Kooperativa
VIENNA INSURANCE GROUP

Pro život, jaký je

Speciální pojistné podmínky pro FLEXI rizikové životní pojištění

Ze dne 1. července 2020

Pojištění se řídí pojistnou smlouvou (dále jen „smlouva“) a příslušnými právními předpisy, zejména občanským zákoníkem (dále jen „zákon“). Pokud se ve smlouvě dohodneme jinak, má toto naše ujednání přednost před ustanoveními těchto speciálních pojistných podmínek (dále jen „SPP“).

Obsah:

ČLÁNEK 1 Základní pojmy 2
ČLÁNEK 2 Náklady, poplatky a cena pojištění 3
ČLÁNEK 3 Slevy 3
A. Sleva za komplexní rozsah pojištění 3
B. Sleva za zdravý životní styl 3
C. Sleva za pojištění úvěru 3
D. Slevy za věrnost 3
ČLÁNEK 4 Změny ve smlouvě 3
ČLÁNEK 5 Dopravní nehoda 3
ČLÁNEK 6 Základní pojištění smrti 4
ČLÁNEK 7 Doplňková a úrazová složka pojištění 5
A. Doplňkové pojištění smrti 5
B. Pojištění vážných nemocí a úrazů 6
C. Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče 13
D. Pojištění úvěru 14
E. Pojištění zproštění od placení pojistného z důvodu invalidity nebo dlouhodobé péče 16
F. Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s výplatou doživotní renty 17
G. Pojištění trvalých následků nemoci 18
H. Pojištění smrti následkem úrazu 22
I. Pojištění trvalých následků úrazu 22
J. Pojištění denního odškodného – úraz 23
K. Pojištění hospitalizace 24
L. Pojištění pracovní neschopnosti – nemoc 26
M. Pojištění ošetřování – úraz nebo nemoc 29
N. Zdravotní a sociální infolinka MAJÁK 30
ČLÁNEK 8 Dětská pojištění 31
ČLÁNEK 9 Rizikové skupiny 38

ČLÁNEK 1
Základní pojmy

Pro účely sjednávaného pojištění platí tento výklad vybraných obecných pojmů (abecedně řazený):

a) Dopravní nehoda	▸ událost v provozu na pozemních komunikacích a dále také nehoda při veřejné hromadné dopravě na železnici, vodních tocích a v letadlech
b) Individuální konec pojištění	▸ pro vybraná pojištění můžete sjednat pojistnou dobu kratší, než je stanovený konec trvání smlouvy nebo stanovený konec pojištění
c) Klesající pojistná částka	▸ pro vybraná pojištění se pojistná částka během trvání pojištění od jeho počátku, dodatečného sjednání nebo změny snižuje v závislosti na dohodnuté pojistné době vždy k výročnímu dni, a to dvěma způsoby klesání: – lineárně, kdy se pojistná částka každý rok snižuje o 1/n pojistné částky, přičemž „n" je pojistná doba daného pojištění v letech – anuitně, kdy se pojistná částka snižuje dle splácení úvěru podle úrokové míry sjednané ve smlouvě (možné procentuální rozmezí této úrokové míry uvádíme v platném Přehledu poplatků a parametrů produktu, dále také „PPPP")
d) Minimální rozsah pojištění	▸ rozsah pojištění, který musí být ve smlouvě minimálně sjednán. Minimální rozsah pojištění je uvedený v aktuálním PPPP
e) Nemocnice	▸ nemocnicí rozumíme státní, popř. soukromé zařízení s platnou registrací zabývající se péčí a ošetřováním nemocných a zraněných osob, disponující dostatečnými diagnostickými, chirurgickými a terapeutickými zařízeními, nepřetržitou ošetřovatelskou službou a pracující dle všeobecně uznávaných poznatků vědy
f) Novotvar in situ	▸ karcinom nebo melanom, ohraničený zhoubný nádor, lokalizovaný v místě svého vzniku, který se dá z těla odstranit chirurgickou cestou, např. ve sliznici daného orgánu nebo na kůži, bez přesahu do dalších vrstev (tzv. neinvazivní nádor)
g) Pojistná smlouva produktu FLEXI rizikové životní pojištění	▸ smlouva s volitelným rozsahem pojištění, kterou s vámi uzavíráme nejdříve ve věku od dovršených 18 let a nejpozději v roce, ve kterém se dožijete věku 75 let; minimální pojistnou dobu jsme stanovili na 3 roky ▸ Smlouvu můžete uzavřít pro max. dvě dospělé osoby se vstupním věkem od dovršených 18 let do 75 let (včetně), maximálně do roku, ve kterém se pojištěný (mladší z dvojice) dožije 85 let. ▸ Do smlouvy můžete sjednat pojištění až pěti dětí se vstupním věkem od 0 let do nedovršených 18 let, pro které pojištění končí poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se dítě dožije 25 let. Pojištění můžete prodloužit do posledního dne měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěné dítě dožije 30 let, a to za podmínek stanovených ve smlouvě.
h) Pojistně-technické období	▸ časové období, ve kterém platí parametry smlouvy;
i) Pojistný rok	▸ doba dvanácti měsíců začínající v den počátku pojištění nebo ve výroční den počátku pojištění
j) Polytrauma	▸ velmi závažná zranění, která mají velký rozsah a při kterých je vždy poškozeno více orgánových soustav současně
k) Pracovní neschopnost	▸ situace, kdy pojištěný nemůže dle lékařského rozhodnutí žádným způsobem, a to ani přechodně, vykonávat a ani nevykonává své obvyklé povolání nebo jakoukoliv jinou samostatně výdělečnou, popř. řídící nebo kontrolní činnost; na základě tohoto lékařského rozhodnutí pak byl pojištěnému v souladu s platnými právními předpisy vystaven doklad o pracovní neschopnosti
l) Předběžné krytí	▸ pojištění, které je sjednané na pojistnou dobu od 00:00 hodin následujícího dne od podpisu nabídky do 24:00 hodin dne předcházejícího dni uvedenému ve smlouvě jako počátek pojištění, nejvýše však na dobu 29 dnů
m) Renta	▸ částka vyplácená v dohodnutých obdobích pojištěnému podle námi stanovených podmínek
n) Terminální stadium	▸ vážný zdravotní stav způsobený onemocněním, který vede s vysokou pravděpodobností k úmrtí pojištěného do 12 měsíců od data potvrzení prognózy; prognóza terminálního stadia musí být potvrzena příslušným odborným lékařem (tj. onkologem, kardiologem apod.)
o) Tělesné poškození	▸ poškození části těla, orgánu nebo údu v důsledku úrazu bez ohledu na to, zda toto poškození zanechá či nezanechá trvalé následky
p) Úraz	▸ neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly pojištěného nezávisle na jeho vůli, ke kterému došlo během trvání pojištění a kterým byla pojištěnému způsobena smrt nebo tělesné poškození, pokud tělesné poškození bylo potvrzeno přítomností objektivních příznaků zjištěných při prvním lékařském vyšetření

ČLÁNEK 2
Náklady, poplatky a cena pojištění

1. Jako pojišťovna **máme právo stanovit výši nákladů, poplatků, slev a ceny pojišt ění dle smlouvy a platného PPPP**, který jste obdržel a který je nedílnou součástí smlouvy, a dále je dostupný na našich webových stránkách a na všech našich obchodních místech.
2. **PPPP jsme oprávněni jednostranně měnit.** Tuto změnu vám písemně oznámíme a aktuální PPPP zveřejníme na našich webových stránkách. **Pokud s touto změnou nesouhlasíte, můžete pojištění vypovědět**, a to nejpozději do 1 měsíce od obdržení našeho oznámení o této změně. Příslušné pojištění v tomto případě zanikne posledním dnem pojistného období před provedením změny.

ČLÁNEK 3
Slevy

A. Sleva za komplexní rozsah pojištění
- Slevu za komplexní rozsah pojištění (dále jen „sleva") můžeme přiznat, **pokud součet pojistných částek u vybraných pojištění na smlouvě dosáhne částky v námi stanovené celkové minimální výši**.
- Slevu uplatníme na rizikové pojistné námi stanovených jednotlivých pojištění sjednávaných pro dospělé pojištěné osoby. Sleva je pro všechna tato pojištění ve stejné výši. Konkrétní výše slevy dle součtu pojistných částek námi stanovených pojištění a uplatnění slevy na pojištění jsou uvedeny v PPPP. Uvedené parametry můžeme v průběhu trvání pojištění měnit.

B. Sleva za zdravý životní styl
- Slevu za zdravý životní styl můžeme přiznat, pokud máte na smlouvě nárok na slevu za komplexní rozsah pojištění, vyplníte Dotazník pro slevu za zdravý životní styl a zároveň splníte námi stanovená kritéria pro získaní slevy.
- Slevu za zdravý životní styl uplatníme na rizikové pojistné námi stanovených jednotlivých pojištěni sjednávaných pro dospělé pojištěné osoby. Sleva je pro všechna tato pojištění ve stejné výši.
- Konkretní výčet jednotlivých pojištění, na která se sleva vztahuje, je uveden v PPPP. Uvedené parametry můžeme v průběhu trvání pojištění měnit.

C. Sleva za pojištění úvěru
- Slevu uplatníme na rizikové pojistné námi stanovených jednotlivých pojištění sjednávaných v rámci pojištění úvěru.
- Konkrétní výše slevy a uplatnění slevy jsou uvedeny v PPPP. Uvedené parametry můžeme v průběhu trvání pojištění měnit.

D. Slevy za věrnost
- **Sleva za věrnost od 8. roku trvání smlouvy** – jestliže smlouva trvá 8 a více let, můžeme od 8. roku trvání smlouvy přiznat slevu z pojistného. Přiznání a výše slevy závisí zejména na věku pojištěného, rozsahu pojištění a délce pojistné doby.
- **Sleva za věrnost od 5. roku před koncem smlouvy** – jestliže smlouva trvá 18 a více let, můžeme od 5. roku před koncem smlouvy přiznat slevu z pojistného. Přiznání a výše slevy závisí zejména na věku pojištěného, rozsahu pojištění a délce pojistné doby. Přiznání slevy od 5. roku před koncem smlouvy není vázáno na přiznání slevy od 8. roku trvání smlouvy. Informace o přiznání slevy a výši pojistného po slevě uvádíme v nabídce, pojistce a dodatcích ke smlouvě.

ČLÁNEK 4
Změny ve smlouvě

- **A. Můžete nás požádat o:**
  a) **změnu v technice a frekvenci** placení pojistného
  b) **zvýšení, popř. snížení pojistné částky**; při zvýšení pojistné částky máme právo provést dodatečné zdravotní či finanční posouzení pojištěného
  c) o dodatečné sjednání jednotlivého pojištění, popř. vyloučení doplňkové a úrazové složky pojištění nebo doplnění, popř. vyřazení dospělé pojištěné osoby nebo dítěte
  d) změnu doby trvání pojištění
  e) **doplnění nebo zrušení individuálního konce, klesající pojistné částky** (lineárně nebo anuitně) a změnu výše úroku dle úvěru u anuitně klesající pojistné částky

- **B. Máme právo:**
  a) **v souvislosti s výše uvedenými změnami změnit pojistné** na úroveň danou platnými pojistně-technickými pravidly
  b) **v případě, že je pojistná částka pro základní pojištění smrti nižší než 100 000 Kč a požádáte o ukončení všech ostatních pojištění, zvýšit základní pojistnou částku na 100 000 Kč, aby byl dodržen minimální rozsah pojištění na smlouvě**
  c) v případě, že statisticky významné změny v oceňování pojištěného rizika způsobí nedostatečnost sjednaného pojistného, upravit nově výši pojistného na další pojistné období

- **C. Ostatní ustanovení**
  a) **Jste povinen seznámit pojištěného** (event. zákonného zástupce pojištěného dítěte) **s obsahem smlouvy**.
  b) Všechny **změny** provedené na základě vaší písemné žádosti **vstupují v platnost dnem uvedeným na dodatku**; změny v rozsahu pojištění jsou zpravidla účinné od 1. dne měsíce následujícího po doručení žádosti k nám, pokud jsme se nedohodli jinak.

ČLÁNEK 5
Dopravní nehoda

- Pojistnou událostí je pouze takový úraz, po kterém je pojištěný ošetřen zdravotnickou záchrannou službou na místě dopravní nehody nebo nejpozději do 24 hodin po nehodě ve zdravotnickém zařízení. Dopravní nehoda musí být šetřena na místě nehody policií nebo jiným příslušným státním orgánem, který je pověřen šetřením těchto nehod. O výsledku šetření provedeného neprodleně na místě dopravní nehody ve smyslu příslušného zákona musí být vyhotoven záznam.

- Dopravní nehodou ve smyslu těchto SPP rozumíme:
  a) **Nehodu na pozemní komunikaci** – událost v provozu na pozemních komunikacích, například havárie nebo srážka, která se stala nebo byla započata na pozemní komunikaci a při níž dojde k usmrcení nebo zranění osoby v příčinné souvislosti s provozem vozidla v pohybu.
  b) **Drážní nehodu** – především železniční a tramvajové nehody, případně nehody na jiných kolejových drahách (pozemní lanová dráha, metro) v příčinné souvislosti s provozováním drážní dopravy, s následkem smrti či újmy na zdraví. Do stejného právního režimu spadají i visuté lanové dráhy a také trolejbusová doprava.
  c) **Nehodu ve vodní dopravě** – událost, k níž došlo buď v provozu na vodní cestě, umělém či přírodním jezeře, moři, oceánu, nebo na umělých plavebních kanálech a průplavech, a to na vodní hladině nebo pod hladinou, nebo v příčinné souvislosti s provozem. Následkem nehody je újma na zdraví nebo smrt účastníků provozu.
  d) **Nehodu v letecké dopravě** – událost spojená s provozem letadla, která se stala mezi dobou, kdy kterákoliv osoba nastoupila do letadla s úmyslem vykonat let, a dobou, kdy všechny takové osoby letadlo opustily, a při které došlo ke smrti či újmě na zdraví kterékoliv osoby následkem přítomnosti v letadle nebo přímého kontaktu s kteroukoliv částí letadla, včetně částí, které se od letadla oddělily, dále přímým působením proudu plynů (vytvořených letadlem). Toto platí také v případech, kdy je letadlo nezvěstné a cestující byli

prohlášeni za mrtvé, oprávněné osoby pak mohou nahlásit pojistnou událost za nehodu v letecké dopravě.

- **Výluky z pojistného plnění** – do pojištění dopravní nehody nezahrnujeme úrazy:
  - osob nacházejících se mimo prostory normálně používané pro cestující a posádku, osob dopravovaných na částech motorového vozidla, které nejsou určeny k dopravě osob (blatníky, kapota apod.) a osob dopravovaných ve vozidlech (s výjimkou řidiče), která neslouží k dopravě osob (např. silniční válce, buldozery apod.) nebo v nákladních automobilech v prostoru pro náklad, pokud není pro dopravu osob určen,
  - nastalé při účasti motorového vozidla na rychlostních závodech (včetně tréninků), obdobně pak v případě účasti lodí nebo letadel na rychlostních nebo vytrvalostních závodech (včetně tréninků na ně),
  - nastalé při provádění typových zkoušek všech druhů dopravních prostředků (při provádění typových zkoušek rychlosti, brzd, zvratu a stability motorového vozidla, dojezdu s největší rychlostí, zajíždění motorových vozidel apod.),
  - které si pojištěný způsobil sám nebo které mu byly způsobeny druhou osobou a které nejsou v příčinné souvislosti s dopravní nehodou.

  Dále do pojištění dopravní nehody nezahrnujeme onemocnění, a to ani v případě, že propuklo v přímé souvislosti s dopravní nehodou.

ČLÁNEK 6
Základní pojištění smrti

Popis pojištění	▸ Pro toto pojištění můžete sjednat individuální konec, pokud budou sjednána i jiná pojištění, která budou platná k datu dosažení tohoto individuálního konce. K výročnímu dni po dovršení daného věku pojistnou částku základního pojištění smrti automaticky snížíme na 10 000 Kč (v případě pojištění dvojice dojde ke snížení pojistné částky k poslednímu dni měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se stanoveného věku dožije mladší ze dvojice pojištěných). Tato částka bude platit do konce trvání smlouvy, pokud se nedohodneme vystavením dodatku ke smlouvě jinak.
Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplaty	▸ Pojistnou událostí je smrt pojištěného. ▸ V případě smrti pojištěného vyplatíme obmyšlenému pojistnou částku platnou ke dni úmrtí. ▸ V případě pojištění dvojice osob a smrti jedné z nich vyplatíme pojistnou částku platnou ke dni úmrtí pojištěného ve prospěch obmyšleného a pojištění druhé osoby pokračuje. ▸ Po 2 letech od počátku pojištění považujeme za pojistnou událost i smrt v důsledku onemocnění a úrazů, které nastaly, byly diagnostikovány nebo jakkoliv léčeny před počátkem pojištění. Pojistné plnění vyplatíme v souladu se smlouvou.
Datum vzniku pojistné události	▸ Datem vzniku pojistné události je den úmrtí pojištěného.
Výluky a omezení plnění	▸ Dojde-li ke smrti pojištěného následkem sebevraždy: – do 2 let od počátku pojištění zaniká pojištění bez výplaty pojistného plnění a bez nároku na vrácení zaplaceného pojistného. – po 2 letech od počátku pojištění, vyplatíme pojistnou částku pojištění smrti platnou ke dni úmrtí. Pokud došlo v průběhu posledních dvou let před sebevraždou ke zvýšení pojistné částky základního pojištění smrti, vyplatíme pojistnou částku platnou před zvýšením . Pojistné plnění vyplatíme obmyšlenému. ▸ Dojde-li ke smrti pojištěného, a pokud jsme se ve smlouvě nedohodli jinak, pak v případech uvedených níže zaniká pojištění bez výplaty pojistného plnění a bez nároku na vrácení zaplaceného pojistného: a) do doby 2 let od počátku pojištění následkem jakéhokoliv onemocnění, které nastalo nebo bylo diagnostikováno před počátkem pojištění. b) přímo nebo nepřímo vlivem jaderného záření způsobeného výbuchem, závadou jaderného zařízení či přístrojů nebo nedbalostí odpovědných právnických či fyzických osob při dopravě, skladování nebo manipulaci s radioaktivními materiály; dále v případě události vzniklé v důsledku opakovaného a déletrvajícího působení jaderného záření při práci v uranových dolech nebo jaderných elektrárnách. c) při aktivní účasti pojištěného na vnitrostátních nepokojích či veřejných násilnostech (povstání, vojenská povstání, vzpoury, revoluce, uchvácení moci, stanné právo nebo stav obležení, dále občanské nepokoje, tj. regionální protizákonná skupinová násilná vystoupení občanů vedoucích ke vzniku škod na životě a zdraví jiných občanů a škod na majetku), tj. na násilných činech poškozujících lidský život, majetek či infrastrukturu s úmyslem ovlivnit vládu nebo zastrašovat veřejnost nebo její část; nebo v souvislosti s teroristickými událostmi všeho druhu, kdy bude pojištěný na straně iniciátora (násilná jednání poškozující lidský život, majetek či infrastrukturu a motivovaná politicky, rasově, sociálně, ideologicky nebo nábožensky s úmyslem ovlivnit vládu nebo zastrašovat veřejnost nebo její část). d) přímo či nepřímo válečnými událostmi, vojenskými nebo bojovými akcemi všeho druhu (války, invaze, nepřátelské nebo válečné operace, občanské války).

Zánik pojištění	▸ Smrtí pojištěného (v případě pojištění jednoho pojištěného), popř. smrtí obou pojištěných (v případě pojištění dvojic), pojištění zaniká. Smrtí poslední dospělé pojištěné osoby zaniká celá smlouva.

ČLÁNEK 7
Doplňková a úrazová složka pojištění

- Pro FLEXI rizikové životní pojištění lze sjednat doplňkovou a úrazovou složku pojištění s těmito pojištěními:
  A. Doplňkové pojištění smrti
  B. Pojištění vážných nemocí a úrazů, vč. připojištění na novotvary in situ
  C. Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče
  D. Pojištění úvěru
  E. Pojištění zproštění od placení pojistného z důvodu invalidity nebo dlouhodobé péče
  F. Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s výplatou doživotní renty
  G. Pojištění trvalých následků nemoci
  H. Pojištění smrti následkem úrazu
  I. Pojištění trvalých následků úrazu
  J. Pojištění denního odškodného – úraz
  K. Pojištění hospitalizace
  L. Pojištění pracovní neschopnosti – nemoc, vč. připojištění úrazu k pracovní neschopnosti
  M. Pojištění ošetřování – úraz nebo nemoc
  N. Zdravotní a sociální infolinka MAJÁK

Předběžné krytí

- Předběžné krytí je sjednáno pouze pro smlouvy, u kterých je počátek pojištění stanoven na 1. den následujícího měsíce po datu podpisu nabídky.
- Předběžné krytí se vztahuje pouze na úrazový děj (vyjma základního a doplňkového pojištění smrti a pojištění smrti sjednaného v rámci pojištění úvěru) a na ta z následujících pojištění, která jsou platná ke dni počátku pojištění: základní pojištění smrti, doplňkové pojištění smrti, pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče vyjma pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče v dětském pojištění, pojištění úvěru, pojištění smrti následkem úrazu, pojištění trvalých následků úrazu, pojištění denního odškodného – úraz s možností progresivního plnění, pojištění hospitalizace, připojištění úrazu k pracovní neschopnosti.
- Předběžné krytí se sjednává za stejných podmínek a se stejnými parametry, jaké jsou u jednotlivých pojištění sjednaných ve smlouvě, s výjimkou pojistných částek, jejichž výše je omezena hodnotami uvedenými v PPPP ke dni, kdy pojistná událost nastala. Pojistné plnění z předběžného krytí poskytneme pouze v případě, že jsme nabídku přijali.

A. DOPLŇKOVÉ POJIŠTĚNÍ SMRTI

Popis pojištění	▸ Pojištění můžete sjednat pro osoby ve věku od dovršených 18 do 75 let. Pojištění končí nejdéle s ukončením smlouvy (max. v roce, ve kterém se pojištěný dožije 85 let). ▸ Pojištění můžete sjednat s konstantní a/nebo klesající pojistnou částkou (dále jen „varianta pojistné částky“). ▸ Pro toto pojištění můžete v rámci obou variant pojistné částky sjednat individuální konec.
Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplaty	▸ Pojistnou událostí je smrt pojištěného anebo terminální stadium onemocnění, pokud k pojistné události došlo v době trvání pojištění a zároveň došlo ke splnění všech podmínek stanovených ve smlouvě. ▸ V případě úmrtí pojištěného vyplatíme obmyšlenému pojistnou částku platnou ke dni úmrtí, není-li dále uvedeno jinak. ▸ Po dvou letech od počátku pojištění považujeme za pojistnou událost i smrt v důsledku onemocnění a úrazů, které nastaly, byly diagnostikovány nebo jakkoliv léčeny přede dnem počátku pojištění. Pojistné plnění vyplatíme v souladu se smlouvou. ▸ Pokud je pojistnou událostí terminální stadium onemocnění, má pojištěný právo na výplatu zálohy na pojistné plnění (dále jen „záloha“) ve výši 60 % z pojistné částky doplňkového pojištění smrti platné ke dni vzniku pojistné události. ▸ Po vyplacení zálohy za terminální stadium onemocnění již nemůžete pojistnou částku zvyšovat ani měnit variantu pojistné částky, způsob klesání či prodlužovat dobu trvání pojištění. Pojistné platíte i nadále za původně sjednanou pojistnou částku, nikoliv za její zbývající část po odečtení zálohy. ▸ Ve všech případech, kdy dojde v době trvání pojištění k následnému úmrtí pojištěného, doplatíme obmyšlené osobě pojistnou částku platnou ke dni úmrtí poníženou o již vyplacenou zálohu. ▸ Zvýšíte-li pojistnou částku doplňkového pojištění smrti v posledních dvou letech přede dnem, kdy lékař potvrdil terminální stadium onemocnění, stanovíme výši zálohy z pojistné částky doplňkového pojištění smrti platné před jejím zvýšením. Při následném úmrtí pojištěného pak vyplatíme pojistnou částku platnou k datu úmrtí sníženou o již vyplacenou zálohu. ▸ Nárok na výplatu pojistného plnění za terminální stadium onemocnění vzniká pouze jednou za celou dobu trvání pojištění, a to za podmínky platnosti tohoto pojištění k datu vzniku pojistné události.
Datum vzniku pojistné události	▸ Datem vzniku pojistné události je den úmrtí pojištěného nebo den, kdy lékař pojištěnému potvrdil terminální stadium onemocnění.

Výluky a omezení plnění	▸ Doplňkové pojištění smrti zanikne bez výplaty pojistného plnění a bez nároku na vrácení zaplaceného pojistného, dojde-li k pojistné události způsobené přímo či nepřímo válečnými událostmi, vojenskými nebo bojovými akcemi jakéhokoliv druhu (války, invaze, nepřátelské nebo válečné operace, občanské války). ▸ Pojistné plnění nevyplatíme v případě úmrtí do dvou let od počátku pojištění v důsledku onemocnění a úrazů, které nastaly, byly diagnostikovány nebo jakkoliv léčeny přede dnem počátku pojištění. ▸ Dojde-li ke smrti následkem sebevraždy pojištěného: – do dvou let od počátku pojištění, zaniká pojištění bez výplaty pojistného plnění a bez nároku na vrácení zaplaceného pojistného, – po dvou letech od počátku pojištění, vyplatíme pojistnou částku platnou ke dni úmrtí, – v případech, kdy došlo v průběhu posledních 2 let před sebevraždou ke zvýšení pojistné částky doplňkového pojištění smrti, vyplatíme pojistnou částku platnou před tímto zvýšením. Pojistné plnění vyplatíme obmyšlenému. ▸ Pojistné plnění za terminální stadium onemocnění nevyplatíme, nastane-li pojistná událost v období: – dvou let ode dne počátku pojištění nebo – kratším dvou let před koncem doby trvání tohoto pojištění.
Zánik pojištění	▸ Smrtí pojištěného pojištění zaniká.

B. POJIŠTĚNÍ VÁŽNÝCH NEMOCÍ A ÚRAZŮ

Popis pojištění	▸ Pojištění můžete sjednat pro osoby ve věku od dovršených 18 do 65 let. Pojištění končí nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technického období, ve kterém se pojištěný dožije 70 let. ▸ Pojištění můžete sjednat s konstantní a/nebo klesající pojistnou částkou (dále jen „varianta pojistné částky"). V každé variantě pojistné částky musíte zvolit buď variantu pojištění základní (pojištění 4 diagnóz), či kompletní (pojištění 38 diagnóz). Pro toto pojištění můžete v rámci obou variant pojistné částky sjednat individuální konec.
Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplaty	▸ Pojistnou událostí je potvrzení diagnózy některé z vážných nemocí nebo podstoupení některé z operací, k němuž došlo během trvání pojištění, zároveň se příznaky neprojevily před počátkem pojištění ani v čekací době a které splňuje podmínky stanovené ve smlouvě. V základní variantě pojištění poskytneme pojistné plnění za jednu pojistnou událost, která nastane v průběhu trvání pojištění, a to ve výši 100 % pojistné částky platné ke dni vzniku pojistné události. V kompletní variantě pojištění poskytneme pojistné plnění maximálně za jednu pojistnou událost z každé skupiny diagnóz, která nastane v průběhu trvání pojištění, a to vždy ve výši 100 % pojistné částky platné ke dni vzniku pojistné události. Dojde-li k souběhu více pojistných událostí najednou v rámci jedné skupiny (výčet skupin uveden dále), vyplatíme pojistné plnění jen jednou. Výplatu pojistného plnění provedeme na základě zaslaného hlášení pojistné události, a to nezávisle na případném dalším plnění z jakéhokoliv jiného pojištění sjednaného ve smlouvě. ▸ Pojistné plnění vyplatíme pouze za předpokladu přežití alespoň 30 kalendářních dnů od data vzniku pojistné události. ▸ V základní variantě pojištění vážných nemocí a úrazů je pojistnou událostí potvrzení jedné z těchto diagnóz: infarkt myokardu, rakovina (nádorová onemocnění), totální ledvinové selhání, cévní mozková příhoda. ▸ V kompletní variantě pojištění vážných nemocí a úrazů je pojistnou událostí potvrzení jedné z níže uvedených diagnóz, které dělíme do šesti skupin.
Dělení do šesti skupin	▸ **1. skupina – selhání důležitých orgánů** – totální ledvinové selhání – zařazení do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci životně důležitých orgánů – systémový lupus erythematodes – systémová sklerodermie – aplastická anémie – onemocnění plic způsobující dechovou nedostatečnost – primární plicní arteriální hypertenze ▸ **2. skupina – nervový systém** – významné poškození mozku způsobené úrazem – paraplegie – tetraplegie (kvadruplegie) – hemiplegie – kóma – demence včetně Alzheimerovy choroby – Parkinsonova nemoc – roztroušená skleróza

Dělení do šesti skupin	– amyotrofická laterální skleróza – klíšťová meningoencefalitida – Lymeská nemoc (borrelióza) – meningitida (meningoencefalitida) – encefalitida (meningoencefalitida) – Creutzfeldtova-Jakobova nemoc ▸ **3. skupina – kardiovaskulární systém** – infarkt myokardu – cévní mozková příhoda – operace aorty – operace věnčitých (koronárních) tepen z důvodu ischemické choroby srdeční – náhrada jedné nebo více srdečních chlopní umělou chlopní – primární kardiomyopatie – embolie plicní tepny vyžadující chirurgickou embolektomii – operace plicní tepny ▸ **4. skupina – záněty** – operace při komplikacích Crohnovy nemoci (Morbus Crohn) – stavy vedoucí k syndromu krátkého střeva s nutností totální parenterální umělé výživy ▸ **5. skupina – nádory** – rakovina (nádorová onemocnění) – nitrolební (intrakraniální) nádor ▸ **6. skupina – ostatní** – slepota – hluchota – ztráta řeči – těžké popáleniny – HIV
1. SKUPINA **Selhání důležitých orgánů**	**Totální ledvinové selhání** – konečné stadium ledvinového selhávání následkem chronického a nezvratného selhání funkce obou ledvin; pojištěný musí podstupovat pravidelnou dialýzu nebo být po transplantaci ledviny. ▸ Nárok na pojistné plnění vzniká i v případě cévních komplikací v návaznosti na diabetes mellitus, při splnění všech definovaných podmínek. **Zařazení do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci životně důležitých orgánů** – životně důležitými orgány pro účely pojištění rozumíme srdce, plíce, játra, ledviny, slinivku břišní, střeva, kdy příjemcem orgánu je pojištěný. Povinnost plnit vzniká dnem zařazení do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci, přičemž transplantace musí být z lékařského hlediska nezbytně nutná a musí být objektivně potvrzeno selhání funkce příslušného orgánu odborným lékařem. **Systémový lupus erythematodes** – multiorgánové autoimunitní systémové onemocnění (difúzní onemocnění pojivové tkáně), které je charakterizováno tvorbou autoprotilátek působících proti různým strukturám buněčného jádra, projevující se specifickým orgánovým postižením kůže, kloubů, plic, srdce, ledvin, mozku, krvetvorby, cév. ▸ Diagnóza musí být klinicky potvrzena odborným lékařem na podkladě průkazu čtyř nebo více klasifikačních kritérií ACR (American College of Rheumatology). ▸ Vyloučeny jsou onemocnění pouze s kožním postižením a jiná systémová onemocnění. **Systémová sklerodermie** – systémové autoimunitní onemocnění pojivové tkáně (kolagenóza), také označované jako progresivní systémová skleróza, které má chronický postupně zhoršující se charakter; musí se jednat o difúzní formu sklerodermie. Difúzní, tj. celkově se šířící, forma systémové sklerodermie spočívá v rozsáhlém postižení kůže, pohybového systému a vnitřních orgánů (srdce, plic nebo ledvin). Nezbytné je prokázání diagnózy difúzní formy systémové sklerodermie klinickým nálezem odborného lékaře v oboru revmatologie vč. zařazení dle klasifikačních kritérií ACR/EULAR nebo jiných. Postižení srdce, plic nebo ledvin musí být potvrzeno v biopsii a sérologických testech. ▸ Vyloučeny jsou morfy, lokalizované formy sklerodermie, eozinofilní fasciitida a CREST syndrom. **Aplastická anémie** – selhání funkce kostní dřeně (porucha krvetvorby), v jejímž důsledku je v cirkulující krvi nedostatek červených i bílých krvinek a krevních destiček. ▸ Podmínkou vzniku pojistné události je splnění všech následujících požadavků: – diagnóza aplastické anémie je potvrzena na základě výsledku punkce kostní dřeně, – počet granulocytů (bílé krvinky s vyzrálými granuly v cytoplasmě) v krvi je nižší než 500/mm^3 (tj. 0,5 × 10^9/l) a krevních destiček nižší než 20 000/mm^3 (tj. 20 × 10^9/l), – je prokázána anémie a retikulocytopenie, – léčení je prováděno minimálně jedním z následujících způsobů: ▸ pravidelné krevní transfúze, ▸ pravidelná aplikace imunosupresivních látek, ▸ transplantace kostní dřeně.

1. SKUPINA **Selhání důležitých orgánů**	▸ Pojistná událost nenastává, jedná-li se o aplastickou anémii, která je následkem terapie (např. antibiotiky, nesteroidními antirevmatiky, zlatem, radiačním zářením nebo chemoterapií), o některou z forem vrozené aplastické anémie nebo o aplastickou anémii, pokud bylo u pojištěného diagnostikováno nádorové onemocnění před uzavřením tohoto pojištění. ▸ Pojistná událost také nenastává v případě, že diagnóza aplastické anémie byla poprvé potvrzena během prvních dvou let od sjednání pojištění a současně toto onemocnění souviselo s chronickou anémií, které si byl pojištěný vědom před uzavřením tohoto pojištění. **Onemocnění plic způsobující dechovou nedostatečnost** – je konečné stadium plicních onemocnění, která vedou k trvalému dechovému selhání (tj. globální chronické respirační insuficienci). Diagnóza musí být potvrzena splněním všech pěti následujících kritérií současně: – hodnota FEV1 (při spirometrickém vyšetření) je trvale menší než 50 % náležité hodnoty, – parciální tlak kyslíku (pO_2) při analýze krevních plynů je roven nebo nižší než 7,5 kPa, – parciální tlak oxidu uhličitého (pCO_2) při analýze krevních plynů je trvale vyšší než 6,8 kPa, – v souladu s výše uvedenými indikačními kritérii je nutná trvalá kyslíková terapie pro hypoxémii, – je subjektivně pociťována klidová dušnost (samotná nemusí korelovat se změnami plicních funkcí). **Primární plicní arteriální hypertenze** – je spojená s podstatným rozšířením pravé komory potvrzeným vyšetřeními včetně katetrizace. Vede k významnému trvalému nezvratnému fyzickému postižení nejméně třídy NYHA III–IV podle klasifikace srdečního selhání. Srdeční selhání třídy NYHA III–IV znamená, že pacient je během běžných každodenních činností symptomatický, přestože užívá léky a dietní úpravy, a současně je prokázána abnormální funkce komory při fyzikálním i laboratorním vyšetření.
2. SKUPINA **Nervový systém**	**Významné poškození mozku způsobené úrazem** – klinická symptomatologie s prokázaným trvalým neurologickým postižením musí být doložena objektivním nálezem odborného lékaře. Diagnóza musí být potvrzena čerstvými změnami na CT nebo MRI. Vyloučeno je poškození mozku způsobené úrazem v souvislosti s požitím alkoholu a/nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky. **Paraplegie** – úplné a trvalé ochrnutí dolní poloviny těla. Povinnost plnit vzniká nejdříve 6 měsíců od počátku onemocnění po potvrzení diagnózy paraplegie příslušným odborným pracovištěm. **Tetraplegie (kvadruplegie)** – úplné a trvalé ochrnutí všech čtyř končetin. Povinnost plnit vzniká nejdříve 6 měsíců od počátku onemocnění po potvrzení diagnózy tetraplegie příslušným odborným pracovištěm. **Hemiplegie** – úplné a trvalé ochrnutí pravé nebo levé poloviny těla s úplným a trvalým přerušením vodivosti míchy pro vlákna zajišťující hybnost. Povinnost plnit vzniká nejdříve 6 měsíců od počátku onemocnění po potvrzení diagnózy hemiplegie příslušným odborným pracovištěm. **Kóma** – stav hlubokého bezvědomí bez reakce na vnější či vnitřní podněty, který trvá nepřetržitě nejméně 96 hodin (do 8 bodů na Glasgowské stupnici kómatu). Během této doby musí být uměle udržována některá ze základních životních funkcí. ▸ Následkem musí být trvale prokazatelné poškození v klinickém neurologickém nálezu. Povinnost plnit začíná dnem potvrzení diagnózy a trvalého neurologického poškození příslušným odborným pracovištěm. Vyloučeno je kóma vzniklé následkem požívání alkoholu a/nebo aplikace návykových látek a/nebo přípravků obsahujících návykové látky. Dále neplníme za kóma vzniklé na podkladě úrazu v souvislosti s požitím alkoholu a/nebo aplikací návykových látek a/nebo přípravků obsahujících návykové látky. Vyloučeno je též umělé kóma (dlouhodobá narkóza) navozené medikamentózně pro léčebné účely. **Demence včetně Alzheimerovy choroby** – výrazný úbytek nebo úplná ztráta mentálních a sociálních schopností důsledkem nevratného selhání funkce mozku. Zdravotní stav nemocného musí vyžadovat trvalý dohled. ▸ Diagnóza musí být potvrzena standardními psychodiagnostickými testy a dotazníky pro diagnózu Alzheimerovy choroby nebo jiných druhů demencí a dále musí být potvrzena odborným neurologickým pracovištěm. ▸ Vyloučena je demence v důsledku požívání alkoholu a/nebo aplikace návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky a demence v důsledku choroby AIDS. **Parkinsonova nemoc** – progredující neurologické onemocnění způsobené úbytkem buněk produkujících přenašeč dopamin. Nedostatek dopaminu vede k charakteristickým příznakům nemoci (rigidita svalů, poruchy držení těla, svalový třes, zpomalení volních pohybů). Následující kritéria se musí vyskytovat trvale: akinese plus rigor, klidový tremor nebo posturální instabilita. Patří sem oboustranné postižení od klinického stupně závažnosti 3 dle Hoehn a Yahr. ▸ Potvrzení odborným neurologickým pracovištěm a pomocí L-dopa testu, CT nebo MRI. ▸ Vyloučeny z plnění jsou sekundární parkinsonské příznaky. **Roztroušená skleróza** – je autoimunitní onemocnění bílé hmoty CNS (mozku i míchy), které vede ke ztrátě myelinu v zánětlivých ložiscích (demyelinizace) a difúzní ztrátě axonů (neurodegenerace = postihuje i nervová vlákna). ▸ Projevuje se různými neurologickými příznaky (poruchy zraku, citlivosti, hybnosti apod.). ▸ Prokazuje se typickými nálezy při vyšetření CNS magnetickou rezonancí (MRI).

2. SKUPINA **Nervový systém**	▸ Nárok na plnění vzniká potvrzením jednoznačné a definitivní diagnózy podle revidovaných McDonaldových kritérií (průkaz roztroušenosti v čase i prostoru) odborným lékařem. ▸ Za pojistnou událost nepovažujeme první akutní projev tohoto onemocnění, dále nejednoznačné neurologické diagnózy a ostatní zánětlivá onemocnění. **Amyotrofická laterální skleróza** – degenerativní onemocnění centrálního i periferního motorického neuronu, projevující se rychlou progresí, s přítomností svalových obrn a atrofií svalových skupin končetin, trupu a polykacího svalstva. Tento stav musí být lékařsky dokumentován. Diagnóza musí být potvrzena klinickým neurologickým vyšetřením včetně uvedení nálezu EMG vyšetření a nálezu MRI mozku a krční míchy, eventuálně vyšetřením mozkomíšního moku. **Klíšťová meningoencefalitida (KE)** – encefalitida a/nebo meningitida způsobená specifickými ARBO viry (rod Flavivirus). ▸ Přenašečem je klíště. Vzácně je přenos možný alimentární cestou. ▸ Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria: – KE je řádně léčena během hospitalizace nebo ambulantně, – pojištěný doložil přítomnost protilátek proti klíšťové meningoencefalitidě v séru a/nebo v mozkomíšním moku a zvýšení hladiny IgM protilátek prokazující akutní infekci, – závažné trvalé neurologické a/nebo psychiatrické následky klíšťové meningoencefalitidy jsou potvrzeny příslušným odborným lékařem. ▸ Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem a doložena v závislosti na onemocnění výše uvedeným způsobem. **Lymeská nemoc (borrelióza)** – zánětlivé onemocnění způsobené bakteriemi komplexu Borrelia burgdorferi, které má projevy kožní, neurologické, kloubní, kardiologické, oční a další. ▸ Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria: – pojištěný jednoznačně doložil přítomnost bakterie Borrelia burgdorferi, – pojištěný doložil přítomnost specifických protilátek proti Lymeské nemoci v organismu (IgM a IgG prokazujících akutní infekci), – pojištěný byl řádně dlouhodobě léčen, – příznaky způsobené jednoznačně Lymeskou nemocí a závažnost jejích následků jsou potvrzeny příslušným odborným lékařem (psychosyndrom, parézy periferních i hlavových nervů, dysartrie, ataxie, poruchy kognitivních a paměťových funkcí, periferní neuropatie apod., těžké invalidizující postižení kloubů). ▸ Pojistnou událostí při neurologických komplikacích jsou onemocnění s trvalým neurologickým defektem a současně klinicky potvrzeným nálezem odborného lékaře. ▸ Postižení kloubů a invalidizace musí být potvrzena příslušným odborným lékařem. ▸ Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem a doložena v závislosti na onemocnění výše uvedeným způsobem. **Meningitida (meningoencefalitida)** – zánět mozkových blan vedoucí k těžkým a trvalým neurologickým poškozením (například hemiparézy, epileptické záchvaty, poruchy zraku a sluchu). Diagnóza musí být stanovena objektivním nálezem odborného pracoviště neurologie a musí být potvrzena existence trvalého neurologického poškození objektivním neurologickým nálezem i po uplynutí 6 měsíců od data stanovení diagnózy. ▸ Plníme za získané psychiatrické nemoci vedoucí k týmž nebo podobným následkům jako organická onemocnění mozku uvedená pod touto diagnózou. ▸ Vyloučeno je postižení vzniklé následkem infekce způsobené virem HIV. **Encefalitida (meningoencefalitida)** – zánět mozkové tkáně vyvolaný infekční etiologií. ▸ Pro plnění z encefalitidy je nutné mít potvrzeno neurologem a s pomocí dalších vyšetřovacích metod (vyšetření moku, CT, MRI nebo EEG). ▸ Pro plnění z encefalitidy jsou následující kritéria: trvalé kognitivní poruchy, poruchy sluchu, řeči, epilepsie, motorické výpadky, deficit v jemné motorice, ochrnutí mozkových nervů, demence. Dále plníme za získané psychiatrické nemoci vedoucí k týmž nebo podobným následkům jako organická onemocnění mozku uvedená pod touto diagnózou. ▸ Vyloučeno je postižení vzniklé následkem infekce způsobené virem HIV. **Creutzfeldtova-Jakobova nemoc** – vzácné přenosné onemocnění mozku, jednou z variant je vznik nemoci po požití hovězího masa nakaženého BSE. ▸ Nemoc způsobuje ztrátu mozkových buněk, čímž vzniká trvalé poškození mozkové tkáně s rychlou ztrátou duševních schopností a koordinace volních pohybů. Pro plnění musí existovat dva z příznaků: motorické poruchy (myoklonie, ataxie), poruchy paměti, vnímání a bdělosti, zraku, změny osobnosti. Potvrzení odborným lékařem s pomocí dalších vyšetřovacích metod (vyšetření moku, MRI, EEG, u BSE biopsie mandlí).
3. SKUPINA **Kardiovaskulární systém**	**Infarkt myokardu** – nezvratné poškození části srdeční svaloviny, které je způsobeno nedostatečným krevním zásobením dané oblasti; nárok na pojistné plnění vzniká potvrzením diagnózy odborným lékařem. ▸ Nárok na pojistné plnění vzniká i v případě cévních komplikací v návaznosti na diabetes mellitus při splnění všech definovaných podmínek. ▸ Z pojistného plnění je vyloučena angina pectoris.

3. SKUPINA **Kardiovaskulární systém**	**Cévní mozková příhoda** – ložiskové mozkové poškození (s patologickým neurologickým nálezem) trvající déle než 24 hodin, které zahrnuje cévní mozkové příhody ischemické nebo hemoragické. ▸ Jedná se buď o dokončený akutní ischemický iktus (uzávěr cévy trombem, embolem nebo jiným útvarem), nebo o krvácení (intracerebrální, intraventrikulární a subarachnoidální). Příčinou krvácení může být i prasklá aneurysma. ▸ Musí být prokázáno trvalé beurologické postižení doložené objektivním nálezem odborného lékaře. Diagnóza musí být potvrzena čerstvými změnami na CT nebo MRI. ▸ Nárok na pojistné plnění vzniká i v případě cévních komplikací v návaznosti na diabetes mellitus, při splnění všech definovaných podmínek. ▸ Vyloučeny jsou cévní mozkové příhody vzniklé důsledkem úrazu, tranzitorní ischemická ataka a druhotné krvácení do již existující mozkové léze. **Operace aorty** operační kardiochirurgický výkon na aortě provedený v důsledku jejího roztržení, vzniku výdutě nebo jejího vrozeného zúžení; vyloučeny jsou operace na větvích aorty nebo bypassy vystupující z aorty a vedoucí krev do periferního řečiště (např. aortofemorální bypass). Povinnost plnit vzniká dnem provedení operace. **Operace věnčitých (koronárních) tepen z důvodu ischemické choroby srdeční** je operační kardiochirurgický výkon, při němž je pojištěnému voperován koronární bypass (CABG, ACVB) s použitím transplantátu při otevřeném hrudníku pro funkčně významné postižení věnčitých tepen. Podkladem pro indikaci operace musí být koronarograficky prokázaná funkčně významná nedostatečnost (zúžení, uzávěr) věnčitých tepen a lékařská zpráva s přesnou diagnózou základní a operační. ▸ Pojistná událost však nenastává, pokud je zprůchodnění věnčitých tepen provedeno pomocí intraarteriálních katetrů, mezi které patří například angioplastika (PTCA), rotablace, laserové techniky nebo jakékoliv jiné podobné procedury (tj. provedení zákroku bez otevření hrudníku). **Náhrada jedné nebo více srdečních chlopní umělou chlopní** – náhrada z důvodu stenózy nebo nedomykavosti operační cestou. Kardiochirurgický operační výkon zahrnuje náhradu aortální, mitrální, plicní nebo trikuspidální chlopně. Diagnóza a provedení operačního výkonu musí být potvrzeny odborným lékařem včetně doložení operačního protokolu. Pojistná ochrana se nevztahuje na jiné kardiochirurgické zákroky a veškeré výměny chlopňových protéz. Vyloučeny jsou valvulotomie, valvuloplastiky a jiné operativní korekce chlopně, při nichž nedojde k její náhradě, dále jsou vyloučeny náhrady chlopně z důvodu infekční endokarditidy vzniklé z důvodu nitrožilního podávání drog. **Primární kardiomyopatie** – onemocnění srdečního svalu provázené poruchou jeho funkce, a to bez průkazu jiné příčiny (onemocnění vzniká jako samostatná choroba). Diagnóza tohoto onemocnění musí splňovat jedno z následujících kritérií: – dilatace (rozšíření) a systolická dysfunkce levé komory s ejekční frakcí pod 30 % potvrzené opakovaně s odstupem minimálně 6 měsíců (dilatační kardiomyopatie), – neadekvátní hypertrofie myokardu (zbytnění, zvláště přepážky) s diastolickou dysfunkcí (hypertrofická kardiomyopatie) vyžadující nefarmakologickou léčbu (např. implantace ICD, kardiostimulátoru, alkoholová ablace mezikomorového septa), – těžká diastolická dysfunkce, především na podkladě amyloidosy (restrikční kardiomyopatie), – arytmogenní dysplasie pravé komory (nahrazování svaloviny pravé komory tukem a vazivem). ▸ Diagnóza musí být klinicky potvrzena odborným lékařem vč. nálezu vyšetření EKG, echokardiografie, katetrizací, ev. MRI srdečního svalu nebo biopsií (tato je vyžadována u restrikční kardiomyopatie a arytmogenní dysplasie pravé komory). Musí se jednat o postižení s výraznými klinickými příznaky – podle klasifikace NYHA třídy III–IV. Právo na plnění nevznikne, jde-li o kardiomyopatie vznikající sekundárně následkem jiného onemocnění, jako je hypertenze, srdeční arytmie, chlopenní vady, kardiomyopatie při svalové dystrofii, v těhotenství, způsobené toxickými vlivy (např. léky), alkoholické kardiomyopatie nebo při současné infekci virem HIV. **Embolie plicní tepny vyžadující chirurgickou embolektomii** – obstrukce (ucpání) plicní tepny krevní sraženinou vyžadující okamžitou embolektomii na otevřeném hrudníku (incise [naříznutí] plicní tepny k vynětí vmetku [embolu]). Jiná léčba včetně antikoagulancií nebo katetrové embolektomie není pojištěním kryta. **Operace plicní tepny** – aktuální podstoupení operace vyžadující střední sternotomii (rozříznutí hrudní kosti) na doporučení odborného lékaře pro onemocnění plicní tepny za účelem vytnutí nemocné části a její náhradu štěpem.
4. SKUPINA **Záněty**	**Operace při komplikacích Crohnovy nemoci (Morbus Crohn**) – operační chirurgický výkon provedený z důvodu komplikací Crohnovy nemoci, tj. zánětlivého střevního onemocnění, které postihuje různé úseky střeva (výjimečně jakýkoliv úsek trávicí trubice) s tvorbou píštěl, vředů a následným zúžením průsvitu střeva. Tyto komplikace základního onemocnění mohou v těžších formách vést k chirurgickému zákroku. Prokázání diagnózy Crohnovy nemoci klinickým nálezem odborného lékaře v oboru gastroenterologie vč. nálezů provedených vyšetření. Operace a příčina operace musí být prokázána propouštěcí zprávou z nemocnice vč. uvedení typu a důvodu operace a nálezu histologického vyšetření ze vzorku odoperované tkáně. Za vážnou nemoc podle těchto podmínek se nepovažuje konzervativní léčba, tj. jiná než operační léčba.

4. SKUPINA **Záněty**	**Stavy vedoucí k syndromu krátkého střeva s nutností totální parenterální umělé výživy** – syndrom krátkého střeva souvisí s nedostatečnou délkou zažívacího traktu vzniklou po opakovaných resekcích (chirurgických výkonech na střevě s odnětím části střeva). Důsledky pro organismus jsou různé podle odňatého segmentu střeva a podle zbylé délky tenkého střeva. Nedochází ke správnému vstřebávání živin. Následně vzniká podvýživa, kterou není možno řešit jinak než umělou parenterální výživou. Podmínkou pro poskytnutí pojistného plnění je, že podávání umělé parenterální výživy je dlouhodobé nebo trvalé. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem se zdůvodněním nutnosti podávání umělé parenterální výživy.
5. SKUPINA **Nádory**	**Rakovina (nádorová onemocnění)** – přítomnost nekontrolovaného růstu a rozšiřování maligních buněk a jejich invaze do tkáně, potvrzená odborným lékařem a potvrzená histologickým vyšetřením; termín rakovina také zahrnuje leukémii, maligní lymfomy vč. lymfomu kožního, Hodgkinovu chorobu, zhoubný nádor kostní dřeně a sarkom. ▸ Vyloučeny jsou: – neinvazivní karcinomy in situ, – lokalizované neinvazivní tumory vykazující jen rané maligní změny (dysplazie cervixu, rakovina cervixu klasifikace CIN-1-3, rakovina prostaty klasifikace T1a, T1b nebo T1c), – maligní melanom klasifikace IA a ostatní typy rakoviny kůže, – všechny typy rakoviny za přítomnosti HIV infekce. **Nitrolební (intrakraniální) nádor** – benigní (nezhoubný) nádor mozku, mozkových blan a prodloužené míchy, který ohrožuje životní funkce útlakem okolní tkáně, který je nutno řešit chirurgickým zákrokem (otevřeným z kraniotomie, stereotaktickým, endonasálním apod.) a/nebo radioterapií a/nebo chemoterapií. V případě, že je neoperabilní, musí způsobovat trvalé neurologické poškození. ▸ Potvrzení diagnózy neurologickým vyšetřením a schválení neurochirurgickým pracovištěm k operačnímu zákroku; je-li nádor tímto pracovištěm hodnocen jako neoperabilní, musí objektivní neurologické vyšetření MRI nebo CT (případně PET) provedené lékařem specialistou v oboru neurologie prokázat trvalé neurologické poškození.
6. SKUPINA **Ostatní**	**Slepota** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta zraku obou očí; patří sem i téměř úplná ztráta zraku s minimálním zbytkovým viděním (max. 3/60) nebo omezení zorného pole (pod 10 stupňů). Diagnóza musí být klinicky potvrzena odborným lékařem. ▸ Stav nelze změnit žádným lékařským zákrokem. Pojistnou událostí není snížení visu (zraku) nižšího stupně. ▸ Nárok na pojistné plnění vzniká i v případě cévních komplikací v návaznosti na diabetes mellitus, při splnění všech definovaných podmínek. **Hluchota** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta sluchu obou uší; diagnóza musí být klinicky potvrzena audiometrickým vyšetřením, tympanometrií a vyšetřením akustického reflexu odborným lékařem. Stav nelze změnit lékařským zákrokem. Pojistnou událostí není snížení sluchu nižšího stupně. **Ztráta řeči** – úplná, trvalá a nevratná ztráta schopnosti řeči v důsledku nemoci nebo úrazu hlasivek. Diagnóza musí být potvrzena nálezem odborného lékaře. Za pojistnou událost považujeme i stav po laryngektomii (odstranění hrtanu). ▸ Psychogenní ztráta schopnosti mluvit není kryta. Právo na pojistné plnění nevznikne, jde-li o vznik postižení v důsledku psychického stavu (tj. veškeré příčiny související s psychiatrickými diagnózami) a v případě, že příčinou vzniku onemocnění je kouření. **Těžké popáleniny** – jsou popáleniny stupně IIb a III (hluboké popáleniny) s rozsahem nejméně 20 % povrchu těla. Doložení diagnózy: lékařská zpráva popisující lokalizaci, stupeň a rozsah popálenin. **HIV** – nákaza virem lidské imunitní nedostatečnosti (Human Immunodeficiency Virus – HIV) nebo syndrom získaného selhání imunity (Acquired Immune Deficiency Syndrom – AIDS). ▸ Pojistnou událostí je HIV infekce nastalá při: – transfúzi infikované krve nebo krevních produktů z transfúzní stanice, která je oficiálně registrována a uznávána zdravotnickými úřady po datu počátku pojištění; – náhodném poranění jehlou, ke kterému došlo při plnění běžných profesních povinností osoby jako lékaře / zubního lékaře, zdravotní sestry, zdravotníka, hasiče nebo policisty; – příjmu transplantovaného orgánu, kdy byl tento orgán dříve infikován virem HIV; – fyzickém napadení; – poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě. ▸ Každá událost, která vede k potenciálnímu nároku, musí nastat během trvání pojištění a musíte nám ji doložit negativním testem na protilátky proti HIV provedeným do 7 dnů po této události (vyjma transfúze). Sérokonverze na infekci HIV musí proběhnout do 6 měsíců od události. ▸ Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem. ▸ Ke každé události musí být doloženo nahlášení příslušným orgánům činným v dané věci a řádné vyšetření v souladu s uznávanými metodami a dále u: – transfúze krve nám musíte předložit buď písemné uznání odpovědnosti instituce, která provedla transfúzi, nebo soudní rozhodnutí s doložkou právní moci, která takovou odpovědnost potvrzuje;

6. SKUPINA **Ostatní**	– fyzického napadení nebo poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě nám musíte výsledek vyšetřování doložit formou zprávy. ▸ Pojišťovna musí mít volný přístup ke všem vzorkům krve pojištěného a je oprávněna nechat provést nezávislé testy těchto vzorků. ▸ Pojistnou událostí není onemocnění za přítomnosti hemofilie, dále jakékoli infekce jiného druhu a ostatní zdroje nákazy HIV (nitrožilní užívání drog či přenos pohlavním stykem a podobně).
Datum vzniku pojistné události	▸ Datem vzniku pojistné události je den, kdy lékař pojištěnému potvrdil diagnózu nebo provedl některý z operačních zákroků.
Čekací doba	▸ U pojištění vážných nemocí a úrazů uplatňujeme pro vznik pojistné události čekací dobu dva měsíce ode dne počátku tohoto pojištění. Čekací doba se nevztahuje na případy, kdy došlo k vážné nemoci výlučně v důsledku úrazu vzniklého nejdříve v den počátku pojištění. ▸ V případě, kdy jste v posledních dvou měsících před pojistnou událostí zvýšil pojistnou částku pojištění vážných nemocí a úrazů, vyplatíme pojistnou částku platnou před jejím zvýšením. Pokud došlo k dané vážné nemoci v důsledku úrazu, který nastal v době trvání pojištění, a po vzniku úrazu došlo ke zvýšení pojistné částky, vyplatíme pojistnou částku platnou ke dni vzniku úrazu. ▸ Čekací dobu neuplatňujeme při provedení změny ve variantě pojistné částky nebo způsobu klesání, pokud zároveň nedojde k navýšení pojistné částky.
Výluky a omezení plnění	▸ Výluky a omezení plnění popisujeme vždy u konkrétní diagnózy či zákroku.
Zánik pojištění	**I. Zánik v rámci základní varianty pojištění vážných nemocí a úrazů** ▸ K datu potvrzení diagnózy vážné nemoci pojištění základní varianty vážných nemocí a úrazů zaniká. Smlouva zůstává nadále v platnosti. **II. Zánik v rámci kompletní varianty pojištění vážných nemocí a úrazů** ▸ K datu potvrzení diagnózy vážné nemoci či provedení operačního zákroku končí pojištění diagnózy či zákroku, za které jsme poskytli pojistné plnění, a zároveň končí pojištění skupiny, ve které jsou tato diagnóza či zákrok obsaženy (viz výčet skupin výše). Po vyplacení plnění za první pojistnou událost již nemůžete prodlužovat dobu trvání pojištění. ▸ Pojištění ostatních skupin pokračuje dál, pojistná částka a sazba pojistného zůstává beze změn. Pokud došlo v období po vzniku pojistné události před jejím nahlášením k navýšení pojistné částky, pojištění vážných nemocí a úrazů bude ukončeno bez možnosti pokračování. Pokud došlo v období od nahlášení pojistné události do výplaty pojistného plnění k navýšení pojistné částky, pokračuje pojištění ostatních skupin s pojistnou částkou platnou před tímto navýšením. ▸ Zánikem pojištění všech výše uvedených skupin, zaniká pojištění kompletní varianty vážných nemocí a úrazů. Smlouva zůstává nadále v platnosti.

Připojištění na novotvary in situ

Popis pojištění	▸ Připojištění na novotvary in situ můžete sjednat pouze současně s pojištěním vážných nemocí a úrazů. ▸ Je-li u pojištění vážných nemocí a úrazů sjednán individuální konec, platí tento individuální konec i pro připojištění na novotvary in situ.
Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplaty	▸ Pojistnou událostí je potvrzení diagnózy s níže uvedeným kódováním dle MKN 10 – Mezinárodní klasifikace nemocí (dále také „MKN 10“) příslušným odborným lékařem na základě histologického vyšetření svědčícího pro zhoubné onemocnění: – D01 karcinom in situ jiných a neurčených trávicích orgánů (D01.0 – D01.9), – D03 melanom in situ (D03.0 – D03.9), – D05 karcinom in situ prsu (D05.0 – D05.9), – D06 karcinom in situ hrdla děložního – cervicis uteri (D06.0 – D06.9), – D07 karcinom in situ jiných a neurčených pohlavních orgánů (D07.0 – D07.6), – D09 karcinom in situ jiných a neurčených lokalizací (D09.0 – D09.9), – dále maligní melanom stadia IA podle TNM a primární karcinom prostaty (C61) stadia pod T2N0M0 (T1a, T1b, T1c) a (D07, C61). ▸ Pojistné plnění vám vyplatíme ve výši 30 % pojistné částky pojištění vážných nemocí a úrazů platné k datu vzniku pojistné události. Plnění za novotvary in situ vám v průběhu trvání pojištění vyplatíme pouze jednou, a to i v případech, kdy u vás došlo k souběhu více pojistných událostí z důvodu diagnostikování více druhů novotvarů in situ.
Datum vzniku pojistné události	▸ Datem vzniku pojistné události je den, ke kterému lékař pojištěnému potvrdil diagnózu.
Výluky	▸ Pojistné plnění vám neposkytneme za diagnózy, které nejsou výše uvedeny, a dále ani za nádory za přítomnosti HIV infekce.

Zánik pojištění	▸ Připojištění na novotvary in situ zaniká pojistnou událostí. ▸ Dále připojištění zaniká se zánikem základní varianty pojištění vážných nemocí a úrazů. Pokud v kompletní variantě pojištění vážných nemocí a úrazů zanikne pojištění 5. skupiny, pak automaticky zaniká i připojištění na novotvary in situ. ▸ Připojištění in situ dále zaniká v případě zániku kompletní varianty pojištění vážných nemocí a úrazů.

C. POJIŠTĚNÍ INVALIDITY NEBO DLOUHODOBÉ PÉČE

Popis pojištění	▸ Pojištění můžete sjednat pro osoby ve věku od dovršených 18 do 65 let. Pojištění končí nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technického období, ve kterém se pojištěný dožije 70 let. ▸ Pojištění můžete sjednat s konstantní nebo klesající pojistnou částkou (dále jen „varianta pojistné částky"). Zvolený způsob klesání platí pro všechny sjednané stupně invalidity. V každé variantě pojistné částky volíte pojištění následkem úrazu, či následkem úrazu nebo nemoci (dále jen „varianta pojištění"). ▸ Pro toto pojištění můžete v rámci obou variant pojistné částky sjednat individuální konec, který platí pro všechny stupně invalidity sjednané v rámci dané varianty pojistné částky. Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče sjednáváte pro případ invalidity 3. stupně. K tomu si můžete sjednat pojištění 2. a 1. stupně, popř. jen 2. stupně. ▸ Pojištění 3. stupně automaticky zahrnuje i pojištění dlouhodobé péče ve stupni závislosti II a vyšším (dále jen „příspěvek na péči"). ▸ Pro jednotlivé stupně můžete sjednat rozdílnou pojistnou částku. Pro nižší stupeň však musíte vždy sjednat i následující vyšší stupeň, a to s částkou minimálně ve výši pojistné částky nižšího stupně.
Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplaty	▸ Pojistnou událostí je: a) uznání invalidity ČSSZ ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení a ustanovení smlouvy, ke kterému došlo v průběhu trvání pojištění, nebo b) přiznání příspěvku na péči v souladu se zákonem o sociálních službách, ke kterému došlo v průběhu trvání pojištění. ▸ V případě vzniku pojistné události vyplatíme pojištěnému pojistné plnění ve výši pojistné částky platné k datu vzniku pojistné události. ▸ Byl-li pojištěnému v době trvání pojištění způsoben úraz při dopravní nehodě dle ustanovení článku 5 těchto SPP, pro jehož následky byl pojištěný následně uznán invalidním 3. stupně, a to ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení a těchto podmínek, nebo mu byl přiznán příspěvek na péči, poskytneme mu kromě plnění za pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče navíc i plnění za invaliditu nebo dlouhodobou péči z důvodu úrazu při dopravní nehodě. Plnění vyplatíme ve výši pojistné částky pro pojištění invalidity 3. stupně nebo dlouhodobé péče sjednané ve smlouvě ke dni vzniku úrazu, maximálně však do výše částky 1 mil. Kč (platí pro součet obou variant pojistné částky). ▸ V případě invalidity 3. stupně nebo dlouhodobé péče a invalidity 2. stupně poskytneme plnění i za diagnózy F00 – F99 (poruchy duševní a poruchy chování dle MKN 10). ▸ V případě invalidity 1. stupně poskytneme plnění za organické duševní poruchy (diagnózy F00 – F09) a také za diagnózu schizofrenie (F20). Tyto diagnózy musí být dle vyšetření jednoznačně prokazatelné. ▸ Podmínkou výplaty pojistného plnění je, že k uznání invalidity 3. stupně nebo přiznání příspěvku na péči nebo uznání invalidity 2. stupně dojde v důsledku onemocnění nejdříve po jednom roce od počátku tohoto pojištění, v případě pojištění invalidity 1. stupně nejdříve po jednom a půl roce od počátku tohoto pojištění. ▸ Pokud zvýšíte pojistnou částku a pojištěný je uznán invalidním nebo je mu přiznán příspěvek na péči, v obou případech výlučně z důvodu nemoci, vzniká nárok na takto zvýšené pojistné plnění až pro pojistné události, které nastanou po uplynutí jednoho roku, resp. jednoho a půl roku (pouze pro 1. stupeň invalidity) od data účinnosti této změny. ▸ Pokud zvýšíte pojistnou částku a pojištěný je uznán invalidním nebo je mu přiznán příspěvek na péči výlučně v důsledku úrazu, vyplatíme pojistnou částku platnou ke dni vzniku úrazu. ▸ Splnění podmínky jednoho roku, resp. jednoho a půl roku nevyžadujeme, pokud nám pojištěný jednoznačně prokáže, že onemocnění, pro které byl uznán invalidním příslušného stupně, resp. pro které mu byl přiznán příspěvek na péči, nastalo a bylo diagnostikováno po počátku pojištění. O splnění těchto podmínek máme právo rozhodnout na základě odborné lékařské expertizy. ▸ Splnění podmínky jednoho roku, resp. jednoho a půl roku dále nevyžadujeme při změně varianty pojistné částky nebo způsobu klesání, pokud zároveň nezvýšíte pojistnou částku.

Datum vzniku pojistné události	▸ Datum vzniku pojistné události je den, od kterého byl pojištěný uznán ČSSZ invalidním určitého stupně, a to ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení a těchto pojistných podmínek, nebo mu byl přiznán příspěvek na péči.
Výluky a omezení plnění	▸ V případě invalidity 3. stupně nebo dlouhodobé péče a invalidity 2. stupně neposkytneme plnění za diagnózy F00 – F99 vzniklé v příčinné souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo psychoaktivních látek. ▸ V případě invalidity 1. stupně neposkytneme plnění za diagnózy F00 – F09 a za diagnózu schizofrenie (F20), pokud vzniknou v příčinné souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo psychoaktivních látek. Dále plnění neposkytneme za poruchy duševní a poruchy chování (diagnózy F10 – F99 dle MKN 10), vyjma schizofrenie (F20).
Zánik pojištění	▸ K datu uznání příslušného stupně invalidity nebo přiznání příspěvku na péči zaniká pojištění daného stupně a zároveň nižšího stupně / nižších stupňů, a to v obou variantách pojištění, pokud jsou na smlouvě sjednány. ▸ Po datu uznání příslušného stupně invalidity nebo dlouhodobé péče již nemůžete zvyšovat pojistnou částku ani měnit variantu pojistné částky či variantu pojištění nebo způsob klesání či prodlužovat dobu trvání pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče. Smlouva zůstává nadále v platnosti.

D. POJIŠTĚNÍ ÚVĚRU

Popis pojištění	▸ Pojištění můžete sjednat pro osoby ve věku od dovršených 18 do 65 let. Pojištění končí nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technického období, ve kterém se pojištěný dožije 70 let. ▸ Jedná se o soubor pojištění, v rámci kterého sjednáte jako povinné pojištění smrti a invalidity 3. stupně nebo dlouhodobé péče ve stupni závislosti II a vyšším následkem úrazu nebo nemoci a jako volitelné pojištění invalidity 2. a 1. stupně následkem úrazu nebo nemoci a pojištění pracovní neschopnosti – úraz, nemoc s plněním od 1. dne (PN min. 29 dnů). ▸ **Pojištění smrti a invalidity (všech sjednaných stupňů)** sjednáváte na stejnou pojistnou částku. Pojistná částka je vždy anuitně klesající. ▸ Pro pojištění úvěru můžete sjednat individuální konec, který platí pro všechna pojištění tohoto souboru pojištění. ▸ Předběžné krytí pro pojištění úvěru se vztahuje na pojištění smrti, pojištění invalidity (všech stupňů) nebo dlouhodobé péče i pojištění pracovní neschopnosti. Podmínky předběžného krytí jsou popsány výše v **článku 10 Předběžné krytí** těchto SPP. ▸ **Pojištění pracovní neschopnosti** v rámci pojištění úvěru můžete sjednat pro osoby, které jsou v pracovním poměru nebo vykonávají práci na základě dohody o pracovní činnosti nebo mají pravidelné příjmy ze samostatné výdělečné činnosti. ▸ Pracovní neschopností se ve smyslu těchto podmínek rozumí situace, kdy pojištěný nemůže dle lékařského rozhodnutí žádným způsobem, a to ani přechodně, vykonávat a ani nevykonává své obvyklé povolání nebo jakoukoliv jinou samostatně výdělečnou, popř. řídící nebo kontrolní činnost, a dále jsou dodrženy ostatní podmínky smlouvy stanovené pro pojištění pracovní neschopnosti. Na základě tohoto lékařského rozhodnutí pak byl pojištěnému v souladu s platnými právními předpisy vystaven doklad o pracovní neschopnosti.
Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplaty	▸ **U pojištění smrti** je pojistnou událostí smrt pojištěného, pokud k pojistné události došlo v době trvání pojištění a zároveň došlo ke splnění všech podmínek stanovených ve smlouvě. ▸ V případě úmrtí pojištěného vyplatíme obmyšlenému pojistnou částku platnou ke dni úmrtí, není-li dále uvedeno jinak. ▸ Po dvou letech od počátku pojištění považujeme za pojistnou událost i smrt v důsledku onemocnění a úrazů, které nastaly, byly diagnostikovány nebo jakkoliv léčeny přede dnem počátku pojištění. Pojistné plnění vyplatíme v souladu se smlouvou. ▸ **Pro pojištění invalidity** je pojistná událost popsána v článku 10 Doplňková a úrazová složka pojištění bod C. Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče těchto SPP. ▸ **U pojištění pracovní neschopnosti** sjednaného v rámci pojištění úvěru je pojistnou událostí úraz nebo nemoc, v jejichž důsledku je pojištěný z lékařského hlediska práce neschopen a je nutné léčení, jehož průběh je lékařsky potvrzen vystavenou pracovní neschopností. ▸ Pojistné plnění vyplatíme zpětně od 1. dne pracovní neschopnosti, a to za každý den pracovní neschopnosti včetně sobot, nedělí a svátků, v případě splnění podmínky trvání pracovní neschopnosti min. 29 dnů. Za každý den pracovní neschopnosti vyplatíme pojištěnému pojistnou částku platnou ke dni vzniku úrazu nebo nemoci. ▸ Pro osoby samostatně výdělečně činné (dále jen „OSVČ“) neplátce nemocenského pojištění je maximální počet dnů, za které vyplatíme pojistné plnění v rámci jedné pojistné události, 548 dnů. ▸ Z pojištění pracovní neschopnosti poskytneme plnění za organické duševní poruchy (diagnózy F00 – F09 dle MKN 10) a také za diagnózu schizofrenie (F20), které jsou dle vyšetření jednoznačně prokazatelné.

Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplaty	▸ Pojistnou událostí je také pracovní neschopnost z důvodu komplikací po kosmetických operacích, které jsou prokazatelně nezaviněné pojištěným. ▸ Pojistné plnění poskytneme také za pracovní neschopnost v důsledku těhotenských komplikací. Maximální počet dnů, za které poskytneme plnění v průběhu jednoho těhotenství, je 30 dnů. ▸ Pro OSVČ neplátce nemocenského pojištění dále platí, že pokud se nemoc nebo úraz, kvůli kterým byla pracovní neschopnost vystavena, opakovaně vyskytne nejdříve po 7 letech od vyléčení, považujeme je za novou pojistnou událost, za kterou poskytneme pojistné plnění v součtu opět za max. 548 dnů. Vyléčením rozumíme stav, kdy se příznaky nemoci nebo úrazu neprojevily způsobem, který by bylo nutné zaznamenat do zdravotnické dokumentace, nebo způsobem, který by vyžadoval léčbu a vystavení pracovní neschopnosti. ▸ V případě dlouhodobé pracovní neschopnosti můžeme pojištěnému na základě hlášení pojistné události pro zálohové plnění poskytnout opakované zálohové plnění. O takové plnění nás může pojištěný požádat nejdříve po jednom měsíci od vzniku pojistné události. Opakované zálohové plnění můžeme poskytnout za každý ukončený měsíc pracovní neschopnosti. ▸ Bude-li vystavená pracovní neschopnost ve srovnání s průměrnou délkou léčení pro uvedený úraz nebo onemocnění neúměrně dlouhá, upravíme celkový rozsah pojistného plnění na základě relevantních informací od našeho smluvního lékaře. ▸ V případě vzniku nového úrazu, resp. nové nemoci v době trvání pracovní neschopnosti je toto novou pojistnou událostí pouze v případě, kdy nový úraz, resp. nová nemoc není v žádné příčinné souvislosti s úrazem, resp. nemocí již diagnostikovanou. Pokud došlo současně k pracovní neschopnosti pro více úrazů, resp. nemocí, vyplatíme pojistné plnění maximálně do výše celkové doby léčení, po kterou vznikl nárok na plnění, a to pouze jednou. ▸ V případě, že dojde k souběhu pracovní neschopnosti z důvodu nemoci a úrazu, započítává se souběžná doba léčení v pracovní neschopnosti pouze jednou. ▸ Opakované léčení totožné diagnózy úrazu nebo nemoci, pro kterou byla v průběhu trvání pojištění vystavena pracovní neschopnost, je považováno za jednu pojistnou událost. ▸ Pokud nemoc, pro kterou byla pracovní neschopnost vystavena, nastala v době trvání pracovního poměru, resp. v době, kdy byl pojištěný aktivní OSVČ, vyplatíme pojistné plnění i v případě, že došlo v průběhu trvání pracovní neschopnosti k ukončení pracovního poměru, resp. k přerušení provozování živnosti. Pojistné plnění poskytneme dle potvrzené doby trvání pracovní neschopnosti, max. však po dobu 30 dnů od data ukončení pracovního poměru, resp. od data přerušení provozování živnosti. ▸ V případě, kdy bude pojištěnému vystavena pracovní neschopnost z důvodu jedné z nemocí definovaných v článku 10, bodě B těchto SPP, poskytneme pojistné plnění za celou potvrzenou dobu trvání pracovní neschopnosti (u OSVČ neplátců nemocenského pojištění poskytneme pojistné plnění za dobu léčení potvrzenou lékařem). ▸ Pokud k úrazu, pro který byla pracovní neschopnost vystavena, došlo v době trvání pracovního poměru, resp. v době, kdy byl pojištěný aktivní OSVČ, vyplatíme pojistné plnění i v případě, že došlo v průběhu trvání pracovní neschopnosti k ukončení pracovního poměru, resp. k přerušení provozování živnosti. Pojistné plnění poskytneme dle potvrzené doby trvání pracovní neschopnosti, max. však dle Oceňovací tabulky plnění za léčení úrazu platné v době vzniku úrazu. ▸ Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění, vyjma ukončení uplynutím doby trvání pojištění.
Datum vzniku pojistné události	▸ **U pojištění smrti** je datem vzniku pojistné události den úmrtí pojištěného. ▸ **U pojištění invalidity** je popsáno v článku 10 Doplňková a úrazová složka pojištění bod C. Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče těchto SPP. ▸ **U pojištění pracovní neschopnosti** je datem vzniku pojistné události den, kdy byla pojištěnému lékařsky potvrzena pracovní neschopnost.
Čekací doba	▸ **U pojištění pracovní neschopnosti** sjednaného v pojištění úvěru je základní čekací doba pro nemoc dva měsíce od počátku tohoto pojištění. ▸ Zvláštní čekací doba pro nemoc v délce osmi měsíců je stanovena pro pracovní neschopnost z důvodu těhotenství, včetně těhotenských komplikací, zubního ošetření, zhotovení zubních náhrad a úkonů chirurgie a ortopedie čelisti. ▸ Pokud zvýšíte pojistnou částku tohoto pojištění, běží pro navýšenou část ode dne účinnosti změny nová čekací doba. V případě navýšení pojistné částky budeme za onemocnění, které nastalo, bylo diagnostikováno nebo prvotně léčeno již před tímto navýšením, plnit ve výši pojistné částky platné ke dni vzniku onemocnění. V případě navýšení pojistné částky budeme za úraz, který nastal již před tímto navýšením, plnit ve výši pojistné částky platné ke dni vzniku úrazu. ▸ Nárok na výplatu pojistného plnění za pracovní neschopnost z důvodu preventivních léčebných zákroků z důvodu genetických předpokladů rakoviny vzniká nejdříve po dvou letech od počátku tohoto pojištění.
Povinnosti pojištěného	▸ **Pro pojištění pracovní neschopnosti** jsou povinnosti pojištěného popsány v článku 10 Doplňková a úrazová složka pojištění bod L. Pojištění pracovní neschopnosti – nemoc těchto SPP.

Výluky a omezení plnění	▸ **Pojištění smrti** zanikne bez výplaty pojistného plnění a bez nároku na vrácení zaplaceného pojistného, dojde-li k pojistné události způsobené přímo či nepřímo válečnými událostmi, vojenskými nebo bojovými akcemi jakéhokoliv druhu (války, invaze, nepřátelské nebo válečné operace, občanské války). ▸ Dojde-li ke smrti následkem sebevraždy: – do dvou let od počátku pojištění, zaniká pojištění bez výplaty pojistného plnění a bez nároku na vrácení zaplaceného pojistného, – po dvou letech od počátku pojištění, vyplatíme pojistnou částku platnou ke dni úmrtí, – v případech, kdy došlo v průběhu posledních 2 let před sebevraždou ke zvýšení pojistné částky pojištění smrti, vyplatíme pojistnou částku platnou před tímto zvýšením. Pojistné plnění vyplatíme obmyšlenému nebo v souladu se zákonem. ▸ **U pojištění invalidity** jsou výluky popsány v článku 10 Doplňková a úrazová složka pojištění bod C. Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče těchto SPP. ▸ **U pojištění pracovní neschopnosti** jsou výluky popsány v článku 10 Doplňková a úrazová složka pojištění bod L. Pojištění pracovní neschopnosti – nemoc těchto SPP.
Zánik pojištění	▸ K datu uznání pojištěného invalidním (jakéhokoliv ze sjednaných stupňů), nebo k datu přiznání příspěvku na péči, nebo smrtí pojištěného zanikají všechna sjednaná pojištění tohoto souboru pojištění. V případě plnění z pojištění pracovní neschopnosti žádné pojištění nezaniká.

E. POJIŠTĚNÍ ZPROŠTĚNÍ OD PLACENÍ POJISTNÉHO Z DŮVODU INVALIDITY NEBO DLOUHODOBÉ PÉČE

Popis pojištění	▸ Pojištění můžete sjednat ve věku od dovršených 18 do 62 let. ▸ Pojištění končí nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technického období, ve kterém se dožijete 65 let. ▸ Pojištění můžete sjednat a nárok na zproštění od placení vzniká, pouze pokud jste na smlouvě zároveň pojištěnou osobou. ▸ Pojištění zproštění od placení pojistného si sjednáváte pro případ invalidity 2. nebo 3. stupně nebo pro případ závislosti na dlouhodobé péči ve stupni II a vyšším (dále jen „příspěvek na péči“).
Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplaty	▸ Pojistnou událostí je: a) uznání invalidity 2. nebo 3. stupně ČSSZ ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení a ustanovení smlouvy, ke kterému došlo v průběhu trvání pojištění, nebo b) přiznání příspěvku na péči v souladu se zákonem o sociálních službách, ke kterému došlo v průběhu trvání pojištění. ▸ Zproštění od placení pojistného začíná ode dne nejbližší splatnosti pojistného po uznání invalidity nebo po přiznání příspěvku na péči a týká se pojistného za jeden rok trvání pojištění. Povinnost platit pojistné přechází na nás. ▸ Pokud máte ve smlouvě sjednána i další pojištění (z doplňkové a úrazové složky pojištění), vztahuje se zproštění od placení pojistného i na tato pojištění. ▸ Nárok na zproštění od placení pojistného musí vzniknout nejpozději do dosažení 65 let věku. ▸ Podmínkou výplaty pojistného plnění je, že k uznání invalidity 2. nebo 3. stupně nebo přiznání příspěvku na péči dojde v důsledku onemocnění nejdříve po jednom roce od počátku tohoto pojištění. ▸ Splnění podmínky jednoho roku nevyžadujeme, pokud nám jednoznačně prokážete, že onemocnění, pro které jste byl uznán invalidním 2. nebo 3. stupně, resp. pro které vám byl přiznán příspěvek na péči, nastalo a bylo diagnostikováno po počátku pojištění. O splnění těchto podmínek máme právo rozhodnout na základě odborné lékařské expertizy. ▸ Pokud zvýšíte běžné pojistné a jste uznán invalidním nebo je vám přiznán příspěvek na péči, v obou případech výlučně z důvodu nemoci, budete zproštěn v rozsahu navýšeného pojistného až pro pojistné události, které nastanou po uplynutí jednoho roku od data účinnosti navýšení pojistného. ▸ Pokud zvýšíte běžné pojistné a jste uznán invalidním nebo je vám přiznán příspěvek na péči výlučně v důsledku úrazu, budete zproštěn v rozsahu pojistného platného ke dni vzniku úrazu. ▸ Od placení vás zprostíme i v případě uznání invalidity 2. nebo 3. stupně nebo přiznání příspěvku na péči z důvodu diagnózy F00 – F99 (poruchy duševní a poruchy chování dle MKN 10). ▸ V případě zániku pojištění zproštění od placení pojistného můžete, pokud jste současně i 1. pojištěným, písemně požádat o opětovné sjednání pojištění zproštění od placení pojistného.
Datum vzniku pojistné události	▸ Datem vzniku pojistné události je den, od kterého jste byl ČSSZ uznán invalidním 2. nebo 3. stupně, a to ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení a těchto pojistných podmínek, nebo vám byl přiznán příspěvek na péči.

Povinnosti pojištěného	▸ Pokud prokážete, že jste stále invalidní, že stále pobíráte příspěvek na péči, nebo pokud prodloužíme platnost odborného posudku o vašem zdravotním stavu, zproštění se prodlužuje vždy na další rok. Pokud odejdete do starobního důchodu a tuto skutečnost nám nahlásíte, nemusíte již potvrzení o trvání invalidity nebo o příspěvku na péči předkládat. ▸ Na naši žádost jste povinen prokázat, že jste stále invalidní 2. nebo 3. stupně nebo že stále pobíráte příspěvek na péči. ▸ Pokud jste zproštěn od placení pojistného, jste povinen nás bez zbytečného odkladu informovat o skutečnosti, že již nejste uznán invalidním nebo že se výrazně zlepšil váš zdravotní stav (nebo že vám byl odejmut příspěvek na péči). Jestliže se dozvíme, že jste tyto informace zatajil, budeme na pojistné, od jehož placení jste byl neoprávněně zproštěn, uplatňovat ustanovení uvedené v článku 17 VPP. ▸ V době trvání zproštění od placení pojistného nemůžete provádět technické změny ve smlouvě.
Výluky a omezení plnění	▸ Od placení vás nezprostíme v případě invalidity 2. nebo 3. stupně nebo dlouhodobé péče z důvodu diagnózy F00 – F99 vzniklé v příčinné souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo psychoaktivních látek.
Zánik pojištění	▸ Zproštění od placení pojistného končí nejpozději uplynutím doby, na kterou bylo placení pojistného sjednáno, pokud jsme se ve smlouvě nedohodli jinak.

F. POJIŠTĚNÍ INVALIDITY NEBO DLOUHODOBÉ PÉČE S VÝPLATOU DOŽIVOTNÍ RENTY

Popis pojištění	▸ Pojištění můžete sjednat pro osoby ve věku od dovršených 18 do 62 let. ▸ Pojištění končí nejpozději posledním dnem měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěný dožije 65 let. ▸ Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s výplatou doživotní renty sjednáváte pro případ invalidity 3. stupně, resp. pro případ dlouhodobé péče ve stupni závislosti II a vyšším (dále jen „příspěvek na péči“).
Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplaty	▸ Pojistnou událostí je: a) uznání invalidity 3. stupně ČSSZ ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení a ustanovení smlouvy, ke kterému došlo v průběhu trvání pojištění, nebo b) přiznání příspěvku na péči v souladu se zákonem o sociálních službách, ke kterému došlo v průběhu trvání pojištění. ▸ V případě vzniku pojistné události začneme od následujícího kalendářního měsíce vyplácet rentu ve výši pojistné částky platné k datu vzniku pojistné události, a to v obdobích dohodnutých ve smlouvě. ▸ Před zahájením výplaty renty lze požádat o změnu sjednaného měsíčního období pro výplatu renty na období čtvrtletní, pololetní nebo roční. Po zahájení výplaty renty již nelze zažádat o změnu období pro výplatu renty. ▸ Rentu vyplácíme po dobu jednoho roku. ▸ Výplatu renty prodlužujeme vždy na další rok, pokud pojištěný prokáže, že je stále invalidní nebo stále pobírá příspěvek na péči, nebo pokud prodloužíme platnost odborného posudku o jeho zdravotním stavu. ▸ Podle našich pojistně-technických zásad se každoročně zvyšuje výše vyplácené renty o podíl na výnosech z rozdělení pojistně-technických přebytků fondu rezerv pojistného. Pokud pojištěný přestane být invalidní nebo přestane pobírat příspěvek na péči, vyplatíme rentu naposledy za období, ve kterém ještě podmínky výplaty splňoval. ▸ V případě invalidity 3. stupně nebo dlouhodobé péče poskytneme plnění i za diagnózy F00 – F99 (poruchy duševní a poruchy chování dle MKN 10). ▸ V případě, že si pojištěný nevyzvedne tři po sobě jdoucí platby vyplácené renty, můžeme rozhodnout o pozastavení výplaty, a to až do doby, dokud pojištěný nedoloží, že výplata této renty může pokračovat. ▸ V případě ukončení výplaty renty (pojištěný ve smyslu těchto pojistných podmínek přestal být invalidním nebo přestal pobírat příspěvek na péči) můžete písemně požádat o opětovné sjednání pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s výplatou doživotní renty. ▸ Podmínkou výplaty pojistného plnění je, že k uznání invalidity 3. stupně nebo přiznání příspěvku na péči dojde v důsledku onemocnění nejdříve po jednom roce od počátku tohoto pojištění. ▸ Splnění podmínky jednoho roku nevyžadujeme, pokud nám pojištěný jednoznačně prokáže, že onemocnění, pro které byl uznán invalidním 3. stupně, resp. pro které mu byl přiznán příspěvek na péči, nastalo a bylo diagnostikováno po počátku pojištění. O splnění těchto podmínek máme právo rozhodnout na základě odborné lékařské expertizy. ▸ Rentu vyplatíme naposledy za období, ve kterém dojde k úmrtí pojištěného.

Datum vzniku pojistné události	▸ Datem vzniku pojistné události je den, od kterého byl pojištěný ČSSZ uznán invalidním 3. stupně, a to ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení a těchto pojistných podmínek, nebo mu byl přiznán příspěvek na péči.
Povinnosti pojištěného	▸ Na naši žádost je pojištěný povinen prokázat, že je ve smyslu těchto pojistných podmínek stále invalidní nebo že stále pobírá příspěvek na péči. ▸ Pojištěný, kterému vyplácíme rentu, je nás povinen bez zbytečného odkladu informovat o skutečnosti, že již není uznán invalidním nebo již nepobírá příspěvek na péči nebo že se výrazně zlepšil jeho zdravotní stav. ▸ Pokud pojištěný odejde do starobního důchodu a tuto skutečnost nám nahlásí, nemusí již potvrzení o trvání invalidity či pobírání příspěvku na péči předkládat.
Výluky a omezení plnění	▸ V případě invalidity 3. stupně nebo dlouhodobé péče neposkytneme plnění za diagnózy F00 – F99 dle MKN 10 vzniklé v příčinné souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo psychoaktivních látek.
Zánik pojištění	▸ Zahájením výplaty renty zaniká pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s výplatou doživotní renty.

G. POJIŠTĚNÍ TRVALÝCH NÁSLEDKŮ NEMOCI

Popis pojištění

- Pojištění můžete sjednat pro osoby ve věku od dovršených 18 do 65 let.
- Pojištění končí nejdéle poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěný dožije 70 let.
- Pro toto pojištění můžete sjednat individuální konec.

Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplaty

- Pojistnou událostí je potvrzení trvalého následku nemoci, který nastal v době trvání pojištění, odborným lékařem, nebo provedení jedné z níže uvedených operací v době trvání pojištění, nebo vystavení lékařského posudku, který potvrzuje zdravotní důvody ztráty schopnosti řídit automobil, nebo provedení asistované reprodukce.
- Pojistné plnění vyplácíme max. do výše příslušného procenta pojistné částky platné ke dni vzniku pojistné události, a to dle tabulky uvedené níže. Po vyplacení plnění za první pojistnou událost již nemůžete zvyšovat pojistnou částku ani prodlužovat dobu trvání pojištění. Maximální možné plnění je ve výši 400 % pojistné částky.

Procento plnění z PČ	25 %	100 %	400 %
Ztráta sluchu	Hluchota na 1 ucho	Vážná ztráta sluchu	Hluchota
Ztráta řeči		Vážná ztráta řeči	Úplná ztráta řeči
Ztráta zraku	Slepota na 1 oko	Silná slabozrakost	Slepota
Následky selhávání orgánů	Trvalá kolostomie Trvalá ileostomie Parenterální výživa (dlouhodobá)	Trvalá tracheostomie Trvalé podávání O_2	Konečné stadium onemocnění ledvin, plic, jater, srdce, slinivky
Ochrnutí	Ochrnutí 1 končetiny Obrna lícního nervu	Ochrnutí 2 končetin	Ochrnutí 3 nebo 4 končetin
Amputace končetin	Amputace 1 končetiny	Amputace 2 končetin	Amputace 3 nebo 4 končetin
Ztráta schopnosti řídit automobil	Ztráta schopnosti řídit automobil		
Asistovaná reprodukce IVF	Asistovaná reprodukce IVF		

Ztráta sluchu

Hluchota na 1 ucho

- O jednostrannou hluchotu se jedná v případě, kdy pojištěný na jedno ucho téměř nebo vůbec neslyší. Projevuje se zejména neschopností rozlišit směr přicházejícího zvuku a ztrátou schopnosti rozlišit zvuky přicházející z postižené strany, projevující se zejména zhoršením rozumění řeči v hluku.
- Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem a doložena průměrnou sluchovou ztrátou sluchovým prahem 70–90 dB při 500, 1 000, 2 000 a 4 000 Hz na zdravějším uchu při vyšetření tónovým audiogramem.

Ztráta sluchu	**Vážná ztráta sluchu** ▸ Trvalá, nenávratná, významná část ztráty sluchu obou uší způsobená nemocí. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem a doložena průměrnou sluchovou ztrátou sluchovým prahem 41–80 dB při 500, 1 000, 2 000 Hz na zdravějším uchu při vyšetření tónovým audiogramem. **Hluchota** ▸ Úplná, trvalá, nenávratná ztráta sluchu obou uší jako následek nemoci, jejíž stav nelze změnit lékařským zákrokem. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem a doložena průměrnou sluchovou ztrátou sluchovým prahem vyšším než 81 dB při 500, 1 000, 2 000 Hz na zdravějším uchu při vyšetření tónovým audiogramem.
Ztráta zraku	**Slepota na jedno oko** ▸ Úplná, trvalá, nevratná ztráta zraku na jednom oku (bez ohledu na stav oka druhého) způsobená nemocí, která nemůže být korigována lékařskou léčbou. ▸ Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem. **Silná slabozrakost** ▸ Těžká ztráta zraku obou očí způsobená nemocí, která nemůže být korigována optickou korekcí, refraktivní chirurgií, medikací nebo jinou operací. ▸ Těžká ztráta zraku je prokazatelná zrakovou ostrostí 6/60 nebo méně (0,10 nebo méně) na zdravějším oku s nejlepší postupnou korekcí nebo omezením zorného pole v rozsahu méně než 20° od bodu fixace na zdravějším oku s nejlepší dostupnou korekcí. ▸ Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem. **Slepota** ▸ Úplná, trvalá, nenávratná ztráta zraku obou očí; patří sem i téměř úplná ztráta zraku s minimálním zbytkovým viděním (max. 3/60) nebo omezení zorného pole (pod 20°). Stav nelze změnit žádným lékařským zákrokem. ▸ Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem.
Ztráta řeči	**Vážná ztráta řeči** ▸ Trvalá, nevratná, významná ztráta schopnosti řeči v důsledku nemoci. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem. ▸ Psychogenní ztráta schopnosti mluvit není kryta. Právo na pojistné plnění nevznikne, jde-li o vznik postižení v důsledku psychického stavu (tj. veškeré příčiny související s psychiatrickými diagnózami) a v případě, že příčinou vzniku onemocnění je kouření. **Úplná ztráta řeči** ▸ Úplná, trvalá, nenávratná ztráta schopnosti řeči v důsledku nemoci. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem. ▸ Za pojistnou událost považujeme i stav po laryngektomii (odstranění hrtanu). Psychogenní ztráta schopnosti mluvit není kryta. Právo na pojistné plnění nevznikne, jde-li o vznik postižení v důsledku psychického stavu (tj. veškeré příčiny související s psychiatrickými diagnózami) a v případě, že příčinou vzniku onemocnění je kouření.
Následky selhávání orgánů	**Trvalá kolostomie** ▸ Podstoupení chirurgického zákroku, jehož účelem je vytvořit kolostomii. Kolostomií se rozumí umělé vyústění konce tlustého střeva prostřednictvím vývodu (stomie) skrze břišní stěnu. ▸ Potřeba trvalé kolostomie musí být potvrzena odborným lékařem. ▸ Pojistnou událostí není jakákoliv dočasná kolostomie, která je odstraněna nebo u níž se odstranění předpokládá do 12 měsíců od jejího zavedení (chirurgického zákroku). **Trvalá ileostomie** ▸ Podstoupení chirurgického zákroku, jehož účelem je vytvořit ileostomii. Ileostomií se rozumí umělé vyústění konce tenkého střeva prostřednictvím vývodu (stomie) skrze břišní stěnu. ▸ Potřeba trvalé ileostomie musí být potvrzena odborným lékařem. ▸ Pojistnou událostí není jakákoliv dočasná ileostomie, která je odstraněna nebo u níž se odstranění předpokládá do 12 měsíců od jejího zavedení (chirurgického zákroku). **Parenterální výživa (dlouhodobá)** ▸ Je umělá, náhradní výživa, která organismu zajišťuje podávání energetických substrátů a živin přímo do krevního řečiště, tedy mimo zažívací trakt, s cílem udržet dlouhodobě uspokojivý nutriční stav a stav vnitřního prostředí (pojištěného). ▸ Parenterální výživa je aplikována centrální žilou a slouží k dlouhodobé komplexní výživě. Podávání parenterální výživy musí být dlouhodobé nebo trvalé. **Trvalá tracheostomie** ▸ Podstoupení chirurgického zákroku, jehož účelem je vytvořit umělé vyústění průdušnice na povrch těla prostřednictvím rozříznutí stěny průdušnice nebo vytvoření otvoru v průdušnici, za účelem umožnit pojištěnému dýchání bez využití nosu nebo úst.

Následky selhávání orgánů	▸ Potřeba trvalé tracheostomie musí být potvrzena odborným lékařem. ▸ Pojistnou událostí není jakákoliv dočasná tracheostomie, která je odstraněna nebo u níž se odstranění předpokládá do 12 měsíců od jejího zavedení (chirurgického zákroku). **Trvalé podávání kyslíku** ▸ Oxygenoterapie je léčba pomocí inhalace kyslíku, který je považován za léčivo. ▸ Terapie je určena nemocným s plicními i mimoplicními chorobami. ▸ Kyslíková terapie znamená podávání kyslíku v koncentraci vyšší, než je v atmosférickém vzduchu. ▸ Cílem je udržet parciální tlak kyslíku v tepenné krvi (paO_2) nad 8,0 kPa a zajistit přiměřenou dávku kyslíku tkáním. ▸ Podávání kyslíku musí být min. 16 hodin denně. **Konečné stadium onemocnění ledvin, plic, jater, srdce, slinivky** ▸ Je konečné stadium onemocnění/selhávání některého z uvedených orgánů – obou ledvin, plic, jater, srdce nebo slinivky – následkem chronického a nevratného poškození vzniklého v důsledku jejich onemocnění. ▸ Diagnóza musí být potvrzena příslušným odborným lékařem. ▸ Pojistnou událostí není dočasné selhání některého z uvedených orgánů. ▸ Vyloučeno je poškození (onemocnění/selhávání) uvedených orgánů v souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky.
Ochrnutí	**Ochrnutí 1 končetiny** ▸ Trvalé a úplné ochrnutí jakékoliv končetiny v důsledku onemocnění míchy nebo mozku. V případě horní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od zápěstí níže (ruka), v případě dolní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od kotníku dolů (noha). ▸ Ochrnutí musí trvat více než 6 měsíců a musí být potvrzeno odborným lékařem a podpořeno výsledky klinických a diagnostických testů. ▸ Pojistnou událostí není, dojde-li ke vzniku ochrnutí v souvislosti s: ▸ duševní nemocí nebo poruchou chování, ▸ Guillain-Barrého syndromem, ▸ periodickým nebo hereditárním (dědičným) onemocněním. ▸ Vyloučeno je ochrnutí vzniklé v souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky. **Obrna lícního nervu** ▸ Jedná se o naprostý výpadek funkce lícního (VII. hlavového) nervu na příslušné straně obličeje. Projevuje se výpadkem mimiky poloviny obličeje, objeví se pokleslý koutek rtu a porucha schopnosti dovřít oko (lagoftalmus). ▸ Pojistnou událostí je periferní obrna lícního nervu, která musí být prokázána neurologickým vyšetřením. **Ochrnutí 2 končetin** ▸ Trvalé a úplné ochrnutí jakýchkoliv dvou končetin v důsledku onemocnění míchy nebo mozku. V případě horní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od zápěstí níže (ruka), v případě dolní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od kotníku dolů (noha). ▸ Ochrnutí musí trvat více než 6 měsíců a musí být potvrzeno odborným lékařem a podpořeno výsledky klinických a diagnostických testů. ▸ Pojistnou událostí není, dojde-li ke vzniku ochrnutí v souvislosti s: ▸ duševní nemocí nebo poruchou chování, ▸ Guillain-Barrého syndromem, ▸ periodickým nebo hereditárním (dědičným) onemocněním. ▸ Vyloučeno je ochrnutí vzniklé v souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky. **Ochrnutí 3 nebo 4 končetin** ▸ Trvalé a úplné ochrnutí minimálně tří končetin v důsledku onemocnění míchy nebo mozku. V případě horní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od zápěstí níže (ruka), v případě dolní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od kotníku dolů (noha). ▸ Ochrnutí musí trvat více než 6 měsíců a musí být potvrzeno odborným lékařem a podpořeno výsledky klinických a diagnostických testů. ▸ Pojistnou událostí není, dojde-li ke vzniku ochrnutí v souvislosti s: ▸ duševní nemocí nebo poruchou chování, ▸ Guillain-Barrého syndromem, ▸ periodickým nebo hereditárním (dědičným) onemocněním. ▸ Vyloučeno je ochrnutí vzniklé v souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky.

Amputace končetin	**Amputace 1 končetiny** ▸ Konečná diagnóza kompletního snesení (amputace) jedné končetiny nejméně nad zápěstím v případě horní končetiny, anebo nad kotníkem v případě dolní končetiny, ke kterému došlo v důsledku nemoci (lékařsky indikovaná amputace). ▸ Diagnóza musí být potvrzena příslušným odborným lékařem. **Amputace 2 končetin** ▸ Konečná diagnóza kompletního snesení (amputace) jakýchkoliv dvou končetin nejméně nad zápěstím v případě horní končetiny, anebo nad kotníkem v případě dolní končetiny, ke kterému došlo v důsledku nemoci (lékařsky indikovaná amputace). ▸ Diagnóza musí být potvrzena příslušným odborným lékařem. **Amputace 3 nebo 4 končetin** ▸ Konečná diagnóza kompletního snesení (amputace) minimálně tří končetin nejméně nad zápěstím v případě horní končetiny, anebo nad kotníkem v případě dolní končetiny, ke kterému došlo v důsledku nemoci (lékařsky indikované amputace). ▸ Diagnóza musí být potvrzena příslušným odborným lékařem.
Ztráta schopnosti řídit automobil	▸ Za **ztrátu schopnosti řídit automobil** považujeme trvalou a úplnou ztrátu zdravotní způsobilosti řídit osobní motorové vozidlo v důsledku onemocnění, ke kterému došlo v době trvání pojištění. Nemoc, vada nebo stav vylučující uvedenou zdravotní způsobilost musí být jednoznačné, objektivně zjistitelné a měřitelné všeobecně uznávanými lékařskými metodami. ▸ Ztráta schopnosti řídit automobil se prokazuje lékařským posudkem potvrzujícím zdravotní důvody ztráty způsobilosti včetně lékařské dokumentace dokládající konkrétní diagnózu, která ztrátu této schopnosti způsobila. V případě, že pojištěný byl držitelem řidičského oprávnění, doloží také rozhodnutí správního orgánu o odnětí řidičského oprávnění. ▸ Jsme oprávněni přezkoumat zdravotní stav pojištěného a důvody vedoucí ke ztrátě schopnosti řídit automobil ve smyslu objektivity zdravotních důvodů vedoucích k odnětí řidičského oprávnění, přičemž jako podklad pro posouzení využijeme vyhlášku Ministerstva zdravotnictví o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel v platném znění nebo jiné právní úpravy platné k datu vzniku pojistné události, která navazuje na uvedenou vyhlášku nebo ji nahrazuje. ▸ Pojistnou událostí je také ztráta schopnosti řídit automobil z důvodu organické duševní poruchy (diagnózy F00 – F09 dle MKN 10) a také z důvodu diagnózy schizofrenie (F20). Tyto diagnózy musí být dle vyšetření jednoznačně prokazatelné. ▸ Pojistnou událostí není: ▸ ztráta schopnosti řídit automobil v důsledku užití nebo užívání alkoholu nebo jiných návykových nebo psychotropních látek nebo léčiv, ▸ ztráta schopnosti řídit automobil v důsledku organické duševní poruchy (diagnózy F00 – F09 dle MKN 10) nebo schizofrenie (F20) vzniklé v příčinné souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo psychoaktivních látek a dále poruchy duševní a poruchy chování (diagnózy F10 – F99 dle MKN 10), vyjma schizofrenie (F20), ▸ ztráta zdravotní způsobilosti pojištěného vykonávat řízení jako pracovně-právní činnosti, ▸ stav, kdy pojištěný je „zdravotně způsobilý k řízení motorového vozidla s podmínkou" ve smyslu příslušného právního předpisu (podmínka spočívá v používání nezbytného zdravotnického prostředku, v technické úpravě motorového vozidla nebo v jiných omezeních posuzované osoby), ▸ ztráta schopnosti řídit automobil v případech, kdy pojištěný nevyužil všech dostupných a všeobecně lékařsky uznávaných možností pro odstranění zdravotního problému (např. podstoupení operace), který vedl ke ztrátě schopnosti řídit automobil, ▸ ztráta schopnosti řídit automobil v souvislosti s jakýmikoliv subjektivními důvody bez existence objektivní a jednoznačně měřitelné diagnózy.
Asistovaná reprodukce IVF	▸ **Asistovanou reprodukcí** (In Vitro Fertilizace - dále jen „IVF") rozumíme lékařské postupy léčby neplodnosti, při kterých dochází k manipulaci se zárodečnými buňkami, k oplodnění vajíček mimo tělo a následný přenos embrya do dělohy pojištěné osoby. ▸ Pojištění pro případ asistované reprodukce je určeno výhradně pro pojištěné ženy, kdy je IVF provedeno z důvodu neplodnosti pojištěné ženy. Zdravotní komplikace spojené s neplodností musí být pojištěné ženě stanoveny v době trvání pojištění po čekací době. ▸ K asistované reprodukci musí dojít nejpozději poslední den měsíce předcházejícího měsíci, ve kterém se pojištěná žena dožije 45 let. ▸ Plnění poskytneme za 4. provedenou asistovanou reprodukci. ▸ Asistovanou reprodukci musí provést odborný lékař ve specializovaném zdravotnickém zařízení, které musí být k provádění takovýchto výkonů oprávněno.
Datum vzniku pojistné události	▸ Datem vzniku pojistné události je den, kdy byl pojištěnému potvrzen jeden z výše uvedených trvalých následků nemoci, nebo den provedení operace, nebo den vystavení lékařského posudku, který potvrzuje zdravotní důvody ztráty schopnosti řídit automobil, nebo den provedení asistované reprodukce.

Čekací doba	▸ Čekací doba je tři měsíce od počátku tohoto pojištění a platí jak pro nemoc, ze které trvalý následek vznikl, tak i přímo pro trvalý následek. ▸ V případě, kdy jste v posledních třech měsících před pojistnou událostí zvýšil pojistnou částku pojištění trvalých následků nemoci, vyplatíme pojistnou částku platnou před jejím zvýšením.
Zánik pojištění	▸ Pojištění zaniká dnem, kdy výplata pojistného plnění z pojištění trvalých následků nemoci dosáhne 400 % pojistné částky.

H. POJIŠTĚNÍ SMRTI NÁSLEDKEM ÚRAZU

Popis pojištění	▸ Pojištění můžete sjednat pro osoby ve věku od dovršených 18 do 75 let. ▸ Pojištění končí nejdéle s ukončením smlouvy (max. v roce, ve kterém se pojištěný dožije 85 let). ▸ Pro toto pojištění můžete sjednat individuální konec.
Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplaty	▸ Pojistnou událostí je smrt způsobená úrazem. ▸ Pokud smrt nastane v době trvání pojištění a zároveň nejpozději do tří let ode dne úrazu, vyplatíme obmyšlenému (v případě, že v době pojistné události není určen nebo nenabude-li práva na pojistné plnění, postupujeme podle ustanovení článku 12 VPP) pojistnou částku platnou k datu vzniku úrazu. ▸ Byl-li příčinou smrti úraz způsobený při dopravní nehodě dle ustanovení článku 5 těchto SPP, na jehož následky dojde do tří let ode dne úrazu k úmrtí, poskytneme kromě plnění za pojištění smrti následkem úrazu navíc i plnění za smrt následkem úrazu při dopravní nehodě. Plnění vyplatíme ve výši pojistné částky sjednané ve smlouvě ke dni vzniku úrazu, maximálně však 1 mil. Kč.
Datum vzniku pojistné události	▸ Datem vzniku pojistné události je den, kdy dojde k úmrtí následkem úrazu.
Povinnosti oprávněné osoby	▸ Oprávněná osoba je nám povinna ohlásit úmrtí bez zbytečného odkladu, a to i v případě, že úraz již byl ohlášen.
Zánik pojištění	▸ Smrtí pojištěného (jednoho pojištěného), popř. smrtí obou pojištěných (v pojištění dvojic), pojištění zaniká. Smrtí poslední dospělé pojištěné osoby zaniká celá smlouva.

I. POJIŠTĚNÍ TRVALÝCH NÁSLEDKŮ ÚRAZU

Popis pojištění	▸ Pojištění můžete sjednat pro osoby ve věku od dovršených 18 do 75 let. ▸ Pojištění končí nejdéle s ukončením smlouvy (max. v roce, ve kterém se pojištěný dožije 85 let). ▸ Pro toto pojištění můžete sjednat individuální konec, který platí pro všechny sjednané varianty na smlouvě. ▸ Pojištění trvalých následků úrazu sjednáváme ve variantě s progresivním plněním od 0,5 % tělesného poškození a/nebo ve variantě s progresivním plněním od 10 % tělesného poškození. Každou z těchto variant můžete sjednat se čtyřnásobnou progresí, nebo desetinásobnou progresí Plus. Pro každou variantu můžete sjednat rozdílnou pojistnou částku. ▸ Se zahrnutím čtyřnásobné progrese vám vyplatíme pojistné plnění podle příslušného % tělesného poškození takto: ▸ od 0,5 % a/nebo od 10 % do 25 % včetně – z jednonásobku pojistné částky, ▸ nad 25 % do 50 % včetně – z dvojnásobku pojistné částky, ▸ nad 50 % do 75 % včetně – z trojnásobku pojistné částky, ▸ nad 75 % do 100 % včetně – ze čtyřnásobku pojistné částky. ▸ Se zahrnutím desetinásobné progrese Plus vám vyplatíme pojistné plnění podle příslušného % tělesného poškození takto: ▸ od 0,5 % a/nebo od 10 % do 20 % včetně – z jednonásobku pojistné částky, ▸ nad 20 % do 30 % včetně – z dvojnásobku pojistné částky, ▸ nad 30 % do 40 % včetně – z trojnásobku pojistné částky, ▸ nad 40 % do 50 % včetně – ze čtyřnásobku pojistné částky, ▸ nad 50 % do 60 % včetně – z pětinásobku pojistné částky, ▸ nad 60 % do 70 % včetně – z šestinásobku pojistné částky, ▸ nad 70 % do 80 % včetně – ze sedminásobku pojistné částky, ▸ nad 80 % do 90 % včetně – z osminásobku pojistné částky, ▸ nad 90 % do 99,99 % včetně – z devítinásobku pojistné částky, ▸ 100 % – z desetinásobku pojistné částky.

Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplaty	▸ Pojistnou událostí je úraz, který pojištěnému nejpozději do tří let od úrazu zanechá trvalé následky definované v „Oceňovací tabulce plnění za trvalé následky úrazu“ (dále jen „oceňovací tabulka“) platné ke dni sjednání nabídky. ▸ Výši pojistného plnění za trvalé následky úrazu určujeme podle dále uvedených zásad a podle oceňovací tabulky. Oceňovací tabulka je součástí smlouvy a její aktuální verze je k dispozici na našich webových stránkách. ▸ Zanechá-li pojištěnému úraz trvalé následky, které dosáhnou minimálně 0,5 % a/nebo 10 % tělesného poškození, vyplatíme mu z pojistné částky pojistné plnění vypočtené podle příslušného % poškození. ▸ Poškození se stanoví jako součet procent pro jednotlivá ustálená tělesná poškození, nejvýše však do výše 100 %, a to podle oceňovací tabulky (k ustálení dochází obvykle nejdříve po jednom roce ode dne úrazu, s výjimkou případů, kdy je rozsah trvalého tělesného poškození jednoznačně zřejmý před uplynutím této doby). Pokud se tělesná poškození neustálila do tří let ode dne úrazu, považujeme pro účely této smlouvy taková tělesná poškození za ustálená uplynutím této doby s výjimkou případů, kdy pojištěný nedodržel doporučovaný léčebný režim. ▸ Stanoví-li oceňovací tabulka procentní rozpětí, určujeme příslušné % poškození tak, aby v rámci daného rozpětí odpovídalo plnění povaze a rozsahu tělesného poškození způsobeného úrazem. ▸ Nemůžeme-li plnit proto, že trvalé následky úrazu nejsou po uplynutí jednoho roku ode dne úrazu ještě ustáleny, avšak je již znám jejich minimální rozsah po ustálení a tento odpovídá min. 0,5 % a/nebo 10 %, můžeme pojištěnému na základě hlášení pojistné události poskytnout zálohu. ▸ Týkají-li se jednotlivé trvalé následky po jednom nebo více úrazech téhož údu, orgánu nebo jejich částí, hodnotíme je jako celek, a to nejvýše procentem stanoveným v oceňovací tabulce pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného údu, orgánu nebo jejich části. ▸ Případné opakované ohodnocení trvalých následků lze provést na žádost pojištěného pouze u odborného lékaře, kterého určíme, a to ke třem letům od úrazu na náklady pojištěného. ▸ Pokud je to nezbytné, získáváme relevantní informace na základě lékařské expertizy od odborného lékaře. Odborný lékař vyhotoví expertizu, tj. zjištění zdravotního stavu nebo příčiny smrti na základě dodaných lékařských zpráv nebo zdravotnické dokumentace od všech ošetřujících lékařů a v případě potřeby i na základě prohlídky nebo vyšetření. Konečnou výši rozsahu trvalých následků úrazu stanovujeme my. ▸ Nejsou-li jakékoliv trvalé následky úrazů obsaženy v oceňovací tabulce, jsme oprávněni stanovit výši pojistného plnění v součinnosti s naším smluvním lékařem. K určení celkové výplaty pojistného plnění použijeme hodnoty uvedené v oceňovací tabulce pro trvalé následky, které jsou daným trvalým následkům svou povahou nejbližší.
Datum vzniku pojistné události	▸ Datem vzniku pojistné události je den, kdy došlo k úrazu. Za jeden rok od tohoto dne začíná běžet promlčecí lhůta.
Povinnosti pojištěného	▸ Po ustálení trvalých následků je nám pojištěný povinen nahlásit pojistnou událost, požádat nás o zajištění ohodnocení trvalých následků a dodržet termín a místo ohodnocení rozsahu trvalých následků, které jsme stanovili.
Výluky a omezení plnění	▸ Nárok na plnění za trvalé následky úrazu zaniká, dojde-li k úmrtí následkem úrazu do jednoho roku ode dne, kdy k úrazu došlo, a doposud jsme nevyplatili pojistné plnění. ▸ Není-li možno získat relevantní informace nutné k posouzení trvalých následků, nárok na pojistné plnění za trvalé následky úrazu nevzniká. ▸ Týkají-li se trvalé následky úrazu části těla nebo orgánů, které měl pojištěný poškozeny již před úrazem, snižujeme % poškození za trvalé následky o tolik procent, kolika odpovídalo předcházející poškození, určené též podle oceňovací tabulky.
Zánik pojištění	▸ Toto pojištění pojistnou událostí nezaniká.

J. POJIŠTĚNÍ DENNÍHO ODŠKODNÉHO – ÚRAZ

Popis pojištění	▸ Pojištění můžete sjednat pro osoby ve věku od dovršených 18 do 75 let. ▸ Pojištění končí nejdéle s ukončením smlouvy (max. v roce, ve kterém se pojištěný dožije 85 let). ▸ Pro toto pojištění můžete sjednat individuální konec, který platí pro všechny sjednané varianty na smlouvě. ▸ Pojištění denního odškodného sjednáváte pro případ úrazů, které pojištěný prokazatelně utrpěl v době trvání pojištění a které jsou definované v „Oceňovací tabulce max. plnění denního odškodného“ (dále jen „oceňovací tabulka DO“). ▸ Oceňovací tabulku DO máme právo doplňovat a měnit, je součástí smlouvy a její aktuální verze je k dispozici na našich webových stránkách. ▸ Pojištění můžete sjednat ve variantě s dobou léčení min. 8 dnů a/nebo ve variantě s dobou léčení min. 29 dnů (dále jen „varianta pojištění“). Každou z těchto variant pojištění můžete sjednat bez progrese, nebo s progresí.

Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplaty	▸ Pojistnou událostí je úraz, který pojištěný utrpěl v době trvání pojištění a který je definován v oceňovací tabulce DO platné v době vzniku úrazu. ▸ Pojistné plnění vyplatíme, pokud je doba léčení podle oceňovací tabulky DO alespoň 8 dnů, resp. 29 dnů. Pojistné plnění vyplatíme na základě lékařské zprávy o úrazu, maximálně však v počtu dnů uvedených v oceňovací tabulce DO. ▸ Není-li jakékoliv tělesné poškození obsaženo v oceňovací tabulce DO, jsme oprávněni stanovit výši pojistného plnění v součinnosti s naším smluvním lékařem. K určení celkové výplaty pojistného plnění použijeme hodnoty uvedené v oceňovací tabulce DO, které jsou danému poškození svou povahou nejbližší. ▸ Se zahrnutím progrese vyplácíme pojistné plnění takto: ▸ následně od 85. dne léčení úrazu – jako dvojnásobek sjednané pojistné částky, ▸ následně od 183. dne léčení úrazu – jako trojnásobek sjednané pojistné částky. ▸ Maximální počet dnů, za které vyplatíme pojistné plnění v rámci jedné pojistné události, je 365 dnů, včetně varianty s progresivním plněním. ▸ V případě dlouhodobého léčení úrazu můžeme pojištěnému na základě hlášení pojistné události pro zálohové plnění poskytnout opakované zálohové plnění. O takové plnění nás může pojištěný požádat nejdříve po jednom měsíci od vzniku pojistné události. Opakované zálohové plnění můžeme poskytnout za každý ukončený měsíc léčení úrazu. ▸ V případě souběhu doby léčení více úrazů započítáváme souběžnou dobu léčení pouze jednou. ▸ Způsobil-li pojištěnému jeden úraz několik tělesných poškození různých druhů, zaplatíme pouze za léčení u nejvážnějšího úrazu s výjimkou plnění za polytraumata, kdy budeme postupovat podle konkrétního kódu a specifického ujednání uvedeného v oceňovací tabulce DO. ▸ Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění, vyjma ukončení uplynutím doby trvání pojištění.
Datum vzniku pojistné události	▸ Datem vzniku pojistné události je den, kdy došlo k úrazu.
Výluky a omezení plnění	▸ Při vstupu do pojištění a případně i při likvidaci pojistné události jsme oprávněni ověřit výši příjmu pojištěného a v případě snížení příjmu a tomu neodpovídající výši pojistné částky, která je stanovena v závislosti na průměrném čistém měsíčním příjmu, máme právo zkrátit pojistné plnění. Tabulka pro stanovení maximální výše pojistné částky je k dispozici na našich webových stránkách. ▸ Pokud pojištěný jako profesionální sportovec nastoupí v době léčení úrazu k zápasu nebo soutěži, nevzniká nárok na výplatu pojistného plnění. Pojistné plnění v těchto případech vyplatíme pouze za lékařem potvrzenou dobu léčení, max. však do dne předcházejícího dni, ve kterém pojištěný jednoznačně vykonával svou pracovní činnost.
Zánik pojištění	▸ Toto pojištění pojistnou událostí nezaniká.

K. POJIŠTĚNÍ HOSPITALIZACE

Popis pojištění	▸ Pojištění hospitalizace můžete sjednat jako pojištění hospitalizace následkem úrazu a/nebo jako pojištění hospitalizace následkem úrazu nebo nemoci. ▸ Pojištění hospitalizace – **úraz nebo nemoc** můžete sjednat pro osoby ve věku od dovršených 18 do 70 let. Pojištění hospitalizace – **úraz** můžete sjednat pro osoby ve věku od dovršených 18 do 75 let. ▸ Pojištění hospitalizace – **úraz nebo nemoc** končí nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěný dožije 75 let. ▸ Pojištění hospitalizace – **úraz** končí nejdéle s ukončením smlouvy (max. v roce, ve kterém se pojištěný dožije 85 let). ▸ Pro toto pojištění můžete sjednat individuální konec, který může být pro každou z variant rozdílný.
Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplaty	▸ Pojistnou událostí je pobyt pojištěného na lůžkovém oddělení nemocnice, pokud pojištěný musí být ošetřen nebo léčen v nemocnici za účelem vyšetření nebo stanovení diagnózy či pro závažnost úrazu, nemoci, těhotenství, potratu, porodu, nebo charakteru jejich ošetření, vyšetření či léčení, kdy podmínkou poskytnutí plnění je, že k propuštění pojištěného dojde nejdříve následující den po přijetí. Plnění pak vyplatíme od 1. dne léčení (vč. sobot, nedělí a svátků); za každý den hospitalizace ve výši pojistné částky platné ke dni vzniku úrazu nebo nemoci. ▸ Maximální počet dnů, za které vyplatíme pojistné plnění v rámci jedné pojistné události, je 730 dnů. ▸ V případě hospitalizace poskytneme plnění za organické duševní poruchy (diagnózy F00 – F09 dle MKN 10), a také za diagnózu schizofrenie (F20). Tyto diagnózy musí být dle vyšetření jednoznačně prokazatelné.

Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplaty	▸ Pojistnou událostí je také hospitalizace z důvodu komplikací po kosmetických operacích, které jsou prokazatelně nezaviněné pojištěným. Pojistné plnění poskytneme v případě, kdy je pojištěný hospitalizován s komplikacemi po kosmetické operaci a zároveň má po tuto dobu vystavenou pracovní neschopnost. Osoba samostatně výdělečně činná, která je poplatníkem nemocenského pojištění, dokládá potvrzení správy sociálního zabezpečení o čerpání nemocenských dávek. Osoba samostatně výdělečně činná, která není poplatníkem nemocenského pojištění, prokazuje nárok na plnění potvrzením lékaře o době léčení, na kterou by jinak pracovní neschopnost vystavena byla. ▸ Pojistné plnění poskytneme také v případě nepřetržité hospitalizace dítěte z důvodu poporodních komplikací potvrzených odborným lékařem, ale pouze při splnění podmínky, že hospitalizace z důvodu poporodních komplikací bezprostředně navazuje na porod. Plnění vyplácíme pouze jednou z pojištění hospitalizace matky, a to i v případě, kdy matka není s dítětem hospitalizována. Maximální počet dnů, za které vyplatíme pojistné plnění v rámci jedné pojistné události, je v tomto případě 30 dnů. ▸ V případě dlouhodobého pobytu v nemocnici můžeme na základě hlášení pojistné události pro zálohové plnění poskytnout opakované zálohové plnění. O takové plnění nás může pojištěný požádat nejdříve po jednom měsíci od vzniku pojistné události. Opakované zálohové plnění můžeme poskytnout za každý ukončený měsíc pobytu v nemocnici. Spolu s každou žádostí nám musí pojištěný doložit také potvrzení lékaře o trvání pobytu v nemocnici z důvodu léčení a důvod hospitalizace. ▸ Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění, vyjma ukončení uplynutím doby trvání pojištění.
Datum vzniku pojistné události	▸ Datem vzniku pojistné události je den, kdy pojištěný nastoupil do nemocnice.
Čekací doba	▸ Základní čekací doba pro hospitalizaci z důvodu nemoci je dva měsíce od počátku tohoto pojištění. Tato čekací doba se nevztahuje na akutní infekční onemocnění nastalé po počátku pojištění, pokud je nutná hospitalizace na specializovaném infekčním oddělení nebo oddělení s obdobným režimem. Pokud je příčinou pojistné události jiné akutní onemocnění, u kterého se jednoznačně prokáže, že nemůže mít příčinnou souvislost s onemocněními, obtížemi nebo projevy, které se vyskytly před počátkem pojištění, může pojišťovna rozhodnout o poskytnutí pojistného plnění i v případě vzniku pojistné události v čekací době. ▸ Zvláštní čekací doba v délce tří měsíců je stanovena pro hospitalizaci výlučně z důvodu těhotenství, v délce osmi měsíců pro hospitalizaci výlučně z důvodu porodu, zubního ošetření, zhotovení zubních náhrad a úkonů chirurgie nebo ortopedie čelisti. ▸ Pokud zvýšíte pojistnou částku u tohoto pojištění, běží pro navýšenou část ode dne účinnosti změny nová čekací doba. ▸ V případě navýšení pojistné částky budeme za úraz nebo onemocnění, které nastalo, bylo diagnostikováno nebo prvotně léčeno již před tímto navýšením, plnit ve výši pojistné částky platné ke dni vzniku úrazu nebo onemocnění. ▸ Nárok na výplatu pojistného plnění za hospitalizaci za účelem preventivních léčebných zákroků z důvodu genetických předpokladů rakoviny vzniká nejdříve po dvou letech od počátku tohoto pojištění.
Výluky a omezení plnění	▸ Pojistné plnění z pojištění hospitalizace se nevztahuje na: – léčebné pobyty v lázních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, s výjimkou případů, kdy je pobyt nutný z důvodu předešlé hospitalizace a je nezbytný pro další léčení z důvodu vážných stavů po nemoci, úrazu a vážných pooperačních stavů. Dále neplníme za pobyt v psychiatrických léčebnách a zařízeních, s výjimkou případů, kdy je pobyt nutný z důvodu diagnózy F00 – F09 (organické duševní poruchy dle MKN 10), resp. se jedná o pobyt z důvodu diagnózy F10 – F99 dle MKN 10, která nastala v důsledku předchozí nemoci, která není ve výluce. Maximální počet dnů, za které poskytneme pojistné plnění za následný léčebný pobyt či pobyt v psychiatrické léčebně, v rámci jedné pojistné události je 30 dnů (pobyty ze sociálních důvodů jsou vyloučeny). Neplníme také za pobyty v zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie nebo závislosti, a to včetně následné pracovní neschopnosti, a dále za pobyty v zařízeních souvisejících s pečovatelskou službou, jakož i ve speciálních dětských zařízeních a v ústavech sociální péče. – zákroky a zásahy z lékařského hlediska ne nezbytné, které si nechal pojištěný provést na svém těle, jako např. kosmetické zákroky, – preventivní léčebné zákroky z důvodů genetických předpokladů rakoviny, pokud faktory ovlivňující zdravotní stav dle MKN 10 byly zjištěny před počátkem pojištění, – organické duševní poruchy (diagnózy F00 – F09 dle MKN 10) a také na diagnózu schizofrenie (F20), které vznikly v příčinné souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo psychoaktivních látek, – poruchy duševní a poruchy chování z důvodu nemoci dle MKN 10 diagnózy F10 – F99, vyjma schizofrenie (F20).
Zánik pojištění	▸ Toto pojištění pojistnou událostí nezaniká.

L. POJIŠTĚNÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI – NEMOC

Popis pojištění	▸ Pojištění můžete sjednat pro osoby ve věku od dovršených 18 do 70 let, pokud jsou v pracovním poměru nebo vykonávají práci na základě dohody o pracovní činnosti nebo mají pravidelné příjmy ze samostatné výdělečné činnosti. ▸ Pojištění končí nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technického období, ve kterém se pojištěný dožije 75 let. ▸ Pojištění můžete sjednat ve variantě (dále jen „varianta plnění"): PN15 (s plněním následně od 15. dne) a/nebo PN29: a) s plněním následně od 29. dne nebo b) s plněním od 1. dne a/nebo PN57 (s plněním následně od 57. dne) ▸ Pro zvolené varianty plnění můžete sjednat stejnou či různou pojistnou částku. ▸ Pro toto pojištění můžete sjednat individuální konec, který platí pro všechny sjednané varianty plnění.
Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplaty	▸ Pojistnou událostí je nemoc, v jejímž důsledku je pojištěný z lékařského hlediska práce neschopen a je nutné jeho léčení, jehož průběh je lékařsky potvrzen vystavenou pracovní neschopností. ▸ Pojistné plnění vyplatíme za každou zvolenou variantu plnění, a to za každý den pracovní neschopnosti včetně sobot, nedělí a svátků. Pojistné plnění vyplatíme pojištěnému ve výši pojistné částky platné ke dni vzniku nemoci. ▸ Pro osoby samostatně výdělečně činné (dále jen "OSVČ") neplátce nemocenského pojištění je maximální počet dnů, za které vyplatíme pojistné plnění v rámci jedné pojistné události, 548. Pro OSVČ neplátce nemocenského pojištění dále platí, že pokud se nemoc, kvůli které byla pracovní neschopnost vystavena, opakovaně vyskytne nejdříve po 7 letech od vyléčení, považujeme ji za novou pojistnou událost, za kterou poskytneme pojistné plnění v součtu opět za max. 548 dnů. Vyléčením rozumíme stav, kdy se příznaky nemoci neprojevily způsobem, který by bylo nutné zaznamenat do zdravotnické dokumentace, nebo způsobem, který by vyžadoval léčbu a vystavení pracovní neschopnosti. ▸ Z pojištění pracovní neschopnosti poskytneme plnění za organické duševní poruchy (diagnózy F00 – F09 dle MKN 10) a také za diagnózu schizofrenie (F20), které jsou dle vyšetření jednoznačně prokazatelné. ▸ Pojistnou událostí je také pracovní neschopnost z důvodu komplikací po kosmetických operacích, které jsou prokazatelně nezaviněné pojištěným. ▸ Pojistné plnění poskytneme také za pracovní neschopnost v důsledku těhotenských komplikací. Maximální počet dnů, za které poskytneme plnění v průběhu jednoho těhotenství, je 30 dnů. ▸ V případě dlouhodobé pracovní neschopnosti můžeme pojištěnému na základě hlášení pojistné události pro zálohové plnění poskytnout opakované zálohové plnění. O takové plnění nás může pojištěný požádat nejdříve po jednom měsíci od vzniku pojistné události. Opakované zálohové plnění můžeme poskytnout za každý ukončený měsíc pracovní neschopnosti. ▸ Bude-li vystavená pracovní neschopnost ve srovnání s průměrnou délkou léčení pro uvedenou nemoc neúměrně dlouhá, upravíme celkový rozsah pojistného plnění na základě relevantních informací od našeho smluvního lékaře. ▸ V případě vzniku nové nemoci v době trvání pracovní neschopnosti je toto novou pojistnou událostí pouze v případě, kdy nová nemoc není v žádné příčinné souvislosti s nemocí již diagnostikovanou. ▸ Pokud došlo současně k pracovní neschopnosti pro více nemocí, vyplatíme pojistné plnění maximálně do výše celkové doby léčení, po kterou vznikl nárok na plnění, a to pouze jednou. ▸ Opakované léčení totožné diagnózy nemoci, pro kterou byla v průběhu trvání pojištění vystavena pracovní neschopnost, považujeme za jednu pojistnou událost. ▸ Pokud pojistná událost nastala v době trvání pracovního poměru, resp. v době, kdy byl pojištěný aktivní OSVČ, vyplatíme pojistné plnění i v případě, že došlo v průběhu trvání pracovní neschopnosti k ukončení pracovního poměru, resp. k přerušení provozování živnosti. Pojistné plnění poskytneme dle sjednané varianty plnění a potvrzené doby trvání pracovní neschopnosti, max. však po dobu 30 dnů od data ukončení pracovního poměru, resp. od data přerušení provozování živnosti. ▸ V případě, kdy bude pojištěnému vystavena pracovní neschopnost z důvodu jedné z nemocí definovaných v článku 7, bodě B těchto SPP, poskytneme pojistné plnění dle sjednané varianty plnění za celou potvrzenou dobu trvání pracovní neschopnosti (u OSVČ neplátců nemocenského pojištění poskytneme pojistné plnění dle sjednané varianty plnění za dobu léčení potvrzenou lékařem). ▸ Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění, vyjma ukončení uplynutím doby trvání pojištění.
Datum vzniku pojistné události	▸ Datem vzniku pojistné události je den, kdy lékař pojištěnému potvrdil pracovní neschopnost.

Čekací doba	▸ Základní čekací doba pro nemoc je dva měsíce od počátku tohoto pojištění. ▸ Zvláštní čekací doba pro nemoc v délce osmi měsíců je stanovena pro pracovní neschopnost z důvodu těhotenství, včetně těhotenských komplikací, zubního ošetření, zhotovení zubních náhrad a úkonů chirurgie a ortopedie čelisti. ▸ Pokud zvýšíte pojistnou částku u tohoto pojištění, běží pro navýšenou část ode dne účinnosti změny nová čekací doba. V případě navýšení pojistné částky budeme za onemocnění, které nastalo, bylo diagnostikováno nebo prvotně léčeno již před tímto navýšením, plnit ve výši pojistné částky platné ke dni vzniku onemocnění. ▸ Nárok na výplatu pojistného plnění za pracovní neschopnost z důvodu preventivních léčebných zákroků z důvodu genetických předpokladů rakoviny vzniká nejdříve po dvou letech od počátku tohoto pojištění.
Povinnosti pojištěného	▸ Pro výplatu pojistného plnění z pojištění pracovní neschopnosti je povinností pojištěného předložit: – řádně vyplněné hlášení pojistné události, – kopii dokladu o pracovní neschopnosti, popř. potvrzení správy sociálního zabezpečení o čerpání nemocenských dávek nebo o odhlášení z placení nemocenského pojištění. ▸ Pokud pojištěný není poplatníkem nemocenského pojištění, prokazuje nám nárok na pojistné plnění potvrzením lékaře o době léčení, na kterou by jinak pracovní neschopnost vystavena byla, vč. potvrzení příslušné správy sociálního zabezpečení, že není účasten nemocenského pojištění. ▸ Osoby na rodičovské dovolené a starobní důchodci dokládají navíc potvrzení o aktivním podnikání ke dni vzniku pojistné události. ▸ OSVČ, které nejsou plátci nemocenského pojištění, jsou povinny na naši výzvu prokázat (například prostřednictvím faktur či pokladních dokladů) skutečnosti týkající se jejich samostatné výdělečné činnosti před pojistnou událostí, v jejím průběhu a po jejím ukončení. ▸ Pojištěný je povinen co možná nejdříve zajistit zaslání všech dokladů, které si od něj vyžádáme (v českém jazyce – u originálů pořízených v cizím jazyce s opatřením překladu úředně uznávanou osobou). ▸ Pojištěný je povinen dodržovat stanovený léčebný režim, rady lékaře a všemi způsoby napomáhat svému celkovému uzdravení. ▸ Na požádání je pojištěný povinen podrobit se dodatečnému vyšetření u našeho smluvního lékaře. ▸ Pojištěný je povinen nám nahlásit změnu nebo ukončení pracovního poměru, samostatné výdělečné činnosti, popř. odchod do starobního důchodu, invalidního důchodu nebo uznání invalidity, a to do 15 dnů od data, kdy některý z výše uvedených důvodů nastal. ▸ Spolu s každým hlášením pojistné události musí pojištěný doložit potvrzení lékaře o trvání léčení diagnostikované nemoci v pracovní neschopnosti.
Výluky a omezení plnění	▸ Pojištění pracovní neschopnosti se nevztahuje na: – léčebné pobyty v lázních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, s výjimkou případů, kdy je pobyt nutný z důvodu léčení vážných stavů po nemoci v pracovní neschopnosti. Dále se pojištění nevztahuje na pobyt v psychiatrických léčebnách a zařízeních, s výjimkou případů, kdy je pobyt nutný z důvodu diagnózy F00 – F09 (organické duševní poruchy dle MKN 10), resp. se jedná o pobyt z důvodu diagnózy F10 – F99 dle MKN 10, která nastala v důsledku předchozí nemoci, která není ve výluce. Plnění poskytneme za podmínky, že je pobyt v lázních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, psychiatrických léčebnách a zařízeních nutný z důvodu daného léčení a zároveň započne do 1 roku od ukončení pracovní neschopnosti z důvodu léčení nemoci, přičemž nemusí na pracovní neschopnost bezprostředně navazovat. Maximální počet dnů, za které poskytneme pojistné plnění za léčebný pobyt či pobyt v psychiatrické léčebně, v rámci jedné pojistné události je 30 dnů (pobyty ze sociálních důvodů jsou vyloučeny). Pojištění se nevztahuje také na pobyty v zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie nebo závislosti a dále na pobyty v zařízeních souvisejících s pečovatelskou službou, jakož i ve speciálních dětských zařízeních a v ústavech sociální péče. – preventivní léčebné zákroky z důvodů genetických předpokladů rakoviny, pokud faktory ovlivňující zdravotní stav dle MKN 10 byly zjištěny před počátkem pojištění, – organické duševní poruchy (diagnózy F00 – F09 dle MKN 10) a také na diagnózu schizofrenie (F20), které vznikly v příčinné souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo psychoaktivních látek, – poruchy duševní a poruchy chování z důvodu nemoci dle MKN 10 diagnózy F10 – F99, vyjma schizofrenie (F20), – porod, předčasný porod, přerušení těhotenství nebo potrat, ke kterému nedošlo z důvodu těhotenských komplikací, – dobu, kdy pojištěný nebyl v pracovním poměru, a to i v případě, že pojistná událost vznikla v ochranné lhůtě dle zákona o nemocenském pojištění, ani nevykonával práci na základě dohody o pracovní činnosti, ani ke dni vzniku pojistné události nebyl OSVČ v evidenci příslušné správy sociálního zabezpečení (např. u osob na rodičovské dovolené, nezaměstnaných, důchodců nebo studentů),

Výluky a omezení plnění	– zákroky a zásahy z lékařského hlediska ne nezbytné, které si nechal pojištěný provést na svém těle, jako např. kosmetické zákroky. ▸ Za onemocnění následkem úrazu neposkytneme pojistné plnění souběžně za období (za stejné kalendářní dny), za které vyplácíme pojistné plnění za dobu léčení úrazu, ani za dobu léčení následující poté, co jsme již přiznali pojistné plnění za trvalé následky úrazu, který byl příčinou onemocnění. ▸ Při vstupu do pojištění a případně i při likvidaci pojistné události jsme oprávněni ověřit výši příjmu pojištěného a v případě snížení příjmu a tomu neodpovídající výši pojistné částky, která je stanovena v závislosti na průměrném čistém měsíčním příjmu, máme právo zkrátit pojistné plnění. Tabulka pro stanovení maximální výše pojistné částky je k dispozici na našich webových stránkách.
Zánik pojištění	▸ Toto pojištění pojistnou událostí nezaniká.

Připojištění úrazu k pracovní neschopnosti

Popis pojištění	▸ Připojištění úrazu k pracovní neschopnosti je možné sjednat pouze tehdy, je-li sjednáno pojištění pracovní neschopnosti – nemoc. ▸ Pro toto připojištění platí pojistná částka, varianta plnění a individuální konec dle pojištění pracovní neschopnosti – nemoc.
Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplaty	▸ Pojistnou událostí je úraz, v jehož důsledku je pojištěný z lékařského hlediska práce neschopen a je nutné jeho léčení, jehož průběh je lékařsky potvrzen vystavenou pracovní neschopností. ▸ Pojistné plnění vyplatíme ve výši pojistné částky a varianty plnění platné pro pojištění pracovní neschopnosti – nemoc ke dni vzniku úrazu. ▸ Pro OSVČ neplátce nemocenského pojištění je maximální počet dnů, za které pojištěnému vyplatíme pojistné plnění v rámci jedné pojistné události, 548. Pro OSVČ neplátce nemocenského pojištění dále platí, že pokud se úraz, kvůli kterému byla pracovní neschopnost vystavena, opakovaně vyskytne nejdříve po 7 letech od vyléčení, považujeme ho za novou pojistnou událost, za kterou poskytneme pojistné plnění v součtu opět za max. 548 dnů. Vyléčením rozumíme stav, kdy se příznaky úrazu neprojevily způsobem, který by bylo nutné zaznamenat do zdravotnické dokumentace, nebo způsobem, který by vyžadoval léčbu a vystavení pracovní neschopnosti. ▸ V případě dlouhodobé pracovní neschopnosti můžeme pojištěnému na základě hlášení pojistné události pro zálohové plnění poskytnout opakované zálohové plnění. O takové plnění nás může pojištěný požádat nejdříve po jednom měsíci od vzniku pojistné události. Opakované zálohové plnění můžeme poskytnout za každý ukončený měsíc pracovní neschopnosti. ▸ Bude-li vystavená pracovní neschopnost ve srovnání s průměrnou délkou léčení pro uvedený úraz neúměrně dlouhá, upravíme celkový rozsah pojistného plnění na základě relevantních informací od našeho smluvního lékaře. ▸ V případě vzniku nového úrazu v době trvání pracovní neschopnosti je toto novou pojistnou událostí pouze v případě, kdy nový úraz není v žádné příčinné souvislosti s již diagnostikovaným úrazem. ▸ Pokud došlo současně k pracovní neschopnosti pro více úrazů, vyplatíme pojistné plnění maximálně do výše celkové doby léčení, po kterou vznikl nárok na plnění, a to pouze jednou. ▸ V případě, že dojde k souběhu pracovní neschopnosti z důvodu nemoci a úrazu, započítává se souběžná doba léčení v pracovní neschopnosti pouze jednou – vztahuje se na případy, kdy je nemoc v příčinné souvislosti s úrazem. ▸ Opakované léčení totožné diagnózy úrazu, pro kterou byla v průběhu trvání pojištění vystavena pracovní neschopnost, považujeme za jednu pojistnou událost. ▸ Pokud pojistná událost nastala v době trvání pracovního poměru, resp. v době, kdy byl pojištěný aktivní OSVČ, vyplatíme pojistné plnění i v případě, že došlo v průběhu trvání pracovní neschopnosti k ukončení pracovního poměru, resp. k přerušení provozování živnosti. Pojistné plnění poskytneme dle sjednané varianty plnění a potvrzené doby trvání pracovní neschopnosti, max. však za celkový počet dnů uvedený pro daný úraz v oceňovací tabulce DO platné v době vzniku pojistné události (počet dnů uvedený v tabulce DO budeme počítat od data vzniku úrazu). ▸ Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění, vyjma ukončení uplynutím doby trvání pojištění.
Datum vzniku pojistné události	▸ Datem vzniku pojistné události je den, kdy lékař pojištěnému potvrdil pracovní neschopnost.
Čekací doba	▸ Čekací doba se na připojištění úrazu k pracovní neschopnosti nevztahuje. ▸ V případě navýšení pojistné částky budeme za úraz, který nastal již před tímto navýšením, plnit ve výši pojistné částky platné ke dni vzniku úrazu.
Povinnosti pojištěného	▸ Povinnosti pojištěného jsou stejné jako u pojištění pracovní neschopnosti – nemoc.

Výluky a omezení plnění	▸ Připojištění úrazu k pracovní neschopnosti se nevztahuje na: – léčebné pobyty v lázních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, s výjimkou případů, kdy je pobyt nutný z důvodu léčení vážných stavů po úrazu v pracovní neschopnosti. Plnění poskytneme za podmínky, že je pobyt v lázních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách nutný z důvodu daného léčení a zároveň započne do 1 roku od ukončení pracovní neschopnosti z důvodu léčení úrazu, přičemž nemusí na pracovní neschopnost bezprostředně navazovat. Maximální počet dnů, za které poskytneme pojistné plnění za léčebný pobyt, v rámci jedné pojistné události je 30 dnů (pobyty ze sociálních důvodů jsou vyloučeny). Pojištění se nevztahuje také na pobyty v zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie nebo závislosti a dále na pobyty v zařízeních souvisejících s pečovatelskou službou, jakož i ve speciálních dětských zařízeních a v ústavech sociální péče. – dobu, kdy pojištěný nebyl v pracovním poměru, a to i v případě, že pojistná událost vznikla v ochranné lhůtě dle zákona o nemocenském pojištění, ani nevykonával práci na základě dohody o pracovní činnosti, ani ke dni vzniku pojistné události nebyl OSVČ v evidenci příslušné správy sociálního zabezpečení (např. u osob na rodičovské dovolené, nezaměstnaných, důchodců nebo studentů), – zákroky a zásahy z lékařského hlediska ne nezbytné, které si nechal pojištěný provést na svém těle, jako např. kosmetické zákroky.
Zánik pojištění	▸ Toto pojištění pojistnou událostí nezaniká.

M. POJIŠTĚNÍ OŠETŘOVÁNÍ – ÚRAZ NEBO NEMOC

Popis pojištění	▸ Pojištění můžete sjednat pro osoby ve věku od dovršených 18 do 65 let. Pojištění končí nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěný dožije 70 let. ▸ Pro toto pojištění můžete sjednat individuální konec.
Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplaty	▸ Pojistnou událostí je úraz nebo nemoc, v jejichž důsledku rozhodl ošetřující lékař pojištěného o vzniku potřeby nepřetržitého ošetřování pojištěného. ▸ Pojistná událost nastává také v případě, kdy je ošetřující osoba nepřetržitě přítomna s pojištěným v nemocnici. ▸ Rozhodnutí ošetřujícího lékaře máme právo prověřit na základě odborného posouzení zpracovaného naším smluvním lékařem. ▸ Pojistné plnění vyplatíme následně od 29. dne ošetřování, a to za každý den ošetřování včetně sobot, nedělí a svátků. Pojistné plnění vyplatíme pojištěnému ve výši pojistné částky platné ke dni vzniku úrazu nebo nemoci. ▸ Maximální počet dnů, za které vyplatíme pojistné plnění v rámci jedné pojistné události, je 365 dnů. ▸ V případě dlouhodobého ošetřování můžeme pojištěnému na základě hlášení pojistné události pro zálohové plnění poskytnout opakované zálohové plnění. O takové plnění nás může pojištěný požádat nejdříve po dvou měsících od vzniku pojistné události. Opakované zálohové plnění můžeme poskytnout za každý ukončený měsíc ošetřování. ▸ V případě vzniku nového úrazu, resp. nové nemoci v době trvání ošetřování je toto novou pojistnou událostí pouze v případě, kdy nový úraz, resp. nová nemoc není v žádné příčinné souvislosti s úrazem, resp. nemocí již diagnostikovanou. ▸ Pokud došlo současně k ošetřování pro více úrazů, resp. nemocí, vyplatíme pojistné plnění maximálně do výše celkové doby ošetřování, po kterou vznikl nárok na plnění, a to pouze jednou. ▸ V případě, že dojde k souběhu ošetřování z důvodu nemoci a úrazu, započítává se souběžná doba ošetřování pouze jednou. Opakované léčení totožné diagnózy úrazu nebo nemoci, pro kterou je stanoveno ošetřování, považujeme za jednu pojistnou událost. ▸ V případě ošetřování poskytneme plnění za organické duševní poruchy (diagnózy F00 – F09 dle MKN 10), které jsou dle vyšetření jednoznačně prokazatelné. ▸ Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění, vyjma ukončení uplynutím doby trvání pojištění.
Datum vzniku pojistné události	▸ Datem vzniku pojistné události je den, kdy lékař pojištěnému potvrdil nutnost ošetřování.
Čekací doba	▸ Základní čekací doba pro nemoc je dva měsíce od počátku tohoto pojištění. ▸ Pokud zvýšíte pojistnou částku u tohoto pojištění, běží pro navýšenou část ode dne účinnosti změny nová čekací doba. ▸ V případě navýšení pojistné částky budeme za úraz nebo onemocnění, které nastalo, bylo diagnostikováno nebo prvotně léčeno již před tímto navýšením, plnit ve výši pojistné částky platné ke dni vzniku úrazu nebo onemocnění.

Výluky a omezení plnění	▸ Pojistné plnění z pojištění ošetřování se nevztahuje na: – doprovod při léčebných pobytech v lázních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, s výjimkou případů, kdy pobyt bezprostředně navazuje na hospitalizaci a je nezbytný pro další léčení z důvodu vážných stavů po nemoci, úrazu a vážných pooperačních stavů (vyloučeny jsou pobyty ze sociálních důvodů). Neplníme také za doprovod při pobytu pojištěného v psychiatrických léčebnách nebo zařízeních, zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie nebo závislosti a dále při pobytech v zařízeních souvisejících s pečovatelskou službou, jakož i ve speciálních dětských zařízeních a v ústavech sociální péče, – těhotenské komplikace, porod, předčasný porod, přerušení těhotenství, hrozící potrat nebo potrat, – organické duševní poruchy (diagnózy F00 – F09 dle MKN 10) vzniklé v příčinné souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo psychoaktivních látek, – poruchy duševní a poruchy chování z důvodu nemoci dle MKN 10 diagnózy F10 – F99, – zákroky a zásahy z lékařského hlediska ne nezbytné, které si pojištěný nechal provést na svém těle, jako např. kosmetické zákroky.
Zánik pojištění	▸ Toto pojištění pojistnou událostí nezaniká.

N. ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ INFOLINKA MAJÁK

Popis pojištění	▸ Pojištění můžete sjednat pouze pro jednoho dospělého pojištěného a až 5 osob jemu blízkých (ve smyslu § 22 občanského zákoníku). Odchylně od článku 2 odst. 1 Všeobecných pojistných podmínek pro FLEXI rizikové životní pojištění – OSORZP 2 nevyžadujeme u těchto blízkých osob, aby nabídku či žádost o změnu podepsali, pokud se na ně vztahuje pouze toto pojištění. ▸ Pojištění můžete sjednat pro jednu osobu ve věku od dovršených 18 do 75 let. Pojištění končí nejpozději posledním dnem měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěný dožije 85 let.
Pojistná událost a podmínky pojistného plnění	▸ Pojistným plněním z tohoto pojištění jsou následující služby: **a) Rychlé informace z oblasti zdravotnictví** – informace o poskytovatelích zdravotních služeb včetně těch, kteří zajišťují pohotovost (adresa, rozsah poskytované péče, provozní doba, kontakty na jednotlivá oddělení nebo lékaře), – informace o lékárnách (adresa, provozní doba, kontakty), – informace o veřejném zdravotním pojištění (rozsah pojištění, výše pojistného, spoluúčasti, systém výběru pojistného, adresy a kontakty na zdravotní pojišťovny), – informace o nároku účastníků veřejného zdravotního pojištění na zdravotní nebo kompenzační pomůcky a lepší léky ze zdravotního pojištění a o možnosti zapůjčení těchto pomůcek. **b) Lékař na telefonu** – konzultace zdravotního stavu oprávněné osoby - postup při zdravotních potížích, vysvětlení příznaků a příčin onemocnění, doporučení dalšího postupu, – vysvětlení běžně užívaných pojmů ve zdravotnictví, odborných medicínských výrazů, latinských pojmů, diagnóz a jejich zkratek užívaných ve zdravotnické dokumentaci, – vysvětlení nálezů z odborných vyšetření, účelu jednotlivých vyšetření, vysvětlení výsledků laboratorních vyšetření (informace o rozmezí jednotlivých hodnot jednotlivých ukazatelů), – konzultace lékařských postupů - vysvětlení obecných postupů léčby, základní informace o časové náročnosti léčby jednotlivých onemocnění, – informace o lécích a jejich účincích - účinné látky v lécích obsažené, možné nežádoucí účinky, informace o doplatcích na léky, – doporučení pojištěnému, na jakého odborného lékaře se má s daným problémem obrátit, – poradna pro těhotné ženy a matky po porodu - doporučení vhodného postupu v dané situaci, jaká vyšetření je vhodné provést a z jakých příčin, – informace před cestou do zahraničí - doporučení nutného očkování a poučení o zdravotních rizicích pro danou lokalitu. **c) Rychlé informace a konzultace z oblasti sociálních věcí** – informace o nárocích plynoucích z důchodového pojištění (starobní, invalidní a pozůstalostní důchody), – informace o nároku na příspěvek na bydlení, příspěvek na péči, příspěvek v hmotné nouzi (příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení a mimořádná okamžitá pomoc), – informace o sociálních dávkách a průkazech mimořádných výhod osobám zdravotně postiženým (příspěvek na opatření zdravotních pomůcek, příspěvek na úpravu bytu, zakoupení vozidla atd.), – informace o možných poskytovatelích sociálních služeb dle situace v místě bydliště oprávněné osoby (poradenské, terénní, asistenční, denní stacionáře, domovy pro seniory, pečovatelské domy atd.),

Pojistná událost a podmínky pojistného plnění	– kontakty na poskytovatele sociálních služeb, – pomoc se zjištěním podmínek pro umístění do vhodného zařízení pro seniory (čekací doba, finanční náklady, zdravotní předpoklady atd.), – zprostředkování kontaktu na odborníky, kteří navrhnou ergonomicky nejlepší řešení přestavby bytu nebo jeho části, – informace o formulářích potřebných pro podání žádosti o sociální dávky, – informace o tom, jak obvykle probíhá dědické řízení. ▸ Informace o nárocích z veřejného zdravotního pojištění a ze sociálního systému jsou určeny výhradně osobám, které jsou oprávněné tyto nároky čerpat podle platné právní úpravy. ▸ Pojistné plnění poskytneme ve formě služeb uvedených v tomto bodě, pokud během trvání tohoto pojištění nastane potřeba oprávněné osoby získat tyto služby z důvodu nemoci, úrazu nebo jiné skutečnosti související s jejím zdravotním stavem.
Čekací doba	▸ Pro toto pojištění není stanovena žádná čekací doba.
Povinnosti pojištěného	▸ Po zavolání na infolinku poskytovatele služeb uvedenou v **Kartičce zdravotní a sociální infolinky MAJÁK** musí oprávněná osoba na vyžádání operátora sdělit číslo pojistné smlouvy, nebo jméno pojištěného, k němuž se toto pojištění vztahuje, a jeho datum narození.
Výluky a omezení plnění	▸ Pojistné plnění neposkytneme v případech uvedených v článku 15 Všeobecných pojistných podmínek pro FLEXI rizikové životní pojištění – OSORZP 2.
Zánik pojištění	▸ Toto pojištění zaniká způsoby uvedenými v článku 16 Všeobecných pojistných podmínek pro FLEXI rizikové životní pojištění – OSORZP 2.
Poskytovatel služeb	▸ Služby popsané výše pro nás zajišťuje náš smluvní partner, společnost GLOBAL ASSISTANCE a.s., se sídlem Dopraváků 749/3, 184 00 Praha 8, IČO 271 81 898 a její smluvní partneři. ▸ Dispečink poskytovatele služeb je dostupný 24 hodin denně 7 dní v týdnu. ▸ Služby poskytované z tohoto pojištění je třeba vyžádat telefonicky – kontakt na poskytovatele služeb je uveden v **Kartičce zdravotní a sociální infolinky MAJÁK**.

ČLÁNEK 8
Dětská pojištění

- V jedné smlouvě můžete sjednat v rámci dětské doplňkové a úrazové složky pojištění až pro pět dětí. U všech pojištěných dětí můžete sjednat různý rozsah pojištění.
- Dítě může vstoupit do pojištění od 0 let do nedovršených 18 let. Pojistné krytí končí standardně poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěné dítě dožije 25 let. Prodloužit dobu trvání pojištění můžete do posledního dne měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěné dítě dožije 30 let, a to prostřednictvím žádosti o změnu sepsané v období mezi dovršenými 18 lety a nedovršenými 25 lety pojištěného dítěte. Po 25. roku věku dítěte již nemůžete zvyšovat pojistné částky u sjednaných pojištění. V tomto období můžete pouze ukončit jednotlivá pojištění nebo celé pojištění dítěte.
- Pojištěný, který dosáhl věku 18 let a na smlouvě je stále veden jako pojištěné dítě, se nemůže stát dospělým pojištěným na téže smlouvě.

V rámci dětské doplňkové a úrazové složky pojištění lze sjednat:
- Pojištění vážných nemocí a úrazů, vč. připojištění na novotvary in situ
- Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče
- Pojištění smrti
- Pojištění trvalých následků úrazu
- Pojištění denního odškodného – úraz
- Pojištění hospitalizace – úraz nebo nemoc
- Pojištění ošetřování – úraz nebo nemoc

Pojistné plnění vyplatíme na základě hlášení pojistné události:
- pojištěnému dítěti, je-li zletilé,
- vám, pokud je pojištěné dítě nezletilé a jste zároveň zákonným zástupcem dítěte,
- zákonnému zástupci, pokud je pojištěné dítě nezletilé, a to za podmínky, že zákonný zástupce pojistnou událost nahlásil a uvedl správné číslo smlouvy.

POJIŠTĚNÍ VÁŽNÝCH NEMOCÍ A ÚRAZŮ

Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplaty	▸ Pojistnou událostí je potvrzení diagnózy některé z vážných nemocí nebo podstoupení některé z operací, k němuž došlo během trvání pojištění, zároveň se příznaky neprojevily před počátkem pojištění ani v čekací době a které splňuje podmínky stanovené ve smlouvě. ▸ Pojistné plnění poskytneme maximálně za jednu pojistnou událost z každé skupiny diagnóz, která nastane v průběhu trvání pojištění, a to vždy ve výši 100 % pojistné částky platné ke dni vzniku pojistné události. ▸ Výplatu pojistného plnění provedeme na základě zaslaného hlášení pojistné události, a to nezávisle na případném dalším plnění z jakéhokoliv jiného pojištění sjednaného ve smlouvě. ▸ Dojde-li k souběhu více pojistných událostí najednou v rámci jedné skupiny (výčet skupin uveden dále), vyplatíme pojistné plnění jen jednou. ▸ Pojistné plnění vyplatíme pouze za předpokladu přežití alespoň 30 kalendářních dnů od data vzniku pojistné události.

Dělení do šesti skupin	**Diagnózy a operační zákroky dělíme do šesti skupin.** ▸ **1. skupina – selhání důležitých orgánů** – totální ledvinové selhání – zařazení do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci životně důležitých orgánů – aplastická anémie – diabetes mellitus I. typu s intenzifikovaným inzulinovým režimem (závislý na inzulinu) ▸ **2. skupina – nervový systém** – paraplegie – tetraplegie (kvadruplegie) – hemiplegie – kóma – roztroušená skleróza – mozková obrna (poliomyelitida) – klíšťová meningoencefalitida – Lymeská nemoc (borrelióza) – meningitida (meningoencefalitida) – encefalitida (meningoencefalitida) – epilepsie – tetanus – významné poškození mozku způsobené úrazem ▸ **3. skupina – kardiovaskulární systém** – infarkt myokardu – cévní mozková příhoda – operace aorty – operace srdeční chlopně – získané chronické srdeční selhání – revmatická horečka ▸ **4. skupina – záněty** – virová hepatitida – operace při komplikacích Crohnovy nemoci (Morbus Crohn) – stavy vedoucí k syndromu krátkého střeva s nutností totální parenterální umělé výživy – astma bronchiale ▸ **5. skupina – nádory** – rakovina (nádorová onemocnění) – nitrolební (intrakraniální) nádor ▸ **6. skupina – ostatní** – slepota – hluchota – ztráta řeči – těžké popáleniny – HIV
1. SKUPINA **Selhání důležitých orgánů**	**Totální ledvinové selhání** – konečné stadium ledvinového selhávání následkem chronického a nezvratného selhání funkce obou ledvin; pojištěné dítě musí podstupovat pravidelnou dialýzu nebo být po transplantaci ledviny. ▸ Nárok na pojistné plnění vzniká i v případě cévních komplikací v návaznosti na diabetes mellitus, při splnění všech definovaných podmínek. **Zařazení do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci životně důležitých orgánů** – životně důležitými orgány pro účely pojištění rozumíme srdce, plíce, játra, ledviny, slinivku břišní, střeva, kdy příjemcem orgánu je pojištěné dítě. Povinnost plnit vzniká dnem zařazení do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci, přičemž transplantace musí být z lékařského hlediska nezbytně nutná a musí být objektivně potvrzeno selhání funkce příslušného orgánu odborným lékařem. **Aplastická anémie** – selhání funkce kostní dřeně (porucha krvetvorby), v jejímž důsledku je v cirkulující krvi nedostatek červených i bílých krvinek a krevních destiček. Podmínkou vzniku pojistné události je splnění všech následujících požadavků: – diagnóza aplastické anémie je potvrzena na základě výsledku punkce kostní dřeně, – počet granulocytů (bílé krvinky s vyzrálými granuly v cytoplasmě) v krvi je nižší než 500/mm^3 (tj. 0,5 × 10^9/l) a krevních destiček nižší než 20 000/mm^3 (tj. 20 × 10^9/l), – je prokázána anémie a retikulocytopenie, – léčení je prováděno minimálně jedním z následujících způsobů: ▸ pravidelné krevní transfúze, ▸ pravidelná aplikace imunosupresivních látek, ▸ transplantace kostní dřeně.

1. SKUPINA **Selhání důležitých orgánů**	▸ Pojistná událost nenastává, jedná-li se o aplastickou anémii, která je následkem terapie (např. antibiotiky, nesteroidními antirevmatiky, zlatem, radiačním zářením nebo chemoterapií), o některou z forem vrozené aplastické anémie nebo o aplastickou anémii, pokud bylo u pojištěného dítěte diagnostikováno nádorové onemocnění před uzavřením tohoto pojištění. Pojistná událost také nenastává v případě, že diagnóza aplastické anémie byla poprvé potvrzena během prvních dvou let od sjednání pojištění a současně toto onemocnění souviselo s chronickou anémií, které si byli pojištěné dítě nebo jeho zákonní zástupci vědomi před uzavřením tohoto pojištění. **Diabetes mellitus I. typu s intenzifikovaným inzulinovým režimem (závislý na inzulinu)** – diabetem pro účely pojištění rozumíme získané chronické onemocnění, v jehož důsledku vznikne stav chronické hyperglykemie; podmínkou vzniku pojistné události je doložení lékařské zprávy s potvrzenou diagnózou diabetes mellitus I. typu, která pro svou závažnost vyžaduje léčení pravidelnými aplikacemi inzulinových injekcí. Vyloučen je diabetes mellitus II. typu vzniklý na základě obezity.
2. SKUPINA **Nervový systém**	**Paraplegie** – úplné a trvalé ochrnutí dolní poloviny těla. Povinnost plnit vzniká nejdříve 6 měsíců od počátku onemocnění po potvrzení diagnózy paraplegie příslušným odborným pracovištěm. Vyloučena jsou částečná a vrozená ochrnutí končetin. **Tetraplegie (kvadruplegie)** – úplné a trvalé ochrnutí všech čtyř končetin. Povinnost plnit vzniká nejdříve 6 měsíců od počátku onemocnění po potvrzení diagnózy tetraplegie příslušným odborným pracovištěm. Vyloučena jsou částečná a vrozená ochrnutí končetin. **Hemiplegie** – úplné a trvalé ochrnutí poloviny těla s úplným a trvalým přerušením vodivosti míchy pro vlákna zajišťující hybnost. ▸ Povinnost plnit vzniká nejdříve 6 měsíců od počátku onemocnění po potvrzení diagnózy hemiplegie příslušným odborným pracovištěm. Vyloučena jsou částečná a vrozená ochrnutí končetin. **Kóma** – stav hlubokého bezvědomí bez reakce na vnější či vnitřní podněty, který trvá nepřetržitě nejméně 96 hodin (do 8 bodů na Glasgowské stupnici kómatu). Během této doby musí být uměle udržována některá ze základních životních funkcí. ▸ Následkem musí být trvale prokazatelné poškození v klinickém neurologickém nálezu. Povinnost plnit začíná dnem potvrzení diagnózy a trvalého neurologického poškození příslušným odborným pracovištěm. Vyloučeno je kóma vzniklé následkem požívání alkoholu a/nebo aplikace návykových látek a/nebo přípravků obsahujících návykové látky. Dále neplníme za kóma vzniklé na podkladě úrazu v souvislosti s požitím alkoholu a/nebo aplikací návykových látek a/nebo přípravků obsahujících návykové látky. Vyloučeno je též umělé kóma (dlouhodobá narkóza) navozené medikamentózně pro léčebné účely. **Roztroušená skleróza** – je autoimunitní onemocnění bílé hmoty CNS (mozku i míchy), které vede ke ztrátě myelinu v zánětlivých ložiscích (demyelinizace) a difúzní ztrátě axonů (neurodegenerace = postihuje i nervová vlákna). ▸ Projevuje se různými neurologickými příznaky (poruchy zraku, citlivosti, hybnosti apod.). ▸ Prokazuje se typickými nálezy při vyšetření CNS magnetickou rezonancí (MRI). ▸ U pacientů ve věku 10–12 let je nutná magnetická rezonance. ▸ Nárok na plnění vzniká potvrzením jednoznačné a definitivní diagnózy podle revidovaných McDonaldových kritérií (průkaz roztroušenosti v čase i prostoru) odborným lékařem. ▸ Za pojistnou událost nepovažujeme první akutní projev tohoto onemocnění, dále nejednoznačné neurologické diagnózy ani ostatní zánětlivá onemocnění. **Mozková obrna (poliomyelitida)** – akutní infekce virem poliomyelitidy způsobující trvalé zdravotní postižení a vedoucí k trvalé paralýze projevující se poruchou pohybových funkcí nebo respirační nedostatečností; diagnóza musí být klinicky potvrzena odborným lékařem a doložena průkazem infekce v séru a v likvoru (mozkomíšním moku). O pojistnou událost se nejedná, pokud pojištěné dítě nebylo řádně očkováno dle platného očkovacího kalendáře povinných očkování. ▸ Pojistnou událostí není paralýza trvající méně než tři měsíce a případy Guillain-Barrého syndromu. **Klíšťová meningoencefalitida (KE)** – encefalitida a/nebo meningitida způsobená specifickými ARBO viry (rod Flavivirus). Přenašečem je klíště. Vzácně je přenos možný alimentární cestou. ▸ Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria: – KE je řádně léčena během hospitalizace nebo ambulantně, – pojištěné dítě doložilo přítomnost protilátek proti klíšťové meningoencefalitidě v séru a/nebo v mozkomíšním moku a zvýšení hladiny IgM protilátek prokazující akutní infekci, – závažné trvalé neurologické a/nebo psychiatrické následky klíšťové meningoencefalitidy jsou potvrzeny příslušným odborným lékařem. ▸ Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem a doložena v závislosti na onemocnění výše uvedeným způsobem.

2. SKUPINA
Nervový systém

Lymeská nemoc (borreliióza) – zánětlivé onemocnění způsobené bakteriemi komplexu Borrelia burgdorferi, které má projevy kožní, neurologické, kloubní, kardiologické, oční a další.

- Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria:
  - pojištěné dítě jednoznačně doložilo přítomnost bakterie Borrelia burgdorferi,
  - pojištěné dítě doložilo přítomnost specifických protilátek proti Lymeské nemoci v organismu (IgM a IgG prokazujících akutní infekci),
  - pojištěné dítě bylo řádně dlouhodobě léčeno,
  - příznaky způsobené jednoznačně Lymeskou nemocí a závažnost jejích následků jsou potvrzeny příslušným odborným lékařem (psychosyndrom, parézy periferních i hlavových nervů, dysartrie, ataxie, poruchy kognitivních a paměťových funkcí, periferní neuropatie apod., těžké invalidizující postižení kloubů).
- Pojistnou událostí při neurologických komplikacích jsou onemocnění s trvalým neurologickým defektem a současně klinicky potvrzeným nálezem odborného lékaře.
- Postižení kloubů a invalidizace musí být potvrzeny příslušným odborným lékařem.
- Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem a doložena v závislosti na onemocnění výše uvedeným způsobem.

Meningitida (meningoencefalitida) – zánět mozkových blan vedoucí k těžkým a trvalým neurologickým poškozením (například hemiparézy, epileptické záchvaty, poruchy zraku a sluchu).

- Podmínkou vzniku pojistné události u tohoto onemocnění je také detailní zpráva ošetřujícího lékaře pojištěného dítěte potvrzující splnění alespoň jedné z následujících podmínek a obsahující písemné vyjádření lékaře o očekávaném nezlepšování se současného stavu:
  - pojištěné dítě ohrožuje samo sebe a/nebo své okolí v důsledku svého duševního postižení,
  - potřebuje trvalý celodenní dohled,
  - je trvale upoutáno na lůžko nebo židli, nemůže vstát bez asistence další osoby.
- Diagnóza musí být stanovena objektivním nálezem odborného pracoviště neurologie a musí být potvrzena existence trvalého neurologického poškození objektivním neurologickým nálezem i po uplynutí 6 měsíců od data stanovení diagnózy.
- Plníme za získané psychiatrické nemoci vedoucí k týmž nebo podobným následkům jako organická onemocnění mozku uvedená pod touto diagnózou.
- Vyloučeno je postižení vzniklé následkem infekce způsobené virem HIV.

Encefalitida (meningoencefalitida) – zánět mozkové tkáně vyvolaný infekční etiologií.

- Pro plnění z encefalitidy je nutné mít potvrzeno neurologem a s pomocí dalších vyšetřovacích metod (vyšetření moku, CT, MRI nebo EEG).
- Pro plnění z encefalitidy jsou následující kritéria: trvalé kognitivní poruchy, poruchy sluchu, řeči, epilepsie, motorické výpadky, deficit v jemné motorice, ochrnutí mozkových nervů, demence.
- Podmínkou vzniku pojistné události u tohoto onemocnění je také detailní zpráva ošetřujícího lékaře pojištěného dítěte potvrzující splnění alespoň jedné z následujících podmínek a obsahující písemné vyjádření lékaře o očekávaném nezlepšování se současného stavu:
  - pojištěné dítě ohrožuje samo sebe a/nebo své okolí v důsledku svého duševního postižení,
  - potřebuje trvalý celodenní dohled,
  - je trvale upoutáno na lůžko nebo židli, nemůže vstát bez asistence další osoby.
- Dále plníme za získané psychiatrické nemoci vedoucí k týmž nebo podobným následkům jako organická onemocnění mozku uvedená pod touto diagnózou.
- Vyloučeno je postižení vzniklé následkem infekce způsobené virem HIV.

Epilepsie – záchvatovitá přechodná porucha mozkové činnosti s poruchou vědomí. Výskyt alespoň tří generalizovaných tonicko-klonických záchvatů (náhlá porucha vědomí s pádem a křečemi svalstva) v průběhu prvního roku od stanovení diagnózy, kdy pojištěný trvale užívá medikamenty, tzv. antiepileptika. Diagnóza, trvalá medikace a výskyt těchto záchvatů musí být potvrzeny objektivním nálezem z neurologického vyšetření, včetně nálezu EEG a MRI, provedeného nejdříve 1 rok po stanovení diagnózy.

- Pojistná událost nenastává v případě, že diagnóza epilepsie byla poprvé potvrzena během prvních dvou let od počátku pojištění a současně toto onemocnění souviselo s níže uvedenými příčinami a symptomy, kterých si byli pojištěné dítě a/nebo jeho zákonní zástupci vědomi před počátkem pojištění:
  - úraz hlavy,
  - zánětlivé onemocnění a/nebo infekce mozku,
  - chirurgický zákrok na mozku,
  - nádor mozku,
  - hypoxie během porodu pojištěného dítěte.

2. SKUPINA **Nervový systém**	**Tetanus** – pro účely pojištění rozumíme akutní infekci způsobenou bakterií Clostridium tetani. Podmínkou vzniku pojistné události je generalizovaný tetanus s nutností léčby na jednotce intenzívní péče (JIP) včetně umělé plicní ventilace. Onemocnění dítěte musí být potvrzeno odborným lékařem. Pojistná událost nenastává, pokud pojištěné dítě nebylo řádně očkováno dle platného očkovacího kalendáře. **Významné poškození mozku způsobené úrazem** – klinická symptomatologie s prokázaným trvalým neurologickým postižením musí být doložena objektivním nálezem odborného lékaře. Diagnóza musí být potvrzena čerstvými změnami na CT nebo MRI. ▸ Vyloučeno je poškození mozku způsobené úrazem v souvislosti s požitím alkoholu a/nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky.
3. SKUPINA **Kardiovaskulární systém**	**Infarkt myokardu** – nezvratné poškození části srdeční svaloviny, které je způsobeno nedostatečným krevním zásobením dané oblasti; nárok na pojistné plnění vzniká potvrzením diagnózy stanovené příslušným odborným lékařem. Nárok na pojistné plnění vzniká i v případě cévních komplikací v návaznosti na diabetes mellitus při splnění všech definovaných podmínek. Z pojistného plnění je vyloučena angina pectoris. **Cévní mozková příhoda** – ložiskové mozkové poškození (s patologickým neurologickým nálezem) trvající déle než 24 hodin, které zahrnuje cévní mozkové příhody ischemické nebo hemoragické. ▸ Jedná se buď o dokončený akutní ischemický iktus (uzávěr cévy trombem, embolem nebo jiným útvarem) nebo krvácení (intracerebrální, intraventrikulární a subarachnoidální). Příčinou krvácení může být i prasklé aneurysma. Musí být prokázáno trvalé neurologické postižení doložené objektivním nálezem odborného lékaře. Diagnóza musí být potvrzena čerstvými změnami na CT nebo MRI. ▸ Nárok na pojistné plnění vzniká i v případě cévních komplikací v návaznosti na diabetes mellitus, při splnění všech definovaných podmínek. Vyloučeny jsou cévní mozkové příhody vzniklé důsledkem úrazu, tranzitorní ischemická ataka a druhotné krvácení do již existující mozkové léze. **Operace aorty** – operační kardiochirurgický výkon na aortě provedený v důsledku jejího roztržení, vzniku výdutě; vyloučeny jsou operace na větvích aorty nebo bypassy vystupující z aorty a vedoucí krev do periferního řečiště. Povinnost plnit vzniká dnem provedení operace. **Operace srdeční chlopně** – pro účely pojištění rozumíme operaci srdeční chlopně provedenou přes otevřený hrudník za účelem léčebného zákroku na srdeční chlopni. Operace srdeční chlopně musí být lékařsky nezbytná a musí být v lékařské dokumentaci řádně zdůvodněna. Pojistná událost nenastává v případě, že k operaci došlo v důsledku získaného onemocnění zapříčiněného požíváním alkoholu a/nebo aplikací omamných či návykových látek. **Získané chronické srdeční selhání** – pro účely pojištění rozumíme získané selhání srdce, které se projevuje trvalou funkční a/nebo morfologickou patologií srdeční tkáně (srdeční chlopně, endokard, myokard a/nebo perikard). Podmínkou vzniku pojistné události je, aby onemocnění vedlo k trvalému chronickému srdečnímu selhání stupně II až IV podle NYHA klasifikace. Pojistná událost nenastává, jedná-li se o získané chronické srdeční selhání: – vzniklé v důsledku požívání alkoholu a/nebo aplikace omamných či návykových látek, – vzniklé v důsledku defektu v srdečním septu, – pokud byla u pojištěného dítěte diagnostikována revmatická horečka před počátkem pojištění vážných nemocí a úrazů. **Revmatická horečka** – pro účely pojištění rozumíme revmatickou horečku s přetrvávajícími srdečními komplikacemi. ▸ Podmínkou vzniku pojistné události je, aby onemocnění vedlo k trvalému chronickému srdečnímu selhání stupně II až IV podle NYHA klasifikace. Diagnóza revmatické horečky musí být potvrzena odborným lékařem a musí být prokázáno splnění všech diagnostických kritérií podle Jonese. Pojistná událost nenastává, trpělo-li pojištěné dítě chlopenní vadou jakéhokoliv původu před počátkem pojištění.
4. SKUPINA **Záněty**	**Virová hepatitida** – virový zánět jaterní tkáně způsobený virem hepatitidy. Pro doložení onemocnění a podmínkou vzniku pojistné události je splnění těchto požadavků: – pojištěné dítě je v době oznámení pojistné události infikováno virem hepatitidy, průkaz viru hepatitidy metodou PCR, – jaterní testy (ALT, AST) jsou zvýšeny nejméně čtyřikrát nad standardní fyziologickou hladinu v důsledku zánětu jater, – zvýšená hladina jaterních enzymů musí být zjistitelná v séru alespoň šest měsíců po skončení léčení virového zánětu jater a zároveň v době oznámení pojistné události. ▸ Onemocnění je doloženo také v případech, kdy byla hepatitida léčena interferonem, léčba skončila, k vyléčení dosud nedošlo a virus hepatitidy přetrvává v těle i po jednom roce od ukončení léčby interferonem. ▸ Vyloučeno je infekční onemocnění virem hepatitidy typu A a typu B. Vyloučen je také vertikální přenos z matky na dítě u hepatitidy typu C.

4. SKUPINA **Záněty**	**Operace při komplikacích Crohnovy nemoci (Morbus Crohn)** – operační chirurgický výkon provedený z důvodu komplikací Crohnovy nemoci, tj. zánětlivého střevního onemocnění, které postihuje různé úseky střeva (výjimečně jakýkoliv úsek trávicí trubice) s tvorbou píštěl, vředů a následným zúžením průsvitu střeva. Tyto komplikace základního onemocnění mohou v těžších formách vést k chirurgickému zákroku. Prokázání diagnózy Crohnovy nemoci klinickým nálezem odborného lékaře v oboru gastroenterologie vč. nálezů provedených vyšetření. Operace a příčina operace musí být prokázána propouštěcí zprávou z nemocnice vč. uvedení typu a důvodu operace a nálezu histologického vyšetření ze vzorku odoperované tkáně. Za vážnou nemoc podle těchto podmínek se nepovažuje konzervativní léčba, tj. jiná než operační léčba. **Stavy vedoucí k syndromu krátkého střeva s nutností totální parenterální umělé výživy** – syndrom krátkého střeva souvisí s nedostatečnou délkou zažívacího traktu vzniklou po opakovaných resekcích (chirurgických výkonech na střevě s odnětím části střeva). Důsledky pro organismus jsou různé podle odňatého segmentu střeva a podle zbylé délky tenkého střeva. Nedochází ke správnému vstřebávání živin. Následně vzniká podvýživa, kterou není možné řešit jinak než umělou parenterální výživou. Podmínkou pro poskytnutí pojistného plnění je, že podávání umělé parenterální výživy je dlouhodobé nebo trvalé. **Astma bronchiale** – je závažným onemocněním za splnění všech z následujících kritérií: – trvalé klinické příznaky (těžké a středně těžké perzistující astma) či časté záchvaty, časté noční příznaky, – trvalá potřeba léčby bronchodilatačními léky (beta-mimetika, aminofylin) či trvalé podávání inhalačních kortikoidů, – odchylky v plicním funkčním vyšetření – FEV, ≤60 % náležité hodnoty – pokud vyšetření nelze provést nebo jsou jeho výsledky ovlivněné omezenou spoluprací dítěte, pak poskytneme plnění v případě, kdy některé z předchozích dvou kritérií trvá déle než dvanáct měsíců.
5. SKUPINA **Nádory**	**Rakovina (nádorová onemocnění)** – přítomnost nekontrolovaného růstu a rozšiřování maligních buněk a jejich invaze do tkáně, potvrzená odborným lékařem a potvrzená histologickým vyšetřením; termín rakovina také zahrnuje leukémii, maligní lymfomy vč. lymfomu kožního, Hodgkinovu chorobu, zhoubný nádor kostní dřeně a sarkom. ▸ Vyloučeny jsou: – neinvazivní karcinomy in situ, – lokalizované neinvazivní tumory vykazující jen rané maligní změny (dysplazie cervixu, rakovina cervixu klasifikace CIN-1-3, rakovina prostaty klasifikace T1a, T1b nebo T1c), – maligní melanom klasifikace IA a ostatní typy rakoviny kůže, – všechny typy rakoviny za přítomnosti HIV infekce. **Nitrolební (intrakraniální) nádor** – benigní (nezhoubný) nádor mozku, mozkových blan a prodloužené míchy, který ohrožuje životní funkce útlakem okolní tkáně, který je nutno řešit chirurgickým zákrokem (otevřeným z kraniotomie, stereotaktickým, endonasálním apod.) a/nebo radioterapií a/nebo chemoterapií. V případě, že je neoperabilní, musí způsobovat trvalé neurologické poškození. ▸ Potvrzení diagnózy neurologickým vyšetřením a schválení neurochirurgickým pracovištěm k operačnímu zákroku; je-li nádor tímto pracovištěm hodnocen jako neoperabilní, musí objektivní neurologické vyšetření MRI nebo CT (případně PET) provedené lékařem specialistou v oboru neurologie prokázat trvalé neurologické poškození.
6. SKUPINA **Ostatní**	**Slepota** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta zraku obou očí; patří sem i téměř úplná ztráta zraku s minimálním zbytkovým viděním (max. 3/60) nebo omezení zorného pole (pod 10 stupňů). Diagnóza musí být klinicky potvrzena odborným lékařem. ▸ Stav nelze změnit lékařským zákrokem. ▸ Pojistnou událostí není snížení visu (zraku) nižšího stupně. ▸ Nárok na pojistné plnění vzniká i v případě cévních komplikací v návaznosti na diabetes mellitus, při splnění všech definovaných podmínek. **Hluchota** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta sluchu obou uší; diagnóza musí být klinicky potvrzena audiometrickým vyšetřením, tympanometrií a vyšetřením akustického reflexu odborným lékařem. Stav nelze změnit lékařským zákrokem. ▸ Pojistnou událostí není snížení sluchu nižšího stupně. **Ztráta řeči** – úplná, trvalá a nevratná ztráta schopnosti řeči v důsledku nemoci nebo úrazu hlasivek. Diagnóza musí být potvrzena nálezem odborného lékaře. Za pojistnou událost považujeme i stav po laryngektomii (odstranění hrtanu). ▸ Psychogenní ztráta schopnosti mluvit není kryta. Právo na pojistné plnění nevznikne, jde-li o vznik postižení v důsledku psychického stavu (tj. veškeré příčiny související s psychiatrickými diagnózami) a v případě, že příčinou vzniku onemocnění je kouření.

6. SKUPINA **Ostatní**	**Těžké popáleniny** – jsou popáleniny s % rozsahem poškození povrchu těla a v rozdělení dle věku dítěte v době události takto: ▸ do 2 let věku: popáleniny s % poškozením nad 5 % povrchu, ▸ od 2–10 let věku: popáleniny s % poškozením nad 10 % povrchu, ▸ od 10–15 let věku: popáleniny s % poškozením nad 15 % povrchu, ▸ od 16 let věku: popáleniny nad 20 % povrchu. ▸ Doložení diagnózy: lékařská zpráva popisující lokalizaci, stupeň a rozsah popálenin. **HIV** – nákaza virem lidské imunitní nedostatečnosti (Human Immunodeficiency Virus – HIV) nebo syndrom získaného selhání imunity (Acquired Immune Deficiency Syndrom – AIDS). ▸ Pojistnou událostí je HIV infekce nastalá při: – transfúzi infikované krve nebo krevních produktů z transfúzní stanice, která je oficiálně registrována a uznávána zdravotnickými úřady po datu počátku pojištění; – náhodném poranění jehlou, ke kterému došlo při plnění běžných profesních povinností osoby jako lékaře / zubního lékaře, zdravotní sestry, zdravotníka, hasiče nebo policisty; – příjmu transplantovaného orgánu, kdy byl tento orgán dříve infikován virem HIV; – fyzickém napadení; – poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě. ▸ Každá událost, která vede k potenciálnímu nároku, musí nastat během trvání pojištění a pojištěné dítě nám ji musí doložit negativním testem na protilátky proti HIV provedeným do 7 dnů po této události (vyjma transfúze). Sérokonverze na infekci HIV musí proběhnout do 6 měsíců od události. ▸ Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem. ▸ Ke každé události musí být doloženo nahlášení příslušným orgánům činným v dané věci a řádné vyšetření v souladu s uznávanými metodami a dále u: – transfúze krve nám pojištěné dítě musí předložit buď písemné uznání odpovědnosti instituce, která provedla transfúzi, nebo soudní rozhodnutí s doložkou právní moci, která takovou odpovědnost potvrzuje; – fyzického napadení nebo poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě nám pojištěné dítě musí výsledek vyšetřování doložit formou zprávy. ▸ Pojišťovna musí mít volný přístup ke všem vzorkům krve pojištěného dítěte a je oprávněna nechat provést nezávislé testy těchto vzorků. ▸ Pojistnou událostí není onemocnění za přítomnosti hemofilie, dále jakékoli infekce jiného druhu a ostatní zdroje nákazy HIV (nitrožilní užívání drog či přenos pohlavním stykem a podobně).
Datum vzniku pojistné události	▸ Datem vzniku pojistné události je den, kdy lékař pojištěnému dítěti potvrdil diagnózu, respektive provedl některý z operačních zákroků.
Čekací doba	▸ U pojištění vážných nemocí a úrazů uplatňujeme pro vznik pojistné události čekací dobu dva měsíce ode dne počátku tohoto pojištění. Čekací doba se nevztahuje na případy, kdy došlo k vážné nemoci výlučně v důsledku úrazu vzniklého nejdříve v den počátku pojištění. ▸ V případě, kdy jste v posledních dvou měsících před pojistnou událostí zvýšil pojistnou částku pojištění vážných nemocí a úrazů, vyplatíme pojistnou částku platnou před jejím zvýšením. ▸ Pokud došlo k dané vážné nemoci v důsledku úrazu, který nastal v době trvání pojištění, a po vzniku úrazu došlo ke zvýšení pojistné částky, vyplatíme pojistnou částku platnou ke dni vzniku úrazu.
Výluky a omezení plnění	▸ Výluky a omezení plnění jsou popsány vždy u konkrétní diagnózy či zákroku.
Zánik pojištění	▸ K datu potvrzení diagnózy vážné nemoci či provedení operačního zákroku končí pojištění diagnózy či zákroku, za který jsme poskytli pojistné plnění, a zároveň končí pojištění skupiny, ve které jsou tato diagnóza či zákrok obsaženy (viz výčet skupin výše). Po vyplacení plnění za první pojistnou událost již nemůžete prodlužovat dobu trvání pojištění. ▸ Pojištění ostatních skupin pokračuje dál, pojistná částka a sazba pojistného zůstává beze změn. Pokud došlo v období po vzniku pojistné události před jejím nahlášením k navýšení pojistné částky, pojištění vážných nemocí a úrazů bude ukončeno bez možnosti pokračování. Pokud došlo v období od nahlášení pojistné události do výplaty pojistného plnění k navýšení pojistné částky, pokračuje pojištění ostatních skupin s pojistnou částkou platnou před tímto navýšením. ▸ Zánikem pojištění všech výše uvedených skupin, zaniká pojištění vážných nemocí a úrazů. Smlouva zůstává nadále v platnosti.

Připojištění na novotvary in situ

▸ Pro připojištění na novotvary in situ **platí ustanovení článku 7 bodu B těchto SPP**, vyjma části Zánik pojištění. V rámci dětského pojištění **zaniká připojištění** na novotvary in situ:
– dnem, kdy nastala pojistná událost,
– pokud z pojištění vážných nemocí a úrazů zaniká pojištění 5. skupiny,
– pokud zaniká pojištění vážných nemocí a úrazů.

POJIŠTĚNÍ INVALIDITY NEBO DLOUHODOBÉ PÉČE

▸ Pro pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče **platí ustanovení článku 7 bodu C** těchto SPP, **vyjma možnosti sjednat:**
– pojištění invalidity 1. a 2. stupně,

– pojištění pouze z důvodu úrazu,
– klesající pojistné částky,
– individuální konec pro toto pojištění.

- Dále je odlišně od ustanovení článku 7 bodu C těchto SPP podmínkou výplaty pojistného plnění, že k uznání invalidity 3. stupně nebo přiznání příspěvku na péči dojde v důsledku onemocnění nejdříve **po šesti měsících od počátku tohoto pojištění**.
- Pokud zvýšíte pojistnou částku a pojištěné dítě je uznáno invalidním nebo je mu přiznán příspěvek na péči, v obou případech výlučně z důvodu nemoci, vzniká nárok na takto zvýšené pojistné plnění až pro pojistné události, které nastanou po uplynutí šesti měsíců od data účinnosti této změny.
- Splnění podmínky šesti měsíců nevyžadujeme, pokud nám pojištěné dítě jednoznačně prokáže, že onemocnění, pro které bylo uznáno invalidním 3. stupně, resp. pro které mu byl přiznán příspěvek na péči, nastalo a bylo diagnostikováno po počátku pojištění. O splnění těchto podmínek máme právo rozhodnout na základě odborné lékařské expertizy.
- Pojištění se nevztahuje na vrozené vady dítěte, které se projeví do 1 roku věku dítěte.

POJIŠTĚNÍ SMRTI

- V případě úmrtí dítěte **vyplatíme pojistnou částku pro pojištění smrti platnou k datu úmrtí dítěte**.
- Obmyšleným jste v tomto případě vy jako pojistník. Výluky pro dané pojištění platí dle ustanovení VPP a těchto SPP (článek 7, bod A), vyjma ustanovení o terminálním stadiu onemocnění.

POJIŠTĚNÍ TRVALÝCH NÁSLEDKŮ ÚRAZU

- Pro pojištění trvalých následků úrazu **platí ustanovení článku 7 bodu I** těchto SPP, **vyjma možnosti sjednat:**
  – pojištění trvalých následků úrazu s progresivním plněním od 10 %,
  – desetinásobnou progresi.

POJIŠTĚNÍ DENNÍHO ODŠKODNÉHO – ÚRAZ

- Pro pojištění denního odškodného – úraz **platí ustanovení článku 7 bodu J** těchto SPP, **vyjma možnosti sjednat** pro pojištěné dítě variantu pojištění denního odškodného s celkovou **dobou léčení alespoň 29 dnů**.

POJIŠTĚNÍ HOSPITALIZACE – ÚRAZ NEBO NEMOC

- Pro pojištění hospitalizace **platí ustanovení článku 7 bodu K** těchto SPP, **vyjma možnosti sjednat** pojištění hospitalizace **pouze následkem úrazu** a vyjma pobytu v nemocnici za účelem preventivních léčebných zákroků z důvodu genetických předpokladů rakoviny.
- **Maximální počet dnů** pojištění hospitalizace dítěte, za které poskytneme pojistné plnění v rámci jedné pojistné události, **je 365 dnů**.
- Z pojištění hospitalizace vyplatíme dvojnásobek pojistné částky za hospitalizaci pojištěného dítěte v doprovodu zákonného zástupce. Dvojnásobné plnění vyplatíme následně od 15. dne za každý započatý den trvání pobytu zákonného zástupce v nemocnici, a to max. do dovršení 7 let věku dítěte. Máme právo stanovit max. počet dní, za které dvojnásobné plnění vyplatíme (viz platný PPPP). V případě doprovodu dítěte při pobytu v lázních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, psychiatrických léčebnách a zařízeních poskytneme dvojnásobné pojistné plnění za max. 30 dnů v rámci jedné pojistné události (pobyty ze sociálních důvodů jsou vyloučeny).
- Pokud je dítě opakovaně hospitalizováno v lázních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, psychiatrických léčebnách a zařízeních z důvodu jedné z diagnóz vážných nemocí a úrazů definovaných výše, považujeme v případě doprovodu tyto opakované hospitalizace za jednu pojistnou událost.

POJIŠTĚNÍ OŠETŘOVÁNÍ – ÚRAZ NEBO NEMOC

- Pro pojištění ošetřování **platí ustanovení článku 7 bodu M** těchto SPP; pro ošetřované dítě je navíc stanovena zvláštní čekací doba v délce 8 měsíců, a to z důvodu zubního ošetření, zhotovení zubních náhrad a úkonů chirurgie a ortopedie čelisti.
- Odlišně od ostatních pojištění můžete pojištění ošetřování dítěte sjednat pro dítě ve věku od 2 let (dovršených) do 17 let (celorok). Pojištění končí nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěné dítě dožije 18 let.
- Pro výše uvedená dětská pojištění se dále sjednává, že **děti nezařazujeme do rizikových skupin**.

ČLÁNEK 9
Rizikové skupiny

- Máme právo určit osoby se zvýšeným rizikem v závislosti na vykonávané pracovní, sportovní nebo jiné zájmové činnosti nebo zdravotním stavu.
- Vykonává-li dospělý pojištěný povolání, sportovní nebo jinou zájmovou činnost se zvýšeným rizikem úrazu, je pojistné za úrazové pojištění upraveno podle stupně nebezpečnosti vykonávané činnosti.

1. riziková skupina
Veškerá povolání v nevýrobní oblasti, popř. ve výrobní oblasti s minimálními riziky úrazu, a povolání s převažující duševní činností, popř. malým podílem manuální práce (např. architekt, lékař, prodavač, učitel, úředník). Do této rizikové skupiny řadíme povolání majitel společnosti, vedoucí pracovník firmy aj., pokud u vykonávané činnosti převažuje administrativní práce v kanceláři. Dále sem patří sporty vykonávané rekreačně, a to včetně adrenalinových sportů.

2. riziková skupina
Všechna povolání ve výrobní oblasti a v oblasti s převažujícím podílem manuální práce, popř. se zvýšeným rizikem úrazu, která nepatří do 1. skupiny, včetně vojáků z povolání. Řadíme sem např. povolání dělník, hasič, instalatér, pokrývač, příslušník policie. Patří sem sporty vykonávané registrovaně ve sportovních organizacích a zároveň aktivně (pojištěná osoba je nejen registrovaná ve sportovní organizaci, ale zároveň daný sport vykonává). Dále sem patří sporty vykonávané profesionálně, u kterých není zvýšené riziko úrazu (např. bowling, golf, šachy).

4. riziková skupina
Všechny práce nebo činnosti s extrémním, velmi vysokým stupněm ohrožení zdraví, např. činnosti při zajíždění motorových vozidel a jejich typových zkouškách, tovární jezdci motorových vozidel nebo plavidel a všechna sportovní odvětví vykonávaná profesionálně. Za profesionálního sportovce považujeme pojištěného, který má se sportovním klubem či jiným subjektem v této oblasti sepsanou profesionální smlouvu a/nebo vykonává sportovní činnost za úplatu, která je hlavním nebo převažujícím příjmem, a/nebo vykonává sportovní činnost min. 28 hodin týdně (včetně víkendu), včetně tréninku. Nepatří sem profesionální sporty spadající do 2. rizikové skupiny.

- Pojištěný se může sám rozhodnout, jestli chce být zařazen do rizikové skupiny odpovídající jeho vykonávané sportovní či jiné zájmové činnosti; v rámci povolání není možné se rozhodnout. Konečné rozhodnutí o zařazení do rizikové skupiny je v naší kompetenci.
- V případě, že dojde k úrazu a pojištěný je zařazen do nižší rizikové skupiny, než která náleží ke sportovní či jiné zájmové činnosti, při které k úrazu došlo, snižujeme pojistné plnění za dané riziko v poměru pojistného, které za něj má být placeno, a pojistného, které za něj bylo placeno.

07/2020