

# Doplňkové pojistné podmínky

## Bod 1

### Úvodní ustanovení

- 1.1. Pokud pojistnou smlouvou není stanoveno jinak, platí pro toto pojištění ustanovení občanského zákoníku č. 89/2012 Sb. (dále též „zákoník“) a Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění osob 01/2014 (dále též „VPP PO“). Pokud bylo pojistnou smlouvou připojištěno i pojištění sjednávané s Českou pojišťovnou ZDRAVÍ a.s. (dále též „ČPZ“), platí pro ně ustanovení občanského zákoníku a Všeobecné pojistné podmínky pojištění pro případ nemoci a pojištění finančních ztrát č.j. 01/2014, Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění pracovní neschopnosti č.j. 03/2014, Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění pobytu ve zdravotnickém zařízení č.j. 07/2014, Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění plateb pojistného při pracovní neschopnosti č.j. 05/2014, Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění splátek úvěru při ztrátě příjmu č.j. 11/2014, Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění zdravotních služeb – Asistence č.j. 17/2014, Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění druhého lékařského názoru č.j. 18/2014, Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění zlomeniny č.j. 15/2014, Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění následné péče č.j. 19/2014. Přehledy pojistného plnění jsou nedílnou součástí příslušných zvláštních pojistných podmínek. Všeobecné pojistné podmínky, doplňkové pojistné podmínky a zvláštní pojistné podmínky, které se na pojistnou smlouvu vztahují a které byly pojistníkovi při uzavření pojistné smlouvy předány, jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.
- 1.2. Pojistná smlouva obsahuje pojištění pro případ smrti nebo dožití. Dále pojistná smlouva obsahuje pojištění pro případ smrti, bylo-li sjednáno, závažných onemocnění, bylo-li sjednáno, pojištění pro případ invalidity, bylo-li sjednáno, úrazové pojištění, bylo-li sjednáno, a pojištění pro případ nemoci sjednávané s ČPZ (tím se rozumí i Prevence a Asistence), bylo-li sjednáno.
- 1.3. Právní jednání činí každý z pojištětelů (tedy ČP nebo ČPZ) samostatně a týkájí se pouze jím sjednaného pojištění, není-li v pojistné smlouvě nebo pojistných podmínkách uvedeno jinak. Právní jednání týkající se všech sjednaných pojištění (tedy jak s ČP, tak s ČPZ), s dále uvedenou výjimkou, činí pojistník vždy pouze vůči jednomu z pojištětelů, 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 a výklad pojmů

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

**Výplata kapitálové hodnoty pojištění** Dojde-li k zániku pojištění nebo k pojistné události s výplatou kapitálové hodnoty pojištění, stanoví pojistitel výši kapitálové hodnoty pojištění. Výše kapitálové hodnoty se stanovuje odlišně od výše kapitálové hodnoty s garantovanou technickou úrokovou mírou a výše kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou. Stanovení výše kapitálové hodnoty tvořené podílovými jednotkami vnitřního fondu je investičním úkonem, při kterém dochází k odkupu všech podílových jednotek vnitřního fondu. V souladu s bodem 11.1.11. pojistitel stanoví výši kapitálové hodnoty pojištění tvořené podílovými jednotkami vnitřního fondu na základě ceny podílových jednotek vnitřního fondu k datu odkupu všech podílových jednotek.
- 2.2. **Kapitálová hodnota s garantovanou technickou úrokovou mírou** se zvyšuje o část zaplaceného běžného pojistného určenou na závazky vyplývající ze sjednaného životního pojištění a o část zaplaceného běžného pojistného alokovanou pojistníkem do této kapitálové hodnoty. Dále se zvyšuje k 1. dni každého zúčtovacího období o zhodnocení technickou úrokovou mírou, jejíž výše je zveřejněna na internetových stránkách pojistitele.
- 2.3. **Kapitálová hodnota negarantovaná** se skládá z kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou a kapitálových hodnot tvořených podílovými jednotkami vnitřních fondů. Kapitálová hodnota ne-

garantovaná se zvyšuje o část zaplaceného běžného pojistného alokovanou pojistníkem do jednotlivých složek kapitálové hodnoty negarantované. Kapitálová hodnota negarantovaná se zvyšuje o zaplacené mimořádné pojistné.

- 2.3.1. **Kapitálová hodnota s vyhlášenou úrokovou mírou** se zvyšuje o zaplacené pojistné do ní alokované a dále se zvyšuje k 1. dni každého zúčtovacího období o měsíční úrok odpovídající ročnímu úročení ve výši uvedené na internetových stránkách pojistitele.
- 2.3.2. **Kapitálová hodnota tvořená podílovými jednotkami vnitřního fondu** se zvyšuje o podílové jednotky nakoupené za zaplacené pojistné do ní alokované.
- 2.4. **Pojistnou částkou** se rozumí částka dohodnutá v pojistné smlouvě, která může být dohodnuta jako pevná pojistná částka (tj. její výše se v průběhu trvání pojištění nemění) nebo jako klesající pojistná částka definovaná v bodě 2.6. Jsou-li dohodnuta u konkrétního pojištění obě pojistné částky, pak pojistitel v případě pojistné události vyplatí součet pevné a klesající pojistné částky platné pro konkrétní rok trvání pojištění. Pro výplatu pojistné částky pro případ smrti a kapitálové hodnoty pojištění platí samostatně body těchto doplňkových pojistných podmínek.
- 2.5. **Snížením pojistné částky ve věku** se rozumí snížení určité pevné pojistné částky ve výroční den v roce, v němž příslušný pojištěný dosáhne věku dohodnutého v pojistné smlouvě na vyšší dohodnutou v pojistné smlouvě.
- 2.6. **Klesající pojistnou částkou** se rozumí snižování určité pojistné částky dohodnuté v pojistné smlouvě, a to buď na základě dohodnuté úrokové sazby. Nebyla-li úroková sazba dohodnuta, pak se jedná o lineární klesání rovnoměrně po dobu trvání daného pojištění pro příslušného pojištěného. Výše klesající pojistné částky platná pro konkrétní rok trvání pojištění je stanovena v závislosti na sjednané pojistné době, pojistné částce a procentu úrokové sazby.
- 2.7. **Koncem pojištění** (příp. Koncem pojištění ve věku pojištěného) se rozumí konec pojištění dohodnutý v pojistné smlouvě, který platí pro všechna sjednaná pojištění, pokud nebyl v pojistné smlouvě dohodnut pro některá pojištění a některé pojištěné konec dřívější nebo toto pojištění neskončilo dříve. Pojištění pak končí uplynutím pojistné doby v den před dnem, který se dnem a měsícem shoduje s výročním dnem pojištění.
- 2.8. Investiční riziko spojené s kapitálovou hodnotou negarantovanou nese pojistník.
- 2.9. V případě, že se od počátku nového (tohoto) pojištění ruší dříve uzavřená pojistná smlouva (dosavadní pojistná smlouva), platí, že částka rezervy nebo kapitálové hodnoty pojištění z dosavadní pojistné smlouvy, která zaniká, bude v plné výši převedena a umístěna do rezervy nebo kapitálové hodnoty pojištění sjednávajícího dle nové pojistné smlouvy. V případě, že dosavadní pojištění bylo spojeno s investičním fondem, bude při provedení umístění pro účely nové (této) pojistné smlouvy zohledněna povaha podkladových aktiv vnitřního fondu dosavadního pojištění.

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

#### Bod 2

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

- 2.1. Je-li sjednána (zahrnuta) indexace pojištění, pak pojištění se sjednanou pojistnou dobou 10 let a více

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

- 2.2. Pojistné a pojistná částka, resp. měsíční invalidní renta, se zvyšují vždy od výročního dne pojištění, pokud stanoví pojistitel indexační procento a zároveň pojistník neodmítne zvýšení pojistného a pojistné částky způsobem uvedeným v bodě 2.3.
- 2.3. Odmítnutí zvýšení pojistného a pojistných částek může pojistník provést kdykoliv v průběhu kalendářního roku. Odmítnutí musí být doručeno pojistiteli. Odmítnutí se vztahuje vždy k nejbližšímu výročnímu dni pojištění následujícímu po doručení odmítnutí pojistiteli. Je-li sjednáno úrazové pojištění, odmítnutí zvýšení pojistného a pojistné částky je současně odmítnutím za životní i úrazové pojištění. Pokud pojistník odmítne dvě po sobě následující zvýšení pojistného a pojistné částky, nebude pojistitel provádět indexaci pojištění po dobu 5 let od posledního odmítnutí indexace podle bodu 2.1. Po uplynutí této lhůty pojistitel může provádět indexaci obnovit. Pojistník může požádat o obnovení indexace před uplynutím této lhůty.
- 2.4. Zvyšování pojistného a pojistné částky se provádí bez dalšího došetřování zdravotního stavu.
- 2.5. Zvyšování pojistného za životní pojištění i úrazové pojištění nemá vliv na výši pojistného a rozsah nároků z pojištění pro případ nemoci, s výjimkou pojištění plateb pojistného při pracovní neschopnosti (T645), 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 je vyplacena měsíční invalidní renta.
- 2.8. Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění, bylo-li vyplaceno pojistné plnění z pojištění závažných onemocnění.
- 2.9. Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění po tu dobu, kdy bylo ocenění rizika hodnoceno jako nadstandardní a bylo stanoveno nadstandardní pojistné.
- 2.10. Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění u pojistných smluv, u nichž k výročnímu dni pojištění přispívá na pojistné zaměstnavatel v plné výši.

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

2.12. Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění u pojistných smluv po dobu trvání přerušení placení běžného pojistného.

### Bod 3 Náklady

3.1. Pojistitel od data počátku pojištění první den každého zúčtovacího období snižuje kapitálovou hodnotu pojištění o počáteční a správní náklady stanovené podle pojistné matematických zásad pojistitele. Pojistitel započte 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 umoruje počáteční náklady za životní pojištění (tedy pojištění pro případ smrti nebo dožití 1. pojištěného, pojištění pro případ smrti, pojištění závažných onemocnění, pojištění pro případ invalidity – ve formě zproštění, invalidní renty, pojistné částky) po dobu 3 let. Předchází věta platí přiměřeně i pro změny uvedených pojištění, včetně indexace pojištění. U úrazového pojištění a pojištění sjednaného s ČPZ se počáteční náklady umorují 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, matematickou rezervu na budoucí rizikové pojistné a rizikové pojistné za sjednaná pojištění. Zbývající část zaplaceného běžného pojistného je umístěna dle pojištěným zvoleného alokačního poměru do kapitálové hodnoty s garantovanou nebo vyhlášenou úrokovou mírou nebo do vnitřních fondů. V případě, že kapitálová hodnota nepostačuje na úhradu rizikového pojistného, správních a počátečních nákladů a poplatků, dojde k počátku následujícího zúčtovacího období k vytvoření dluhu pojistníka, který je pohledávkou pojistitele za pojistníkem vždy pro další zúčtovací období. Tuto pohledávku pojistitel umoruje 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 pro případ invalidity a pojištění pro případ nemoci má počátek pojištění shodný se sjednaným počátkem životního 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, úrazového pojištění, pojištění pro případ nemoci, změna výše pojistné částky pro případ smrti, změna pojistné doby, změna výše běžné placené pojistného). Pojistitel si vyhrazuje právo v závislosti na aktuálním stavu pojistné smlouvy (např. aktuální věk pojištěného, aktuální zdravotní stav pojištěného) žádost o změnu pojištění zamítnout. V případě změny pojištění může pojistitel nebo pojistník odstoupit od takové změny za stejných podmínek, jako je oprávněn odstoupit od pojistné smlouvy.

5.1.1. Přispívá-li na běžné nebo mimořádné pojistné tohoto pojištění zaměstnavatel pojistníka a požádá-li pojistník o změnu v pojistné smlouvě mající vliv na výši pojistného hrazeného zaměstnavatelem a na uplatnění daňových výhod, bude tato změna provedena, pouze pokud bude společně se žádostí o provedení změny předložen písemný souhlas zaměstnavatele s touto změnou.

### Bod 6 Pojistné

#### 6.1. Mimořádné pojistné

6.1.1. Pojistník může v době trvání pojištění zaplatit mimořádné pojistné, a to v české měně a na místo (účet) určené pojistitelem. Pojistitel si vyhrazuje právo mimořádné pojistné odmítnout.

6.1.2. Pojistitel stanoví bližší podmínky pro výši, četnost a podmínky placení mimořádného pojistného v informacích před uzavřením pojistné smlouvy.

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

6.1.4. Mimořádné pojistné nelze hradit u redukováného pojištění.

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

#### 6.2. Přerušení placení běžného pojistného

6.2.1. Je-li zapláceno běžné pojistné za dva roky, může pojistník požádat o přerušení placení běžného

pojistného. Maximální délka přerušení placení je stanovena pojistitelem na základě pojistné matematických zásad pojistitele. Pojistitel může žádost pojistníka o přerušení placení běžného pojistného zamítnout.

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

6.2.3. Za provedení přerušení placení si pojistitel účtuje poplatek podle platného Sazebníku poplatků.

6.2.4. 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 prováděna indexace pojištění.

6.2.5. Pojistník při žádosti o přerušení placení zvolí, zda zůstanou zachována všechna sjednaná pojištění, nebo zůstane sjednáno pouze pojištění pro případ smrti nebo dožití 1. pojištěného 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 7 Podíly na výnosech z rezerv pojistného

7.1. Oprávněná osoba má právo na podíl na výnosech z finančního umístění aktiv, jejichž zdrojem jsou technické rezervy (dále jen „výnosy“) za každý kalendářní rok trvání pojištění, a to za podmínky, že o jejich přidělení za příslušný kalendářní rok rozhodne jednostranně představenstvo společnosti, a v rozsahu, který je v svém rozhodnutí představenstvo společnosti. Představenstvo společnosti učiní rozhodnutí o přidělení či nepřidělení a rozsahu podílu oprávněné osoby na výnosech za uplynulý kalendářní rok do 30. 6. běžného kalendářního roku. Částka podílů na výnosech z rezerv není nárokovou částkou pojistného plnění.

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

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

7.4. Při skončení pojištění, u něhož došlo k redukcí pojištění, se podíly na výnosech z rezerv pojistného nepřidělovávají. Podíly na výnosech z rezerv pojistného přidělené dle dne účinnosti redukce podle VPP PO se k tomuto dni podle pojistné matematických zásad pojistitele zahrnují do redukováného pojistné částky nebo doby.

### Bod 8 Mimořádné výběry

8.1. Pojistník může požádat o mimořádný výběr z kapitálové hodnoty negarantované v průběhu trvání pojištění po úhradě mimořádného pojistného. Pojistník může požádat o mimořádný výběr z kapitálové hodnoty s garantovanou technickou úrokovou mírou po 2 letech od počátku pojištění.

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

8.3. Za provedení mimořádného výběru pojistitel účtuje poplatek podle platného Sazebníku poplatků.

8.4. Mimořádný výběr je nejprve realizován z kapitálové hodnoty negarantované, poté z kapitálové hodnoty s garantovanou technickou úrokovou mírou, nepostačují-li prostředky na provedení mimořádného výběru z kapitálové hodnoty negarantované.

8.5. Pojistitel si vyhrazuje právo žádost o mimořádný výběr zamítnout.

8.6. Mimořádný výběr nelze provádět při redukcí pojištění a při přerušení placení běžného pojistného.

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

8.8. Mimořádný výběr z kapitálové hodnoty negarantované bude proveden v aktuálním poměru peněžních hodnot jednotlivých kapitálových hodnot tvořených podílovými jednotkami vnitřních fondů a kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou, nebude-li dohodnuto jinak.

### Bod 9 Redukce pojištění

9.1. Pokud bylo zapláceno běžné pojistné za dobu stanovenou ve VPP PO a nezaplatil-li pojistník řádně běžné pojistné za další pojistná období, dojde v 00.00 hodin prvního dne po uplynutí lhůty stanovené pojistitelem v upomínce na zaplacení pojistného k redukcí pojištění.

9.2. Pokud bylo zapláceno 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 zapláceno běžné pojistné, dojde k redukcí pojištění (redukce na žádost).

9.3. Je-li vypočtena redukováná pojistná částka pro případ smrti, příp. pojistná částka pojištění závažných onemocnění, 1. pojištěného minimálně ve výši 10 000 Kč, dojde v důsledku neplacení pojistného nebo na žádost pojistníka k **redukcí pojistné částky**, zůstává zachováno pojištění pro případ smrti nebo dožití 1. pojištěného, pojištění závažných onemocnění 1. pojištěného, bylo-li sjednáno, a zanikají všechna další sjednaná pojištění a nároky všech pojištěných. Pojistná částka pro případ smrti, pro případ dožití, byla-li sjednána, pro případ závažných onemocnění, byla-li sjednána, se snižuje na redukovanou pojistnou částku stanovenou podle pojistné matematických zásad pojistitele. Při dožití konce pojištění pojistitel vyplácí 1. pojištěnému kapitálovou hodnotu pojištění ve výši stanovené k datu konce pojištění a redukovanou pojistnou částku pro případ dožití, byla-li sjednána. Při smrti 1. pojištěného před dožitím sjednaného konce pojištění vyplácí pojistitel oprávněné osobě redukovanou pojistnou částku pro případ smrti a kapitálovou hodnotu pojištění ve výši stanovené k datu oznámení pojistné události pojistiteli.

9.4. Je-li redukováná pojistná částka pro případ smrti, příp. redukováná pojistná částka pojištění závažných onemocnění, 1. pojištěného menší než 10 000 Kč, dojde v důsledku neplacení pojistného (dle VPP PO, avšak odchýlně od bodu 2., čl. VIII. VPP PO) nebo na žádost pojistníka k **redukcí pojistné doby**, zůstává zachováno pojištění pro případ smrti nebo dožití 1. pojištěného, pojištění závažných onemocnění 1. pojištěného, bylo-li sjednáno, a zanikají všechna další sjednaná pojištění a nároky všech pojištěných. Pojistná částka pro případ smrti, pro případ dožití, byla-li sjednána, zůstává zachována. Při dožití konce redukováné pojistné doby bude 1. pojištěnému vyplacena kapitálová hodnota pojištění ve výši stanovené k datu konce redukováného pojištění. Při smrti 1. pojištěného před uplynutím redukováné pojistné doby vyplácí pojistitel oprávněné osobě pojistnou částku pro případ smrti a kapitálovou hodnotu pojištění k datu oznámení pojistné události pojistiteli.

9.5. U redukováného pojištění pojistníkovi zaniká povinnost platit běžné pojistné. Pojistník není oprávněn platit mimořádné pojistné a provádět mimořádné výběry.

9.6. U redukováného pojištění nelze provést přerušení placení pojistného.

### Bod 10 Zánik pojištění

10.1. U úrazového pojištění, pojištění závažných onemocnění, pojištění pro případ invalidity a pojištění pro případ nemoci je konec pojištění shodný se sjednaným koncem životního pojištění, pokud nezaniklo některé z těchto pojištění v průběhu trvání pojištění nebo pokud nebyl dohodnut v pojistné smlouvě dřívější konec pojištění.

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

10.2.1. Všechna sjednaná pojištění zanikají smrtí 1. pojištěného. Nejpозději pojištění zanikají, dožije-li se 1. pojištěný konce pojištění.

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

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

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

10.4. **Zánik pojištění odmítnutím plnění**

Pokud pojištění zanikne odmítnutím plnění podle ustanovení § 2809 a § 2810 zákoníku, pojistitel vyplácí oprávněné osobě kapitálovou hodnotu nega-

rantovanou k datu oznámení pojistné události pojistiteli, sníženou o poplatek za ukončení pojištění. Ne-li pojistěný zároveň pojistníkem, bude kapitálová hodnota negarantovaná vyplacena pojistníkoví.

- 10.5.** Dojde-li k zániku tohoto pojištění v době označené jako „Rozhodná doba“, nevzniká nárok na výplatu částky, která byla převedena na tuto pojistnou smlouvu a jež odpovídá výši 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 výplaty pojistného plnění při pojistné události nebo pokud bude uzavřena nová pojistná smlouva, na niž by byla převáděna rezerva nebo kapitálová hodnota zanikajícího pojištění. Pojistitel započte vůči částce odkupného dle dosavadní pojistné smlouvy hodnotu závazků pojistníka vůči pojistiteli, zejména dosud neuhrazené počáteční a správní náklady.
- 10.6.** Výpovědi životního pojištění zanikají všechna sjednaná pojištění. Pojistitel vyplátí pojistníkoví negarantovanou kapitálovou hodnotu sníženou o hodnotu závazků pojistníka vůči pojistiteli vzniklých v souvislosti s tímto pojištěním včetně dosud neuhrazených počátečních a správních nákladů. Výpovědi úrazového pojištění, pojištění závažných onemocnění, pojištění invalidity nebo pojištění pro případ nemoci zaniká jen vypovězené pojištění.
- 10.7.** Všechna sjednaná pojištění konkrétního pojištěného nebo pojištěného dítěte zanikají jeho smrtí.

## Bod 11 Vnitřní fondy

### 11.1. Definice investičních pojmů

- 11.1.1.** **Vnitřním fondem** se rozumí soubor různých typů investic spravovaných pojistitelem výhradně pro účely pojištění (dále jen portfolio). Pojistitel spravuje toto portfolio investic vytvořené z prostředků tohoto pojištění odděleně od ostatního majetku pojistitele.
- 11.1.2.** **Podílovou jednotkou** se rozumí podíl vnitřního fondu sloužící k výpočtu peněžních nároků plynoucích z pojištění.
- 11.1.3.** **Cena podílové jednotky** se stanoví na základě hodnoty podkladových aktiv vnitřního fondu a celkového počtu podílových jednotek tohoto vnitřního fondu. Pokud vyjde najevo, že v důsledku chybně stanovené ceny podílové jednotky obdržela oprávněná osoba, příp. pojistník, vyšší částku, než které odpovídá reálná hodnota podílové jednotky, je oprávněná osoba, příp. pojistník, povinna uhradit pojistiteli částku představující rozdíl mezi obdrženým plněním a reálnou hodnotou podílové jednotky, a to bez zbytečného prodlení poté, co jí bude tato skutečnost pojistitelem oznámena. Pohledávku podle předchozí věty pojistitel započte proti pojistnému plnění nebo jakékoli jiné pohledávce oprávněné osoby, příp. pojistníka, za pojistitelem a s ohledem na tuto skutečnost upravit parametry pojistné smlouvy. Blíží informace k ceně podílové jednotky a povaze podkladových aktiv uvádí pojistitel rovněž na svých internetových stránkách.
- 11.1.4.** **Účtem pojistníka** se rozumí individuální účet vedený pojistitelem k pojistné smlouvě, tvořený podílovými jednotkami jednotlivých vnitřních fondů.
- 11.1.5.** **Oceňovací den** je den, ke kterému pojistitel stanoví cenu podílových jednotek jednotlivých vnitřních fondů.
- 11.1.6.** **Obchodováním s podílovými jednotkami** se rozumí nákup, odkup a převod podílových jednotek vnitřního fondu.
- 11.1.7.** **Nákupem podílových jednotek** se rozumí zvýšení počtu podílových jednotek vnitřního fondu vedených na účtu pojistníka.
- 11.1.8.** **Odkupem podílových jednotek** se rozumí snížení počtu podílových jednotek vnitřního fondu vedených na účtu pojistníka.
- 11.1.9.** **Převodem podílových jednotek** se rozumí snížení počtu podílových jednotek vedených na účtu pojistníka u daného vnitřního fondu a současně zvýšení počtu podílových jednotek vedených na účtu pojistníka pro nově zvolený vnitřní fond.
- 11.1.10.** **Alokačním poměrem** se rozumí procentuální poměr, ve kterém se umísťuje (dále jen alokuje) 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.

- 11.1.11. Investičním úkonem** se rozumí provedení nákupu, odkupu nebo převodu podílových jednotek vnitřního fondu. Investiční úkon je důsledkem změny, popř. důsledkem zániku pojistné smlouvy, provedené pojistitelem na základě žádosti pojistníka nebo vyplývající z těchto doplňkových pojistných podmínek a všeobecných pojistných podmínek, při které dochází ke změně počtu podílových jednotek vedených na účtu pojistníka. Investiční riziko spojené s prováděním investičního úkonu a proměnlivou cenou podílové jednotky nese pojistník. K provedení požadovaného investičního úkonu pojistníka, resp. investičního úkonu pojistitele, dojde ke dni realizace skutečného nákupu nebo odkupu podkladových aktiv vnitřních fondů pojistitelem. K tomuto datu jsou nakoupeny, odkoupeny nebo převedeny podílové jednotky na účet pojistníka.
- 11.1.12. Souběh investičních úkonů.** Pojistitel může zamítnout, popř. pozastavit, provedení investičního úkonu vyplývajícího z pojistné technické úkonu, provádí-li jiné investiční úkony související s touto pojistnou smlouvou. Pominou-li důvody pozastavení, pojistitel provede daný investiční úkon bez zbytečného odkladu.
- 11.2. Informace o vnitřních fondech**
- 11.2.1.** Pojistitel nabízí vnitřní fondy vedené v podílových jednotkách, a to v české měně, které se odlišují investiční strategií, povahou podkladových aktiv, a tím i výnosem a rizikem.
- 11.2.2.** Každý vnitřní fond je veden pojistitelem jako oddělená a identifikovatelná podkladová aktiva.
- 11.2.3.** Výnosy z podkladových aktiv v příslušném vnitřním fondu, snížené o prokazatelné náklady, zvyšují hodnotu vnitřního fondu.
- 11.2.4.** Pojistník může zvolit vnitřní fondy pojistitele, které se odlišují investiční strategií, druhem podkladových aktiv, a tím i výnosem a rizikem.
- 11.2.5.** Vzhledem k charakteru vnitřních fondů není cena jejich podílových jednotek garantována. Pojistitel garantuje počet podílových jednotek vnitřního fondu s výjimkou bodu 11.3.
- 11.2.6.** Pojistitel si vyhrazuje právo pro účely pojištění omezit vstup do vnitřního fondu.
- 11.2.7.** Pojistitel tvoří ze zaplaceného pojistného alokovaného do vnitřního fondu rezervu na úhradu závazků z finančního umístění jménem pojištěných (rezervu životních pojištění s investičním rizikem pojistníka).
- 11.2.8.** Způsob umístění prostředků rezerv na úhradu závazků z finančního umístění jménem pojištěných se řídí obecně platnými právními předpisy a za podmínek v nich stanovených pak rozhodnutími pojistitele. Pojistitel stanoví podmínky, za kterých investuje v příslušném vnitřním fondu, v investiční strategii vnitřního fondu.
- 11.2.9.** Podílové jednotky mohou být nakoupeny, pouze pokud jsou do fondu přidána podkladová aktiva, jejichž hodnota je rovna hodnotě těchto podílových jednotek vnitřního fondu.
- 11.2.10.** S výjimkou bodů 11.2.13. a 11.2.14. mohou být podílové jednotky z vnitřního fondu odkoupeny, pouze pokud je z vnitřního fondu proveden odkup podkladových aktiv, jejichž hodnota je rovna hodnotě těchto podílových jednotek vnitřního fondu.
- 11.2.11.** Nákup, odkup a převod podílových jednotek jednotlivých vnitřních fondů na účtu pojistníka slouží jen ke stanovení výše pojistného plnění a jiných závazků z pojištění.
- 11.2.12.** Podkladová aktiva jednotlivých vnitřních fondů a výnosy plynoucí z těchto podkladových aktiv jsou vlastnictvím pojistitele a zůstávají jím po celou dobu trvání pojištění. Z pojištění nevzniká právní nárok na žádná podkladová aktiva společnosti a vnitřních fondů ani na žádné výnosy z těchto aktiv plynoucí.
- 11.2.13.** Pojistitel má právo snížit hodnotu vnitřního fondu o všechny daňové srážky spojené s podkladovými aktivy tohoto vnitřního fondu a jiné srážky, které společnost uzná skutečným nebo potenciálním závazkem tohoto vnitřního fondu.
- 11.2.14.** Pojistitel od data počátku pojištění každý oceňovací den snižuje hodnotu vnitřního fondu o poplatek za správu portfolia. Poplatek je odečítán po částech a jeho roční výše je uvedena v platném Sazebníku poplatků. Společnost může 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. Tento bod se nepoužije pro správce investičního fondu.
- 11.3. Změna podkladových aktiv vnitřního fondu**  
Pojistitel může měnit podkladová aktiva vnitřních

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

### 11.4. Omezení obchodování s podílovými jednotkami vnitřního fondu

- 11.4.1.** V průběhu trvání pojištění může ve výjimečných případech dojít k omezení obchodování s podílovými jednotkami vnitřního fondu. V takovém případě bude pojistitel pojistníka informovat o podmínkách tohoto omezení, zejména o předpokládané délce trvání omezení obchodování.
- 11.4.2.** V době omezení obchodování pojistitel přijímá požadavky pojistníka k provedení úkonů, které mají vliv na kapitálovou hodnotu, tvořené podílovými jednotkami vnitřního fondu, např. převod podílových jednotek, změna alokačního poměru, mimořádné výběry, platba běžného a mimořádného pojistného, žádost o zrušení pojištění s výplatou odkupného. Pojistitel provede požadované úkony, které nemohou provést v době omezení obchodování, po ukončení omezení obchodování s podílovými jednotkami tohoto vnitřního fondu.
- 11.4.3.** Nebude-li možné, při stanovení výše pojistného plnění a při stanovení výše odkupného z důvodu omezení obchodování s podílovými jednotkami daného vnitřního fondu, stanovit výši kapitálové hodnoty pojištění, bude výše kapitálové hodnoty pojištění stanovena pojistitelem pouze z podílových jednotek vnitřního fondu se známou cenou. Po ukončení omezení obchodování s podílovými jednotkami daného vnitřního fondu bude bez zbytečného odkladu zbývající hodnota podílových jednotek vnitřního fondu vyplacena.
- 11.4.4.** Nebude-li možné, při stanovení výše plnění při zániku pojištění podle bodu 10 z důvodu omezení obchodování s podílovými jednotkami daného vnitřního fondu, stanovit výši kapitálové hodnoty pojištění, bude výše kapitálové hodnoty pojištění stanovena pojistitelem po ukončení omezení obchodování s podílovými jednotkami daného vnitřního fondu a pojistitel vyplátí celé plnění.

### 11.5. Změna vnitřního fondu

- 11.5.1.** Pojistitel může rozhodnout o změně vnitřního fondu při zachování povahy podkladových aktiv, zejména v případě, že dochází k významnému poklesu ceny podílových jednotek 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.
- 11.5.2.** Změnou vnitřního fondu se rozumí převod podílových jednotek do jiného vnitřního fondu se stejnou povahou podkladových aktiv a odpovídající změna alokačního poměru.

## Bod 12 Alokační poměr

### 12.1. Alokační poměr běžného pojistného

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

### 12.2. Změna alokačního poměru

- 12.2.1.** Pojistník může požádat o změnu alokačních poměrů běžného a mimořádného pojistného.
- 12.2.2.** Změna alokačního poměru běžného pojistného je účinná ode dne uvedeného pojistníkem v žádosti o provedení změny, nejdříve však od nejbližší splatnosti nezaplaceného běžného pojistného.
- 12.2.3.** Změna alokačního poměru mimořádného pojistného je účinná ode dne uvedeného pojistníkem v žádosti o provedení změny. Touto změnou nelze ovlivnit již alokované mimořádné pojistné.
- 12.2.4.** Změna alokačních poměrů nelze provádět při redukci pojištění.
- 12.2.5.** Pojistitel si vyhrazuje právo žádost o změnu alokačního poměru zamítnout.
- 12.2.6.** Pojistitel má právo na poplatek za provedení změny alokačního poměru podle platného Sazebníku poplatků.

## Bod 13 Změna rozložení prostředků

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

- 13.1.1.** Pojistník může požádat o převod podílových jednotek mezi jednotlivými kapitálovými hodnotami

tvorenými podílovými jednotkami vnitřních fondů. Na základě této žádosti pojistitel provede odkup podílových jednotek daného vnitřního fondu a nakoupí podílové jednotky jiného pojistníkem určeného vnitřního fondu.

- 13.1.2. Podílové jednotky se převádějí mezi kapitálovými hodnotami tvorenými podílovými jednotkami vnitřních fondů podle cen k datu provedení požadovaného investičního úkonu.
- 13.1.3. Pojistitel může stanovit minimální počet nebo minimální peněžní hodnotu převáděných podílových jednotek. Pojistitel může stanovit minimální počet nebo minimální peněžní hodnotu podílových jednotek, která musí být ponechána na účtu pojistníka.
- 13.1.4. Pojistitel si vyhrazuje právo žádost o převod podílových jednotek mezi kapitálovými hodnotami tvorenými podílovými jednotkami vnitřních fondů zamítnout.
- 13.1.5. Pojistitel má právo na poplatek za provedení převodu podle platného Sazebníku poplatků.

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

- 13.2.1. Pojistník může požádat o převod podílových jednotek z kapitálové hodnoty tvorené podílovými jednotkami vnitřního fondu do kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou. Na základě této žádosti pojistitel provede odkup podílových jednotek daného vnitřního fondu a vloží peněžní prostředky v hodnotě odkupu do kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou.
- 13.2.2. Pojistitel může stanovit minimální počet nebo minimální peněžní hodnotu převáděných podílových jednotek. Pojistitel může stanovit minimální počet nebo minimální peněžní hodnotu podílových jednotek, která musí být ponechána na účtu pojistníka.
- 13.2.3. Pojistitel si vyhrazuje právo žádost o převod podílových jednotek z kapitálové hodnoty tvorené podílovými jednotkami vnitřního fondu do kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou zamítnout.
- 13.2.4. Pojistitel má právo na poplatek za provedení převodu podle platného Sazebníku poplatků.

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

- 13.3.1. Pojistník může požádat o převod peněžních prostředků z kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou do kapitálové hodnoty tvorené podílovými jednotkami vnitřního fondu. Na základě této žádosti pojistitel provede výběr peněžních prostředků z kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou a nakoupí podílové jednotky pojistníkem určeného vnitřního fondu.
- 13.3.2. Pojistitel může stanovit minimální peněžní hodnotu převáděných peněžních prostředků.
- 13.3.3. Pojistitel si vyhrazuje právo žádost o převod peněžních prostředků z kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou do kapitálové hodnoty tvorené podílovými jednotkami vnitřního fondu zamítnout.
- 13.3.4. Pojistitel má právo na poplatek za provedení převodu podle platného Sazebníku poplatků.

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

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

## ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

### ČLÁNEK 2 POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD SMRTI NEBO DOŽITÍ 1. POJIŠTĚNÉHO

#### Bod 1 Rozsah nároků

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

jištěnému sjednanou pojistnou částku pro případ dožití, byla-li sjednána při uzavření pojistné smlouvy, a kapitálovou hodnotu pojištění ve výši stanovené k datu konce pojištění.

### 1.2. Pojistné plnění v případě smrti

#### 1.2.1. Pevná pojistná částka

##### A. varianta Vyšší z pojistné částky nebo kapitálové hodnoty

Dojde-li v době trvání pojištění ke smrti 1. pojištěného nikoli následkem sebevraždy do dvou let trvání pojištění a byla-li sjednána varianta pojistného plnění Vyšší z pojistné částky nebo kapitálové hodnoty, vyplatí pojistitel obmyslenému buď sjednanou pojistnou částku, nebo kapitálovou hodnotu pojištění, podle toho, která z těchto částek je k datu pojistné události vyšší než kapitálová hodnota a v předchozích 6 měsících před datem pojistné události došlo k mimořádným výběrům, potom se pojistné plnění stanoví jako vyšší z částek mezi sjednanou pojistnou částkou sníženou o mimořádné výběry a kapitálovou hodnotou. Ve výpočtu pojistného plnění jsou zohledněny platby mimořádného pojistného ve stejném období.

##### B. varianta Součet

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

#### 1.2.2. Klesající pojistná částka

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

- 1.3. Zemře-li 1. pojištěný v prvních dvou letech trvání pojištění následkem sebevraždy, zanikají bez práva na plnění všechna sjednaná pojištění. V takovém případě pojistitel vyplatí oprávněné osobě kapitálovou hodnotu pojištění ve výši stanovené k datu oznámení úmrtí pojistiteli. Není-li pojištěný zároveň pojistníkem, bude kapitálová hodnota pojištění vyplacena pojistníkovi.
- 1.4. Zemře-li 1. pojištěný ve třetím nebo dalším roce trvání pojištění následkem sebevraždy a neuplynuly-li alespoň dva roky od posledního zvýšení pojistné částky, k němuž došlo z jiného důvodu než v důsledku indexace pojištění, vyplatí pojistitel oprávněné osobě součet nejvyšší pojistné částky platné v průběhu dvou let před datem úmrtí pojištěného a kapitálové hodnoty pojištění ve výši stanovené k datu oznámení pojistné události pojistiteli a všechna sjednaná pojištění zaniknou.
- 1.5. V případě, že smrt 1. pojištěného není pojistnou událostí, vyplatí pojistitel oprávněné osobě část kapitálové hodnoty stanovenou podle pojistné matematických zásad k datu, kdy se o smrti dozvěděl. Není-li pojištěný zároveň pojistníkem, bude tato částka vyplacena pojistníkovi.
- 1.6. Dojde-li ke smrti 1. pojištěného do 6 měsíců od data uzavření pojistné smlouvy, pojistitel neposkytne pojistné plnění, pokud pojištěný nezodpověděl pojistiteli dotaz ke zdravotnímu stavu pojištěného nebo nevyplnil zdravotní dotazník. V takovém případě pojistitel vyplatí oprávněné osobě kapitálovou hodnotu stanovenou podle pojistné matematických zásad pojistitele a zanikají všechna sjednaná pojištění.
- 1.7. Nebyl-li obmyslený v pojistné smlouvě určen nebo nenabyl-li práva na plnění, nabývají ho osoby určené podle § 2831 zákoníku.

#### Bod 2 Věrnostní bonus

- 2.1. K pojistným smlouvám, které splňují podmínky uvedené v tomto bodě, bude pojistitelem přisouván věrnostní bonus.
- 2.2. Podmínky přiznání věrnostního bonusu, které musejí být splněny k datu uzavření pojistné smlouvy a dále po celou dobu trvání pojištění:
  - pojistná smlouva je uzavřena na pojistnou dobu minimálně 10 let,

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

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

Jsou-li výše uvedené podmínky splněny později než k datu uzavření pojistné smlouvy, právo na věrnostní bonus nevzniká.

- 2.3. Jsou-li splněny podmínky pro přiznání věrnostního bonusu definované v bodě 2.2., pojistitel začne od výročního dne pojištění v 6. roce trvání pojištění přisouvat každé zúčtovací období částku měsíčního věrnostního bonusu definovanou jako 20 % z částky měsíčního rizikového pojistného po slevě za sjednaná pojištění v daném roce.
- 2.4. Právo na výplatu věrnostního bonusu ve výši připsané podle bodu 2.3. vzniká, dojde-li ke smrti 1. pojištěného nebo dožije-li se 1. pojištěný sjednaného konce pojištění (s výjimkou redukovaného pojištění), v jiných případech právo na výplatu věrnostního bonusu nevzniká.
- 2.5. V případě, že dojde v průběhu trvání pojištění k porušení uvedených podmínek nebo zániku pojištění (s výjimkou uvedenou v bodě 2.4.) nebo redukcí pojištění nebo přerušení placení nebo odstoupení od pojistné smlouvy, právo na věrnostní bonus zaniká a dosud připsané částky věrnostního bonusu podle bodu 2.3. se rozpustí bez nároku na jeho výplatu.
- 2.6. Částka odpovídající přípisu věrnostního bonusu bude každé zúčtovací období umístěna do vnitřních fondů formou nákupu podílových jednotek dle alokačního poměru pro běžné pojistné zvolené pojistníkem s výjimkou uvedenou v následující větě. V případě, že je pojistníkem zvoleno umístění běžného pojistného rovněž do kapitálové hodnoty s garantovanou úrokovou mírou, platí, že odpovídající část přípisu věrnostního bonusu bude umístěna do kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou. V případě umístění věrnostního bonusu nebo jeho části do vnitřních fondů platí, že investiční riziko nese pojistník.
- 2.7. Z připsaných částek věrnostního bonusu nevzniká právo na podíly na výnosech z rezerv pojistného.
- 2.8. V případě změny alokačního poměru pojistníkem se použije nový alokační poměr od data účinnosti této změny pro další zúčtovací období dle pravidel uvedených v těchto DPP i pro přisouvané částky věrnostního bonusu.
- 2.9. V případě převodu podílových jednotek mezi vnitřními fondy nebo kapitálovými hodnotami dojde i k převodu příslušných částek nebo podílových jednotek příslušejících věrnostnímu bonusu dle pravidel uvedených v těchto DPP.
- 2.10. Pojistník nemá právo na mimořádný výběr z připsaných částek věrnostního bonusu a souvisejících podílových jednotek.

### ČLÁNEK 3 POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD SMRTI 2. POJIŠTĚNÉHO

#### Bod 1 Rozsah nároků

- 1.1. **Pojištění pro případ smrti s pevnou pojistnou částkou**  
Dojde-li v době trvání pojištění ke smrti 2. pojištěného nikoli následkem sebevraždy do dvou let trvání pojištění, pojistitel vyplatí pojistnou částku pro případ smrti platnou pro příslušný rok trvání pojištění subjektu, v jehož prospěch je pojistné plnění vinkulováno (např. peněžní ústav), nebo obmyslenému, nebylo-li pojistné plnění vinkulováno. V případě výplaty peněžnímu ústavu je pojistná částka vyplacena maximálně ve výši nesplacené jistiny včetně příslušenství.
- 1.2. **Pojištění pro případ smrti s klesající pojistnou částkou**  
Dojde-li v době trvání pojištění ke smrti 2. pojištěného nikoli následkem sebevraždy do dvou let trvání pojištění, pojistitel vyplatí pojistnou částku pro případ smrti platnou pro příslušný rok trvání pojištění subjektu, v jehož prospěch je pojistné plnění vinkulováno (např. peněžní ústav), nebo obmyslenému, nebylo-li pojistné plnění vinkulováno. V případě výplaty peněžnímu ústavu je pojistná částka vyplacena maximálně ve výši nesplacené jistiny včetně příslušenství.

- 1.3. Zemře-li 2. pojištěný v prvních dvou letech trvání pojištění následkem sebevraždy nebo smrt 2. pojiš-

těného není pojistnou událostí, zaniká bez práva na plnění jeho pojištění pro případ smrti. Dále zanikají další sjednaná pojištění pro tohoto pojištěného.

- 1.4. Zemře-li 2. pojištěný ve třetím nebo dalším roce trvání pojištění následkem sebevraždy a neuplynuly-li alespoň dva roky od posledního zvýšení pojistné částky, k němuž došlo z jiného důvodu než v důsledku indexace pojištění, vyplatí pojistitel oprávněné osobě pojistnou částku a pojištění pro případ smrti 2. pojištěného zanikne. Dále zanikají další sjednaná pojištění pro tohoto pojištěného.
- 1.5. Dojde-li ke smrti 2. pojištěného do 6 měsíců od data uzavření pojistné smlouvy, pojistitel neposkytne pojistné plnění, pokud pojištěný nezodpověděl pojistiteli dotaz ke zdravotnímu stavu pojištěného nebo nevyplnil zdravotní dotazník. V takovém případě zaniká bez práva na plnění pojištění pro případ smrti 2. pojištěného. Dále zanikají další sjednaná pojištění pro tohoto pojištěného.
- 1.6. Nebyl-li obmyslený v pojistné smlouvě určen nebo nenabyl-li práva na plnění, nabývají ho osoby určené podle § 2831 zákoníku.
- 1.7. Pojištění pro případ smrti 2. pojištěného končí nejpozději den před výročním dnem pojištění v kalendářním roce, ve kterém tento pojištěný dosáhne věku 99 let, nezaniklo-li toto pojištění dříve. Výše běžného pojistného se nemění a část pojistného za pojištění pro případ smrti 2. pojištěného bude uhrazována jako pojistné za pojištění pro případ smrti nebo dožití 1. pojištěného.

## ČLÁNEK 4 POJIŠTĚNÍ ZÁVAŽNÝCH ONEMOCNĚNÍ

### Bod 1 Rozsah nároků

- 1.1. Dojde-li v době trvání pojištění k pojistné události z pojištění závažných onemocnění a jsou splněny podmínky definované u tohoto závažného onemocnění podle bodu 6 tohoto článku, nejdříve po šesti měsících od sjednání pojištění závažných onemocnění, vyplatí pojistitel příslušnému pojištěnému (1. nebo 2. pojištěnému) sjednanou pojistnou částku závažných onemocnění a toto pojištění zanikne.
- 1.2. Je-li závažné onemocnění diagnostikováno dříve než za 6 měsíců od uzavření pojistné smlouvy nebo od sjednání pojištění závažných onemocnění, právo na výplatu pojistného plnění závažných onemocnění nevzniká a pojištění závažného onemocnění zaniká. Pojistitel přestane od nejbližšího zúčtovacího období strhávat z kapitálové hodnoty rizikové pojistné za pojištění závažných onemocnění příslušného pojištěného. Jinak zůstávají sjednaná pojištění beze změny.
- 1.3. Je-li vyloučeno některé ze závažných onemocnění definovaných v bodě 6 tohoto článku, pak za takové onemocnění pojistitel neposkytne pojistné plnění.

### Bod 2 Pojistná částka

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

### Bod 3 Pojistné plnění

- 3.1. Dojde-li během trvání pojištění závažných onemocnění ke snížení pojistné částky pojištění závažných 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 pojištění závažných onemocnění příslušného pojištěného. Výše běžného pojistného se nemění a část pojistného za pojištění závažných onemocnění bude uhrazována jako pojistné za pojištění pro případ smrti nebo dožití 1. pojištěného.

### Bod 5 Zánik pojištění

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

závažných onemocnění bude uhrazována jako pojistné za pojištění pro případ smrti nebo dožití 1. pojištěného.

## Bod 6

### Definice závažných onemocnění

#### A. Závažná onemocnění – základní varianta

##### 1. POKROČILÁ RAKOVINA

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

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

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

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

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

##### 3. KRVÁCENÍ DO MOZKU S VÝZNAMNÝMI TRVALÝMI NÁSLEDKY

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

##### 4. AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU S TRVALÝM POŠKOZENÍM SRDCE

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

- a) typický průběh bolestí na hrudi,
- b) vývoj EKG svědčící pro ischemii,
- c) přesvědčivý koronarografický nálezn dokládající postižení příslušné tepny.

Závažnost postižení funkce levé komory musí být doložena hodnotou ejekční frakce levé komory (EF LK) nižší nebo rovnou 40 % změřenou zobrazovacími vyšetřeními provedenými minimálně za 3 měsíce po infarktu. Diagnóza musí být doložena uvedeným vyšetřením a propouštěcí zprávou z nemocnice, kde byl infarkt diagnostikován.

##### 5. KARDIOMYOPATIE

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

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

Vyloučena je kardiomyopatie při abusu alkoholu.

##### 6. TRANSPLANTACE ŽIVOTNĚ DŮLEŽITÝCH ORGÁNŮ

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

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

##### 7. NÁHRADY SRDEČNÍCH CHLOPNÍ

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

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

##### 8. OPERACE VĚNČITÝCH TEPEN

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

##### 9. OPERACE AORTY

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

##### 10. TĚŽKÁ PLICNÍ NEDOSTATEČNOST

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

- a) hodnota FEV1 měřená spirometricky musí být stále pod 1 litr,
- b) je nutná trvalá kyslíková terapie pro hypoxemii,
- c) parciální tlak kyslíku (PaO<sub>2</sub>) při analýze krevních plynů je roven nebo nižší než 55 mmHg,
- d) je pocíťována klidová dušnost.

Diagnóza musí být doložena nálezem pneumologa.

##### 11. SLEPOTA

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

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

##### 12. SELHÁNÍ LEDVIN

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

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

##### 13. AMPUTACE

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

##### 14. ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA

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

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

#### B. Závažná onemocnění – rozšířená varianta

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

##### 15. RAKOVINA

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

##### 16. CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

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

## 17. KRVÁCENÍ DO MOZKU

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

## 18. INFARKT MYOKARDU

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

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

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

## 19. MYELOYDPLASTICKÝ SYNDROM

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

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

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

## 20. PRIMÁRNÍ PLICNÍ HYPERTENZE

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

## 21. (NEZHOUNÝ) NÁDOR MOZKU NEBO MÍCHY

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

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

## 22. KÓMA

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

Výluka z plnění: kóma způsobené abusem alkoholu a drog.

## 23. HLUCHOTA

Hluchotou ve smyslu tohoto pojištění se rozumí úplná a nevratná ztráta sluchu obou uší (praktická nebo úplná hluchota) následkem nemoci nebo úrazu, bez ohledu na to, zda se jedná o poruchu centrálního či periferního původu.

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

## 24. LYMSKÁ BORELIÓZA

Lymfskou boreliózou ve smyslu tohoto pojištění se rozumí stanovení diagnózy onemocnění ve II. a III. stadiu nemoci. 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.

## 25. APLASTICKÁ ANÉMIE

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

- pravidelné krevní transfuze po dobu nejméně dvou měsíců,

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

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

## 26. CHRONICKÁ VIROVÁ HEPATITIDA

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

Vyloučena jsou onemocnění hepatitidou získaná v důsledku aplikace návykových látek.

## 27. 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 buď

- srdce (perikardu, epikardu, myokardu, endokardu včetně chlopní) 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).

## 28. SYSTÉMOVÝ LUPUS ERYTEMATODES

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

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

## 29. SYSTÉMOVÁ SKLERODERMIE

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

## 30. PARKINSONOVA CHOROBA (DO 65 LET VĚKU)

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

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

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

## 31. ALZHEIMEROVA CHOROBA (DO 65 LET VĚKU)

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

Výluka z plnění: demence následkem zneužívání alkoholu.

## 32. BŘIŠNÍ TYFUS

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

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

## 33. TBC

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

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

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

## 34. MORBUS BECHTĚREV

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

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

## 35. REVMATOIDNÍ ARTRITIDA

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

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

Diagnóza musí být doložena nálezem z revmatologie.

## 36. ONEMOCNĚNÍ HIV (AIDS)

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

## 37. MENINGITIDA, ENCEFALITIDA ČI MENINGOENCEFALITIDA

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

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

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

## 38. CROHNOVA CHOROBA

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

## 39. TETANUS

Tetanem ve smyslu tohoto pojištění se rozumí akutní infekce způsobená bakterií Clostridium tetani u řádně očkovaného klienta, u kterého 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.

### Bod 6 Právo na pojistné plnění

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

### ČLÁNEK 5 POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD INVALIDITY

#### Bod 1 Rozsah nároků

Dojde-li v době trvání pojištění k pojistné události z pojištění pro případ invalidity, má pojistné plnění formu úhrady běžného pojistného (dále též „zproštění od placení pojistného“), formu měsíční invalidní renty nebo pojistné částky, podle toho, co bylo sjednáno v pojistné smlouvě.

## Měsíční invalidní renta

- 1.1. Byla-li sjednána výplata měsíční invalidní renty, začne pojistitel vyplácet příslušnému pojištěnému (1. nebo 2. pojištěnému) měsíčně sjednanou výši měsíční invalidní renty (dále též „pojistné plnění“), jsou-li splněny podmínky uvedené ve VPP PO.
- 1.2. Výplata měsíční invalidní renty počíná ode dne nejbližší splatnosti pojistného po přiznání invalidního důchodu pro invaliditu příslušného stupně a platí pro jeden rok trvání pojištění. Dnem přiznání invalidního důchodu se rozumí den, resp. datum, které je uvedeno ve výroku rozhodnutí oprávněného orgánu jako den, od něhož se přiznává invalidní důchod. Výplata měsíční invalidní renty se prodlužuje vždy na další rok na základě skutečnosti, že nárok na pobírání invalidního důchodu příslušného stupně a pojistná smlouva trvá. Výplata měsíční invalidní renty končí uplynutím doby, na kterou bylo placení pojistného sjednáno, nejpozději však den před výročním dnem pojištění v kalendářním roce, kdy pojištěný dosáhne 65 let.
- 1.3. Pojištění pro případ invalidity v části měsíční invalidní renty končí nejpozději den před výročním dnem pojištění v kalendářním roce, ve kterém pojištěný dosáhne věku 65 let. Došlo-li k zahájení výplaty měsíční invalidní renty před tímto dnem, končí vyplácení měsíční invalidní renty nejpozději den před výročním dnem pojištění v kalendářním roce, ve kterém pojištěný dosáhne věku 65 let. Po ukončení pojištění výplata měsíční invalidní renty pojistitel přestává od nejbližšího zúčtovacího období strhávat z kapitálové hodnoty rizikové pojistné za pojištění pro případ invalidity v části měsíční invalidní renty. Výše běžného pojistného se nemění a část pojistného za pojištění pro případ invalidity v části měsíční invalidní renty bude uhrazována za pojištění pro případ smrti nebo dožití 1. pojištěného.

- 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 poslední dva roky. Pojistitel si v takovém případě vyhrazuje právo v souladu se stavem pojištění změnit odpovídajícím způsobem pojistné technické parametry pojištění.
- 1.6. Je-li invalidní důchod přiznaný výlučně v důsledku úrazu, který splňuje požadavky uvedené ve VPP PO, nebyla-li pojistitelem uplatněna výluka dle VPP PO, nevyžaduje se splnění podmínky dvou let trvání pojištění podle VPP PO.

### 1.7. Měsíční invalidní renta lze sjednat v následujících variantách:

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

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

### Pojistná částka

- 1.1. Byla-li sjednána výplata pojistné částky, vyplácí pojistitel příslušnému pojištěnému (1. nebo 2. pojištěnému) sjednanou pojistnou částku, jsou-li splněny podmínky uvedené ve VPP PO.
- 1.2. Pojistná částka je vyplacena pojištěnému po přiznání invalidního důchodu pro invaliditu příslušného stupně. Dnem přiznání invalidního důchodu se rozumí den, resp. datum, které je uvedeno ve výroku rozhodnutí oprávněného orgánu jako den, od něhož se přiznává invalidní důchod. Po vyplacení pojistné částky pojistitel přestává od nejbližšího zúčtovacího období strhávat z kapitálové hodnoty rizikové pojistné za pojištění výplaty pojistné částky. Výplatu pojistného plnění ve formě pojistné částky pojištění pro případ invalidity v části pojistné částky zaniká. Výše běžného pojistného se nemění a část pojistného za pojištění pro případ invalidity v části pojistné částky bude uhrazována za pojištění pro případ smrti nebo dožití 1. pojištěného.
- 1.3. Pojištění výplaty pojistné částky končí nejpozději den před výročním dnem pojištění v kalendářním roce, ve kterém pojištěný dosáhne věku 65 let.
- 1.4. Dojde-li během trvání pojištění ke zvýšení výše pojistné částky z jiného důvodu než indexace pojištění,

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

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

### 1.6. Výplatu pojistné částky lze sjednat v následujících variantách:

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

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

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

### Zproštění od placení pojistného (pro 1. pojištěného)

- 1.1. Bylo-li sjednáno zproštění od placení pojistného, je pojistník zproštěn povinností platit běžné pojistné za sjednaná pojištění, jsou-li splněny podmínky uvedené ve VPP PO.
- 1.2. Zproštění od placení pojistného počíná ode dne nejbližší splatnosti pojistného po přiznání invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně (III.) a týká se běžného pojistného za jeden rok trvání pojištění. Dnem přiznání invalidního důchodu se rozumí den, resp. datum, které je uvedeno ve výroku rozhodnutí oprávněného orgánu jako den, od něhož se přiznává invalidní důchod. Zproštění se prodlužuje vždy na další rok na základě skutečnosti, že nárok na pobírání invalidního důchodu a pojistná smlouva trvá. Zproštění od placení běžného pojistného končí uplynutím doby, na kterou bylo placení pojistného sjednáno, nejpozději však den před výročním dnem pojištění v kalendářním roce, kdy pojištěný dosáhne 65 let. Je-li pojištění sjednáno na dobu delší, než dosažení věku 65 let pojištěného, může pojistník požádat o předčasné ukončení všech sjednaných pojištění. Výše běžného pojistného se nemění a část pojistného za pojištění pro případ invalidity v části zproštění od placení bude uhrazována za pojištění pro případ smrti nebo dožití 1. pojištěného.
- 1.3. Pojištění zproštění od placení pojistného končí nejpozději den před výročním dnem pojištění v kalendářním roce, ve kterém pojištěný dosáhne věku 65 let. Po ukončení pojištění zproštění od placení pojistného pojistitel přestává od nejbližšího zúčtovacího období strhávat z kapitálové hodnoty rizikové pojistné za pojištění zproštění od placení pojistného.

- 1.4. Pojistník je na žádost pojistitele povinen prokázat, že invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně je pojištěnému dále vyplácen.
- 1.5. Zproštění od placení pojistného se vztahuje na výši běžného pojistného za poslední pojistné období před přiznáním invalidního důchodu, není-li uvedeno jinak.
- 1.6. Dojde-li během trvání pojištění ke snížení běžného pojistného 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 poslední dva roky. Pojistitel si v takovém případě vyhrazuje právo v souladu se stavem pojištění změnit odpovídajícím způsobem pojistné technické parametry pojištění.
- 1.8. Dojde-li během trvání pojištění ke zvýšení běžného pojistného, vzniká právo na zproštění od placení běžného pojistného ve výši zvýšeného pojistného nejdříve v den účinnosti této změny, pokud invalidní důchod byl přiznaný výlučně v důsledku úrazu, který

splňuje požadavky uvedené ve VPP PO, nebyla-li pojistitelem uplatněna výluka dle VPP PO, a k němuž došlo nejdříve v den účinnosti zvýšení pojistného.

## Bod 2 Pojistné plnění

- 2.1. Pojištěný je povinen při oznámení pojistné události k rozhodnutí příslušného orgánu pro invaliditu daného stupně přiložit i lékařský posudek příslušející k tomuto rozhodnutí.
- 2.2. Pojistitel neplní za pojistné události, k nimž dojde:
  - a) v důsledku užívání alkoholu, drog, sebekoškové-ním, nedodržením doporučené léčby,
  - b) onemocněním, které bylo individuálně vyloučeno v důsledku ocenění zdravotního stavu pojištěného
  - c) úrazem či onemocněním, které započalo před uzavřením pojištění,
- 2.3. Pojistitel je oprávněn zvýšit rizikové pojistné za pojištění pro případ invalidity ve sjednaném rozsahu, pokud dojde ke zvýšení hodnoty koeficientu nejméně o 10 % kumulovaně. Koeficientem se rozumí podíl počtu nově přiznaných invalidních důchodů podle stupně invalidity (parametr vůči hodnotě tohoto parametru v referenčním roce), a to pro každý stupeň invalidity zvlášť. Informace o počtu nově přiznaných invalidních důchodů podle věku důchodce a stupně invalidity jsou zveřejněny na internetových stránkách (například České správy sociálního zabezpečení, dále též „ČSSZ“). Referenčním rokem se rozumí kalendářní rok zveřejněný na internetových stránkách pojistitele (jedná se o rok stanovení výše rizikového pojistného pro pojištění pro případ invalidity nebo o rok jeho posledního zvýšení). V případě, že dojde ke zvýšení rizikového pojistného, pak se odpovídajícím způsobem zvýší i částka běžného pojistného.
- 2.4. V případě změny pojistného má pojistník právo projevit svůj nesouhlas dle ustanovení zákoníku o změně výše pojistného.

## Bod 3 Zánik pojištění

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

## Bod 4 Odmítnutí plnění

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

## ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ

### ČLÁNEK 6 ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ DOSPĚLÉHO POJIŠTĚNÉHO

#### Bod 1 Rozsah nároků

Dojde-li v době trvání pojištění k úrazu dospělého pojištěného (dále jen „pojištěného“), pojistitel vyplatí za podmínek sjednaných v pojistné smlouvě plnění za smrt následkem úrazu, za smrt následkem úrazu v motorovém vozidle, za trvalé následky úrazu, za trvalé následky úrazu v motorovém vozidle, za následky závažného úrazu, za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem, za hospitalizaci následkem úrazu, za závažná poranění následkem úrazu. Pojistitel neposkytne pojistné plnění za úraz pojištěného, k němuž dojde ve lhůtě 7 dní včetně 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 vykonáváním povolání do rizikové skupiny 2, resp. 3, nebo vykonával sport patřící mezi vysoce rizikové činnosti nebo vykonával sport jako profesionální sportovec nebo již neměl být zařazen do rizikové skupiny JUNIOR (J) a neplatil pojistné ve správné výši.
- 2.4. Dojde-li ke smrti pojištěného následkem úrazu, právo na plnění má obmyslený, který byl určen v pojistné smlouvě. Nebyl-li obmyslený v pojistné smlouvě určen nebo nenabyl-li práva na plnění, nabývají ho osoby určené podle § 2831 zákoníku.

### Bod 3

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

- 3.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za smrt následkem úrazu v motorovém vozidle, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě a podle výše sjednané pojistné částky.
- 3.2. Byla-li v době trvání pojištění při provozu motorového vozidla (určeného pro přepravu osob) s maximálním počtem 7 sedadel způsobena pojištěnému smrt následkem úrazu, která nastala nejpozději 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 nebo již neměl být zařazen do rizikové skupiny JUNIOR (J) a neplatil pojistné ve správné výši.
- 3.4. Dojde-li ke smrti pojištěného následkem úrazu v motorovém vozidle, právo na plnění má obmyslený, který byl určen v pojistné smlouvě. Nebyl-li obmyslený v pojistné smlouvě určen nebo nenabyl-li práva na plnění, nabyvají 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:
  - a) úrazy vzniklé při uvádění motoru do chodu bezprostředně před zahájením jízdy,
  - b) úrazy vzniklé při nastupování nebo vystupování z motorového vozidla,
  - c) úrazy dopravovaných osob (dopravovanou osobou se rozumí i řidič), k nimž dojde za jízdy motorového vozidla nebo při jeho havárii,
  - d) úrazy vzniklé při krátkodobých zastávkách motorového vozidla, pokud k úrazu dopravované oso-

by dojde v motorovém vozidle nebo jeho blízkosti na silniční komunikaci,

- e) úrazy dopravovaných osob při odstraňování běžných poruch motorového vozidla, vzniklých během jízdy.
- 3.7. Pojištění se nevztahuje na:
- a) úrazy osob dopravovaných na místech motorového vozidla, která nejsou určena k dopravě osob (blatníky, kapota apod.),
  - b) úrazy při účasti motorového vozidla na rychlostních závodech a na závodech s rychlostní vložkou (včetně tréninku),
  - c) úrazy při provádění typových zkoušek rychlosti, brzd, zvratu a stability motorového vozidla, dojezdu z největší rychlosti, zajíždění apod.,
  - d) úrazy při nakládání a vykládání nákladu,
  - e) úrazy osob dopravovaných ve vozidlech autoškoly, taxislužby, rychlé záchranné služby, motokaravanů, autobusů, traktorů, motocyklů a invalidních vozíků,
  - f) úrazy osob dopravovaných ve vozidlech, která neslouží k dopravě osob, např. silniční válce, buldozery,
  - g) úrazy osob dopravovaných v nákladních automobilech 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 B“) 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 rám-

ci 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. 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.
- 4.9. 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 (po případném snížení podle bodu 4.4.) dosáhne alespoň výše tohoto sjednaného procenta. Výše sjednaného procenta se vztahuje na každou pojistnou událost samostatně.
- 4.10. Je-li sjednáno progresivní plnění za trvalé následky úrazu, pojistitel vyplátí plnění za trvalé následky úrazu v závislosti na jejich rozsahu (po případném snížení podle bodu 4.4.) stanoveném v procentech podle oceňovací tabulky B takto:

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

### Bod 5

#### Plnění za trvalé následky úrazu v motorovém vozidle

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

### Bod 6

#### Plnění za následky závažného úrazu

- 6.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za následky závažného úrazu, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě, tabulek pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojištění platných k datu pojistné události (dále „oceňovací tabulky B“) a podle výše sjednané pojistné částky. Oceňovací tabulky jsou pojistníkovi předány při uzavření pojistné smlouvy.
- 6.2. Zanechá-li úraz pojištěnému trvalé následky podle oceňovací tabulky B ve výši nejméně 50 % (po případném snížení podle bodu 6.3.), a to v součtu jednotlivých trvalých následků, pojistitel 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 z této pojistné smlouvy pouze jednou, a to za první úraz pojištěného, který splní podmínky tohoto plnění. Výplatou pojistného plnění pojištění následků závažného úrazu tohoto pojištěného zaniká.

- 6.3. Týkají-li se trvalé následky úrazu části těla nebo orgánu, které byly poškozeny již před úrazem, sníží pojistitel pojistné plnění za následky závažného úrazu o tolik procent, kolika procentům odpovídalo předcházející poškození, posouzené též podle oceňovací tabulky B.
- 6.4. 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.
- 6.5. Právo na pojistné plnění za následky závažného úrazu může uplatnit pojištěný nejdříve za jeden rok od data úrazu na příslušném formuláři pojistitele nebo dohodnutým způsobem.
- 6.6. Jestliže před výplatou plnění za následky závažného úrazu, nejdříve však po 1 roce od data úrazu, pojištěný zemře, vyplátí pojistitel jeho dědicům plnění za následky závažného úrazu, pokud rozsah trvalých následků stanovený k datu jednoho roku od data úrazu splňoval definici uvedenou v bodě 6.2.



- 6.7. Právo na plnění za následky závažného úrazu má pojištěný.

### Bod 7

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

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

7.1.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě, tabulek pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojištění platných k datu pojistné události (dále „oceňovací tabulky A“), tabulek přepočtového koeficientu a podle výše částky sjednaného denního plnění. Oceňovací tabulky jsou pojistníkovi předány při uzavření pojistné smlouvy.

7.1.2. Dojde-li k úrazu pojištěného a skutečná doba léčení tělesného poškození způsobeného úrazem je delší než jeden týden, vyplátí pojistitel plnění za každý den doby nezbytného léčení, a to do maximálního počtu dní, který odpovídá příslušnému tělesnému poškození stanovenému oceňovací tabulkou A.

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

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

7.1.4. Do doby nezbytného léčení 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.

7.1.5. 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.

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

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

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

7.2.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě, tabulek pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojištění platných k datu pojistné události (dále „oceňovací tabulky A“), tabulek přepočtového koeficientu a podle výše částky sjednaného denního plnění. Oceňovací tabulky jsou pojistníkovi předány při uzavření pojistné smlouvy.

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

7.2.3. Plnění vyplátí pojistitel načítaně v závislosti na počtu dní uvedených u položky oceňovací tabulky A násobené příslušným přepočtovým koeficientem takto:

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

7.2.4. Bylo-li pojištěnému způsobeno jediným úrazem několik tělesných poškození, vyplátí pojistitel plnění jen za dobu nezbytného léčení toho poškození, které je hodnoceno nejvyšším počtem dní v oceňovací tabulce A.

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

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

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

7.3.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě, tabulek pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojištění platných k datu pojistné události (dále „oceňovací tabulky A1“) a podle výše částky sjednaného denního plnění. Oceňovací tabulky jsou pojistníkovi předány při uzavření pojistné smlouvy.

7.3.2. Dojde-li k úrazu pojištěného a skutečná doba léčení tělesného poškození způsobeného úrazem je delší než 29 dní, vyplátí pojistitel plnění za každý

den doby nezbytného léčení, a to do maximálního počtu dní, který odpovídá příslušnému tělesnému poškození stanovenému oceňovací tabulkou A1.

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

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

7.3.4. Do doby nezbytného léčení úrazu se nezapočítává doba, ve které se pojištěný podroboval občasným zdravotním kontrolám, nebo rehabilitace, která byla zaměřena na zmírnění bolesti bez následné úpravy zdravotního stavu.

7.3.5. 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 A1 nejvyšším počtem dní.

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

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

### Bod 8

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

8.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za hospitalizaci následkem úrazu, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě a podle výše částky sjednaného denního plnění.

8.2. Dojde-li k úrazu, jehož následkem bylo z lékařského hlediska nezbytné poskytnutí lůžkové péče (dále jen „hospitalizace“), vyplátí pojistitel plnění v závislosti na délce hospitalizace.

8.3. Plnění za hospitalizaci následkem úrazu se poskytuje za hospitalizaci v nemocnici výhradně na území ČR.

8.4. Plnění za hospitalizaci následkem úrazu poskytuje pojistitel maximálně za dobu 365 dnů v průběhu dvou let od data pojistné události (úrazu).

8.5. Plnění se poskytuje za každý kalendářní den hospitalizace následkem úrazu, která je z lékařského hlediska nezbytná. Hospitalizace z lékařského hlediska nezbytná je taková, kdy vzhledem k závažnosti a charakteru úrazu musí být ošetření a léčení provedeno v nemocnici na lůžkové části. Za lékařsky nezbytnou hospitalizaci se nepovažuje lůžková péče v případě, je-li odůvodněna pouze nedostatkem domácí péče či jinými osobními poměry pojištěného.

8.6. Dojde-li v době hospitalizace v důsledku úrazu k dalšímu úrazu s nutností hospitalizace, pak v případě souběhu hospitalizace v důsledku více úrazů se započítává každý den souběhu pouze jednou.

8.7. Pojistitel poskytne plnění za hospitalizaci následkem úrazu na lůžkové části nemocnice, která je pod stálým lékařským dozorem, disponuje dostatečným diagnostickým, chirurgickým a terapeutickým zařízením, pracuje v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a její provozování je v souladu s příslušnými platnými právními předpisy.

8.8. Pobytu (hospitalizace) k ošetření zubů a zákroky v oblasti zubní a čelistní chirurgie v důsledku úrazu se považují za lékařsky nezbytné pouze tehdy, jestliže z lékařských důvodů není možná ambulantní péče.

8.9. Právo na plnění nevzniká za hospitalizaci v důsledku úrazu za dny, kdy se pojištěný ve zdravotnickém zařízení nezdržoval (přerušení hospitalizace), nebo jestliže ošetřování trvalo méně než 24 hodin. Den, kdy byl pojištěný přijat do ošetřování, a den, kdy byl z tohoto ošetřování propuštěn, se sčítají a považují se za jeden den hospitalizace.

8.10. Právo na plnění za hospitalizaci následkem úrazu nevzniká za léčebné pobyty:

- v lázeňských zařízeních a sanatoriích, zotavovných, dietetických zařízeních a zvláštních dětských zařízeních,
- v rehabilitačních zařízeních a centrech,
- při hospitalizaci z důvodů kosmetických úkonů provedených za účelem léčení následků úrazu, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné,
- v zařízeních pro dlouhodobé nemocné, pro ošetřované z důvodu stáří, sešlosti, neudrživosti nebo pro nedostatek domácí péče s potřebou pečovatelské a opatrovnické péče,
- v psychiatrických léčebnách a jiných zdravotnických zařízeních v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu,
- ve vojenských ošetrovnách a ve vězeňských nemocnicích,
- při používání diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznány.

8.11. K posouzení vzniku nároku na denní plnění za hospitalizaci následkem úrazu je pojištěný povinen předložit kopii propouštěcí zprávy z hospitalizace.

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

8.13. Právo na plnění za hospitalizaci následkem úrazu má pojištěný.

### Bod 9

#### Závažná poranění následkem úrazu

9.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za závažná poranění následkem úrazu, pak pojistitel určuje výplatu pojistného plnění podle zásad uvedených v tomto bodě a podle výše sjednané pojistné částky.

9.2. Utrpí-li pojištěný závažné poranění, které je ve zvolené variantě plnění definované v bodě 9.6., a předloží pojištěný lékařské zprávy obsahující diagnózu definovanou v bodě 9.6., vyplátí pojistitel pojištěnému sjednanou pojistnou částku.

9.3. Měl-li pojištěný sjednaný v době pojistné události (stanovení diagnózy závažného poranění následkem úrazu) obě varianty plnění, pak pojistitel vyplátí sjednané pojistné částky v součtu sjednaných variant.

9.4. Právo na plnění za závažná poranění následkem úrazu má pojištěný. Jestliže před výplatou plnění za závažná poranění následkem úrazu pojištěný zemře, vyplátí pojistitel jeho dědicům částku pojistného plnění.

9.5. Utrpí-li pojištěný zároveň více závažných poranění následkem úrazu splňujících definici uvedenou v bodě 9.6., pojistitel poskytne pojistné plnění pouze jednou za danou sjednanou variantu, bez ohledu na počet závažných poranění.

9.6. Definice variant plnění závažných poranění následkem úrazu:

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

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

## Bod 10

### Společná ustanovení k pojistnému plnění

- 10.1.** Bez ohledu na to, při jaké činnosti k úrazu došlo, pojistitel sníží pojistné plnění za trvalé následky úrazu, za trvalé následky úrazu v motorovém vozidle, za následky závažného úrazu, za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem, za hos-

pitalizaci následkem úrazu, za závažná poranění 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.

- 10.2.** Bez ohledu na to, při jaké činnosti k úrazu došlo, pojistitel nebude pojistné plnění zvyšovat, jestliže pojištěný již nevykonával povolání, pro které byl zařazen do rizikové skupiny 2, resp. 3, nebo nevykonával sport patřící mezi vysoce rizikové činnosti nebo nevykonával sport jako profesionální sportovec a platil vyšší pojistné, než měl platit. Přepřelacené pojistné se nevrací.
- 10.3.** Pojistitel není povinen z pojistné smlouvy plnit, jestliže pojištěný neodpověděl pravdivě a úplně na písemné dotazy pojistitele týkající se zdravotního stavu a dříve sjednaných pojištění a tím způsobil, že pojištění bylo sjednáno za jiných podmínek, než za nichž mělo být sjednáno.
- 10.4.** Pojistitel plní i za takový úraz, ke kterému dojde při raftingu v období od 1. 6. do 30. 9. běžného roku na řekách v ČR. Pojištěný, příp. oprávněná osoba jsou povinni předložit zprávu z prvotního ošetření včetně případné zprávy orgánu, který úraz šetřil (např. policie). Nebyly-li uvedené podmínky a povinnosti splněny, právo na pojistné plnění nevznikne.
- 10.5.** Pojištěný je povinen na žádost pojistitele prokázat, že dodržoval léčebný režim a řídil se pokyny lékaře (např. neúčastnil se sportovních soutěží, absolvoval rehabilitaci apod.).
- 10.6.** Pro rizikovou skupinu JUNIOR (J) se nepoužije bod 10.1. tohoto ustanovení, namísto něj platí ustanovení bodu 8.3. v článku 7 Úrazové pojištění pojištěného dítěte těchto DPP.

## Bod 11 Zánik pojištění

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

## Bod 12

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

- 12.1. Riziková skupina 1** zahrnuje pracovníky, kteří se zabývají duševní činností, řídicí a administrativní činností ve vnitřní a vnější správě, obchodě, pracovníky ve zdravotnictví a kultuře, kteří nevyvíjejí fyzickou činnost. Dále zahrnuje pracovníky, jejichž pracovní činnost má charakter výrobní či manuální a zároveň riziko úrazu je u nich srovnatelné s nevyrobní činností.
- 12.2. Riziková skupina 2** zahrnuje ostatní pracovníky s výrobní či manuální činností, popř. pracovníky vystavené při nevyrobní činnosti zvýšenému riziku (např. profesionální sportovce bez VŘČ).
- 12.3. Riziková skupina 3** zahrnuje pracovníky, kteří vykonávají pracovní činnosti s vysokým rizikem úrazu, např.: práce v hlubinných dolech; záchranné a havarijní práce báňské záchranné služby, příslušníků veřejné a závodní požární ochrany, členů horské záchranné služby; práce s výbušninami; práce pyrotechniků; práce pod vodou, při níž je nezbytné používat potápěčích dýchacích přístrojů (při záchranných pracích, při údržbě přehradních hrází, v kesonech).
- 12.4. Riziková skupina JUNIOR (J)** zahrnuje osoby se vstupním věkem 15 až 17 let, které plní povinnou školní docházku 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 po-

jistné plnění o procento uvedené v informacích před uzavřením pojištění. Pojištěný je povinen nahlásit pojistiteli skutečnost, že přestal být žákem (studentem, učněm) a jaké je jeho vykonávané povolání.

## 12.5. Vysoce riziková činnost (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, basebalu, basketbalu do úrovně krajského přeboru včetně, běhu do vrchu, běhu na lyžích, bowlingu, benchpressu, break dance, curlingu, florbalu do úrovně krajského přeboru včetně, fotbalu do úrovně krajského a pražského přeboru včetně, frisbee, golfu, hasičského sportu, házené do úrovně krajského přeboru včetně, historického šermu, intercrosso, jachtingu, jezdectví psích spřežení, kanoistiky, krasobruslení, kriketu, kulečnicku, kulturistiky, kuželek, lacrossu, lukostřelby, maratonského běhu, mažoretka, metané, minigolfu, moderní gymnastiky, nohejbalu do úrovně krajského přeboru včetně, orientačního běhu, paint ballu, páky – přetlačování rukou, petanque, plavání, powerboc-kingu (skákací boty), rekreačního potápění bez dýchacích přístrojů, ricochetu, rozteskávaček (cheerleading), rybářského sportu, rychlobruslení, skycrossu, softballu, sportovního lezení po umělých stěnách, sportovní střelby, squashu, strečinku, stolního tenisu, šachů, šipek, tenisu, turistiky, veslování, volejbalu do úrovně krajského přeboru včetně, závodů dračích lodí a závodního tance. 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 splnění je organizování tělovýchovné, soutěžní nebo závodní činnosti. Aktivním účastníkem organizovaných soutěží není osoba provozující sportovní činnost příležitostně, nepravidelně a rekreačně, bez registrace ve sportovním klubu.

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

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

## Bod 13 Extrémní sporty

- 13.1.** Je-li sjednáno připojištění extrémních sportů, vyplátí pojistitel plnění podle sjednaných druhů plnění i za takový úraz, k němuž dojde:
- při vysokohorské turistice (s výjimkou expedic do nadmořské výšky 6 000 m a výše nebo do Antarktidy, Arktidy a Grónska),
  - při výkonu horolezeckého sportu (s výjimkou horolezeckých expedic do nadmořské výšky 6 000 m a výše),
  - při potápění s nutností dýchacích přístrojů maximálně do hloubky 40 m (s výjimkou jeskynního potápění),
  - při provozování jiných extrémních, tzv. adrenalinových sportů, s výjimkou létání s bezmotorovými letadly, větroni s pomocným motorem a ultralehkými letadly, závěsného létání; při freestyle sportu (v jakémkoliv sportu); paraglidingu, při seskocích a letech s padákem z letadel i z výšin; při řízení motorového vozidla při automobilových nebo motocyklových soutěžích a při přípravě na ně, to platí i pro spolujezdcu v takovém vozidle; při řízení motorového vozidla, pro něž pojištěný neměl v době pojistné události řídičské oprávnění.
- 13.2.** Podmínkou výplaty pojistného plnění za činnosti uvedené v bodě 13.1. písm. a) a b) je, že pojištěný použil vybavení (výstroj a výzbroj) odpovídající náročnosti zdomáckovaného terénu. Podmínkou výplaty pojistného plnění za činnosti uvedené v bodě 13.1. písm. b), c) a d) je, že pojištěný provozoval tento sport nebo činnost s příslušným oprávněním k provozování takové činnosti (např. licence) nebo u provozovatele s příslušným oprávněním k provozování takové činnosti, tj. např. jako účastník soutěže organizované takovým provozovatelem.
- 13.3.** Pojištěný, příp. oprávněná osoba jsou povinni předložit k oznámení pojistné události zprávu z prvotního ošetření včetně případné zprávy orgánu, který úraz šetřil (např. horská služba, policie). Dále jsou pojištěný, příp. oprávněná osoba povinni předložit potvrzení, že pojištěný vlastnil příslušné oprávnění k provozování činnosti (např. licenci) nebo se jednalo o provozovatele s příslušným oprávněním k provozování činnosti. Nebyly-li uvedené podmínky a povinnosti splněny, právo na pojistné plnění nevznikne.

## Bod 14 Profesionální sportovci

- 14.1.** Profesionálním sportovcem se rozumí ten sportovec, jehož převážná část z jeho celkových příjmů v kalendářním roce plyne z provozování sportovní činnosti a zároveň provozování sportovní činnosti je časově významnou (převažující) aktivitou. 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.
- 14.2.** 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 těchto 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 zákoníku. 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 smrt následkem úrazu v motorovém vozidle, za trvalé následky úrazu, za trvalé následky úrazu v motorovém vozidle, za následky závažného úrazu, za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem, za hospitalizaci následkem úrazu, za závažná poranění následkem úrazu. Pojistitel neposkytne pojistné plnění za úraz pojištěného dítěte, k němuž dojde ve lhůtě 7 dní včetně od data sjednání pojištění, tato věta se nepoužije v případech plnění za smrt následkem úrazu a za smrt následkem úrazu v motorovém vozidle.

### Bod 2

#### Plnění za smrt následkem úrazu

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

## Bod 3

### Plnění za smrt následkem úrazu v motorovém vozidle

- 3.1.** Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za smrt následkem úrazu v motorovém vozidle, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě a podle výše sjednané pojistné částky.
- 3.2.** Byla-li v době trvání pojištění při provozu motorového vozidla (určeného pro přepravu osob) s maximálním počtem 7 sedadel způsobena pojištěnému dítěti smrt následkem úrazu, která nastala nejpozději do tří let ode dne úrazu, vyplatí pojistitel sjednanou pojistnou částku za smrt následkem úrazu v motorovém vozidle.
- 3.3.** Dojde-li ke smrti pojištěného dítěte následkem úrazu, právo na plnění má pojistník. Nenabyl-li pojistník tohoto práva, nabývají ho osoby určené podle ustanovení § 2831 zákoníku ve vztahu k pojištěnému dítěti.
- 3.4.** Pojistnou událostí ve smyslu VPP PO je smrt následkem úrazu pojištěného, která nastala během trvání pojištění při dále uvedené činnosti. Odchylně od VPP PO se pojištění vztahuje na pojistné události, které utrpí pojištěné dítě při provozu motorového vozidla.
- 3.5.** Pojištění se vztahuje na úrazy, které způsobily smrt pojištěného dítěte při dále uvedené činnosti:
- úrazy vzniklé při uvažování motoru do chodu bezprostředně před zahájením jízdy,
  - úrazy vzniklé při nastupování nebo vystupování z motorového vozidla,
  - úrazy dopravovaných osob (dopravovanou osobou se rozumí i řidič), k nimž dojde za jízdy motorového vozidla nebo při jeho havárii,
  - úrazy vzniklé při krátkodobých zastávkách motorového vozidla, pokud k úrazu dopravované osoby dojde v motorovém vozidle nebo jeho blízkosti na silniční komunikaci,
  - úrazy dopravovaných osob při odstraňování běžných poruch motorového vozidla, vzniklých během jízdy.
- 3.6. Pojištění se nevztahuje na:**
- úrazy osob dopravovaných na místech motorového vozidla, která nejsou určena k dopravě osob (blatníky, kapota apod.),
  - úrazy při účasti motorového vozidla na rychlostních závodech a na závodech s rychlostní vložkou (včetně tréninku),
  - úrazy při provádění typových zkoušek rychlosti, brzd, zvratu a stability motorového vozidla, dojezdů z největší rychlosti, zajíždění 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 B“) a podle výše sjednané pojistné částky. Oceňovací tabulky jsou pojistníkovi předány při uzavření pojistné smlouvy.

- 4.2.** 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.
- 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 na požádání zákonného zástupce pojištěného dítěte, resp. pojištěného dítěte, 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 dítěti 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 pojištěné dítě.
- 4.8.** Jestliže před výplatou plnění za trvalé následky úrazu pojištěné dítě zemře, vyplatí 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 zákoníku ve vztahu k pojištěnému dítěti.
- 4.9.** Je-li v pojistné smlouvě sjednáno příslušné procento hodnocení trvalých následků úrazu, od kterého je pojistné plnění poskytováno, pojistitel vyplatí pojistné plnění pouze tehdy, pokud celkové hodnocení trvalých následků (po případném snížení podle bodu 4.4.) dosáhne alespoň výše tohoto sjednaného procenta. Výše sjednaného procenta se vztahuje na každou pojistnou událost samostatně.
- 4.10.** Je-li sjednáno progresivní plnění za trvalé následky úrazu, pojistitel vyplatí plnění za trvalé následky úrazu v závislosti na jejich rozsahu (po případném snížení podle bodu 4.4.) stanoveném v procentech podle oceňovací tabulky B takto:

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

## Bod 5

### Plnění za trvalé následky úrazu v motorovém vozidle

- Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za trvalé následky úrazu v motorovém vozidle, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě, tabulek pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojištění platných k datu pojistné události (dále „oceňovací tabulky B“) a podle výše sjednané pojistné částky. Oceňovací tabulky jsou pojistníkovi předány při uzavření pojistné smlouvy.
- Pro plnění za trvalé následky úrazu v motorovém vozidle se použijí ustanovení bodu 4. tohoto článku, konkrétně bod 4.2. až 4.10., s tím, že úrazem se rozumí úraz pojištěného dítěte v motorovém vozidle definovaný v bodě 3. tohoto článku, konkrétně bod 3.3., 3.4., 3.5. a 3.6., kdy pojistnou událostí jsou trvalé následky pojištěného dítěte, nikoliv smrt pojištěného dítěte.
- Právo na plnění za trvalé následky úrazu v motorovém vozidle má pojištěné dítě.

## Bod 6

### Plnění za následky závažného úrazu

- Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za následky závažného úrazu, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě, tabulek pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojištění platných k datu pojistné události (dále „oceňovací tabulky B“) a podle výše sjednané pojistné částky. Oceňovací tabulky jsou pojistníkovi předány při uzavření pojistné smlouvy.
- Zanechá-li úraz pojištěnému dítěti trvalé následky podle oceňovací tabulky B ve výši nejméně 50 % (po případném snížení podle bodu 6.3.), a to v součtu jednotlivých trvalých následků, pojistitel 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 pojištění závažných následků úrazu tohoto pojištěného dítěte zaniká.
- Týká-li se trvalé následky úrazu části těla nebo orgánu, které byly poškozeny již před úrazem, sníží pojistitel pojistné plnění za trvalé následky o tolik procent, kolika procentům odpovídalo předcházející poškození, posouzené též podle oceňovací tabulky B.
- Týká-li se jednotlivé následky po jednom nebo více úrazech téhož údu, orgánu nebo jejich částí, hodnotí je pojistitel jako celek, a to nejvýše procentem stanoveným v oceňovací tabulce B pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného údu, orgánu nebo jejich částí.
- Právo na pojistné plnění za následky závažného úrazu může uplatnit zákonný zástupce pojištěného dítěte, resp. pojištěné dítě, nejdříve za jeden rok od data úrazu na příslušném formuláři pojistitele nebo dohodnutým způsobem.
- Jestliže před výplatou plnění za následky závažného úrazu, nejdříve však po 1 roce od data úrazu, pojištěné dítě zemře, vyplatí pojistitel pojistníkovi plnění za následky závažného úrazu, pokud rozsah trvalých následků stanovený k datu jednoho roku od data úrazu splňoval definici uvedenou v bodě 6.2.
- Právo na plnění za následky závažného úrazu má pojištěné dítě.

## Bod 7

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

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

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

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

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

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

- Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě, tabulek pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojištění platných k datu pojistné události (dále „oceňovací tabulky A“), tabulek přepočtového koeficientu a podle výše částky sjednaného denního plnění. Oceňovací tabulky jsou pojistníkovi předány při uzavření pojistné smlouvy.
- Dojde-li k úrazu pojištěného dítěte a skutečná doba léčení tělesného poškození způsobeného úrazem je delší než jeden týden, vyplatí pojistitel plnění za maximální počet dní, který odpovídá příslušnému tělesnému poškození stanovenému oceňovací tabulkou A, bez ohledu na skutečnou dobu léčení.
- Plnění vyplatí pojistitel načítaně v závislosti na délce doby nezbytného léčení úrazu 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
- Bylo-li pojištěnému dítěti způsobeno jediným úrazem několik tělesných poškození, vyplatí pojistitel plnění jen za dobu nezbytného léčení toho poškození, které je hodnoceno nejvyšším počtem dní v oceňovací tabulce A.
- Pojistitel poskytuje plnění za dobu nezbytného léčení úrazu nejvýše za dobu jednoho roku. Předchozí věta platí pro diagnózy, u kterých je v oceňovacích tabulkách stanoven maximální počet dní do 365.
- Právo na plnění za dobu nezbytného léčení úrazu má pojištěné dítě.

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

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

Délka nezbytného léčení	Přepočtový koeficient
od 1. dne do 120. dne (včetně)	1
od 121. dne do 240. dne (včetně)	2
od 241. dne do 365. dne (včetně)	3
- Do doby nezbytného léčení úrazu se nezapočítává doba, ve které se pojištěné dítě podrobvalo občasným zdravotním kontrolám, nebo rehabilitace, která byla zaměřena na zmírnění bolesti bez následné úpravy zdravotního stavu.
- Bylo-li pojištěnému dítěti způsobeno jediným úrazem několik tělesných poškození, vyplatí pojistitel plnění jen za dobu nezbytného léčení toho poškození, které je hodnoceno v oceňovací tabulce A1 nejvyšším počtem dní.
- Pojistitel poskytuje plnění za dobu nezbytného léčení úrazu nejvýše za dobu jednoho roku. Předchozí věta platí pro diagnózy, u kterých je v oceňovacích tabulkách stanoven maximální počet dní do 365.
- Právo na plnění za dobu nezbytného léčení úrazu má pojištěné dítě.

## Bod 8

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

- 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.
- Dojde-li k úrazu pojištěného dítěte, jehož následkem bylo z lékařského hlediska nezbytné poskytnutí lůžkové péče (dále jen „hospitalizace“), vyplatí pojistitel pojistné plnění v závislosti na délce hospitalizace.
- Plnění za hospitalizaci následkem úrazu se poskytuje za hospitalizaci v nemocnici výhradně na území ČR.
- Plnění za hospitalizaci následkem úrazu poskytuje pojistitel maximálně za dobu 365 dnů v průběhu dvou let od data pojistné události (úrazu).
- Plnění se poskytuje za každý kalendářní den hospitalizace následkem úrazu, která je z lékařského hlediska nezbytná. Hospitalizace z lékařského hlediska nezbytná je taková, kdy vzhledem k závažnosti a charakteru úrazu musí být ošetření a léčení provedeno v nemocnici na lůžkové části. Za lékařsky nezbytnou hospitalizaci se nepovažuje lůžková péče v případě, je-li odůvodněna pouze nedostatkem domácí péče či jinými osobními poměry pojištěného dítěte.
- 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.
- 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.
- Pobyty (hospitalizace) k ošetření zubů a zákroky v oblasti zubní a čelistní chirurgie v důsledku úrazu se považují za lékařsky nezbytné pouze tehdy, jestliže z lékařských důvodů není možná ambulantní péče.
- Právo na plnění nevzniká za hospitalizaci v důsledku úrazu za dny, kdy se pojištěné dítě ve zdravotnickém zařízení nezdržovalo (přerušeni 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.
- Právo na plnění za hospitalizaci následkem úrazu nevzniká za léčebné pobyty:
  - v lázeňských zařízeních, sanatoriích, zotavovných, dietetických zařízeních a zvláštních dětských zařízeních,
  - v rehabilitačních zařízeních a centrech,
  - při hospitalizaci z důvodů kosmetických úkonů provedených za účelem léčení následků úrazu, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné,
  - v zařízeních pro dlouhodobě nemocné, pro ošetřované z důvodu nedůživosti nebo pro nedostatek domácí péče s potřebou pečovatelské a opatrovnické péče,
  - v psychiatrických léčebnách a jiných zdravotnických zařízeních v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu,
  - ve vojenských ošetřovněch a ve vězeňských nemocnicích,
  - při používání diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznány.
- K posouzení vzniku nároku na denní plnění za hospitalizaci následkem úrazu je zákonný zástupce pojištěného dítěte, resp. pojištěné dítě, povinen předložit kopii propouštěcí zprávy z hospitalizace.
- V případě dlouhodobé hospitalizace poskytne pojistitel na požádání zákonného zástupce pojištěného dítěte, resp. pojištěného dítěte, a po předložení příslušných dokladů přiměřenou zálohu na plnění, nejdříve však po uplynutí 1 měsíce od data úrazu.
- Právo na plnění za hospitalizaci následkem úrazu má pojištěné dítě.

## Bod 9

### Závažná poranění následkem úrazu

- Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za závažná poranění následkem úrazu, pak pojistitel určuje výplatu pojistného plnění podle zásad uvedených v tomto bodě a podle výše sjednané pojistné částky.
- Utrpí-li pojištěné dítě závažné poranění, které je ve zvolené variantě plnění definované v bodě 9.6., a předloží pojistiteli lékařské zprávy obsahující diagnózu definovanou v bodě 9.6., vyplatí pojistitel pojištěnému dítěti sjednanou pojistnou částku.
- Mělo-li pojištěné dítě sjednáno v době pojistné události (stanovení diagnózy závažného poranění následkem úrazu) obě varianty plnění, pak pojistitel vyplatí sjednané pojistné částky v součtu sjednaných variant.
- Právo na plnění za závažná poranění následkem úrazu má pojištěné dítě. Jestliže před výplatou plnění za závažná poranění následkem úrazu pojištěné dítě zemře, vyplatí pojistitel jeho pojistníkovi částku pojistného plnění.

9.5. Utrpí-li pojištěné dítě zároveň více závažných poranění následkem úrazu splňujících definici uvedenou v bodě 9.6., pojistitel poskytne pojistné plnění pouze jednou za danou sjednanou variantu, bez ohledu na počet závažných poranění.

9.6. Definice variant plnění závažných poranění následkem úrazu:

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

Diagnóza skupiny – rozšířená	
Skupina diagnóz	Zahrnuté diagnózy
Rozšířená varianta zahrnuje všechny diagnózy skupiny základní.	
Zlomeniny	Zlomenina zubu čepovce (dens epistrophei)
	Oboustranná zlomenina kostí stydkých nebo jednostranná s rozstupem spony stydké
	Zlomenina kosti stydké a kyčelní
	Zlomenina kosti stydké s lucací křížžokýčelní
	Zlomenina těla kosti pažní otevřená nebo operovaná
Zlomenina horního konce kosti loketní – Monteggia luxační zlomenina léčená konzervativně nebo operací	

Zlomeniny	Zlomenina obou kostí předloktí otevřená nebo operovaná
	Zlomenina horního konce kosti stehenní – krčku léčená operací
	Zlomenina horního konce kosti stehenní – per-trochanterická léčená konzervativně, otevřená nebo operovaná
	Zlomenina horního konce kosti stehenní – subtrochanterická léčená konzervativně
	Traumatická epifyseolyza hlavice kosti stehenní bez posunu, s posunem (úrazem způsobené porušení kontinuity kosti)
	Zlomenina těla kosti stehenní léčená konzervativně
	Zlomenina dolního konce kosti stehenní nad kondyly (rozšířený konec kosti) léčená konzervativně
	Zlomenina kosti stehenní – kondyly (rozšířený konec kosti) léčená konzervativně
	Zlomenina kosti holenní – mezihrbolové vyvýšeniny léčená operací
	Zlomenina kosti holenní – jednoho kondyly (rozšířený konec kosti) léčená operací nebo obou kondylů léčená konzervativně nebo operací
	Zlomenina kosti holenní nebo obou kostí bérce léčená konzervativně
	Tříštivá (víceúloková) zlomenina distální epifysy (část dlouhé kosti, na obou koncích) kosti holenní
	Zlomenina zevního kotníku – Weber B léčená operací nebo Weber C
	Zlomenina zevního kotníku se sublucací kosti hlezenné léčená operací
	Zlomenina vnitřního kotníku se sublucací kosti hlezenné léčená operací
Poranění oka	Zlomenina bimalleolární – obou kotníků otevřená nebo operovaná nebo se sublucací kosti hlezenné léčená operací
	Zlomenina trimalleolární – obou kotníků a hrany kosti holenní otevřená nebo operovaná
	Zlomenina kosti patní s porušením statiky (Böhlerova úhlu) nebo léčená operací
	Zlomenina kosti hlezenné otevřená nebo operovaná
	Poleptání (popálení) rohovkového parenchymu (vlastní funkční tkáň orgánů)
	Postižení sítnice vzniklé jako následek přímého úderu do oka
	Vymknutí atlantookcipitální (tj. mezi 1. a 2. krčním obratlem) bez poškození míchy nebo jejích kořenů
Poranění páteře a pánve	Vymknutí krční, hrudní, bederní páteře bez poškození míchy nebo jejích kořenů
	Subluxace krční páteře (posun obratlů prokázaný odborným vyšetřením)
Poranění nervové soustavy	Úrazové poškození meziobratlové ploténky při současném zlomenině těla přilehlého obratle
	Vymknutí křížžokýčelní
Popálení, poleptání nebo omrzliny	Poranění periferního nervu s přerušением vodičých vláken
	Popálení, poleptání nebo omrzliny (s výjimkou účinků slunečního záření na kůži) druhého stupně v rozsahu 41–50 % povrchu těla
Subluxace	neúplné vymknutí (vykloubení)
	Luxace

### Bod 10 Společná ustanovení

10.1. Úrazové pojištění dítěte končí nejpozději den před výročním dnem pojištění v roce dovršení 26 let věku dítěte, výše běžného pojistného se nemění a část pojistného za úrazové pojištění dítěte bude uhrazována jako pojistné za pojištění pro případ smrti nebo dožití 1. pojištěného.

10.2. Jestliže pojistník neodpověděl pravdivě a úplně na písemné dotazy pojistitele týkající se zdravotního stavu pojištěného dítěte, a tím způsobil, že pojistitel vyplatil plnění, které by při pravdivé odpovědi vyplaceno nebylo, je povinen uhradit pojistiteli částku ve výši tohoto plnění.

10.3. V případě, že dojde k úrazu pojištěného dítěte ve věku od 15 let do 26 let, je toto dítě, příp. jeho zákonný zástupce, povinnou prokázat, že plní povinnou školní docházku v základní nebo střední škole jako žák dle školského zákona či jiné obdobné právní úpravy nebo je studentem v bakalářském nebo magisterském studijním programu na vysoké škole formou prezenčního studia dle zákona o vysokých školách či jiné obdobné právní úpravy. Skutečnost podle předchozí věty se dokládá potvrzením o studiu nebo jiným dokladem, který prokazuje, že pojištěné dítě bylo k datu pojistné události žákem (učněm, studentem). Pokud pojištěné dítě tento doklad nepředloží, má se za to, že studium ukončilo a pojistitel sníží pojistné plnění o procento uvedené v informacích před uzavřením pojistné smlouvy. Pojištěné dítě je povinnou nahlásit pojistiteli skutečnost, že přestalo být žákem (studentem, učněm). V takovém případě zanikne úrazové pojištění dítěte k datu oznámení této skutečnosti pojistiteli.

10.4. Pojistitel neplní za trvalé následky úrazu, za trvalé následky úrazu v motorovém vozidle, za následky závažného úrazu, za dobu nezbytného léčení úrazu, za hospitalizaci následkem úrazu, za závažná poranění následkem úrazu, pokud pojištěné dítě utrpí úraz v době následující po výročním dni počátku pojištění po dovršení 15 let věku při tréninku nebo výkonu sportu zařazeného do skupiny vysoce rizikových činností (VRC). Do skupiny vysoce rizikových činností patří všechny druhy sportů, které pojištěné dítě provozuje jako aktivní účastník organizovaných soutěží s výjimkou aerobiku, agility, akrobatického rock'n'rollu, atletiky, badmintonu, baseballu, basketbalu do úrovně krajského přeboru včetně, běhu do vrchu, běhu na lyžích, bowlingu, benchpressu, break dance, curlingu, florbalu do úrovně krajského přeboru včetně, footbagu, fotbalu do úrovně krajského a pražského přeboru včetně, frisbee, golfu, hasičského sportu, házené do úrovně krajského přeboru včetně, historického šermu, intercrosso, jachtingu, jezdeckých psích spežení, kanoistiky, krasobruslení, kriketu, kulečnicku, kulturistiky, kuželek, lacrossu, lukostřelby, maratonského běhu, mažoretok, metané, minigolfu, moderní gymnastiky, nohejbalu do úrovně krajského přeboru včetně, orientačního běhu, paint ballu, páky – přetlačování rukou, petanque, plavání, powerbocking (skákáci boty), rekreačního potápění bez dýchacích přístrojů, ricochetu, rozteskávaček (cheerleading), rybářského sportu, rychlobruslení, skycrossu, softballu, sportovního lezení po umělých stěnách, sportovní střelby, squashe, strečinku, stolního tenisu, šachů, šipek, tenisu, turistiky, veslování, volejbalu do úrovně krajského přeboru včetně, závodů dračích lodí a závodního tance. Do této skupiny sportů (VRC) se nezahrnují činnosti vyložené z úrazového pojištění dle VPP PO. Aktivním účastníkem organizovaných soutěží se pro účely úrazového pojištění rozumí osoba provozující sport pravidelně jako aktivní organizací, jejichž náplní je organizování tělovýchovné, soutěžní nebo závodní činnosti. Aktivním účastníkem organizovaných soutěží není osoba provozující sportovní činnost příležitostně, nepravidelně a rekreačně, bez registrace ve sportovním klubu.

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

### Bod 11 Zánik pojištění

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

### POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD NEMOCI

### ČLÁNEK 8 POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD NEMOCI

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

### Zánik pojištění

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