zanikají všechna sjednaná pojištění. Výpovědi úrazového pojištění, pojištění závažných onemocnění, pojištění kritických onemocnění, pojištění invalidity nebo pojištění pro případ nemoci zaniká jen vypovězené pojištění.
- Podle ustanovení § 22 odst. 3 a 5 zákona o pojistné smlouvě pojistitel nebo pojistník mohou sjednané pojištění vypovědět do 3 měsíců ode dne doručení oznámení vzniku pojistné události. Pojistitel může vypovědět pouze úrazové pojištění a pojištění pro případ nemoci.
- 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.
- Zánik pojištění odpadnutím důvodu dalšího pojištění a uplynutím doby, na níž bylo sjednáno**
 - Pojištění zanikne smrtí 1. pojištěného. Nejpozději pojištění zanikne uplynutím sjednané pojistné doby.
- 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.
- Zánik pojištění z důvodu nesplnění výše minimálního měsíčního pojistného** V případě, že měsíční pojistné za pojištění sjednaná touto pojistnou smlouvou je nižší než minimální výše pojistného stanovená pojistitelem pro účely uzavření pojistné smlouvy uvedena v Přehledu poplatků, zanikají všechna sjednaná pojištění k datu účinnosti změny pojištění. Předchozí věta se nepoužije v případě pojistné smlouvy, u které došlo ke zproštění od placení pojistného nebo zániku povinnosti platit pojistné.

Bod 6

Forma právních úkonů

- Právní úkony týkající se pojištění mají písemnou formu, není-li uvedeno jinak.
- Oznámení pojistné události ve smyslu zákona o pojistné smlouvě, resp. všeobecných pojistných podmínek, je možné podat rovněž telefonicky na telefonním čísle zveřejněném k tomuto účelu pojistitelem na jeho obchodních místech. Na základě telefonicky podaného oznámení pojistné události je pojistitel oprávněn si pro provedení šetření nutného ke zjištění rozsahu jeho povinnosti plnit vyžádat potřebné doklady v listinné podobě.
- Pojistník může telefonicky podat takový návrh na změnu pojistné smlouvy, který je uveden v Přehledu způsobů podávání návrhů

na změnu pojistné smlouvy a dalších pokynů, přístupném na obchodních místech pojistitele a na internetových stránkách pojistitele.

- Úkony uvedené v bodech 6.2. a 6.3. může pojistitel umožnit podat rovněž e-mailem nebo prostřednictvím webového kanálu, a to zveřejněním v Přehledu způsobů podávání návrhů na změnu pojistné smlouvy a dalších pokynů, přístupném na obchodních místech pojistitele a na internetových stránkách pojistitele.

Bod 7

Informace o pojištění

- Pojistitelem je Česká pojišťovna a.s., která má sídlo v České republice. V případě sjednání pojištění pro případ nemoci je pojistitelem i Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s., která má sídlo v České republice.
- Dobou platnosti pojistné smlouvy se rozumí doba vymezená uzavřením pojistné smlouvy a okamžikem jejího zániku, resp. trváním a existencí závazků z pojistné smlouvy.
- Pojistné lze platit měsíčně, čtvrtletně, pololetně, ročně, a to hotovostně nebo bezhotovostně.
- Pojistitel i pojistník mají právo od pojistné smlouvy odstoupit. Pojistitel má právo od pojistné smlouvy odstoupit, pokud pojistník nebo pojištěný zodpoví při sjednávání pojistné smlouvy úmyslné nebo z nedbalosti nepravdivě nebo neúplně písemně dotazy pojistitele týkající se sjednávaneho pojištění, jestliže byl při pravidlivém a úplném zodpovězení dotazů pojistnou smlouvou neuzavřel. Pojistník má právo od pojistné smlouvy odstoupit, jestliže mu pojistitel nebo jím zmocněný zástupce nepravdivě nebo neúplně zodpovědělo jeho písemně dotazy týkající se sjednávaneho pojištění. Právo odstoupit od pojistné smlouvy může pojistitel nebo pojistník uplatnit do 2 měsíců ode dne, kdy takovou skutečnost zjistil, jinak právo zanikne. To platí i v případě změny pojistné smlouvy.
- Odstoupení od pojistné smlouvy, stížnosti pojistníků, pojištěných nebo oprávněných osob se zasílají na adresu: Česká pojišťovna a.s., P. O. BOX 305, 601 00 Brno, a v případě stížnosti týkajících se pojištění pro případ nemoci na adresu: Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s., Litevská 1174/8, 100 05 Praha 10. Stížnosti budou vyřizovány bez zbytečného odkladu specializovanými zaměstnanci. Pojistníci, pojištění nebo oprávnění osoby se mohou se svými stížnostmi obrátit i na Českou národní banku.
- Pojistník a pojištěný je, zejména ve smyslu § 12 a § 21 zákona o ochraně osobních údajů č. 101/2000 Sb., ve znění novel, oprávněn být na základě žádosti kdykoliv bez zbytečného odkladu informován o osobních údajích o něm zpracovávaných pojistitelem. Tuto informaci obdrží za úhradu nutných nákladů souvisejících se sdělením požadované informace. Výše úhrady je stanovena v Přehledu poplatků.
- Pokud pojistník nebo pojištěný zjistí, že došlo k porušení povinností uložených pojistiteli citovaným zákonem, má právo požadovat na pojistiteli nápravu, event. se obrátit na Úřad pro ochranu osobních údajů z žádostí o zajištění opatření k nápravě.
- Pojistitel informuje pojistníka (pojištěného), že poskytnutí osobních údajů v rozsahu uvedeném v § 4 zákona o pojistné smlouvě je povinné a je podmínkou uzavření pojistné smlouvy. Poskytnutí ostatních osobních údajů uvedených v této pojistné smlouvě je nutně zejména pro stanovení výše pojistného rizika.
- Osobní údaje bude pojistitel zpracovávat ručně i automatizovaně prostřednictvím svých zaměstnanců a dále zpracovat, se kterými uzavře smlouvy o zpracování osobních údajů za podmínek zákona o ochraně osobních údajů. Informace o osobních údajích mohou být pojistitelem zpřístupněny zajistitelům za podmínek stanovených zákonem o ochraně osobních údajů a dále subjektům oprávněným požadovat zpřístupnění údajů podle zvláštních právních předpisů.
- Společnosti, které náležejí do stejného concernu jako Česká pojišťovna a.s., jsou zejména CP INVESTIČNÍ společnost, a.s., IČ: 43873766, se sídlem Praha 1, Purkyňova 74/2, PSČ 110 00; Penzijní fond České pojišťovny, a.s., IČ: 61858692, se sídlem Praha 1, Truhlářská 1106/9, PSČ 110 00; Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s., IČ: 49240749 se sídlem Praha 10, Litevská 1174/8, PSČ 100 05. Aktuální přehled společností je k dispozici na internetových stránkách pojistitele.

ZÁKLADNÍ POJIŠTĚNÍ 1. POJIŠTĚNÉHO
(též „základní pojištění“)

ČLÁNEK 2
POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD SMRTI

Bod 1

Rozsah nároků

- Pojištění pro případ smrti s pevnou pojistnou částkou** Dojde-li v době trvání pojištění ke smrti pojištěného nikoli následkem sebevraždy do dvou let trvání pojištění, pojistitel vyplatí obmyšlenému sjednanou pojistnou částku pro případ smrti. Nebyli-li obmyšleny v pojistné smlouvě určen nebo nenabyl-li práva na plnění, nabývají ho osoby určené podle § 51 odst. 2 a 3 zákona o pojistné smlouvě. Dojde-li v době trvání pojištění ke smrti pojištěného následkem sebevraždy do dvou let trvání pojištění, zaniká pojištění bez práva na plnění.
- Pojištění pro případ smrti s klesající pojistnou částkou** Dojde-li v době trvání pojištění ke smrti pojištěného nikoli následkem sebevraždy do dvou let trvání pojištění, pojistitel vyplatí peněžnímu ústavu, v jehož prospěch je pojistné plnění vinkulováno a nebyl-li určen, obmyšlenému, pojistnou částku pro případ smrti platnou pro příslušný rok trvání pojištění. V případě výplaty peněžnímu ústavu je pojistná částka vyplacena maximálně ve výši zbývajících částky úvěru. Výše klesající pojistné částky platná pro konkrétní rok trvání pojištění je stanovena v závislosti na sjednané pojistné době, pojistné částce a procentu úrokové sazby. Nebyli-li obmyšleny v pojistné smlouvě určen nebo nenabyl-li práva na plnění, nabývají ho osoby určené podle § 51 odst. 2 a 3 zákona o pojistné smlouvě. Dojde-li v době trvání pojištění ke smrti pojištěného následkem sebevraždy do dvou let trvání pojištění, zaniká pojištění bez práva na plnění.

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, nejedná se po šesti měsících od sjednání pojištění závažných onemocnění, vyplatí pojistitel pojistnému 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 sníží celkové lůžní pojistné o pojistné za pojištění závažných onemocnění. Jinak zůstává sjednané základní pojištění beze změny.
- 1.3. Požadá-li pojištěný do výplaty sjednané pojistné částky zdravotní onemocnění o výplatu důchodu, pojistitel začne vyplácet namísto jednorázového plnění časové omezené důchodu, který může být vyplácen po dobu 5 nebo 10 let. Splátka důchodu však nesmí činit méně než 1000 Kč. V případě, že pojištěný zemře v době vyplácení časové omezené důchodu, pojistitel vyplatí jeho dědicům částku, která odpovídá dosud nevyplaceným splátkám důchodu.
- 1.4. Je-li vyloučeno některé z závažných onemocnění definovaných v bodě 6 tohoto článku, pak za takové onemocnění pojistitel neposkytne pojistné plnění ani nedojde k zániku povinnosti platit běžné pojistné, byl-li sjednán tento zánik s 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, urazová 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 a 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 nejednou 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 nejednou v den účinnosti této změny.

Bod 4 Pojistné

Dojde-li k pojistné události z pojištění závažných onemocnění, pojistitel sníží celkové lůžní pojistné o pojistné za pojištění závažných onemocnění.

Bod 5 Zánik pojištění

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

Bod 6 Definice závažných onemocnění

1. **INFARKT MYOKARDU**
Infarktem myokardu se ve smyslu tohoto pojištění rozumí akutní ložisková ischemická nekróza srdečního svalu vzniklá na podkladě náhlého uzavření či extrémního zúžení většiny tepny zásobující příslušnou oblast. Diagnóza musí být potvrzena typickým vzestupem biochemických markerů nekrotického myokardu (Troponin T či I, CK-MB, případně myoglobin, AST, LDH, CK) při současném 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**
Operaci věnčitých tepen pro ischemickou chorobu srdeční ve smyslu tohoto pojištění se rozumí kardiocirurgický výkon – minimálně dvojnásobný koronární bypass s použitím cévního štěpu (transplantátu), provedený při otevřeném hrudníku. Indikací musí být koronarografie prokázaná funkčně významná nedostatečnost věnčitých tepen. Provedení výkonu musí být doloženo operačním protokolem, nebo propouštěcí zprávou z kardiocirurgie. Výluky z plnění:
Angioplastika a ostatní intraarteriální výkony provedené katetrizací nebo laserovou technikou.
3. **OPERACE SRDEČNÍ CHLOPNĚ**
Operaci 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 kardiocirurgie. 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 morfológické poškození srdce (myokardu, perikardu, endokardu včetně chlopní) nevyžadující operační zákrok. Podmínkou je závažnost onemocnění vyžadující lékařskou medicínu a dispenzarizaci pro přetrvávající klinické obtíže

ze chronického rázu s funkční závažností srdečního selhávání hodnocené podle klasifikace NYHA Třída III.–IV., nebo EF \leq 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 předchozí ischemická příhoda (TIA).
6. **ZHOUBNÉ NÁDORY (RAKOVINA)**
Zhoubným nádorem (rakovinou) ve smyslu tohoto pojištění se rozumí diagnóza potvrzená jednoznačným histologickým nálezem, hodnocená podle mezinárodní klasifikace TNM. Pojem rakovina zahrnuje i leukémii, maligní lymfomy, sarkomy, Hodgkinovu nemoc st. II. a vyšší, melanom kůže hodnocený pT1 (Clark II.) a vyšší, zhoubné nádory mozku. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště. Byl-li proveden chirurgický výkon, je nutné doložit operační protokol.
Výluky z plnění:
I. všechny nádory popsané jako
a) premalignita (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 solitní 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 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 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. **KLIŠTOVÁ MENINGOENCEFALITIDA**
Klištová meningoencefalitidou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí zánět mozkových blan a mozkové tkáně. Následky a komplikace zánětu musí vést k trvalé neschopnosti samostatného pohybu nebo k trvalé neschopnosti aktivit běžného života splňující kritéria přiznání invalidního důchodu. Diagnóza musí být stanovena a laboratorně potvrzena příslušným odborným pracovištěm – neurologie (infekce) a dokumentována neurologickým nálezem trvajícím po dobu nejméně 3 měsíců.
11. **SELHÁNÍ LEDVIN**
Selháním ledvin ve smyslu tohoto pojištění se rozumí zahájení dialyzačního programu ve specializovaném zdravotnickém zařízení na základě stanovení diagnózy chronického onemocnění obou ledvin s 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**
Transplantací životně důležitých orgánů ve smyslu tohoto pojištění se rozumí provedení transplantace orgánu pojištěným jako příjemci – srdce, plíc, 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. Zpráva 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 sluchu 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 (němožnost 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 doložena 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. PLASTICKÁ ANÉMIE

Plastickou anémii 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 plastická anémie.

18. CHRONICKÁ VIROVÁ HEPATITIDA

Chronickou virovou hepatitidou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí stav po proděláném zánětlivém onemocnění jater způsobeném virem hepatitidy, které přešlo do chronického stadia (nezáleží na typu viru). Patologické laboratorní hodnoty (průkaz viru, protilátěk, 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 autoimunitní reakce na protilátky tvořené proti bakteriím beta hemolytického streptokoka s potvrzenými komplikacemi v důsledku postižení – srdce (perikardu, epikardu, myokardu, endokardu včetně chlopní) s klinickými příznaky funkční závažnosti srdečního selhávání hodnocené podle klasifikace NYHA Třída 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), neregující na terapii. Tento stav musí trvat nejméně po dobu 6 měsíců. Diagnóza musí být doložena zprávou ze specializovaného pracoviště (neurologie).

21. SYSTÉMOVÁ SKLERODERMIE

Systémovou sklerodermii 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 nediferencovaná 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 významným 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

Alzheimerovu chorobou ve smyslu tohoto pojištění se rozumí neurodegenerativní onemocnění na podkladě specifických degenerativních změn mozkové tkáně projevující se demencí do věku 65 let pojištěného. Postižení musí vést k výraznému snížení poznávacích (kognitivních) funkcí, úbytku paměti, vnímání, intelektu, řeči, orientace v čase a prostoru takového stupně, že brání výkonu povolání a schopnosti zvládnout aktivitu 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 zneužití 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, krevetvorby, 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. BRĚŠNÍ TYFUS

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

Výluky z plnění:

Pojištění, který nebyl očekávan.

Onemocnění Paratyfem A, B, C.

Bacilonosič.

26. TBC

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

Výluky z plnění:

Pojištění, který nebyl řádně očkován dle platného očkovacího kalendáře.

Abusus návykových látek, diagnostikovaná pozitivita HIV.

27. OPERACE AORTY

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

Výluky z plnění:

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

28. KARDIOMYOPATIE

Kardiomyopatií (onemocnění srdeční svaloviny – myokardu) se ve smyslu tohoto pojištění rozumí pozánětlivé infekční poškození myokardu. Diagnostika musí být stanovena na základě EKG, echo-kardiografie a katetrizace, eventuálně biopsie. Musí se jednat o poškození 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. POPÁLENINÝ

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

31. OCHRUTÍ – paraplegie, tetraplegie, hemiplegie

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

Výluky z plnění:

Plegie následkem úrazu.

32. MORBUS BECHTĚREV

Bechtěrovou 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 zobrazující zánětem změněná a srostle obratle (bambusová páteř) a výrazné klinické obtíže (bolestivé pohybové potíže a omezení dýchací mechaniky). Tento stav musí trvat nejméně po dobu 6 měsíců. Diagnóza musí být doložena zprávou ze specializovaného pracoviště popisující klinické příznaky a výsledky provedených vyšetření.

33. CIRHÓZA JATER

Cirhózou jater se ve smyslu tohoto pojištění rozumí chronické jaterní onemocnění charakterizované nekrózou jaterních buněk, novotvořením uzlů ze zbýlých 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 náález. Diagnóza musí být potvrzena lékařskou zprávou s popsáním anamnestickými údaji a výsledky biochemických vyšetření krve, biopsie jater, ÚZ 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, nejříve po šesti měsících od sjednání pojištění kritických onemocnění, vyplátí pojistitel pojistěnému 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 vzniká a pojištění kritických onemocnění zaniká. Pojistitel sniží celkové lhůtní pojistné o pojistné za pojištění kritických onemocnění. Sjednané základní pojištění zůstává beze změny.
- 1.3. Je-li sjednán zánik povinnosti platit běžné pojistné s pojištěným 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 článek 20 VPP ŽP 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 nejříve 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 nejříve po uplynutí šesti měsíců ode dne účinnosti této změny.

Bod 4

Pojistné

Dojde-li k pojistné události z pojištění kritických onemocnění, pojistitel sniží celkové lhůtní pojistné o pojistné za pojištění kritických onemocnění.

Bod 5

Zánik pojištění

- 5.1. Zánikem pojištění pro případ smrti zaniká i pojištění kritických onemocnění.

Bod 6

Definice kritických onemocnění

1. **OPAKOVANÝ INFARKT MYOKARDU**
Opakováním infarktem myokardu ve smyslu tohoto pojištění je v pořadí 3. a další akutní ložisková transmuralní 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 (zbytnění svaloviny a rozšíření komorové dutiny) způsobené plicní hypertenzí v důsledku závažných plicních onemocnění, nebo v důsledku primární plicní hypertenze, projevuující 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 chlopenních vadách.
3. **RAKOVINA V POZDNÍM STADIU**
Rakovinou v pozdním stadiu ve smyslu tohoto pojištění je stanovení diagnózy zhoubného nádoru s nálesem uzlinových a vzdálených metastáz a nebo recidivujícího zhoubného nádoru s infaustní prognózou. Diagnóza musí být potvrzena jednoznačným histologickým nálesem 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“), bylo-li sjednáno v pojistné smlouvě nebo i formu měsíční invalidní renty, bylo-li sjednáno v pojistné smlouvě.

Měsíční invalidní renta

- 1.1. Byla-li sjednána výplata měsíční invalidní renty, začne pojistitel vyplácet pojistěnému měsíčně sjednanou výši měsíční invalidní renty, jsou-li splněny podmínky uvedené v čl. 21 VPP ŽP.
- 1.2. Výplata měsíční invalidní renty počíná ode dne nejbližší splatnosti pojistného po přiznání invalidního důchodu a platí pro jeden rok trvání pojištění. Dnem přiznání invalidního důchodu se rozumí den, resp. datum, které je uvedeno ve výroku rozhodnutí oprávněného orgánu jako den, od něhož se přiznává invalidní důchod. Výplata měsíční invalidní renty se prodlužuje vždy na další rok na základě skutečnosti, že nárok na pobírání invalidního důchodu a pojistná smlouva trvá. Výplata měsíční invalidní renty končí uplynutím doby, na kterou bylo placení pojistného sjednáno, nepozdějí však dnem, kdy pojištění dosáhne věku 65 let.
- 1.3. Pojištění výplaty měsíční invalidní renty končí nepozdějí den před výročním dnem počátku pojištění v kalendářním roce, ve kterém pojištění 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 sniží celkové lhůtní pojistné o pojistné za pojištěné výplaty 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 nejříve 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 ÚP, nevžaduje se splnění podmínky dvou let trvání pojištění podle čl. 21 odst. 1 VPP ŽP.

Zproštění od placení pojistného

- 1.1. Bylo-li sjednáno zproštění od placení pojistného, je pojistník zproštěn povinností platit běžné pojistné za sjednaná pojištění, jsou-li splněny podmínky uvedené v čl. 21 VPP ŽP.
- 1.2. Zproštění od placení pojistného počíná ode dne nejbližší splatnosti pojistného po přiznání invalidního důchodu a týká se běžného pojistného za jeden rok trvání pojištění. Dnem přiznání invalidního důchodu se rozumí den, resp. datum, které je uvedeno ve výroku rozhodnutí oprávněného orgánu jako den, od něhož se přiznává invalidní důchod. Zproštění se prodlužuje vždy na další rok na základě skutečnosti, že nárok na pobírání invalidního důchodu a pojistná smlouva trvá. Zproštění od placení běžného pojistného končí uplynutím doby, na kterou bylo placení pojistného sjednáno, nepozdějí však dnem, kdy pojištění dosáhne věku 65 let.
- 1.3. Pojištění zproštění od placení pojistného končí nepozdějí den před výročním dnem počátku pojištění v kalendářním roce, ve kterém pojištění 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 pla-

cení pojistného pojistitel sniží celkové lhůtní pojistné o pojistné za pojištění zproštěné 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 od 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 nejříve 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 pojistného nejříve 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 nejvyššího lhůtního 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 nejříve v den účinnosti této změny, pokud invalidní důchod byl přiznán výlučně v důsledku úrazu, který splňuje požadavky uvedené ve VPP ÚP, a k němuž došlo nejříve v den účinnosti zvýšení pojistného.

Bod 2

Zánik pojištění

Zánikem pojištění pro případ smrti 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 vyplátí za podmínek sjednaných v pojistné smlouvě plnění za smrt následkem úrazu, za smrt následkem úrazu v motorovém vozidle, za trvalé následky úrazu, za trvalou invaliditu následkem úrazu, za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem, za hospitalizaci následkem úrazu.

Bod 2

Plnění za smrt následkem úrazu

- 2.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za smrt následkem úrazu, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě a podle výše sjednané pojistné částky.
- 2.2. Byla-li v době trvání pojištění úrazem způsobena pojištěnému smrt, která nastala nepozdějí do tří let ode dne úrazu, vyplátí 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 nepatřil 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 obmyšlen v pojistné smlouvě určen nebo nenabýval práva na plnění, nabývají ho osoby určené podle § 51 odst. 2 a 3 ZPS.

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 smrtí úrazem, která nastala nepozdějí do tří let ode dne úrazu, vyplátí 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 nepatřil 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 obmyšlen v pojistné smlouvě určen nebo nenabýval práva na plnění, nabývají ho osoby určené podle § 51 odst. 2 a 3 ZPS.
- 3.5. Pojistnou událostí ve smyslu znění čl. 11 VPP ÚP je smrt následkem úrazu pojištěného, která nastala během trvání pojištění při dále uvedené činnosti. Odchylně od čl. 11 odst. 2 VPP ÚP se pojištění vztahuje na pojistné události, které utrpí pojištěný při provozu motorového vozidla.
- 3.6. Pojištění se vztahuje na úrazy, které způsobily smrt pojištěného při dále uvedené činnosti:
 - a) úrazy vzniklé při uvádní motoru do chodu bezprostředně před zahájením jízdy,
 - b) úrazy vzniklé při nastupování nebo vystupování z motorového vozidla,
 - c) úrazy dopravovaných osob, k nimž dojde za jízdy motorového vozidla nebo při jeho havárii,
 - d) úrazy vzniklé při krátkodobých zastávkách motorového vozidla, pokud k úrazu dopravované osoby dojde v motorovém vozidle nebo jeho blízkosti na silniční komunikaci,
 - e) úrazy dopravovaných osob při odstraňování běžných poruch motorového vozidla, vzniklých během jízdy.
- 3.7. **Pojištění se nevztahuje na:**
 - a) úrazy osob dopravovaných na místech motorového vozidla, která nejsou určena k dopravě osob (blatník, kapota apod.),
 - b) úrazy při účasti motorového vozidla na rychlostních závodech a na závodech s rychlostní vložkou (větrení trenínku),
 - c) úrazy při provádění typových zkoušek rychlosti, brzd, zvratu a stability motorového vozidla, dojezdu s největší rychlostí, ažjíždění apod.,
 - d) úrazy při nakládání a vykládání nákladu,

- e) úrazy osob dopravaných ve vozidlech autoškoly, taxislužby, rychlé záchranné služby, motokaravanů, autobusů, traktorů, motocyklů a invalidních vozíků,
- f) úrazy osob dopravaných ve vozidlech, která neslouží k dopravě osob, např. silniční válce, bulldozery,
- g) úrazy osob dopravaných 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 pojistění platných k datu pojistné události (dále „oceňovací tabulky“) a podle výše sjednané pojistné částky. Do oceňovacích tabulek je možné nahlédnout na obchodních místech pojistitele.
- 4.2.** Zanechává-li úraz pojištěnému trvalé následky, vyplatí 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 neustálí do tří let ode dne úrazu, kolika procentům odpovídá jejich stav ke konci této lhůty. Stanoví-li oceňovací tabulka B procentní rozptýlení, určí pojistitel výši pojistného plnění tak, aby v rámci daného rozptýlení odpovídalo pojistné plnění povaze a rozsahu tělesného poškození způsobeného úrazem.
- 4.3.** Nemůže-li pojistitel plnit podle předchozího odstavce proto, že trvalé následky úrazu nejsou po uplynutí šesti měsíců ode dne úrazu ještě ustáleny, avšak je již známo, jaký bude jejich minimální rozsah, poskytne pojištěnému na jeho požádání přiměřenou zálohu.
- 4.4.** Týkají-li se trvalé následky úrazu části těla nebo orgánu, které byly poškozeny již před úrazem, sníží pojistitel pojistné plnění za trvalé následky o tolik procent, kolika procentům odpovídalo předcházející poškození, posouzené též podle oceňovací tabulky B.
- 4.5.** Způsobí-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.** Požadá-li pojištěný do výplaty plnění za trvalé následky úrazu o výplatu důchodu, pojistitel začne vyplácet namísto jednorázového plnění doživotní nebo časové omezený důchod, který může být vyplácen po dobu 5 nebo 10 let. Splátka důchodu však nesmí činit méně než 1000 Kč. V případě, že pojištěný zemře v době vyplácení časové omezeného důchodu, pojistitel vyplatí jeho dědicům částku, která odpovídá dosud nevyplaceným splátkám důchodu.
- 4.9.** Jestliže před výplatou plnění za trvalé následky úrazu pojištěný zemře, vyplatí pojistitel jeho dědicům částku, která odpovídá rozsahu trvalých následků úrazu pojištěného k datu jeho smrti. Pokud ke smrti pojištěného došlo po 3 letech od data úrazu, stanoví pojistitel rozsah trvalých následků k datu 3 let od úrazu.
- 4.10.** Je-li v pojistné smlouvě sjednáno příslušné procento hodnocení trvalých následků úrazu, od kterého je pojistné plnění poskytováno, pojistitel vyplatí pojistné plnění pouze tehdy, pokud celkové hodnocení trvalých následků dosáhne alespoň výše tohoto sjednaného procenta. Výše sjednaného procenta se vztahuje na každou pojistnou událost samostatně.
- 4.11.** Je-li sjednáno progresivní plnění za trvalé následky úrazu, pojistitel vyplatí plnění za trvalé následky úrazu v závislosti na jejich rozsahu stanoveném v procentech podle oceňovací tabulky B takto:

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

Bod 5

Plnění za trvalou invaliditu následkem úrazu

- 5.1.** Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za trvalou invaliditu následkem úrazu, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě, tabulek pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojistění platných k datu pojistné události (dále „oceňovací tabulky“) a podle výše sjednané pojistné částky. Do oceňovacích tabulek je možné nahlédnout na obchodních místech pojistitele.
- 5.2.** Zanechává-li úraz pojištěnému trvalé následky podle oceňovací tabulky B ve výši nejméně 65 % (po případném snížení podle bodu 5.3.), a to v součtu jednotlivých trvalých následků, pojistitel vyplatí sjednanou pojistnou částku. Pro posouzení uvedeného rozsahu trvalých následků je rozhodný stav trvalých následků, které úraz zanechal jeden rok od data úrazu. Pojistná částka bude vyplacena pojištěnému z této pojistné smlouvy pouze jednou, a to za první úraz pojištěného, který splní podmínky tohoto plnění. Výplatu pojistného plnění pojištěný trvalé invalidity následkem úrazu tohoto pojištěného zanechá.
- 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 trvalou invaliditu může uplatnit pojištěný nejdříve za jeden rok od data úrazu na příslušném formuláři pojistitele nebo dohodnutým způsobem.
- 5.6.** Jestliže před výplatou plnění za trvalou invaliditu, nejdříve však po 1 roce od data úrazu, pojištěný zemře, vyplatí pojistitel jeho dědicům plnění za trvalou invaliditu, pokud rozsah trvalých následků stanovený k datu jednoho roku od data úrazu splňoval definici uvedenou v bodě 5.2.
- 5.7.** Požadá-li pojištěný do výplaty plnění za trvalou invaliditu o výplatu důchodu, pojistitel začne vyplácet namísto jednorázového plnění doživotní nebo časové omezený důchod, který může být vyplácen po dobu 5 nebo 10 let. Splátka důchodu však nesmí činit méně než 1000 Kč. V případě, že pojištěný zemře v době vyplácení časové omezeného důchodu, pojistitel vyplatí jeho dědicům částku,

která odpovídá dosud nevyplaceným splátkám důchodu.

- 5.8.** Právo na plnění za trvalou invaliditu následkem úrazu má pojištěný.

Bod 6

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

6.1. Plnění za dobu nezbytného léčení úrazu (DNL-15)

- 6.1.1.** Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě, tabulek pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojistění platných k datu pojistné události (dále „oceňovací tabulky“), tabulek přečtočtového koeficientu a podle výše částky sjednaného denního plnění. Do oceňovacích tabulek je možné nahlédnout na obchodních místech pojistitele.
 - 6.1.2.** Dojde-li k úrazu pojištěného a doba, která je podle poznatku vědy obvykle třeba ke zhojení nebo ustálení tělesného poškození způsobeného úrazem (dále „průměrná doba nezbytného léčení“), je delší než dva týdny, vyplatí 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 vyplatí pojistitel načítán v závislosti na délce doby nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem násobené příslušným přečtočtovým koeficientem takto:
- | Délka nezbytného léčení | Přečtočtový 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, vyplatí 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, země-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 pojistění platných k datu pojistné události (dále „oceňovací tabulky“), tabulek přečtočtového koeficientu a podle výše částky sjednaného denního plnění. Do oceňovacích tabulek je možné nahlédnout na obchodních místech pojistitele.
 - 6.2.2.** Dojde-li k úrazu pojištěného a doba, která je podle poznatku vědy obvykle třeba ke zhojení nebo ustálení tělesného poškození způsobeného úrazem (dále „průměrná doba nezbytného léčení“), je delší než dva týdny, vyplatí 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 vyplatí pojistitel načítán za maximální počet dní uvedený u položky oceňovací tabulky A násobené příslušným přečtočtovým koeficientem takto:
- | Délka nezbytného léčení | Přečtočtový 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, vyplatí 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, země-li pojištěný do jednoho měsíce od úrazu.
 - 6.2.7.** Právo na plnění za dobu nezbytného léčení úrazu má pojištěný.

Bod 7

Plnění za hospitalizaci následkem úrazu ve dnech (denní plnění)

- 7.1.** 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.
- 7.2.** Dojde-li k úrazu, jehož následkem bylo z lékařského hlediska nezbytné poskytnutí nemocniční lůžkové péče (dále jen „hospitalizace“), vyplatí pojistitel pojistné plnění v závislosti na délce hospitalizace.
- 7.3.** Plnění za hospitalizaci následkem úrazu se poskytuje za hospitalizaci v nemocnici výhradně na území ČR.
- 7.4.** Plnění za hospitalizaci následkem úrazu poskytuje pojistitel maximálně za dobu 365 dnů v průběhu dvou let od data pojistné události (úrazu).
- 7.5.** Plnění se poskytuje za každý kalendářní den hospitalizace následkem úrazu, která je z lékařského hlediska nezbytná. Hospitalizace z lékařského hlediska nezbytná je taková, kdy vzhledem k závažnosti a charakteru úrazu musí být ošetření a léčení provedeno v nemocnici na lůžkové části. Za lékařsky nezbytnou hospitalizaci se nepovažuje ústavní pobyt v případě, je-li odůvodněn pouze nedostatkem domácí péče či jinými osobními poměry pojištěného.
- 7.6.** 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.
- 7.7.** Pojistitel poskytne plnění za hospitalizaci následkem úrazu na lůžkové části nemocnice, která je pod stálým lékařským dozorem, disponuje dostatečnými diagnostickými, chirurgickými a terapeutickými zařízeními, pracuje v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a její provozování je v souladu s příslušnými platnými právními předpisy.
- 7.8.** Ústavní 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 možné ambulantní ošetření.
- 7.9.** Právo na plnění nevzniká za hospitalizaci v důsledku úrazu za dny,

kdy se pojištěný v nemocnici nezdržoval (přerušení hospitalizace), nebo jestliže nemocniční ošetřování trvalo méně než 24 hodin. Den, kdy byl pojištěný přijat do nemocničního ošetřování a den, kdy byl z tohoto ošetřování propuštěn, se sčítají a považují se za jeden den hospitalizace.

- 7.10.** Pojistitel neposkytne plnění za hospitalizaci následkem úrazu, země-li pojištěný do jednoho měsíce od úrazu.
- 7.11.** Právo na plnění za hospitalizaci následkem úrazu nevzniká za léčebné pobyty:
 - a) v lázeňských zařízeních, léčebnách, centrech a sanatoriích, zotavovnách, dietetických zařízeních a zvláštních dětských zařízeních,
 - b) v rehabilitačních zařízeních a centrech,
 - c) při hospitalizaci z důvodů kosmetických úkonů prováděných za účelem léčení následků úrazu, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné,
 - d) v zařízeních pro dlouhodobě nemocné, pro ošetřované z důvodu stáří, sešlosti, nezuživosti nebo pro nedostatek domácí péče s potřebou pečovatelské a opatrovnícké péče,
 - e) v psychiatrických léčebnách a jiných zdravotnických zařízeních v důsledku psychiatrické nebo psychologické nálezu,
 - f) ve vojenských ošetřovných a ve vězeňských nemocnicích,
 - g) při používání diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznány.
- 7.12.** Pojištěný je povinen zároveň s vyplněním „Oznámením o pojistné události z úrazového pojistění“ předložit jako doklad k posouzení vzniku nároku na denní plnění za hospitalizaci následkem úrazu potvrzení o délce poskytnuté nezbytné hospitalizace na tomto tiskopisce a kopii propouštěcí zprávy.
- 7.13.** V případě dlouhodobé hospitalizace poskytne pojistitel na požádání pojištěného a po předložení příslušných dokladů přiměřenou zálohu na plnění, nejdříve však po uplynutí 1 měsíce od data úrazu.
- 7.14.** Právo na plnění za hospitalizaci následkem úrazu má pojištěný.

Bod 8

Společná ustanovení k pojistnému plnění

- 8.1.** Bez ohledu na to, při jaké činnosti k úrazu došlo, pojistitel sníží pojistné plnění za trvalé následky úrazu, trvalou invaliditu následkem úrazu, dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem, hospitalizaci následkem úrazu v poměru výše pojistného, které bylo placeno, ke správné výši pojistného, jestliže pojištěný v době úrazu měl být zařazen vzhledem k vykonávanému povolání do rizikové skupiny 2, resp. 3, nebo vykonával sport patřící mezi vysoce rizikové činnosti nebo vykonával sport jako profesionální sportovec a neplatil pojistné ve správné výši.
- 8.2.** 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. Přepálené pojistné se nevrací.
- 8.3.** Pojistitel není povinen z pojistné smlouvy plnit, jestliže pojištěný neodpovídá pravidlům a úplně na písemné dotazy pojistitele, týkající se zdravotního stavu a údaje sjednaných pojištění a tím způsobil, že pojištěný bylo sjednáno za jiných podmínek, než za nichž mělo být sjednáno.
- 8.4.** 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). Někdy-li uvedené podmínky a povinnosti splněny, právo na pojistné plnění nevznikne.

Bod 9

Zánik pojištění

- 9.1.** Zánikem pojištění pro případ smrti zaniká i úrazové pojištění.
- 9.2.** Úrazové pojištění končí nepožději den před výročním dnem počátku pojištění v kalendářním roce, ve kterém pojištěný dosáhne věku 70 let. Předchozí věta neplatí, bylo-li úrazové pojištění sjednáno pro pojištěného se vstupním věkem 70 let a vyšším. V případě skončení úrazového pojištění podle věty první tohoto bodu, pojistitel sníží od nejbližší splatnosti pojistného pojistné o pojistné za úrazové pojištění.

Bod 10

Rizikové skupiny pojištěných podle vykonávaného povolání pro úrazové pojištění dospělých

- 10.1. Riziková skupina 1** zahrnuje pracovníky, kteří se zabývají duševní činností, řídící a administrativní činností ve vnitřní a vnější správě, obchodu, 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 výrobní činností.
- 10.2. Riziková skupina 2** zahrnuje ostatní pracovníky s výrobní či manuální činností, popř. pracovníky vystavené při výrobní činnosti zvýšenému riziku (např. řidiče z povolání), profesionální sportovce bez VRČ.
- 10.3. 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 pyrotechniky; práce železničních posunovačů; práce ve výškách, prováděné v nucených polohách bez pracovních plošin, z provazových žebříků, visutých sedaček v závěsu na ochranném pásu a v omezeném prostoru na pracovní lávce, vesměs ve výškách nad 10 metry; práce s vysokým rizikem akutních otrav při zaslepečování a odslépování plynovodního potrubí s generátorovým plynem, svítiplynem apod., při čištění nádrží, cisteren apod., od chemických lůžebnic a zvlášť nebezpečných jedů; práce s vysokým rizikem popálením v důsledku vysoké teploty pracovního prostředí, jako jsou práce při havarijních vnitřních opravách žárudizných vyžídek a pecí, práce se žhavými kovy apod.; práce pod vodou, při níž je nezbytné používat potápěčských dýchacích přístrojů (při záchranných pracích, při údržbě přeprahadních hrází, v kesonech); činnost artistů, kaskadérů, krotitelů zvěře; činnost vyžukmá a badatelská v neprobádaných krajínách; činnost při zájezdech motorových vozidel a při provádění typových zkoušek; činnost tovarňích jezdců motorových vozidel a plavidel.
- 10.4. Vysoce riziková činnost (VRČ)**
Do skupiny vysoce rizikových činností (VRČ) patří všechny druhy sportů, které pojištěný provozuje jako aktivní účastník organizovaných soutěží s výjimkou aerobiku, agility, akrobatického rock'n'rol-

lu, atletiky, badmintonu, baseballu, běhu na lyžích, bowlingu, break dance, curlingu, footbagu, frisbee, golfu, hasičského sportu, historického šermu, intercrossu, jachtingu, jezdeckví grónských přezízení, kanoistiky, krasobruslení, kriketu, kulečnicku, kulturníky, kuželek, lacrossu, lukostřelby, mažoretky, metané, minigolfu, moderní gymnastiky, orientačního běhu, paint ballu, páky – přetlačování rukou, petanque, plavání, rekreačního potápění bez dýchacích přístrojů, ricochetu, roztleskávaček (cheerleading), rybářského sportu, rychlobruslení, skycrossu, softballu, sportovního lezení po umělých stěnách, sportovní střelby, squashu, strečinku, stolního tenisu, šachů, šipek, tenisu, turistiky, veslování, závodů dráčích lodí a závodního tance. Do skupiny vysoce rizikových činností se rovněž zařazují všechny osoby, které provozují jakýkoli druh bojového umění. Do této skupiny sportů (VRČ) se nezahrnují činnosti vyloučené z úrazového pojištění čl. 13 písm. d), e), f), g) VPP ÚP.

10.5. Pojištěný je povinen oznámit bez zbytečného odkladu pojistiteli změnu povolání, jestliže jeho nové povolání patří do jiné rizikové skupiny, než do které byl zařazen. Rovněž je povinen bez zbytečného odkladu pojistiteli oznámit, že začal provozovat sport patřící do skupiny vysoce rizikových činností, případně že začal provozovat takový sport jako své povolání. Změna mající vliv na výši pojistného je účinná nejdříve od nejbližší splatnosti pojistného následující po doručení sdělení pojistiteli.

Bod 11

Extrémní sporty

11.1. 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 6000 m a výše nebo do Antarktidy, Arktidy a Grónska), b) při výkonu horolezeckého sportu (s výjimkou horolezeckých expedic do nadmořské výšky 6000 m a výše), c) při potápění s nutností dýchacích přístrojů maximálně do hloubky 40 m (s výjimkou jekynního potápění), d) při provozování jiných extrémních, tzv. adrenalinových sportů (s výjimkou účasti na místních, republikových a mezinárodních závodech a soutěžích, včetně tréninků, v klasickém nebo sjezdovém lyžování, snowboardingu, jízdě na bobech, skibobech, skeletoch nebo sárkování; 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 spolujezdec v takovém vozidle; řízení motorového vozidla, pro něž pojištěný neměl v době pojistné události řidičské oprávnění).

11.2. Podmínkou výplaty pojistného plnění za činnosti uvedené v bodě 11.1. písm. a) a b) je, že pojištěný použil vybavení (výstroj a výzbroj) odpovídající náročnosti zdaněného terénu. Podmínkou výplaty pojistného plnění za činnosti uvedené v bodě 11.1. 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.

11.3. Pojištěný, příp. oprávněná osoba jsou povinni předložit zprávu z prvotního ošetření včetně případné zprávy orgánu, který úraz šetřil (např. horská služba, policie). Dále jsou pojištěný, příp. oprávněná osoba povinni předložit potvrzení, že pojištěný 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 12

Profesionální sportovci

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

ČLÁNEK 7

ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ POJIŠTĚNÉHO DÍTĚTE

Bod 1

Rozsah nároků

Dojde-li v době trvání pojištění k úrazu pojištěného dítěte, pojistitel vyplatí za podmínek sjednaných v pojistné smlouvě plnění za smrt následkem úrazu, za trvalé následky úrazu, za trvalou invaliditu následkem úrazu, za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem, za hospitalizaci následkem úrazu.

Bod 2

Plnění za smrt následkem úrazu

2.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za smrt následkem úrazu, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě a podle výše sjednané pojistné částky.
2.2. Byla-li v době trvání pojištění úrazem způsobena pojištěnému dítěti smrt, která nastala nepozději 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 § 51 odst. 2 a 3 zákona o pojistné smlouvě ve vztahu k pojištěnému dítěti.

Bod 3

Plnění za trvalé následky úrazu

3.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za trvalé následky úrazu, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě, tabulek pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojištění platných k datu pojistné události (dále „oceňovací tabulky“) a podle výše sjednané pojistné částky. Do oceňovacích tabulek je možné nahlédnout na obchodních místech pojistitele.
3.2. Zanechá-li úraz pojištěnému dítěti trvalé následky, vyplatí 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.
3.3. Nemůže-li pojistitel plnit podle předchozího odstavce proto, že tr-

valé následky úrazu nejsou po uplynutí šesti měsíců ode dne úrazu ještě ustáleny, avšak je již známo, jaký bude jejich minimální rozsah, poskytně na požádání zákonného zástupce pojištěného dítěte přiměřenou zálohu.

3.4. Týkájí-li se trvalé následky úrazu části těla nebo orgánu, které byly poškozeny již před úrazem, sniží 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. Týkájí-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 1000 Kč. V případě, že pojištěné dítě zemře v době vyplácení časově omezeného důchodu, pojistitel vyplatí pojistníkovou částku, která odpovídá dosud nevyplaceným splátkám důchodu. Nenabyl-li pojistník tohoto práva, nabývají ho osoby určené podle ustanovení § 51 odst. 2 a 3 zákona o pojistné smlouvě ve vztahu k pojištěnému dítěti.
3.8. Právo na plnění za trvalé následky úrazu má pojištěné dítě.
3.9. Jestliže před výplatou plnění za trvalé následky úrazu pojištěné dítě zemře, vyplatí pojistitel pojistníkovou částku, která odpovídá rozsahu trvalých následků úrazu pojištěného dítěte k datu jeho smrti. Pokud ke smrti pojištěného dítěte došlo po 3 letech od data úrazu, stanoví pojistitel rozsah trvalých následků k datu 3 let od úrazu. Nenabyl-li pojistník tohoto práva, nabývají ho osoby určené podle ustanovení § 51 odst. 2 a 3 zákona o pojistné smlouvě ve vztahu k pojištěnému dítěti.

3.10. Je-li sjednáno progresivní plnění za trvalé následky úrazu, pojistitel vyplatí plnění za trvalé následky úrazu v závislosti na jejich rozsahu stanoveném v procentech podle oceňovací tabulky B takto: Rozsah trvalých následků úrazu v % Násobek stanoveného plnění

do 25 % včetně	1
nad 25 % do 50 % včetně	2
nad 50 % do 75 % včetně	3
nad 75 % do 99 % včetně	4
100 %	5

Bod 4

Plnění za trvalou invaliditu následkem úrazu

4.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za trvalou invaliditu následkem úrazu, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě, tabulek pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojištění platných k datu pojistné události (dále „oceňovací tabulky“) a podle výše sjednané pojistné částky. Do oceňovacích tabulek je možné nahlédnout na obchodních místech pojistitele.
4.2. Zanechá-li úraz pojištěnému dítěti trvalé následky podle oceňovací tabulky B ve výši nejméně 65 % (po případném snížení podle bodu 4.3.), a to v součtu jednotlivých trvalých následků, pojistitel vyplatí sjednanou pojistnou částku. Pro posouzení uvedeného rozsahu trvalých následků je rozhodný stav trvalých následků, které úraz zanechal jeden rok od data úrazu. Pojistná částka bude vyplacena pojištěnému dítěti z této pojistné smlouvy pouze jednou, a to za první úraz pojištěného dítěte, který splní podmínky tohoto plnění. Výplatu pojistného plnění pojištěný trvalé invalidity následkem úrazu tohoto pojištěného dítěte zaniká.
4.3. Týkájí-li se trvalé následky úrazu části těla nebo orgánu, které byly poškozeny již před úrazem, sniží pojistitel pojistné plnění za trvalé následky o tolik procent, kolika procentům odpovídalo předcházející poškození, posouzené též podle oceňovací tabulky B.
4.4. Týkájí-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 části.
4.5. Právo na pojistné plnění za trvalou invaliditu může uplatnit zákonný zástupce pojištěného dítěte nejdříve za jeden rok od data úrazu na příslušném formuláři pojistitele nebo dohodnutým způsobem.
4.6. Jestliže před výplatou plnění za trvalou invaliditu, nejdříve však po 1 roce od data úrazu, pojištěné dítě zemře, vyplatí pojistitel pojistníkovou částku za trvalou invaliditu, pokud rozsah trvalých následků stanovený k datu jednoho roku od data úrazu splňoval definici uvedenou v bodě 4.2.
4.7. Požádá-li zákonný zástupce dítěte o výplatu důchodu do výplaty plnění za trvalou invaliditu, pojistitel začne vyplácet namísto jednorázového plnění doživotní nebo časově omezený důchod, který může být vyplácen po dobu 5 nebo 10 let. Splátka důchodu však nesmí činit méně než 1000 Kč. V případě, že pojištěné dítě zemře v době vyplácení časově omezeného důchodu, pojistitel vyplatí pojistníkovou částku, která odpovídá dosud nevyplaceným splátkám důchodu. Nenabyl-li pojistník tohoto práva, nabývají ho osoby určené podle ustanovení § 51 odst. 2 a 3 zákona o pojistné smlouvě ve vztahu k pojištěnému dítěti.
4.8. Právo na plnění za trvalou invaliditu následkem úrazu má pojištěné dítě.

Bod 5

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

5.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě, tabulek pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojištění platných k datu pojistné události (dále „oceňovací tabulky“), tabulek přepočtového koeficientu a podle výše částky sjednaného denního plnění. Do oceňovacích tabulek je možné nahlédnout na obchodních místech pojistitele.
5.2. Dojde-li k úrazu pojištěného dítěte a doba, která je podle poznatků vědy obvykle třeba ke zhojení nebo ustálení tělesného poškození způsobeného úrazem (dále „průměrná doba nezbytného léčení“), je delší než dva týdny, vyplatí 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 vyplatí pojistitel načítané v závislosti na délce doby nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem násobené příslušným přepočtovým koeficientem takto:

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

5.4. Do doby nezbytného léčení se nezapočítává doba, ve které se pojištěné dítě podrobovalo občasným zdravotním kontrolám, nebo rehabilitace, která byla zaměřena na zmírnění bolesti bez následné úpravy zdravotního stavu.
5.5. Bylo-li pojištěnému dítěti způsobeno jedním úrazem několik tělesných poškození, vyplatí pojistitel plnění jen za dobu nezbytného léčení těchto 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 nemocniční lůžkové péče (dále jen „hospitalizace“), vyplatí 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 ošetření a léčení provedeno v nemocnici na lůžkové části. Za lékařsky nezbytnou hospitalizaci se nepovažuje ústavní pobyt 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 poskytuje plnění za hospitalizaci následkem úrazu na lůžkové části nemocnice, která je pod stálým lékařským dozorem, disponuje dostatečným diagnostickým, chirurgickým a terapeutickým zařízením, pracuje v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a její provozování je v souladu s příslušnými platnými právními předpisy.
6.8. Ústavní pobyty (hospitalizace) k ošetření zubů a zákroky v oblasti zubní a čelistní chirurgie v důsledku úrazu se považují za lékařsky nezbytné pouze tehdy, jestliže z lékařských důvodů není možné ambulantní ošetření.
6.9. Právo na plnění nevzniká za hospitalizaci v důsledku úrazu za dny, kdy se pojištěné dítě v nemocnici nezdržovalo (přerušení hospitalizace) nebo jestliže nemocniční ošetřování trvalo méně než 24 hodin. Den, kdy bylo pojištěné dítě přijato do nemocničního ošetřování, a den, kdy bylo z tohoto ošetřování propuštěno, se sčítají a považují se za jeden den hospitalizace.
6.10. Pojistitel neposkytne plnění za hospitalizaci následkem úrazu, zemřelo-li pojištěné dítě do jednoho měsíce od úrazu.
6.11. Právo na plnění za hospitalizaci následkem úrazu nevzniká za léčebné pobyty: a) v lázeňských zařízeních, léčebnách, centrech a sanatoriích, zotavovacích, 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 nedužnosti nebo pro nedostatek domácí péče s potřebou pečovatelské a opatrovnické péče, e) v psychiatrických léčebnách a jiných zdravotnických zařízeních v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu, f) ve vojenských ošetřovnách a ve vězeňských nemocnicích, g) při používání diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznány.
6.12. Pojištěný je povinen zároveň s vyplněným „Oznámením pojistné události Úraz“ předložit jako doklad k posouzení vzniku nároku na denní plnění za hospitalizaci následkem úrazu potvrzení o délce poskytnuté nezbytné hospitalizace na tomto tiskopise a kopii propouštěcí zprávy.
6.13. V případě dlouhodobé hospitalizace poskytne pojistitel na požádání zákonného zástupce pojištěného dítěte a po předložení příslušných dokladů přiměřenou zálohu na plnění, nejdříve však po uplynutí 1 měsíce od data úrazu.
6.14. Právo na plnění za hospitalizaci následkem úrazu má pojištěné dítě.

Bod 7

Společná ustanovení

7.1. Úrazové pojištění dítěte končí nepozději den před výročním dnem počátku pojištění po dovršení 18 let věku dítěte. Pojistitel sniží od nejbližší splatnosti pojistného pojistné o pojistné za úrazové pojištění dítěte.
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 vyplatí plnění, které by při pravdivě odpovědi vyplaceno nebylo, je povinen uhradit pojistiteli částku ve výši tohoto plnění.
7.4. Pojistitel neplní za trvalé následky úrazu, trvalou invaliditu následkem úrazu, dobu nezbytného léčení úrazu, hospitalizaci následkem úrazu, pokud pojištěné dítě utrpí úraz po dovršení 15 let věku při tréninku nebo výkonu sportu zařazeného do skupiny vysoce rizikových činností (VRČ). Do skupiny vysoce rizikových činností patří všechny druhy sportů, které pojištěné dítě provozuje jako aktivní účastník organizačních soutěží s výjimkou aerobiky, agility,

akrobatického rock'n'rollu, atletiky, badmintonu, baseballu, běhu na lyžích, bowlingu, break dance, curlingu, footbagu, frisbee, golfu, hasičského sportu, historického šermu, intercrossu, jachtingu, jezdeckví psích spřežení, kanoistiky, krasobruslení, kriketu, kulečníku, kulturistiky, kuželek, lacrossu, lukostřelby, mažoretok, metané, minigolfu, moderní gymnastiky, orientačního běhu, paint ballu, páky – přetlačování rukou, petanque, plavání, rekreačního potápění bez dýchacích přístrojů, ricochetu, roztleskávaček (cheerleading), rybářského sportu, rychlobruslení, skycrossu, softballu, sportovního lezení po umělých stěnách, sportovní střelby, squash, strečinku, stolního tenisu, šachů, šipek, tenisu, turistiky, veslování, závodů dračích lodí a závodního tance. Do skupiny vysoce rizikových činností se rovněž zařazují všechny osoby, které provozují jakýkoli druh bojového umění. Do této skupiny sportů (VRČ)

se nezahrnují činnosti vyloučené z úrazového pojištění čl. 13 písm. d), e), f), g) VPP ÚP.

Bod 8 Zánik pojištění

Zánikem pojištění pro případ smrti 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 sjednávávané s ČPZ, tak s ČP, včetně dalších pojištění sjednávaných s CPZ, tedy i pojištění splátek úvěru a pojištění finančních ztrát.

Zánik pojištění

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