



BeneFit EXTRA

Informace pro klienta

Pojistné podmínky



Informace pro klienta	4
Produkt ZH63 – variabilní životní pojištění	4
Informace o pojistiteli	4
Slevy na pojistné	4
Investiční prémie – zvýšené pojistné plnění – platí pro investiční variantu pojištění	5
Riziková prémie – zvýšené pojistné plnění – platí pro rizikovou variantu pojištění	5
Informace o důležitých ustanoveních všeobecných a zvláštních pojistných podmínek	5
Garance navýšení pojistných částek	5
Druhy a definice všech pojištění	6
Životní pojištění	6
Úrazové pojištění	7
Nemocenské pojištění	8
Smlouva o předběžném pojištění	9
Pojistné	9
Změny pojištění	9
Vstupní a výstupní věky a změny v souvislosti s dovršením výstupního věku	9
Pojistná událost – definice	10
Rozsah pojistné ochrany pojištění pro případ smrti pojištěného č. 1 v závislosti na výši pojistného	10
Pojistná událost – oznámení a šetření	10
Výluky a snížení pojistného plnění	10
Výpověď a zánik pojištění	10
Možnosti odstoupení – podmínky a lhůty	10
Definice pojmů uvedených v pojistných podmínkách	11
Rizikovost zaměstnání a sportů	11
Stanovení výše pojistné částky denního odškodného za dobu nezbytného léčení úrazu / za dobu léčení vyjmenovaných úrazů a pojištění pracovní neschopnosti	12
Daňové předpisy	13
Politicky exponovaná osoba (PEO)	14
FATCA	14
Doba platnosti poskytnutých údajů	14
Poučení o ochraně osobních údajů a mlčenlivosti	14
Informace o platném právu a řešení stížností	15
Poplatky	15
Poplatky z podílového účtu pojistníka	16
Možnosti pojistníka v průběhu pojištění	16
Charakteristika typů podílových fondů	16
Charakteristika jednotlivých fondů k variabilnímu životnímu pojištění	17
Postup při oznámení škodné události – úrazu	19
Postup pro čerpání služeb rodinné asistence	19
Příkaz k úhradě	19
Výtah ze sazebníku poplatků	21
Všeobecné pojistné podmínky pro soukromé pojištění osob Generali Pojišťovna a.s. (VPP POS 2016/02)	22
článek	
1. Úvodní ustanovení	22
2. Výklad pojmů	22
3. Uzavření a změny pojistné smlouvy	22
4. Smlouva o předběžném pojištění	22
5. Vznik a trvání pojištění; pojistná období	22
6. Změny účastníků pojištění, přechod práv a povinností a zákaz postoupení smlouvy	22
7. Zánik pojištění	22
8. Pojistné	23
9. Poplatky	23
10. Práva a povinnosti z pojištění a následky jejich porušení	23
11. Šetření pojistné události a pojistné plnění	24
12. Forma jednání	25
13. Doručování	25
14. Rozhodné právo	25
15. Promlčení	25
16. Územní platnost pojistné smlouvy	25

Zvláštní pojistné podmínky pro investiční životní pojištění (ZPP IŽP 2016/11)	25
I. Obecná ustanovení	25
článek	
1. Úvodní ustanovení	25
2. Výklad pojmů	25
3. Druhy pojištění	26
4. Pojistné	26
5. Mimořádné pojistné	26
6. Změny pojištění	26
7. Zánik pojištění	26
8. Pojištění v redukováném stavu	27
9. Odkupné	27
10. Částečný odkup	27
11. Pojištění s přerušením placení běžného pojistného	27
12. Poplatky z podílového účtu pojistníka	27
13. Cíle a fungování fondů	27
14. Oceňování fondů, ceny jednotek	28
15. Podílový účet pojistníka a rozdělení pojistného mezi fondy	28
16. Přemístění podílových jednotek	28
17. Změna alokačního poměru	28
18. Aktualizace pojistného a pojistné částky	28
19. Oprávněné osoby	28
20. Výluky a snížení pojistného plnění	29
II. Ustanovení pro investiční životní pojištění	30
článek	
21. Rozsah pojištění	30
22. Pojistná událost	30
23. Pojistné plnění	31
24. Druhy doplňkových pojištění	31
III. Ustanovení pro doplňková životní pojištění	
Doplňkové pojištění plné invalidity, Doplnkové pojištění invalidity II. a III. stupně, Doplnkové pojištění invalidity I, II. a III. stupně	31
článek	
25. Pojistná událost	31
26. Čekací doba	31
27. Změny v pojištění	31
28. Pojistné plnění	31
29. Povinnosti při škodné události	31
Doplňkové pojištění pro případ smrti, Doplnkové pojištění závažných onemocnění, Doplnkové pojištění onkologických onemocnění	32
článek	
30. Pojistná událost	32
31. Čekací doba	32
32. Změny v pojištění	32
33. Pojistné plnění	32
34. Povinnosti při škodné události	32
Doplňkové pojištění pro případ péče o zdravotně postižené dítě, Doplnkové pojištění zproštění od placení pojistného	32
článek	
35. Pojistná událost	32
36. Čekací doba	33
37. Pojistné plnění	33
38. Povinnosti při škodné události	33
39. Zvláštní ujednání	33
IV. Ustanovení pro doplňková úrazová pojištění	
Doplňkové pojištění smrti způsobené úrazem, Doplnkové pojištění smrti úrazem následkem autonehody, Doplnkové pojištění hospitalizace následkem úrazu	33
článek	
40. Pojistná událost	33
41. Rozsah pojištění	33
42. Pojistné plnění	34
Doplňkové pojištění trvalých následků úrazu, Doplnkové pojištění trvalých následků úrazu následkem autonehody, Doplnkové pojištění trvalých následků úrazu od 70 % stupně invalidity	34
článek	
43. Výklad pojmů	34
44. Rozsah pojištění	34
45. Pojistná událost	34
46. Pojistné plnění	34

Doplňkové pojištění denní odškodné za dobu nezbytného léčení úrazu, Doplňkové pojištění denní odškodné za dobu léčení vyjmenovaných úrazů	34
článek	
47. Rozsah pojištění	34
48. Pojistná událost	35
49. Pojistné plnění	35
50. Povinnosti při škodné události	35
51. Změny v pojištění	35
Doplňkové pojištění pourazové péče	35
článek	
52. Předmět pojištění	35
53. Pojistná událost	35
54. Pojistné plnění	35
55. Povinnosti při škodné události	35
V. Ustanovení pro doplňkové nemocenské pojištění	
Doplňkové pojištění při pracovní neschopnosti, Doplňkové pojištění při pobytu v nemocnici	36
článek	
56. Rozsah pojištění	36
57. Pojistná událost	36
58. Čekací doba	36
59. Pojistné plnění	36
60. Změny v pojištění	37
61. Práva a povinnosti pojistitele	37
62. Povinnosti pojistníka a pojištěného	37
Doplňkové pojištění pro případ ošetřování dítěte	37
článek	
63. Pojistná událost	37
64. Oprávněná osoba	37
65. Čekací doba	37
66. Pojistné plnění	37
67. Povinnosti při škodné události	37
Doplňkové pojištění rodinné asistence (ASAP)	37
článek	
68. Souhlas pojistníka, pojištěného	37
69. Předmět a rozsah pojištění	37
70. Pojistná událost	37
Tabulky ŽP 2016/08 (platné od 1. 9. 2016)	38
I. Tabulky závažných onemocnění (TDDZ0 a TDDZ1)	38
II. Tabulka hodnocení stupně invalidity pro trvalé následky úrazu (TTNU)	42
III. Tabulka plnění denního odškodného za dobu nezbytného léčení úrazu (TDO)	45
IV. Tabulka plnění denního odškodného za dobu léčení vyjmenovaných úrazů (TDOV)	47
V. Tabulka služeb rodinné asistence (TSRA)	48

Informace pro klienta

Vážený kliente,

velmi nás těší Váš zájem o životní pojištění Generali.

V naší pojišťovně dbáme na to, aby naši klienti měli před uzavřením smlouvy dostatek srozumitelných informací, a mohli si tak pro sebe zvolit ideální řešení. Z tohoto důvodu jsme pro Vás připravili tyto Informace pro klienta, kde se dozvíte to nejdůležitější o pojišťovně Generali i o našich produktech.

Před uzavřením pojištění se prosím pečlivě seznamte s pojistnými podmínkami a s důležitými informacemi, týkajícími se tohoto pojištění. K těmto informacím a podmínkám se prosím vracete i v případě změny pojištění nebo nastane-li událost, se kterou by mohl být spojen vznik práva na pojistné plnění.

V případě jakéhokoliv dotazu je Vám k dispozici Váš pečovatel a kolegové na lince klientského servisu.

Přejeme Vám mnoho spokojených dní pod křídly Iva a budeme potěšeni, pokud se na nás obrátíte i v budoucnu.

Produkt ZH63 – variabilní životní pojištění

Dostává se Vám do ruky informace variabilního životního pojištění. Po uzavření tohoto pojištění získáváte nejen pojistnou ochranu, ale také současně možnost investovat své finanční prostředky (investiční varianta pojištění). Variabilní životní pojištění nabízí široké spektrum pojistné ochrany proti nahodilým událostem pro Vás a Vaše nejbližší. Doplňková pojištění Vám umožňují nastavit si pojistnou ochranu dle Vašich potřeb.

Tento produkt Vám nabízí dvě varianty pojištění – RIZIKOVOU a INVESTIČNÍ.

Investiční varianta je pojištění pro případ smrti nebo dožití a umožňuje:

- vládání mimořádného pojistného;
- převedení smlouvy do redukovaného stavu (dle ZPP IŽP 2016/11, čl. 8);
- provádění částečných odkupů (dle ZPP IŽP 2016/11 čl. 10);
- přerušení placení běžného pojistného (dle ZPP IŽP 2016/11, čl. 11);
- nárok na odkupné (dle ZPP IŽP 2016/11, čl. 9).

V případě dožití se konce pojistné doby pojištěného č. 1 vyplatí pojistitel aktuální hodnotu podílového účtu.

Riziková varianta je pojištění pro případ smrti a umožňuje:

- vládání mimořádného pojistného;
- provádění částečných odkupů z mimořádného pojistného.

V případě, že se pojištěný č. 1 dožije konce pojistné doby, bude **hodnota podílového účtu nulová**, vyjma hodnoty vytvořené vložením mimořádného pojistného a rizikové prémie.

V průběhu pojištění nelze sjednanou variantu změnit.

Životní pojištění je pojištění Vašeho života a zdraví, a to jak v případě nemoci, tak úrazu. Životní pojištění Vám tak může zajistit v případě těžké životní situace jistotu finančních příjmů a zachování kvality života. Proto si zvolte v této nabídce takové parametry pojištění, které budou splňovat Vaše potřeby.

Je důležité, abyste si dobře stanovili rozsah pojistné ochrany a výši pojistných částek, neboť toto pojištění Vás bude ochraňovat v průběhu celého Vašeho života.

V případě uzavření pojistné smlouvy se pojištění neřídí jen pojistnou smlouvou, ale také pojistnými podmínkami, na které smlouva odkazuje. Věnujte prosím pozornost pojistným podmínkám, neboť právě pojistné podmínky vymezují, co je pojištěno, proti kterému nebezpečí, ve kterých případech pojistitel poskytne pojistné plnění a jakým způsobem se určuje výše plnění. Pojistné podmínky stanoví samozřejmě i případy, kdy pojistitel nemá povinnost pojistné plnění poskytnout (výluky z pojištění), a určují, za kterých okolností může pojistitel plnění snížit nebo odmítnout.

Informace o pojistiteli

Generali Pojišťovna a.s., se sídlem Bělehradská 132, 120 84 Praha 2, Česká republika, IČO: 61859869, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, spisová značka B 2866 (dále též jen „pojistitel“). Provozuje pojišťovací činnost, zajišťovací činnost a související činnosti ve smyslu uděleného povolení a zákona o pojišťovnictví.

Pojistitele je možné kontaktovat písemně na adrese Generali Pojišťovna a.s., Bělehradská 132, 120 84 Praha 2, dále prostřednictvím klientského servisu na lince 244 188 188 nebo na e-mailové adrese servis.cz@generali.com. Volání na linku 244 188 188 je částečně zpoplatněno, a to dle aktuálního ceníku Vašeho telefonního operátora.

Další informace naleznete též na internetových stránkách generali.cz.

Slevy na pojistné

- Nárok na slevu z rizikového pojistného za pojištění pro případ smrti a doplňková pojištění ve výši 15 % vzniká za podmínky sjednání pojistné smlouvy s výší měsíčního minimálního postačitelého pojistného (před slevou) 500 Kč a více. Sníží-li pojistník měsíční rizikové (minimální postačitelé) pojistné pod hranici 500 Kč, nárok na slevu zaniká.
- Nárok na slevu z rizikového pojistného za pojištění pro případ smrti a doplňková pojištění ve výši 25 % vzniká za podmínky sjednání pojistné smlouvy s výší měsíčního minimálního postačitelého pojistného (před slevou) 1 000 Kč a více. Sníží-li pojistník měsíční minimální postačitelé pojistné (před slevou) pod hranici 1 000 Kč, nárok na slevu zaniká.

Investiční prémie – zvýšené pojistné plnění – platí pro investiční variantu pojištění

V případě dožití se konce pojištění nebo smrti pojištěného č. 1 pojistitel vyplatí oprávněné osobě nad rámec pojistného plnění sjednaného v ZPP IŽP 2016/11 pojistné plnění upravené takto:

Aktuální hodnota podílového účtu tvořená běžným pojistným (mimo část podílového účtu tvořenou podílovými jednotkami na Investici vyhlášenou Generali) bude navyšována v závislosti na uplynulé délce pojistné doby. Po uplynutí min. doby trvání pojistné smlouvy 10 let dojde k navýšení o 5 % každých 5 let doby trvání pojištění.

Zvýšené pojistné plnění náleží oprávněné osobě pouze za kumulativního splnění těchto podmínek:

- vznikl nárok na pojistné plnění při dožití se konce pojištění nebo smrti pojištěného č. 1;
- pojištění bylo sjednáno na pojistnou dobu min. 10 let;
- běžné pojistné za pojistný rok ve výši min. 12 000 Kč bylo po celou dobu trvání pojištění řádně a včas hrazeno (klient v průběhu pojištění neobdržel 3. upomínku a k datu dožití nedluží žádné předepsané pojistné); v případě jednorázového pojistného musí poměrná část pojistného přepočítaná na každý pojistný rok činit min. 12 000 Kč;
- v průběhu trvání pojištění nedošlo k převodu pojištění do redukovaného stavu dle čl. 8 ZPP IŽP 2016/11;
- v průběhu trvání pojištění nedošlo k vyplacení odkupného dle čl. 9 ZPP IŽP 2016/11;
- v průběhu trvání pojištění nedošlo k převodu pojištění na pojištění s přerušením placení běžného pojistného dle čl. 11 ZPP IŽP 2016/11.

V případě, že v průběhu trvání pojištění dojde ke zvýšení celkového běžného pojistného za pojistný rok a jsou splněny všechny podmínky pro zvýšené pojistné plnění, vzniká nárok na zvýšené pojistné plnění také z navýšené částky běžného pojistného pouze za podmínky, že takto navýšené pojistné bude řádně a včas hrazeno po dobu min. 10 let.

Riziková prémie – zvýšené pojistné plnění – platí pro rizikovou variantu pojištění

Nárok na rizikovou prémii vzniká pojištěnému č. 1 po uplynutí pojistné doby, případně bude pojistné plnění pro případ smrti o rizikovou prémii navýšeno a vyplaceno oprávněné osobě. Výše rizikové premie se stanoví následovně:

Aktuální hodnota podílového účtu tvořená běžným pojistným bude navyšována v závislosti na uplynulé délce pojistné doby. Po uplynutí 2 let dojde k navýšení o 15 % z předepsaného a zaplaceného pojistného za každý další započatý měsíc počínaje 25. měsícem pojištění.

Nárok na rizikovou prémii vzniká pouze za kumulativního splnění těchto podmínek:

- uplynutím pojistné doby nebo smrtí pojištěného č. 1;
- pojištění bylo sjednáno na pojistnou dobu min. 10 let;
- běžné pojistné za pojistný rok ve výši min. 12 000 Kč bylo po celou dobu trvání pojištění řádně a včas hrazeno (klient v průběhu pojištění neobdržel 3. upomínku a k datu konce pojištění nedluží žádné předepsané pojistné).

Informace o důležitých ustanoveních všeobecných a zvláštních pojistných podmínek

Pro lepší orientaci v pojistných podmínkách si Generali Pojišťovna a.s. dovoluje upozornit na následující údaje:

Garance navýšení pojistných částek

Předmět garantovaného navýšení pojistných částek

Pojištěný může požádat o garantované navýšení sjednaných pojistných částek, a to bez zkoumání zdravotního stavu.

Možnost garantovaného navýšení se vztahuje na všechna sjednaná pojištění s výjimkou doplňkových pojištění, která mají výplatu pojistného plnění formou denních dávek nebo denního odškodného. **Navýšení pojistných částek je omezeno maximální výší pojistitelných částek stanovených vnitřními předpisy pojistitele.**

Povinnosti při žádosti o garantované navýšení

O garantované navýšení pojistných částek je nutné požádat do 3 měsíců od garanční události uvedené v Tabulce **Podmínky pro garantované navýšení pojistných částek.**

Pojištěný požadující garantované navýšení pojistných částek pro svou osobu nesmí být v době podání žádosti starší 55 let.

Pojištěný doloží ke své žádosti o garantované navýšení pojistných částek dokumenty uvedené v Tabulce **Podmínky pro garantované navýšení pojistných částek.**

Pojistné

Pojistné odpovídající garantovanému navýšení pojistné částky bude stanoveno v souladu s platnými pojistnými podmínkami a se zohledněním aktuálního věku pojištěného v době navýšení.

Pojistné pro navýšenou garantovanou pojistnou částku bude zohledňovat přírázky či slevy pojistného, které byly platné v době před tímto navýšením.

Platnost garantovaného navýšení pojistných částek

Garantované navýšení pojistných částek se provádí vždy k počátku pojistného období, které následuje poté, co pojistitel obdržel všechny potřebné dokumenty.

Nárok na pojistné plnění z pojistných částek po garantovaném navýšení vzniká z pojistných událostí, ke kterým dojde po garantovaném navýšení.

Podmínky pro garantované navýšení pojistných částek jsou uvedeny v Tabulce Podmínky pro garantované navýšení pojistných částek.

Tabulka Podmínky pro garantované navýšení pojistných částek

Garanční události	Garantované navýšení v %	Maximum garantovaného navýšení v průběhu pojistné doby	Dokumenty k žádosti o garantované navýšení PČ	Žadatel
Narození nebo adopce dítěte		neomezeně	Rodný list dítěte nebo listina o adopci	pojištěný = rodič/adoptivní rodič
Čerpání úvěru min. 500 000 Kč na pořízení nemovitosti nebo rekonstrukci vlastního bydlení.	50 % z aktuální pojistné částky, max. do výše pojistitelné částky	3 x	Podepsaná hypoteční nebo účelová úvěrová smlouva u koupě nebo převodu družstevního podílu nemovitosti, výpis z katastru nemovitostí nebo podepsaná smlouva o převodu družstevního podílu	pojištěný = dlužník/spoludlužník
Svatba, registrované partnerství, rozvod, ovdovění		1 x	Oddací list, doklad o uzavření registrovaného partnerství, rozsudek o rozvodu, úmrtí list	pojištěný

Druhy pojištění, které mohou být v rámci nabídky sjednány, **obsahuje** jak **samotná nabídka pojištění**, případně **další ujednání k nabídce**, tak i **ZPP IŽP 2016/11**.

Druhy jednotlivých doplňkových pojištění naleznete v čl. Druhy pojištění a Druhy doplňkových pojištění.

Životní pojištění

Investiční varianta

Pojištění pro případ smrti nebo dožití – V případě smrti pojištěného č. 1 vyplatí pojistitel aktuální hodnotu podílového účtu platnou k datu nahlášení pojistné události, minimálně však pojistnou částku pro případ smrti uvedenou v pojistné smlouvě. V případě dožití se konce pojištění pojištěného č. 1 vyplatí pojistitel aktuální hodnotu podílového účtu. V případě smrti pojištěného č. 1, nebo dožití se konce pojistné doby bude vyplacena případně i investiční prémie.

Riziková varianta

Pojištění pro případ smrti – V případě smrti pojištěného č. 1 vyplatí pojistitel jako pojistné plnění sjednanou pojistnou částku pro případ smrti a eventuálně i hodnotu podílových jednotek nakoupených z **mimořádného pojistného**. V případě smrti pojištěného č. 1, nebo v případě uplynutí pojistné doby vyplatí pojistitel také **rizikovou prémii**, vznikl-li na její výplatu pojištěnému č. 1 nárok.

Doplňkové pojištění invalidity III. stupně – Pojistnou událostí je pokles pracovní schopnosti pojištěného nejméně o 70 % a současně dožití se dne vzniku invalidity III. stupně podle platných předpisů o sociálním zabezpečení v České republice. Pojistitel vyplatí sjednanou pojistnou částku.

Doplňkové pojištění invalidity II. a III. stupně – Pojistnou událostí je pokles pracovní schopnosti pojištěného:

- nejméně o 50 % a současně dožití se dne vzniku invalidity II. stupně nebo
- nejméně o 70 % a současně dožití se dne vzniku invalidity III. stupně podle platných předpisů o sociálním zabezpečení v České republice. Pojistitel vyplatí sjednanou pojistnou částku.

Doplňkové pojištění invalidity I., II. a III. stupně – Pojistnou událostí je pokles pracovní schopnosti pojištěného:

- nejméně o 35 % a současně dožití se dne vzniku invalidity I. stupně podle platných předpisů o sociálním zabezpečení v České republice, přičemž **nárok na výplatu prvních 50 % sjednané pojistné částky vzniká pojištěnému ihned po prokázání pojistné události a nárok na výplatu zbývajících 50 % ze sjednané pojistné částky vzniká pojištěnému po uplynutí 18 měsíců od vzniku invalidity I. stupně za předpokladu, že invalidita I. stupně stále trvá** nebo
- nejméně o 50 % a současně dožití se dne vzniku invalidity II. stupně nebo
- nejméně o 70 % a současně dožití se dne vzniku invalidity III. stupně podle platných předpisů o sociálním zabezpečení v České republice. Pojistitel vyplatí sjednanou pojistnou částku.

Čekací lhůta pro pojištění invalidity III. stupně, invalidity II. a III. stupně a invalidity I., II. a III. stupně

Do čekací doby pro tato pojištění se započítává již uběhlá doba pojištění u předchozího pojistitele, a to do výše původně sjednané pojistné částky. Pojištěný doloží kopii pojistky a doklad o ukončení pojištění od předchozího pojistitele.

Doplňkové pojištění zproštění od placení pojistného

Pojistnou událostí je pokles pracovní schopnosti pojištěného:

- nejméně o 70 % a současně dožití se dne vzniku invalidity III. stupně podle platných předpisů o sociálním zabezpečení v České republice. V případě pojistné události přebírá povinnost hradit pojistné za pojistníka pojistitel.

Doplňkové pojištění pro případ péče o zdravotně postižené dítě

Pojistnou událostí je III. nebo IV. stupeň závislosti pojištěného na péči jiné osoby nebo jakékoli z následujících postižení pojištěného:

- úplná a trvalá ztráta zraku v důsledku nemoci nebo úrazu;
- úplná a trvalá ztráta sluchu v důsledku nemoci nebo úrazu;
- ztráta dvou nebo více končetin, o ztrátu končetiny se jedná v případě ztráty ruky nad zápěstím a v případě ztráty nohy nad hlezenním kloubem;
- úplné a trvalé ochrnutí dvou nebo více končetin.

Doplňkové pojištění závažných onemocnění – Pojistnou událostí se rozumí první stanovení diagnózy nebo provedení operace odpovídající definici závažných onemocnění uvedených v Tabulkách závažných onemocnění TDDZ0 a TDDZ1. **Věnujte zvýšenou pozornost těmto tabulkám, ve kterých jsou diagnózy rozděleny na skupiny platné pro děti a dospělé.** Pojistitel vyplatí sjednanou pojistnou částku.

Doplňkové pojištění onkologických onemocnění – Pojistnou událostí se rozumí první stanovení jedné z následujících diagnóz onkologického onemocnění dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN):

- u žen C50-C57: zhoubný novotvar (ZN) prsu, vulvy, pochvy – vagíny, hrdla děložního, těla děložního, dělohy, vaječniku a jiných neurčených ženských pohlavních orgánů;
 - u mužů C60-C63: zhoubný novotvar (ZN) pyje, předstojné žlázy – prostaty, varlete a jiných neurčených mužských pohlavních orgánů včetně zhoubného nádoru prsu;
 - u dětí do věku 18 let C91.0 akutní lymfoblastická leukemie.
- Pojistitel vyplatí sjednanou pojistnou částku.

Příspěvek na léčbu závažných a onkologických onemocnění

V případě, že dojde k pojistné události z **doplňkového pojištění závažných onemocnění a/nebo doplňkového pojištění onkologických onemocnění (DDZ0U, DZZ1U, DDC0U, DDC1U, DDOU)**, poskytne pojistitel nad rámec pojistného plnění z těchto rizik příspěvek na léčbu do maximální výše limitu 20 000 Kč za jednu pojistnou událost.

Tento příspěvek lze čerpat na úhradu doplatků na léky za předpokladu, že tyto léky:

- jsou nehrázené nebo jen částečně hrazené zdravotní pojišťovnou a zároveň
- byly pojištěnému předepsány ošetřujícím lékařem a zároveň
- jsou součástí léčby závažného nebo onkologického onemocnění, jehož diagnóza je současně pojistnou událostí.

Pro uplatnění nároku na pojistné plnění je pojištěný povinen doložit pojistiteli:

- lékařskou zprávu s uvedením předepsaných léků;
- originál dokladu o úhradě nákladů na léky.

Upozornění:

Pojistitel neposkytuje pojistné plnění, zemře-li pojištěný **během jednoho měsíce** ode dne:

- stanovení diagnózy nebo provedení operace odpovídající definici **závažných onemocnění** uvedených v Tabulkách závažných onemocnění TDDZO a TDDZ1;
- stanovení jedné z diagnóz **onkologických onemocnění** specifikovaných v doplňkovém pojištění onkologických onemocnění dle čl. 30.

Úrazové pojištění

Doplňkové pojištění smrti způsobené úrazem – Pojistnou událostí je smrt pojištěného na následky úrazu do 1 roku ode dne tohoto úrazu. Pojistitel vyplatí sjednanou pojistnou částku.

Doplňkové pojištění smrti úrazem následkem autonehody – Pojistnou událostí je smrt pojištěného na následky úrazu do 1 roku ode dne tohoto úrazu, ke kterému dojde v příčinné souvislosti s provozem motorového vozidla. V případě nastupování a vystupování z/do vozidla a při vykládání/nakládání přepravovaných věcí se pojištění vztahuje pouze na smrt způsobenou jiným motorovým vozidlem. Pojistitel vyplatí sjednanou pojistnou částku.

Doplňkové pojištění hospitalizace následkem úrazu – Pojistnou událostí je nezbytná hospitalizace pojištěného v důsledku úrazu. Pojistné plnění se určuje jako součin sjednané pojistné částky tohoto pojištění a počtu dnů hospitalizace. Pojistné plnění poskytuje pojistitel maximálně za 90 dnů hospitalizace, ke které dojde v průběhu čtyř let od data úrazu. Právo na pojistné plnění nevzniká za dny, kdy se pojištěný v nemocnici nezdržoval.

Doplňkové pojištění trvalých následků úrazu – Pojistnou událostí je vznik trvalých následků, které nastaly v důsledku úrazu pojištěného. Trvalými následky úrazu se rozumí takové následky úrazu, u nichž již není možné zlepšení, tj. trvalá ovlivnění tělesných a duševních funkcí. Stupněm invalidity se rozumí rozsah trvalých následků, jehož výše se určuje v procentech. Maximální stupeň invalidity je dán Tabulkou TTNU. Stupeň invalidity v procentech určuje lékař pojistitele. Základem pro určení stupně invalidity je Tabulka TTNU, která uvádí maximální stupeň invalidity daného úrazu. Při částečné ztrátě orgánů či smyslů nebo částečné ztrátě funkce orgánů či smyslů uvedených v Tabulce TTNU stanoví pojistitel na základě lékařského posouzení výši pojistného plnění jako procentuální podíl z maximálního ohodnocení stupně invalidity uvedeného v Tabulce TTNU. Nelze-li stanovit stupeň invalidity podle Tabulky TTNU nebo není-li poškozený orgán uveden v Tabulce TTNU, stanoví se stupeň invalidity lékařským posudkem s ohledem na míru omezení funkčnosti poškozeného orgánu.

Doplňkové pojištění trvalých následků úrazu následkem autonehody – Pojistnou událostí je vznik trvalých následků, které nastaly v důsledku úrazu pojištěného. Pojištění se vztahuje na úrazy pojištěného, ke kterým dojde v příčinné souvislosti s provozem motorového vozidla. V případě nastupování a vystupování z/do vozidla a při vykládání/nakládání přepravovaných věcí se pojištění vztahuje pouze na úrazy způsobené jiným motorovým vozidlem. Trvalými následky úrazu se rozumí takové následky úrazu, u nichž již není možné zlepšení, tj. trvalá ovlivnění tělesných a duševních funkcí. Stupněm invalidity se rozumí rozsah trvalých následků, jehož výše se určuje v procentech. Maximální stupeň invalidity je dán Tabulkou TTNU. Stupeň invalidity v procentech určuje lékař pojistitele. Základem pro určení stupně invalidity je Tabulka TTNU, která uvádí maximální stupeň invalidity daného úrazu. Při částečné ztrátě orgánů či smyslů nebo částečné ztrátě funkce orgánů či smyslů uvedených v Tabulce TTNU stanoví pojistitel na základě lékařského posouzení výši pojistného plnění jako procentuální podíl z maximálního ohodnocení stupně invalidity uvedeného v Tabulce TTNU. Nelze-li stanovit stupeň invalidity podle Tabulky TTNU nebo není-li poškozený orgán uveden v Tabulce TTNU, stanoví se stupeň invalidity lékařským posudkem s ohledem na míru omezení funkčnosti poškozeného orgánu.

Pojištění trvalých následků úrazu s progresivním plněním

V případě výplaty pojistného plnění z tohoto pojištění se výše pojistného plnění stanovuje pomocí Tabulky TTNU. Progresivní plnění je dáno výpočtem uvedeným dále.

stupeň invalidity (SI v %)	výpočet pojistného plnění
0,001 – 25,00	Pojistné plnění (PP) odpovídá pojistné částce (PČ) vynásobené stupněm invalidity Vzorec: PP = PČ x SI
25,01 – 80,00	Pojistné plnění odpovídá součtu 25 % pojistné částky a pětinašobku pojistné částky vynásobené stupněm invalidity sníženým o 25 %. PP = PČ x [25% + 5 x (SI - 25%)]
80,01 – 100,00	Pojistné plnění odpovídá součtu 300 % z pojistné částky a dvacetipětinašobku pojistné částky vynásobené stupněm invalidity sníženým o 80 %. PP = PČ x [300% + 25 x (SI - 80%)]

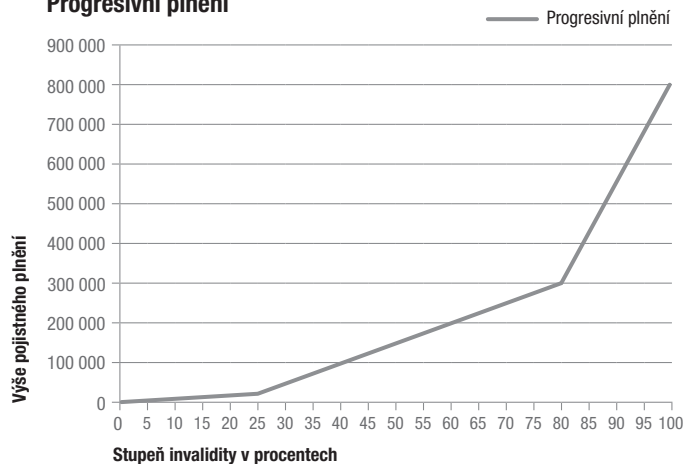
Modelový příklad: Progresivní plnění pro pojistnou částku za trvalé následky úrazu ve výši 100 000 Kč.

stupeň invalidity (SI v %)	vyplaceno	výpočet
10	10 000 Kč	(100 000 x 10 %)
40	100 000 Kč	100 000 x [25% + 5 x (40% - 25%)] = 100 000 x 100 %
90	550 000 Kč	100 000 x [300% + 25 x (90% - 80%)] = 100 000 x 550 %
100	800 000 Kč	100 000 x [300% + 25 x (100% - 80%)] = 100 000 x 800 %

Důležité: Trvalými následky se rozumí takové následky úrazu, u nichž již není možné zlepšení, tj. trvalá ovlivnění tělesných a duševních funkcí.

Doplňkové pojištění trvalých následků úrazu od 70 % stupně invalidity – Pojistnou událostí je vznik trvalých následků, které nastaly v důsledku úrazu pojištěného, a to min. ve výši 70 % stupně invalidity dle Tabulky TTNU. Trvalými následky úrazu se rozumí takové následky úrazu, u nichž již není možné zlepšení, tj. trvalá ovlivnění tělesných a duševních funkcí. Stupněm invalidity se rozumí rozsah trvalých následků, jehož výše

Progresivní plnění



se určuje v procentech. Maximální stupeň invalidity je dán Tabulkou TTNU. Stupeň invalidity v procentech určuje lékař pojistitele. Pojistným plněním je sjednaná pojistná částka.

Doplňkové pojištění poúrazové péče

Pojištění poúrazové péče se sjednává pro případ vzniku nákladů na poúrazovou péči pojištěného.

Poúrazovou péčí se rozumí

- terapie (např. rehabilitace a jiné podpůrné terapie - vyjma psychoterapie, jako jsou masáže, koupele, zábaly, elektrolyčba apod.);
- pořízení zdravotních pomůcek (např. opěrné hole, protézy a jiné rehabilitační a podpůrné pomůcky);
- zdravotní výkony (např. kosmetické zákroky a laserové operace vedoucí k odstranění následků úrazu).

Doplňkové pojištění – denní odškodné za dobu nezbytného léčení úrazu – Pojistnou událostí je úraz pojištěného, jehož nezbytná doba léčení přesáhla stanovenou karenční lhůtu. Karenční lhůta je počet dnů stanovených pojistnou smlouvou. Maximální počet proplácených dní je dán oceňovací Tabulkou plnění denního odškodného za dobu nezbytného léčení úrazu (dále jen „TDO“). Pojistné plnění se určuje jako součin sjednané pojistné částky tohoto doplňkového pojištění a počtu dnů léčení daného úrazu.

Pojistné plnění lze sjednat formou progresivního plnění.

V případě sjednání progresivního plnění se pojistné plnění počítá následovně:

doba nezbytného léčení úrazu	výpočet pojistného plnění
0 – 30 dnů	Pojistné plnění (PP) odpovídá pojistné částce (PČ) vynásobené počtem dní doby nezbytného léčení úrazu. Vzorec: PP = PČ x počet dní
31 – 90 dnů	Pojistné plnění odpovídá součtu pojistné částky vynásobené 30 dny a dvojnásobku pojistné částky vynásobené počtem dnů doby nezbytného léčení úrazu sníženým o 30 dní. Vzorec: PP = PČ x [30 + 2x (počet dní – 30)]
91 – 365 dnů	Pojistné plnění odpovídá součtu pojistné částky vynásobené 150 dny a trojnásobku pojistné částky vynásobené počtem dnů doby nezbytného léčení úrazu sníženým o 90 dní. Vzorec: PP = PČ x [150 dní + 3x (počet dní – 90)]

Příklad: Progresivní plnění pro pojistnou částku za denní odškodné za dobu nezbytného léčení úrazu ve výši 500 Kč

počet dní nezbytného léčení úrazu	celkové pojistné plnění	výpočet
20	10 000 Kč	20 x 500
65	50 000 Kč	500 x [30 + 2 x (65 – 30)] = 500 x 100
128	132 000 Kč	500 x [150 + 3 x (128 – 90)] = 500 x 264

Doplňkové pojištění – denní odškodné za dobu léčení vyjmenovaných úrazů – Pojistnou událostí je nezbytná doba léčení vyjmenovaných úrazů dle Tabulky plnění denního odškodného za dobu léčení vyjmenovaných úrazů (dále jen „TDOV“). Výše pojistného plnění je dána součinem sjednané pojistné částky a počtem dnů uvedeným v TDOV jako doba léčení úrazu, a to i v případě, že skutečné léčení úrazu bude trvat menší nebo větší počet dnů.

Nemocenské pojištění

Doplňkové pojištění při pracovní neschopnosti – Pojistnou událostí je dočasná pracovní neschopnost uznaná a potvrzená ošetřujícím lékařem pojištěného, která nastala v důsledku nemoci nebo úrazu pojištěného, která vznikla na území ČR a byla potvrzena lékařem v ČR. Pojistné plnění se vyplácí od určeného dne pracovní neschopnosti, který je stanoven v pojistné smlouvě.

Pojištění pracovní neschopnosti DONU15 a/nebo DONU29

V případě, že bude nepřetržitě trvání pracovní neschopnosti delší než 90 dnů, vyplácí pojistitel denní dávku od 1. dne pracovní neschopnosti.

Při zvolení pracovní neschopnosti DONU62 (pojistná částka při pracovní neschopnosti s výplatou od 62. dne) je pojistné plnění vypláceno po dobu max. 730 dnů pro každou pojistnou událost.

Upozornění:

Pojištění pracovní neschopnosti **zahrnuje výlukou**, kdy pojistitel **neposkytuje pojistné plnění** v období, kdy pojištěný pobírá nebo mu vznikl nárok na **peněžitou pomoc v mateřství** a/nebo na **rodičovský příspěvek**.

Pojištění pracovní neschopnosti **zaniká** v případě, kdy pojištěný přestane mít trvalé bydliště v České republice.

Výplata pojistné částky/den při pracovní neschopnosti končí se zánikem doplňkového pojištění při pracovní neschopnosti.

Doplňkové pojištění při pobytu v nemocnici – Pojistnou událostí je hospitalizace pojištěného trvajícím minimálně 24 hodin, která je z lékařského hlediska nezbytná v důsledku nemoci nebo úrazu. Pojistnou událostí je též hospitalizace zapříčiněná těhotenstvím a porodem. Hospitalizace začíná dnem přijetí pojištěného k hospitalizaci a končí dnem, kdy hospitalizace již není z lékařského hlediska nezbytná. Pojistné plnění se určuje jako součin sjednané pojistné částky tohoto pojištění a počtu dnů hospitalizace. Pojištění lze sjednat **pouze** formou **progresivního plnění**.

Pojistné plnění se počítá následovně:

doba pobytu v nemocnici	výpočet pojistného plnění
0 – 30 dnů	Pojistné plnění (PP) odpovídá pojistné částce (PČ) vynásobené počtem dnů pobytu v nemocnici. Vzorec: PP = PČ x počet dní
31 – 90 dnů	Pojistné plnění odpovídá součtu pojistné částky vynásobené 30 dny a dvojnásobku pojistné částky vynásobené počtem dnů pobytu v nemocnici sníženým o 30 dní. Vzorec: PP = PČ x [30 dní + 2x (počet dní – 30)]
91 – 365 dnů	Pojistné plnění odpovídá součtu pojistné částky vynásobené 150 dny a trojnásobku pojistné částky vynásobené počtem dnů pobytu v nemocnici sníženým o 90 dní. Vzorec: PP = PČ x [150 dní + 3x (počet dní – 90)]

Doplňkové pojištění pro případ ošetřování dítěte – Pojistnou událostí je ošetřování pojištěného dítěte ve věku od 2 do 10 let v souvislosti s jeho nemocí či úrazem. **Pojistné plnění se vyplácí od 11. dne** nepřetržitého ošetřování pojištěného dítěte. Pojistné plnění je poskytováno maximálně **za dobu 30 dnů za všechny pojistné události, ke kterým dojde v průběhu 1 kalendářního roku.**

Smlouva o předběžném pojištění

Při sepsání nabídky na uzavření životního pojištění Vám zároveň pojistitel nabízí uzavření smlouvy o předběžném pojištění. Máte-li zájem být pojištěn ještě před datem počátku pojištění (předběžné pojištění), je třeba zaplatit první pojistné ve výši uvedené v nabídce. Předběžné pojištění pak začíná 5. dnem po jeho zaplacení. Předběžné pojištění je účinné pouze za předpokladu, že následně dojde k uzavření Vámi navrhované pojistné smlouvy. Podrobnější informace k předběžnému pojištění naleznete ve VPP POS 2016/02 čl. 4.

Příklad vzniku předběžného pojištění:

Sepsání nabídky a uhrazení prvního pojistného dne 1. 7. – vznik pojistné ochrany dne 6. 7.

Pojistné

Základní povinností pojistníka je řádně a včas hradit stanovené pojistné v plné výši. Případné důsledky neplacení pojistného jsou uvedeny ve VPP POS 2016/02, čl. 7, čl. 8, čl. 10.

Změny pojištění

Změny pojištění lze provádět v průběhu celé pojistné doby. Změny lze provádět písemnou formou. Pojistitel poskytuje pojistné plnění ze změněného pojištění až z pojistných událostí, které nastaly až po dni účinnosti změny pojištění.

Pojištěný i pojistník mají povinnost oznámit včas všechny změny, týkající se skutečností, na které byli při sjednávání pojištění pojistitelem tázáni nebo které jsou uvedeny v pojistné smlouvě.

Příklady důležitých změn, které je nutné včas pojistiteli nahlásit: změna trvalého bydliště, změna příjmení či jména, změna zaměstnání či oboru podnikání, změna ve vykonávání sportovní činnosti, změna ve vykonávané zájmové činnosti.

Další práva a povinnosti pojistníka a pojištěného jsou podrobně popsány ve VPP POS 2016/02, čl. 10.

Pojistník je oprávněn učinit nepísemnou formou návrh změny pojistné smlouvy či dohody o zániku pojištění. Takové nepísemné oznámení se považuje za platné účinné, pokud pojistitel v písemné formě potvrdí, že oznámení obdržel, nebo se začne chovat ve shodě s ním. Za nepísemnou formu se považuje podání učiněné telefonicky, pomocí elektronického formuláře uvedeného na oficiálních webových stránkách pojistitele nebo elektronicky na elektronickou adresu pojistitele.

Vstupní a výstupní věky a změny v souvislosti s dovršením výstupního věku

Pojistná smlouva se sjednává na dobu určitou uvedenou v pojistné smlouvě, přičemž doplňková pojištění mohou být uzavřena s individuální pojistnou dobou, která je odlišná od pojistné doby Vaší smlouvy (tj. pojistná doba hlavního pojištění). Současně se pojistná doba doplňkových pojištění řídí limity maximálních vstupních věků (maximální věk pojištěného, kdy může do pojištění vstoupit) a výstupních věků (maximální věk pojištěného, dokdy může být pojištěn).

Pojištění zanikají uplynutím pojistné doby smlouvy nebo uplynutím pojistné doby doplňkového pojištění nebo k výročnímu dni v roce, v němž pojištěný – dospělý nebo pojištěný – senior dosáhne maximálního výstupního věku.

U doplňkového úrazového pojištění je klientovi nabízena změna v souvislosti s dovršením výstupního věku.

Výstupní věk 18 let: Pro pojištěnou osobu – dítě, která uzavřela pojištění ve věku 0-14 let, platí sjednaný rozsah pojištění, sjednaná pojistná částka a tomu odpovídající výše pojistného do výročního dne pojistného roku, v němž pojištěný dovrší 18 let; v uvedený výroční den dochází ke změně rozsahu pojištění, platného pro pojištěnou osobu – dospělého; snižují se pojistné částky daného pojištěného k uvedenému výročnímu dni v závislosti na poměru pojistného, které bylo sjednáno k pojistnému, jež by pojistiteli náleželo pro pojištění dospělých.

Výstupní věk 70 let: Pro pojištěnou osobu – dospělého, která uzavřela pojištění ve věku 15-69 let, platí sjednaný rozsah pojištění, sjednaná pojistná částka a tomu odpovídající výše pojistného do výročního dne pojistného roku, v němž pojištěný dovrší 70 let; v uvedený výroční den pojištění pro tuto pojištěnou osobu zaniká.

Výstupní věk 75 let: Pro pojištěnou osobu – seniora, která uzavřela pojištění ve věku 70-74 let, zaniká pojištění ve výroční den pojistného roku, v němž pojištěný dovrší 75 let.

Tabulka vstupních a výstupních věků

	Pojistitelné pro	Vstupní věk			Výstupní věk		
		Dítě	Dospělý	Senior	Dítě	Dospělý	Senior
smrt s konstantní pojistnou částkou (úrazem, nemocí) pro pojištěného č. 1 Z5MU	Pojištěný č. 1		0–70 let			75 let	
smrt s konstantní pojistnou částkou (úrazem, nemocí) pro další pojištěné Z5ZU	všichni		0–74 let			75 let	
smrt s klesající pojistnou částkou (úrazem, nemocí) ZM5CU	Pojištěný č. 1 a 2	-	15–74 let	-		75 let	
plná invalidita (III. stupeň) s konstantní pojistnou částkou ID3U	všichni	-	15–60 let	-		65 let	
plná invalidita (III. stupeň) s klesající pojistnou částkou ID3CU	Pojištěný č. 1 a 2	-	15–60 let	-		65 let	
invalidita II. a III. stupně s konstantní pojistnou částkou ID2U	všichni	-	15–60 let	-		65 let	
invalidita II. a III. stupně s klesající pojistnou částkou ID2CU	Pojištěný č. 1 a 2	-	15–60 let	-		65 let	
invalidita I., II. a III. stupně s konstantní pojistnou částkou ID1U	všichni	-	15–60 let	-		65 let	
invalidita I., II. a III. stupně s klesající pojistnou částkou ID1CU	Pojištěný č. 1 a 2	-	15–60 let	-		65 let	
zproštění od placení pojistného AUZU	Pojištěný č. 1	-	18–60 let	-		65 let	
péče o postižené dítě PPDU	všichni	1–14 let	-	-	18 let	-	
závažná onemocnění s konstantní pojistnou částkou DDZ0U/DDZ1U	všichni		1–64 let			65 let	
závažná onemocnění s klesající pojistnou částkou DDC0U/DDC1U	Pojištěný č. 1 a 2	-	15–64 let	-		65 let	
onkologická onemocnění DDOU	všichni		3–55 let	-		60 let	

	Pojistitelné pro	Vstupní věk			Výstupní věk		
		Dítě	Dospělý	Senior	Dítě	Dospělý	Senior
smrt způsobená úrazem UTZU	všichni	0–14 let	15–69 let	70–74 let	18 let	70 let	75 let
smrt způsobená úrazem následkem autonehody UTAU	všichni	0–14 let	15–69 let	70–74 let	18 let	70 let	75 let
trvalé následky úrazu od 0,001 % TNPOU	všichni	0–14 let	15–69 let		18 let	70 let	-
trvalé následky úrazu od 10 % TNP1U	všichni	0–14 let	15–69 let	70–74 let	18 let	70 let	75 let
trvalé následky úrazu následkem autonehody TNPAU	všichni	0–14 let	15–69 let	70–74 let	18 let	70 let	75 let
trvalé následky úrazem od 70 % UIZ7U	všichni	0–14 let	15–69 let		18 let	70 let	-
poúrazová péče POPU	všichni	0–14 let	15–69 let	-	18 let	70 let	-
denní odškodné za dobu nezbytného léčení úrazu DOUU	všichni	0–14 let	15–69 let		18 let	70 let	-
denní odškodné za vyjmenované úrazy DOVU	všichni	0–14 let	15–69 let	70–74 let	18 let	70 let	75 let
hospitalizace následkem úrazu HOUU	všichni	0–14 let	15–69 let	70–74 let	18 let	70 let	75 let
pojistná částka při hospitalizaci s progresí DOHU	všichni		0–60 let	-	65 let		-
pojistná částka při pracovní neschopnosti DONU	všichni		-	18–60 let	-	65 let	-
ošetřování dítěte PODU	všichni	2–9 let	-	-	10 let	-	-
rodinná asistence ASAP	všichni		0–70 let			75 let	

Pojistná událost – definice

Každé pojištění má svou definici pojistné události, tato definice přesně vymezuje situaci, při které oprávněné osobě / obmyšlenému vzniká nárok na pojistné plnění. Pojistné plnění je pak určeno Vámi stanovenou pojistnou částkou a maximálním limitem pojistného plnění, který může být pro některá pojištění uveden v příslušných tabulkách. Tyto tabulky naleznete pod označením Tabulky ŽP 2016/08. Doporučujeme Vám se s těmito tabulkami podrobně seznámit.

Rozsah pojistné ochrany pojištění pro případ smrti pojištěného č. 1 v závislosti na výši pojistného

Je-li u pojištění pro případ smrti nebo dožití sjednána pojistná částka pro případ smrti pojištěného č.1 menší než 110 % ročního, resp. jednorázového pojistného a současně není sjednáno žádné doplňkové pojištění, je do pojištění na dobu 1 roku od data jeho počátku automaticky bez zvýšení pojistného zahrnuto doplňkové pojištění smrti způsobené úrazem. Pojistná částka doplňkového pojištění smrti způsobené úrazem činí u pojištění s běžným pojistným 25 % ročního pojistného, u pojištění s jednorázovým pojistným 15 % z jednorázového pojistného.

Pojistná událost – oznámení a šetření

Pojistnou událost je nutné nahlásit včas, tj. do 14 dnů od vzniku pojistné události, a to písemnou formou. Pojistník či oprávněná osoba jsou povinni umožnit pojistiteli šetření pojistné události a při šetření této události spolupracovat.

Oprávněná / obmyšlená osoba má povinnost na žádost pojistitele předložit podklady nutné k prošetření pojistné události.

Důležité: Rádným a včasným doložením těchto podkladů urychlujete vyřízení pojistné události.

Výluky a snížení pojistného plnění

Důležitou součástí pojistných podmínek jsou výluky a snížení pojistného plnění, resp. popis situací a případů, kdy pojistitel neposkytuje pojistné plnění či jeho výši snižuje. Věnujte prosím zvýšenou pozornost čl. 20 ZPP IŽP 2016/11.

Výpověď a zánik pojištění

Obě smluvní strany mohou za splnění určitých podmínek pojistnou smlouvu vypovědět.

Dále pojištění za určitých podmínek zaniká, např. uplynutím pojistné doby, smrtí pojištěného.

Zániky jsou specifikovány/uvedeny ve VPP POS 2016/02, čl. 7 a ZPP IŽP 2016/11, čl. 7.

Výpověď musí být učiněna písemnou formou a musí obsahovat všechny důležité informace ke zpracování výpovědi:

- číslo pojistné smlouvy
- datum výpovědi
- jméno a příjmení pojistníka
- adresa pojistníka
- podpis pojistníka

Pro výpověď pojistné smlouvy lze využít formulář pojistitele „Nabídka na změnu / oznámení změny pojistné smlouvy pojištění osob“.

Možnosti odstoupení – podmínky a lhůty

Pojistník má právo od smlouvy odstoupit, porušil-li pojistitel povinnost pravdivě a úplně zodpovědět písemné dotazy zájemce při jednání o uzavření smlouvy nebo pojistníka při jednání o změně smlouvy.

Pojistník má právo od smlouvy odstoupit v případě, že pojistitel poruší povinnost upozornit na nesrovnalosti, musí-li si jich být při uzavírání smlouvy vědom, mezi nabízeným pojištěním a požadavky zájemce.

Pojistitel má právo odstoupit od smlouvy, porušil-li pojistník nebo pojištěný úmyslně nebo z nedbalosti povinnost pravdivě odpovídat na písemné dotazy pojistitele týkající se skutečností, které mají význam pro pojistitelovo rozhodnutí, jak ohodnotí pojistné riziko, zda je pojišť a za jakých podmínek, prokáže-li, že by po pravdivém a úplném zodpovězení dotazů smlouvu neuzavřel.

Právo odstoupit od smlouvy zaniká, nevyužije-li je strana do dvou měsíců ode dne, kdy zjistila nebo musela zjistit porušení povinnosti, které opravňuje k odstoupení. Odstoupí-li pojistník od smlouvy, nahradí mu pojistitel do jednoho měsíce ode dne, kdy se odstoupení stane účinným, zaplacené pojistné snížené o to, co již případně z pojištění plnil; odstoupil-li od smlouvy pojistitel, má právo započíst si i náklady spojené se vznikem a správou pojištění. Odstoupí-li pojistitel od smlouvy a získal-li již pojistník, pojištěný nebo jiná osoba pojistné plnění, nahradí v téže lhůtě pojistiteli to, co ze zaplaceného pojistného plnění přesahuje zaplacené pojistné.

Odstoupení v případě pojistných smluv uzavřených pojistníkem – spotřebitelem mimo obchodní prostory

V případě, že jde o pojistnou smlouvu uzavřenou mimo obchodní prostory, tj. mimo prostory obvyklé pro podnikání, může pojistník, který je spotřebitelem, **odstoupit od smlouvy do 30 dnů** ode dne jejího uzavření. **Jestliže pojistník dal souhlas k začátku plnění služby před uplynutím lhůty pro odstoupení a tato služba byla splněna, nemůže již od smlouvy odstoupit.**

Pokud pojistník ve smlouvě požádal, aby poskytování služeb začalo během lhůty pro odstoupení od smlouvy, může pojistitel požadovat zaplacení částky úměrné rozsahu poskytnutých služeb do okamžiku odstoupení, a to v porovnání s celkovým rozsahem služeb stanoveným ve smlouvě. V případě neuplatnění práva na odstoupení od smlouvy je pojistná smlouva platnou a účinnou a zavazuje strany k plnění závazků v ní obsažených. Odstoupení od pojistné smlouvy je nutné podat písemně a zaslat je pojistiteli. Formulář pro odstoupení naleznete na webových stránkách a obchodních místech pojistitele.

Definice pojmů uvedených v pojistných podmínkách

V pojistných podmínkách se můžete setkat s pojmy, které jsou přesně definovány pojistitelem a jejich význam je specifický.

Těžké pohmoždění měkkých tkání: poranění s přítomností hematomu, otoku s délkou léčby min. 14 dnů a s odpovídající doloženou léčbou. U pohmoždění v oblasti kloubů je nutná pevná fixace kloubu.

Infekční oddělení: infekční oddělení nebo oddělení s obdobným režimem je uzavřené oddělení, kde je pojištěná osoba izolována od styku s veřejností.

Lékařský experiment: jedná se o zařazení klienta do lékařského experimentu na základě jeho dobrovolného souhlasu, kdy lékařský experiment není součástí léčby onemocnění klienta (testování nových léků či přípravků a léčebných postupů na zdravých lidech).

Vysokohorská turistika: turistika s nutností pomůcek či chůze po náročném terénu (ledovec, firmová pole) nad 3.000 m n. m. vždy.

Horolezecký sport: jakékoliv formy horolezeckého sportu s užitím jištění i bez něho (včetně sportovního lezení po umělých stěnách).

Vodní sporty na divoké vodě: sport provozovaný na divoké vodě; za divokou vodu jsou považovány vodní toky od stupně obtížnosti WW IV dle Klasifikace vodácké obtížnosti (tzv. alpské dělení).

Amatérská a regionální úroveň: amatérský sportovec účastní se soutěží na regionální úrovni, člen sportovního svazu nebo klubu (např. TJ, FK, SK, AC, HC apod.) a připravující se na soutěže formou tréninku.

Vrcholová a profesionální úroveň: Profesionální/vrcholovou sportovní činností se pro účely pojištění rozumí provozování sportu za účelem obživy, za peněžní honorář, a/nebo v intenzitě a četnosti tréninků odpovídající přípravě na nejvyšší republikové soutěže (tj. např. u fotbalu 1. a 2. liga, u ledního hokeje extraliga a 1. liga) nebo mezinárodní soutěže daného sportu.

Rizikovitost zaměstnání a sportů

Rozdělení rizikovitosti sportovní činnosti pro doplňkové úrazové pojištění

Při posuzování výše pojistného rizika u doplňkového úrazového pojištění stanovuje pojistitel přírážku na pojistném v souladu s níže uvedenou tabulkou.

Tabulka sportů

Druh sportu	Úroveň	Zvýšené riziko
Billiard, bowling, curling, dálkové pochody, golf, jachting, jóga, lukostřelba, orientační běh, pilates, plavání, spinning, vodní pólo, volejbal a tenis.	amatérská i vrcholová	ne
Aerobik, airsoft, basketbal, baseball, bojové sporty nekontaktní (Tchai-Ti, Aikido, tradiční karate), cyklistika, cyklokros, fotbal, házená, gymnastika, hokejbal, horské kolo, jezdectví, kolová, kvadriatlon, lakros, lední hokej, lyžování sjezdové, maraton, nohejbal, moderní pětiboj, pozemní hokej, rychlobruslení, skateboarding, skoky do vody, sportovní gymnastika, triatlon, vodní lyžování, zápas a sporty s obdobným rizikem.	amatérská	ne
	vrcholová	přírážka 100 %
Akrobacie, americký fotbal, bojové sporty kontaktní (box, kick-box, kung-fu, krav maga, mussado, muai-thai), canyoning, free running, historický šerm, horolezectví, létání (bezmotorová letadla, větroně, balón), mega diving, paragliding, parašutismus, skoky na lyžích, sportovní boby, streetluge, tricking, wakeboarding, wrestling, potápění a sporty s obdobným rizikem; dále sporty vyloučené pojistnými podmínkami platnými pro tuto nabídku.	amatérská i vrcholová	nepojistitelné

Konečné rozhodnutí o zařazení pojištěného do rizikové skupiny a výše přírážky je plně v kompetenci pojistitele.

V případě změny sportovní či zájmové činnosti u pojištěné osoby nezapomeňte tuto změnu oznámit včas pojistiteli.

Seznam rizikových a nepojistitelných zaměstnání

Pojistitel dále posuzuje výši pojistného rizika u doplňkového úrazového a nemocenského pojištění dle vykonávaného zaměstnání či oboru podnikání.

Riziková zaměstnání a nepojistitelná zaměstnání pro doplňkové úrazové pojištění

Riziková zaměstnání (přírážka 100 %)

Asfaltér, dělník u vysoké pece, dřevorubec, elektrikář, fasádník, frézař, hasič profesionál, kameník, komíník, klempíř, kovář, lesní dělník – kácení stromů, lešenář, myč oken, natěrač, policista – člen zásahové jednotky, pomocný stavební dělník, pracovník na pile, v hutnictví, v chemickém průmyslu, v těžkém průmyslu, sklář, slévač, soustružník, svářeč, tesař, truhlář, stolař, vlakový personál (výhybkář, posunovač atd.), zedník a zaměstnání s obdobným rizikem.

Nepojistitelná zaměstnání

Artista, cestovatel – účastník expedic, bodyguard, dělník na vrtné plošině, fotoreportér a zpravodaj v krizových oblastech, kaskadér, práce s jedy a výbušninami, potápěč, zkušební řidič, žokej a zaměstnání s obdobným rizikem.

Riziková a nepojistitelná zaměstnání pro doplňkové nemocenské pojištění

Artista, akrobat, biochemik – práce s jedy a nebezpečnými látkami, bodyguard, fotoreportér v krizových oblastech, geodet v podzemí, chemik – práce s jedy a výbušninami, tovární jezdec, zkušební řidič, cestovatel – účastník expedic, trenér, kouč, modelka, hosteska, vulkanizér, záchranář, technik – obsluha reaktoru, účastník expedic, zpracovatel jaderných sil / uranu, horník v hlubinném nebo povrchovém dole, horolezec, horský průvodce, výrobce pyrotechniky, pyrotechnik, prostitutka, práce doma, polykač ohňů a předmětů, střelní mistr, stromolezec, dělník/pracovník v těžkém průmyslu (ropném), vysoké pece, vrtná plošina, hydraulický lis), práce ve výškách, posunovač, hromosvodář, krotitel zvěře, kaskadér, parašutista, pilot (ultralight, zkušební, kluzák), potápěč, zaměstnání sezonního charakteru, učitel létání/potápění, zpravodaj v krizových oblastech, voják pilot, voják – práce s nebezpečnými látkami, profesionální sportovec, neuvedená riziková činnost, ocelář, žokej, žonglér a zaměstnání s obdobným rizikem.

Konečné rozhodnutí o pojistitelnosti zaměstnání je plně v kompetenci pojistitele.

Stanovení výše pojistné částky denního odškodného za dobu nezbytného léčení úrazu / za dobu léčení vyjmenovaných úrazů a pojištění pracovní neschopnosti

V případě, že jste si zvolili pojištění denního odškodného za dobu nezbytného léčení úrazu (vyjmenovaných úrazů) nebo pojištění pracovní neschopnosti, věnujte zvýšenou pozornost následujícím podmínkám a tabulkám.

Možnosti sjednání pojistné částky při pracovní neschopnosti

Varianta A – paušální pojistná částka, nezávislá na výši měsíčního příjmu pojištěného, lze sjednat max. ve výši 300 Kč/den.

Varianta B – výše pojistné částky je vázána na měsíční příjem pojištěného, sjednává se od částky 301 Kč/den. Danému měsíčnímu příjmu odpovídá určitá maximální pojistitelná pojistná částka, kterou určují tabulky pro stanovení výše pojistné částky uvedené dále. U zaměstnanců se vychází z hrubého měsíčního příjmu, u podnikatelů (OSVČ) z čistého měsíčního příjmu, který je vypočten jako **50 % z celkových příjmů za zdaňovací období, nebo z rozdílu mezi příjmy a výdaji (obojí vždy děleno 12)**. Za příjmy pro stanovení výše pojistné částky nelze považovat: jakýkoli druh důchodu, sociální dávky, mateřskou nebo rodičovský příspěvek, podporu v nezaměstnanosti, nemocenskou, příjmy z dohody o provedení práce, příjmy z kapitálového majetku, příjmy z pronájmů, nebo ostatní příjmy podle § 10 zákona o daních z příjmu.

Výše pojistné částky bude přepočítána dle níže uvedené tabulky, a to na základě doložených příjmů klienta v době pojistné události.

V případě, že pojistná částka uvedená v nabídce nebude odpovídat příjmům pojištěného v době pojistné události, pojistitel upraví pojistnou částku s účinností od 1. dne měsíce následujícího poté, co se o této skutečnosti dozvěděl. Nově stanovená výše pojistné částky je platná již od počátku pojistné události, při které se pojistitel o změně výše příjmů dozvěděl.

Možnosti sjednání denního odškodného za dobu nezbytného léčení úrazu / za dobu léčení vyjmenovaných úrazů (DOUU, DOVU) a denního odškodného za dobu nezbytného léčení úrazu z progresí

Varianta A – paušální denní odškodné nezávislé na výši měsíčního příjmu pojištěného, lze sjednat max. ve výši 500 Kč.

Varianta B – výše denního odškodného je vázána na měsíční příjem pojištěného, sjednává se od částky 501 Kč nebo denního odškodného DOUU s progresí od 251 Kč. Danému měsíčnímu příjmu odpovídá určité maximální pojistitelné denní odškodné, které určují tabulky pro stanovení výše pojistné částky uvedené dále. U zaměstnanců se vychází z hrubého měsíčního příjmu, u podnikatelů (OSVČ) z čistého měsíčního příjmu dle daňového přiznání.

V případě, že výše denního odškodného uvedená v nabídce nebude odpovídat příjmům pojištěného v době pojistné události, pojistitel upraví denní odškodné s účinností od 1. dne měsíce následujícího poté, co se o této skutečnosti dozvěděl. Nově stanovená výše denního odškodného je platná již od počátku pojistné události, při které se pojistitel o změně výše příjmů dozvěděl. Nově stanovená výše denního odškodného bude odpovídat doloženým příjmům klienta, nejméně však 500 Kč.

V případě sjednání DON62 max. do 300 Kč/den v kombinaci s DON15 a/nebo DON29 max. 300 Kč/den = v celkovém součtu 600 Kč/den není nutné dokládat příjmy klienta.

Tabulky pro stanovení výše pojistné částky

		DOU+DOV/DON		DOU s progresí	
měsíční příjem (zaměstnanec hrubý, OSVČ čistý)		zaměstnanec	OSVČ	zaměstnanec	OSVČ
min	max	maximální pojistná částka	maximální pojistná částka	maximální pojistná částka	maximální pojistná částka
10001	11000	300	310	250	250
11001	12000	300	340	250	250
12001	13000	300	370	250	250
13001	14000	300	400	250	250
14001	15000	300	430	250	250
15001	16000	300	460	250	250
16001	17000	300	490	250	250
17001	18000	300	520	250	260
18001	19000	300	550	250	275
19001	20000	310	580	250	290
20001	21000	330	610	250	305
21001	22000	350	640	250	320
22001	23000	360	670	250	335
23001	24000	380	700	250	350
24001	25000	400	730	250	365
25001	26000	420	760	250	380
26001	27000	440	790	250	395
27001	28000	450	820	250	410
28001	29000	470	850	250	425
29001	30000	490	880	250	440
30001	31000	510	910	255	455
31001	32000	520	940	260	470
32001	33000	540	970	270	485
33001	34000	560	1000	280	500
34001	35000	580	1030	290	500
35001	36000	600	1060	300	500

DOU+DOV/DON				DOU s progresí	
měsíční příjem (zaměstnanec hrubý, OSVČ čistý)		zaměstnanec	OSVČ	zaměstnanec	OSVČ
min	max	maximální pojistná částka	maximální pojistná částka	maximální pojistná částka	maximální pojistná částka
36001	37000	610	1090	305	500
37001	38000	630	1120	315	500
38001	39000	670	1150	335	500
39001	40000	680	1180	340	500
40001	41000	700	1210	350	500
41001	42000	720	1390	360	500
42001	43000	740	1420	370	500
43001	44000	760	1450	380	500
44001	45000	770	1480	385	500
45001	46000	790	1500	395	500
46001	47000	810	1500	405	500
47001	48000	820	1500	410	500
48001	49000	840	1500	420	500
49001	50000	860	1500	430	500
50001	51000	870	1500	435	500
51001	52000	890	1500	445	500
52001	53000	900	1500	450	500
53001	54000	920	1500	460	500
54001	55000	930	1500	465	500
55001	56000	950	1500	475	500
56001	57000	970	1500	485	500
57001	58000	980	1500	490	500
58001	59000	1000	1500	500	500
59001	60000	1010	1500	500	500
60001	61000	1030	1500	500	500
61001	62000	1040	1500	500	500
62001	63000	1060	1500	500	500
63001	64000	1080	1500	500	500
64001	65000	1090	1500	500	500
65001	66000	1110	1500	500	500
66001	67000	1120	1500	500	500
67001	68000	1140	1500	500	500
68001	69000	1150	1500	500	500
69001	70000	1170	1500	500	500
70001	71000	1190	1500	500	500
71001	72000	1200	1500	500	500
72001	73000	1230	1500	500	500
73001	74000	1250	1500	500	500
74001	75000	1260	1500	500	500
75001	76000	1280	1500	500	500
76001	77000	1300	1500	500	500
77001	78000	1310	1500	500	500
78001	79000	1330	1500	500	500
79001	80000	1340	1500	500	500
80001	81000	1350	1500	500	500
81001	82000	1370	1500	500	500
82001	83000	1390	1500	500	500
83001	84000	1410	1500	500	500
84001	85000	1420	1500	500	500
85001	86000	1440	1500	500	500
86001	87000	1450	1500	500	500
87001	88000	1470	1500	500	500
88001	89000	1490	1500	500	500
89001	90000	1500	1500	500	500
90001	a více	1500	1500	500	500

Daňové předpisy

Právním předpisem upravujícím Vaše daňové povinnosti v souvislosti s pojištěním osob je zákon o daních z příjmu v platném znění. Životní pojištění podléhá srážkové dani při výplatě jakéhokoli plnění z pojistné smlouvy z důvodu dožití nebo odkupného/částecného odkupného. Ostatní pojistná plnění včetně pojistných plnění z doplňkových pojištění nepodléhají dani z příjmů. V současné chvíli si nejsme vědomi dalších daní, které by měly být hrazeny v souvislosti se sjednávaným pojištěním. Právní předpisy nicméně mohou v budoucnu takovou povinnost zavést.

Politicky exponovaná osoba (PEO)

PEO je fyzická osoba, která je ve významné veřejné funkci s celostátní působností nebo v obdobné funkci v EU nebo v jiných mezinárodních organizacích, a to po dobu výkonu funkce a dále jeden rok po ukončení této funkce, a která současně:

- má bydliště mimo ČR nebo
- takovou významnou veřejnou funkci vykonává mimo ČR.

Za PEO (bez podmínky bydliště mimo ČR) se považují i rodinní příslušníci PEO, dále osoba, která má s PEO společnou právnickou osobu, skutečný majitel právnické osoby, o které je známo, že byla vytvořena ve prospěch PEO. **Za PEO se dále považují osoby, které kladně odpoví na prohlášení týkající se PEO v Prohlášení pojistníka v Nabídce na uzavření pojištění; tato osoba pak musí vyplnit tiskopis Identifikace účastníka obchodu / kontrola klienta.**

FATCA

FATCA – Foreign Account Tax Compliance Act – je platný zákon Spojených států amerických, dle kterého se sleduje, zda klienti jsou, či nejsou daňově povinni vůči Spojeným státům americkým. Pokud je klient daňově povinný, je označován jako daňový rezident, což znamená, že má povinnost přiznávat daně na území Spojených států amerických. V takovém případě je nezbytné do nabídky vyplnit číslo TIN. V případě, že americký rezident odmítne vyplnit TIN, nabídka nemůže být akceptována pojistitelem.

TIN – Tax identification number – daňové identifikační číslo daňového rezidenta USA. Potřebné pro FATCA identifikaci klienta.

DIČ – daňové identifikační číslo klienta v konkrétní zemi (mimo ČR).

CRS – Common Reporting Standard – mezinárodní dohoda o automatické výměně informací o finančních účtech.

Daňový rezident – daňově povinná osoba, které má povinnost přiznávat daně na území konkrétního státu. Ve státě, kde je osoba daňovým rezidentem, zdaňuje své veškeré příjmy. Potvrzení o daňovém domocilu (příslušnosti) může na požádání vystavit daňový úřad v zemi, kde je klient daňovým rezidentem.

Doba platnosti poskytnutých údajů

Informace obsažené v této Informaci pro klienta se vztahují k přiložené nabídce na uzavření pojistné smlouvy. Není-li pojistitelem určeno jinak, platí tyto údaje 1 měsíc ode dne jejich doručení.

Poučení o ochraně osobních údajů a mlčenlivosti

Dovolujeme si Vás informovat o tom, jak chráníme Vaše osobní údaje a údaje o pojištění. Ochrana soukromí, osobních údajů a údajů o pojištění našich klientů patří mezi naše priority. Tyto údaje považujeme za důvěrné a zachováváme o nich mlčenlivost. Klademe důraz na bezpečnost při jejich zpracování, na výběr smluvních partnerů a striktní dodržování pravidel.

Generali Pojišťovna a.s. je ze zákona povinna zpracovávat osobní údaje svých klientů, a to včetně rodných čísel. Osobní údaje mimo jiné slouží k jednoznačné a nezaměnitelné identifikaci každého klienta, a tím i k ochraně jeho zájmů i zájmů pojistitele. Poskytnutí osobních údajů včetně citlivých údajů (např. údajů o zdravotním stavu) je zcela dobrovolné. V rozsahu nezbytném pro výkon pojišťovací činnosti a pro plnění zákonem nám uložených povinností je však poskytnutí těchto údajů podmínkou pro uzavření pojistné smlouvy, bez poskytnutých osobních údajů s Vámi nemůžeme pojistnou smlouvu uzavřít.

Zpracování osobních údajů bez souhlasu klienta

Vaše osobní údaje budeme zpracovávat zejména pro účely pojišťovací činnosti a dalších činností, ke kterým je pojistitel v souladu s právními předpisy oprávněn (např. pro uzavření pojistné smlouvy, pro správu pojištění, pro řešení škodných událostí apod.), a pro plnění povinností uložených nám dalšími zákony (např. archivace, povinně sdělované informace správci daně, v případě životního pojištění plnění povinností uložených nám zákonem o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti).

Pro tyto účely můžeme zpracovávat osobní údaje v souladu se zákonem bez Vašeho souhlasu. Bez Vašeho souhlasu můžeme zpracovávat osobní údaje také v případě jednání o uzavření nebo změně smlouvy uskutečněné na Váš návrh a v případě již uzavřené pojistné smlouvy v rozsahu nutném pro plnění smlouvy a pro ochranu práv a právem chráněných zájmů pojistitele (např. pro vymáhání dlužného pojistného apod.)

Zpracování citlivých údajů se souhlasem klienta

V některých případech od klientů před uzavřením pojistné smlouvy a při šetření škodní události vyžadujeme souhlas se zpracováním citlivých údajů, zejména údajů o zdravotním stavu. Rozsah a charakter vyžadovaných údajů se u jednotlivých produktů liší, poskytnutí souhlasu se zpracováním těchto údajů je však u vybraných produktů podmínkou pro uzavření pojistné smlouvy či pro zjištění, zda a v jakém rozsahu nastala pojistná událost. Z těchto důvodů jednou udělený souhlas se zpracováním citlivých údajů v nezbytném rozsahu nemůžete po dobu našeho oprávněného zpracování odvolat.

Zpracování osobních údajů se souhlasem klienta pro účely nabízení služeb a marketingové účely

Kromě výše uvedených zákonných výjimek smíme Vaše osobní údaje zpracovávat pouze s Vaším souhlasem. S Vaším souhlasem zpracováváme osobní údaje včetně rodného čísla za účelem nabízení služeb pojistitele, dalších členů skupiny Generali a spolupracujících obchodních partnerů uvedených na internetových stránkách pojistitele, a za účelem marketingového využití, které nám pomáhá lépe poznat Vaše potřeby, vytvářet clientské analýzy a nabízet tomu odpovídající produkty a zkvalitňovat služby poskytované skupinou Generali. S Vaším souhlasem Vám budeme služby nabízet i prostřednictvím elektronických prostředků (např. SMS, email atp.) Pro tyto účely udělujete souhlas se zpracováním osobních údajů, s přiřazováním dalších osobních údajů a s jejich předáváním také ostatním členům skupiny Generali a spolupracujícím obchodním partnerům, a to i případně do jiných států.

Udělení souhlasu ke zpracování osobních údajů za účelem nabízení služeb a pro marketingové účely je zcela dobrovolné a není nezbytnou podmínkou pro uzavření pojistné smlouvy. Svůj souhlas k těmto účelům můžete kdykoliv odvolat, zároveň můžete kdykoliv bez jakýchkoliv zvláštních nákladů zakázat použití své elektronické adresy k zasílání reklamy.

Jaké osobní údaje zpracováváme

Zpracováváme údaje, které nám sdělíte při jednání o uzavření pojistné smlouvy, v průběhu trvání pojištění (např. při změně smlouvy nebo při vyřizování škodní události) a údaje legálně získané z veřejných rejstříků, či veřejně dostupných zdrojů, seznamů a evidencí (např. obchodní rejstřík, živnostenský rejstřík, insolvenční rejstřík apod.). Za účelem zkvalitňování námi poskytovaných služeb, pro účely jednání o uzavření nebo změně smlouvy a pro plnění smluvních povinností také pořizujeme hlasové záznamy telefonických hovorů s klienty. Tyto nahrávky mohou sloužit rovněž jako důkaz v případném soudním nebo správním řízení. Jako pojistitel jsme oprávněni dále zpracovávat údaje získané od jiných subjektů v případě,

že tak stanoví zákon (např. za účelem prevence a odhalování pojistného podvodu ve smyslu zákona o pojišťovnictví), příp. údaje získané v souladu s Vaším souhlasem od jiných správců osobních údajů. V případě, že Váš podpis bude učiněn formou tzv. dynamického biometrického podepisování, budeme Váš podpis zpracovávat prostřednictvím technologie pro automatické rozpoznávání biometrických prvků, při které jsou jako neoddělitelná součást grafické podoby podpisu zaznamenávány dynamické parametry pohybu ruky.

Komu mohou být Vaše osobní údaje poskytnuty

- subjektům, u kterých nám poskytnutí údajů ukládá zákon, např. soudům, orgánům činným v trestním řízení, České národní bance, správci daně, exekutorům, insolvenčním správcům a dalším)
- jiným pojišťovnám za účelem prevence a odhalování pojistného podvodu a dalšího protiprávního jednání v souladu se zákonem o pojišťovnictví
- dalším subjektům, pokud je to nezbytné pro ochranu práv a právem chráněných zájmů pojistitele (např. soudům, exekutorům, soudním komisařům apod.)
- zpracovatelům uvedeným na internetových stránkách pojistitele, kteří poskytují dostatečné záruky technického a organizačního zabezpečení ochrany osobních údajů, se kterými má pojistitel uzavřenou smlouvu o zpracování osobních údajů
- s Vaším souhlasem ostatním členům skupiny Generali a spolupracujícím obchodním partnerům uvedeným na internetových stránkách pojistitele
- s Vaším souhlasem mohou být Vaše osobní údaje poskytnuty i případně dalším subjektům

Jakým způsobem a jak dlouho Vaše osobní údaje zpracováváme

Vaše osobní údaje zpracováváme manuálně i automatizovaným způsobem v informačních systémech. Osobní údaje chráníme, aby nemohlo dojít k neoprávněnému nebo nahodilému přístupu k osobním údajům, k jejich přenosu, změně či ztrátě nebo k jinému možnému zneužití. Veškeré osoby, které přijdou do styku s osobními údaji při plnění svých pracovních nebo smluvních povinností, jsou vázány povinností mlčenlivosti jak o osobních údajích samotných, tak i o bezpečnostních opatřeních k jejich ochraně; tato povinnost trvá neomezeně i po skončení zaměstnání nebo příslušného vztahu.

Osobní údaje zpracováváme po dobu nezbytně nutnou k realizaci a ochraně práv a povinností plynoucích z našeho vzájemného smluvního vztahu a dále po dobu vyplývající z právních předpisů, případně po dobu specifikovanou v souhlasu klienta (např. pokud k uzavření smlouvy pojistné smlouvy na základě předložené nabídky nedojde).

Povinnost mlčenlivosti

Mlčenlivostí jsou chráněny také veškeré informace o klientech a jejich pojištění. Se souhlasem klienta jsme oprávněni poskytnout informace týkající se pojištění ostatním členům skupiny Generali. V takovém případě je pojistitel v zájmu kompatibility péče o klienta v rámci skupiny Generali oprávněn sdělovat ostatním členům skupiny Generali základní pojistné technické informace týkající se sjednaného pojištění, plateb pojistného a pojistných událostí, a to za účelem poskytování a nabízení služeb a pro další marketingové účely, a to po celou dobu oprávněného zpracování osobních údajů.

Práva a povinnosti

Generali Pojišťovna a.s. jako správce a její zpracovatelé jsou povinni:

- přijmout taková opatření, aby nemohlo dojít k neoprávněnému nebo nahodilému přístupu k osobním údajům, k jejich změně, zničení či ztrátě, neoprávněným přenosům, k jejich jinému neoprávněnému zpracování, jakož i k jinému zneužití; tato povinnost platí i po ukončení zpracování osobních údajů;
- shromažďovat údaje pouze v nezbytném rozsahu ke stanovenému účelu;
- nesdružovat osobní údaje, které byly získány k různým účelům;
- při zpracování dbát na ochranu soukromého života subjektu údajů;
- zpracovat a dokumentovat přijatá a provedená technicko-organizační opatření k zajištění ochrany osobních údajů, a to včetně speciálních opatření pro účely automatizovaného zpracování;
- poskytnout na žádost subjektu údajů informace o zpracování jeho osobních údajů, a to za úhradu věcných nákladů s tím spojených;
- zpracovávat pouze pravdivé a přesné osobní údaje.

Každý klient se při uzavření smlouvy zavazuje, že nahlásí jakoukoliv změnu svých osobních údajů, jen tak lze zajistit, že budeme pracovat vždy s aktuálními osobními údaji.

V případě, kdy správce nebo zpracovatel provádí zpracování osobních údajů v rozporu se zákonem nebo v rozporu s ochranou soukromého a osobního života klienta, může klient žádat správce nebo zpracovatele o vysvětlení, příp. požadovat odstranění závadného stavu a v případě nevyhovění této žádosti má možnost obrátit se na Úřad pro ochranu osobních údajů.

Informace o platném právu a řešení stížností

Pojistná smlouva se řídí právním řádem České republiky, pojistné podmínky jsou vyhotoveny v českém jazyce a pojistitel s klienty komunikuje a podává jim informace v českém jazyce, pokud se v konkrétním případě na žádost klienta nedohodnou jinak. Případné stížnosti pojistníků, pojištěných nebo oprávněných osob jsou přijímány v písemné podobě na adrese pojistitele nebo v elektronické podobě na e-mailové adrese stiznosti.cz@generali.com. Se stížností se mohou obrátit také na Českou národní banku, Na Příkopě 28, 115 03 Praha 1, která je orgánem dohledu nad pojišťovnictvím.

V případě životního pojištění mají spotřebitelé možnost řešit spor mimosoudně před finančním arbitrem [www.finarbitr](http://www.finarbitr.cz).

V případě neživotního pojištění mají spotřebitelé možnost řešit spor mimosoudně před Českou obchodní inspekcí www.coi.cz.

Upozornění – v zájmu rychlého a bezproblémového **vyřízení pojistné události neprodleně kontaktujte** pojistitele na adrese Generali Pojišťovna a.s., likvidace PU-život, Bělehradská 132, 120 84 Praha 2, Česká republika nebo na lince **klientského servisu 244 188 188**. Dle sjednaného rozsahu pojištění Vás budou pracovníci pojistitele informovat o dalším postupu.

Upozornění – veškeré změny, které nastanou v průběhu pojištění (adresa, osobní údaje apod.), zašlete prosím neprodleně pojistiteli nebo nahláste na lince **klientského servisu 244 188 188**, příp. na e-mailové adrese servis.cz@generali.com.

Poplatky

Podrobnější informace o poplatcích naleznete ve VPP POS 2016/02, čl. 9.

Nad rámec pojistného je pojistitel oprávněn požadovat poplatek za úkony a služby související s pojištěním. Aktuální znění Sazebníku administrativních poplatků je dostupné v sídle pojistitele, jeho obchodních místech a na generali.cz. Aktuální výše poplatků jsou uvedeny v Sazebníku administrativních poplatků.

Poplatky z podílového účtu pojistníka

Za uhrazené běžné pojistné jsou po celou dobu pojištění nakupovány akumulární jednotky. Pojistitel si z podílového účtu pojistníka měsíčně strhává rizikové pojistné, správní náklady a další technické poplatky (např. počáteční poplatek, poplatek za částečný odkup).

Za účelem krytí nákladů souvisejících s uzavřením pojistné smlouvy, nebo s navýšením pojistného **strhává pojistitel každý měsíc počáteční poplatek uvedený v Sazebníku poplatků**. Tento počáteční poplatek je strháván v prvních 5 letech pojištění z akumulárních jednotek, a to v celkové výši daného procenta ročního předepsaného pojistného, dle délky sjednané celkové pojistné doby. Dané procento ročního předepsaného pojistného je uvedeno v tabulce níže.

Tabulka výše počátečních poplatků dle pojistné doby

rok	pojistná doba																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20 a více
1	41,0%	26,0%	21,0%	18,5%	17,0%	19,2%	21,4%	23,6%	25,8%	28,0%	30,2%	32,4%	34,6%	36,8%	39,0%	41,2%	43,4%	45,6%	47,8%	50,0%
2		26,0%	21,0%	18,5%	17,0%	19,2%	21,4%	23,6%	25,8%	28,0%	30,2%	32,4%	34,6%	36,8%	39,0%	41,2%	43,4%	45,6%	47,8%	50,0%
3			21,0%	18,5%	17,0%	19,2%	21,4%	23,6%	25,8%	28,0%	30,2%	32,4%	34,6%	36,8%	39,0%	41,2%	43,4%	45,6%	47,8%	50,0%
4				18,5%	17,0%	19,2%	21,4%	23,6%	25,8%	28,0%	30,2%	32,4%	34,6%	36,8%	39,0%	41,2%	43,4%	45,6%	47,8%	50,0%
5					17,0%	19,2%	21,4%	23,6%	25,8%	28,0%	30,2%	32,4%	34,6%	36,8%	39,0%	41,2%	43,4%	45,6%	47,8%	50,0%
celková výše počátečních nákladů*	41%	52%	63%	74%	85%	96%	107%	118%	129%	140%	151%	162%	173%	184%	195%	206%	217%	228%	239%	250%

* Celkové procento ročního pojistného, které si pojistitel strhává v prvních 5 letech pojištění.

U pojistných smluv s pojistnou dobou kratší než 5 let si pojistitel strhne počáteční poplatek za kratší dobu odpovídající pojistné době, na kterou je pojistná smlouva sjednána.

Podrobnější informace o poplatcích z podílového účtu naleznete v ZPP IŽP 2016/11 čl. 6 a 12.

Všechny poplatky z podílového účtu jsou uvedené v Sazebníku poplatků. Sazebník poplatků je součástí smluvní dokumentace.

Obsahem pojištění nejsou bonusy.

Možnosti pojistníka v průběhu pojištění

Změna alokačního poměru – Na počátku pojištění stanoví pojistník rozložení (alokaci) pojistného do fondů. Pokud chce změnit původně zvolenou investiční strategii, může kdykoli o změnu alokace budoucích plateb požádat. Pro rizikovou variantu pojištění se možnost změnit alokační poměr vztahuje pouze na mimořádné pojistné.

Přemístění – Na písemnou žádost může pojistník již existující podílové jednotky přemístit z jednoho fondu (resp. z více fondů) do jiného fondu (resp. do jiných fondů). Pro rizikovou variantu pojištění se možnost přemístění vztahuje pouze na mimořádné pojistné.

Mimořádné pojistné – Možnost vložení Vašich finančních prostředků formou mimořádného pojistného. Kdykoli v průběhu trvání pojištění může pojistník zvýšit hodnotu podílového účtu zaplacením mimořádného pojistného na speciální účet.

Částečný odkup – Z aktuální hodnoty akumulárních podílových jednotek tvořených běžným pojistným může pojistník požádat o částečný odkup. Podmínkou uskutečnění částečného odkupu je předpoklad dostatečné výše běžného pojistného a zůstatku odkupní hodnoty pojištění pro pokrytí rizikového pojistného a technických poplatků dle ZPP IŽP 2016/11 čl. 12 až do konce pojistné doby. Výše částečného odkupu musí dosáhnout alespoň pojistitelem předepsaného minima dle Sazebníku poplatků. Z aktuální hodnoty podílových jednotek tvořených mimořádným pojistným může pojistník kdykoli požádat o částečný odkup.

Podmínkou pro provedení částečného odkupu je volba varianty pojištění, a to s částečnými odkupy (daňově neuznatelná), která částečný odkup umožňuje s ohledem na splnění podmínky o soukromém životním pojištění (dále jen „SŽP“) dle zákona č. 586/1992 Sb. v platném znění pro odpočet zaplaceného pojistného od základu daně k datu uzavření smlouvy.

V případě, že klient zvolil variantu pojištění bez částečných odkupů (daňově uznatelná), může také požádat o částečný odkup. V takovém případě musí nejprve změnit smlouvu tak, aby částečné odkupy umožňovala, tedy nesplňovala aktuální podmínky SŽP k datu částečného odkupu.

V takovém případě má klient povinnost řídit se platnými zákony k datu částečného odkupu, které upravují porušení podmínek SŽP (v době uzavření tohoto pojištění znamená např. dodanění uplatněného zaplaceného jednorázového pojistného).

Částečný odkup z hodnoty podílových jednotek nakoupených z běžného pojistného je možné provést pouze v investiční variantě pojištění.

Přerušení placení (platí pouze pro investiční variantu) – Pojištění může být na základě žádosti pojistníka převedeno na pojištění s přerušením placení běžného pojistného. Na takové pojištění lze nadále platit mimořádné pojistné a provádět částečné odkupy při zachování pojistného krytí.

Charakteristika typů podílových fondů

Akciové fondy

Akciové fondy trvale investují na akciovém trhu minimálně 66 % svých aktiv. Akciové fondy zahrnují i indexové a garantované fondy vázané na akciové indexy. V minimální míře jsou prostředky investovány také na trhu dluhopisů a trhu peněžním.

Tyto typy fondů jsou vhodné pro investora, který chce vydělat co nejvíce a kterému nevádí vysoký stupeň rizika ztráty majetku vlivem silné proměnlivosti kurzu akcií v těchto fondech obsažených. Proměnlivost kurzů akciových fondů může být vyvolána např. změnou v hospodaření emitentů, situací v daném sektoru, celkovým stavem ekonomiky či dalšími exogenními vlivy (politické šoky apod.).

U akciových fondů platí pravidlo, že doba, po kterou by měl investor své prostředky v akciových fondech ponechat investované, by neměla být kratší pěti let.

Předpokládané zhodnocení: vysoké

Předpokládané riziko: vysoké

Doporučený investiční horizont: nejméně 5 let

Balancované (smíšené) fondy

Balancované fondy patří do kategorie fondů smíšených. Tyto fondy investují zejména do různých aktiv na různých trzích, přičemž nejsou stanoveny žádné limity pro podíl akcií či dluhopisů v těchto fondech. Balancované fondy jsou tedy charakteristické vyváženou investicí do termínovaných

vkladů, dluhopisů, podílových listů a akcií vysoce bonitních společností. Platí však pravidlo, že by měly udržovat menší poměr akcií a větší podíl dluhopisů a hotovosti, než je tomu u akciových fondů.

Balancované fondy vystavují investora všem výhodám i nevýhodám všech ostatních fondů. Předpokládané riziko lze charakterizovat jako vyšší střední s příslibem vyšší míry zhodnocení prostředků investora.

Předpokládané zhodnocení: vyšší střední

Předpokládané riziko: vyšší střední

Doporučený investiční horizont: 3 až 5 let

Dluhopisové fondy

Dluhopisové fondy jsou fondy, které trvale investují zejména na trhu dluhopisů. Doplňkové investování je možné, ale podíl akcií nesmí překročit 10 % aktiv fondu. Dluhopisové fondy mohou zahrnovat i indexované a garantované fondy vázané na oblihační indexy.

Optimální doba, po kterou by měl investor nechat vložené prostředky zhodnocovat, je u dluhopisových fondů tři až pět let, neboť v tomto časovém horizontu nedochází k prudkým výkyvům cen obligací, a tudíž k výkyvům v hodnotě podílových jednotek.

Dluhopisové fondy jsou určené především pro investory, kteří očekávají, že díky investici do těchto fondů dosáhnou vyššího zhodnocení svých prostředků ve srovnání s investicí do termínovaných vkladů u bank.

Předpokládané zhodnocení: nižší střední

Předpokládané riziko: nižší střední

Doporučený investiční horizont: 3 až 5 let

Fondy peněžního trhu

Fondy peněžního trhu trvale investují především na peněžním trhu, doplňkově v menší míře i na trhu dluhopisů tak, aby průměrná doba splatnosti těchto dluhopisů byla kratší než jeden rok. Svá aktiva ukládají především na rychle zpeněžitelné termínované vklady a termínované účty u renomovaných bankovních domů.

Předpokládané riziko proměnlivosti výnosů je prakticky nulové, a to díky velice konzervativní skladbě podkladových finančních instrumentů. Ovšem výnos z úrokových sazeb těchto instrumentů je v porovnání s ostatními fondy nejmenší. Umístěním prostředků do fondů peněžního trhu volí investor jistotu jejich stabilního zhodnocování. Předpokládané zhodnocení by mělo lehce převýšit míru růstu cenové hladiny.

Minimální doporučená doba uložení prostředků do fondů peněžního trhu je kratší než u ostatních fondů a činí jeden rok.

Předpokládané zhodnocení: nízké

Předpokládané riziko: minimální

Doporučený investiční horizont: 1 rok

Komoditní fondy

Komoditní fondy investují prostředky přímo do komodit, případně do akcií společností, které se zabývají produkcí některé vybrané komodity nebo skupiny komodit. Komoditní fondy jsou zajímavou alternativou k tradičním investicím, např. do akcií. Mohou být zajímavým investičním nástrojem spíše pro zkušenější investory, kteří dokáží ohodnotit rizika s nimi spojená. Jsou vhodné také pro dynamické investory, kteří hledají příležitosti na komoditních trzích, které jsou jinak pro běžné investory obtížně přístupné.

Předpokládané zhodnocení: vysoké

Předpokládané riziko: vysoké

Doporučený investiční horizont: nejméně 5 let

Charakteristika jednotlivých fondů k variabilnímu životnímu pojištění

Generali Pojišťovna a.s., Generali Investments SICAV S.A.

Portfolio Generali Pojišťovna a.s. obsahuje interní fondy a zahraniční fondy společnosti Generali Investments SICAV S.A. Tato společnost je součástí celosvětového koncernu Generali. Byla založena v roce 2002, v souladu s příslušnými lucemburskými zákony o institucích kolektivního investování a s nařízením EU. Fondy nabízené Generali Investments SICAV S.A. byly řádně zaregistrovány a získaly všechna potřebná oprávnění a povolení od ČNB.

• Dluhopisový fond Generali (DFG)

Investiční manažer: Generali CEE Asset Management, a.s.; měna: Kč

Fond investuje především do státních dluhopisů, zejména českých, v menší míře do bonitních korporátních dluhopisů. Menší část portfolia tvoří investice do cizoměnových dluhopisů, přičemž tyto jsou zpravidla měnově zajištěny, tedy investor nepodstupuje výraznější měnové riziko.

Část prostředků portfolia je investována na peněžním trhu.

• Smíšený fond Generali (SFG)

Investiční manažer: Generali CEE Asset Management, a.s.; měna: Kč

V portfoliu fondu jsou zastoupeny všechny hlavní investiční instrumenty, tedy termínované vklady, dluhopisy a akcie. Převážná část dluhopisové části je investována do českých dluhopisů. Růstový potenciál fondu podporuje zejména akciová část, kdy fond investuje zejména do akcií obchodovaných na veřejných trzích České republiky, Polska a Maďarska. Cizoměnové investice jsou zpravidla měnově zajištěny.

• Akciový fond Generali (AFG)

Investiční manažer: Generali CEE Asset Management, a.s.; měna: Kč

Základním investičním nástrojem tohoto fondu jsou akcie. Fond investuje zejména do akcií obchodovaných na veřejných trzích České republiky, Polska a Maďarska. Stabilizující částí portfolia tohoto fondu jsou v menší míře dluhopisy a nástroje peněžního trhu.

• Generali CEE New Economies Fund (GNEF)

Investiční manažer: Generali CEE Asset Management, a.s.; měna: EUR

Generali CEE Fond nových ekonomik představuje nabídku pro zvláště dynamické investory, kteří vyhledávají příležitost pro vysoké zhodnocení a zároveň počítají s vyšším rizikem a s delším časovým horizontem (5 až 7 let). Cílem je investovat do diverzifikovaného globálního akciového portfolia na trzích, které se vyznačují značným potenciálem růstu a zároveň patří do skupiny tzv. rozvíjejících se ekonomik. Tyto ekonomiky se vyznačují vysokým potenciálem růstu a očekávanými atraktivními výnosy. Portfolio obsahuje akcie společností, které pochází z Asie, Latinské Ameriky či střední a východní Evropy. Jedná se o tituly, které jsou v daném regionu považovány za velmi bonitní s rychlou dynamikou růstu.

• Global Equity Allocation C (GEAC)

Investiční manažer: Generali Investments Europe S.p.A.; měna: EUR

Fond investuje do akcií hlavních rozvíjejících se oblastí. Minimálně 20 % jeho hodnoty investuje do hlavních Evropských a US společností s vysokou kapitalizací (tento poměr nezahrnuje investice do společností s průměrnou nebo nízkou kapitalizací). Fond nemá časová omezení pro alokace investic v daném regionu.

Conseq Investment Management, a.s.

Do portfolia fondů Generali Pojišťovna a.s. je zahrnuto Dynamické portfolio Conseq – Generali spravované investičním manažerem společnosti Conseq Investment Management, a.s. Tato společnost byla založena v roce 2001 jako dceřiná společnost již stabilně fungující společnosti Conseq Finance, a.s. založené v roce 1994. V současnosti je Conseq Investment Management, a.s. pevnou součástí kapitálového trhu v České republice. Objemem obhospodařovaného majetku se Conseq Investment Management, a.s. řadí mezi největší investiční manažery v České republice.

• Dynamické portfolio Conseq – Generali (DPC–G)

Investiční manažer: Conseq Investment Management, a.s.; měna: Kč

Portfolio alokuje většinu svěřených prostředků do akciových fondů. Jeho cílem je dosahovat v dlouhodobém horizontu maximálního výnosu, zároveň co nejširší diverzifikací snižovat vliv případných výrazných výkyvů jednotlivých akcií, teritorií, sektorů apod. Portfolio je alokováno nejen do fondů Conseq Invest, a.s., ale rovněž do fondů BNP Paribas Asset Management (fondy Parvest) a Franklin Templeton Investments.

C-QUADRAT Kapitalanlage AG

C-QUADRAT je nezávislý, celoevropský Asset Manager. Společnost byla založena v roce 1991, disponuje vlastní kapitálovou investiční společností a od roku 2006 kótuje na Frankfurtské burze cenných papírů. Komplexní matematická pravidla tvoří základ aktivního řízení fondů, při kterém jsou všechna investiční rozhodnutí prováděna nezávisle na lidských emocích.

• C-QUADRAT Strategie AMI (C-QSA)

Investiční manažer: C-Quadrat Kapitalanlage AG; Měna: CZK

C-QUADRAT Strategie AMI je flexibilní fond fondů. Strategie AMI se neorientuje na benchmark, ale naopak na dlouhodobém horizontu usiluje o dosažení absolutního nárůstu hodnoty v rámci celého ekonomického cyklu. Management fondu využívá kvantitativní systém s fixními pravidly obchodování s cílem investovat do celosvětově nejslibnějších sektorů (regionů, zemí a odvětví).

Aktuální informace o fondech Generali CEE Asset Management, a.s. **Generali** Investments SICAV S.A., Conseq Investment Management, a.s. a C-QUADRAT Kapitalanlage AG jsou zveřejněny na internetových stránkách generali.cz.

Tabulka fondů

Generali CEE Asset Management								
Dluhopisový fond Generali			Smišený fond Generali			Akciový fond Generali		
K2	S2	D2	K4	S4	D3	K5	S4	D4
Generali CEE New Economies Fund			IVG15					
K5	S4	D4	K1	S1	D1			

Generali Investments Europe			C-QADRAT			Conseq Investment Management		
Global Equity Allocation C			C-QUADRAT Strategie AMI CZK (t)			Dynamické portfolio Conseq – Generali		
K5	S4	D4	K5	S4	D4	K5	S4	D4

Vysvětlivky zkratk

K = krátkodobý (do 3 let)

S = střednědobý (3-10 let)

D = dlouhodobý (nad 10 let)

Míra rizika

1 = garantovaný výnos

2 = vysoce konzervativní

3 = vyvážená (balancovaná)

4 = vysoká

5 = agresivní

Klient má možnost investovat do vybraných fondů Generali CEE Asset Management, Generali Investments SICAV SA, Conseq Investment Management, a.s. a C-QUADRAT Kapitalanlage AG, přičemž podíl prostředků alokovaných do vybraného fondu musí činit alespoň 5 %.

Další důležitá upozornění:

Výkonnost jednotlivých fondů je uvedena na stránkách generali.cz/fondy.

Předchozí výkonnost fondů nezaručuje stejnou výkonnost i v budoucnu. Alokační poměr fondů v sobě obsahuje riziko kolísání hodnoty investice na smlouvě. Není zaručena plná návratnost původně alokovaného pojistného.

Pojistitel negarantuje žádnou minimální výši výnosů fondů. **Riziko možných cenových výkyvů jednotlivých fondů nese v plné míře pojistník.**

Aktuální hodnotou podílových jednotek (investice) je součin počtu podílových jednotek evidovaných na podílovém účtu pojistníka a aktuální (v daném okamžiku platné) nákupní ceny. Tato cena je pravidelně zveřejňována pojistitelem na internetových stránkách generali.cz.

Hodnota podílového účtu vyjádřená v jeho základní měně (Kč) kolísá podle změn v devizovém kurzu základní měny (Kč) vůči měnám, ve kterých jsou jednotlivé fondy denominovány; hodnota podílového účtu je proto vystavena měnovému riziku.

Investice vyhlášená Generali – IVG15

Investice vyhlášená Generali je investicí s vyhlášenou úrokovou mírou (VÚM) na další období, jejímiž podkladovými aktivy jsou krátkodobé státní dluhopisy. Jedná se o málo rizikovou investici, kde pojistitel garantuje dosud připsané zhodnocení. Pojistitel je oprávněn hodnotu VÚM měnit v návaznosti na zhodnocení podkladových aktiv. Informace o hodnotě a období platnosti VÚM naleznete na internetových stránkách generali.cz.

Postup při oznámení škodné události – úrazu

V případě úrazu oznamte tuto skutečnost pojistiteli nejpozději do 14 dnů.

Dovolujeme si Vám poskytnout několik užitečných rad a informací, jak postupovat v případě oznámení škodné události – úrazu.

- 1) Vyplňte 1. stranu tiskopisu „Oznámení o úrazu“ a neprodleně ji zašlete na adresu pojistitele.
Pokud máte k dispozici lékařské zprávy týkající se léčby úrazu, zašlete je prosím také v kopii pojišťovně.
- 2) Po ukončení léčby úrazu zajistíte vyplnění 2. strany tiskopisu „Oznámení o úrazu – zpráva ošetřujícího lékaře“ Vaším ošetřujícím lékařem a zašlete ji pojistiteli. V případě, že máte v pojistné smlouvě sjednané denní odškodné, budete po doložení všech dokumentů informován o výši pojistného plnění. Pokud jste byl v důsledku úrazu hospitalizován, zašlete prosím též kopii propouštěcí zprávy z hospitalizace.
- 3) Pokud Váš úraz zanechá trvalé následky a Vy máte toto riziko pojištěné, je nutné písemně požádat o posouzení jejich rozsahu na tiskopisu „Žádost o posouzení trvalých následků“. K žádosti doložte prosím kopie veškerých lékařských zpráv vztahujících se k Vašemu úrazu (včetně aktuální lékařské zprávy s uvedením momentálních zdravotních komplikací).
Po obdržení žádosti budete pojistitelem vyzváni k absolvování lékařské prohlídky za účelem posouzení rozsahu trvalých následků u smluvního lékaře Generali Pojišťovna a.s. Jakmile obdržíme posudek smluvního lékaře, budete informováni o výši pojistného plnění z pojištění trvalých následků úrazu. Rozsah trvalých následků úrazu je možné přezkoumat po 1 roce od úrazu.

Postup pro čerpání služeb rodinné asistence

Jak využít služeb rodinné asistence?

- 1) Pro poskytnutí služeb rodinné asistence kontaktujte telefonicky poskytovatele asistenčních služeb na čísle (00420) **221 586 666**.
 - 2) Sdělte své jméno, příjmení a číslo pojistné smlouvy. Specifikujte také oblast dotazu (např. konzultace zdravotního stavu, vysvětlení lékařských pojmů, právní oblast zdraví), nebo potřebu využít asistenční službu v oblasti péče o nezletilé dítě nebo domácího mazlíčka.
 - 3) Služby rodinné asistence jsou poskytovány ve všední den od 9.00 do 18.00 hod.
- Případné další dotazy týkající se oznámení škodné události Vám rádi zodpovíme na telefonním čísle klientského servisu **244 188 188**.

Tiskopisy pro oznámení škodných událostí jsou ke stažení na generali.cz. O jejich zaslání můžete též požádat na lince klientského servisu 244 188 188.



Karta rodinné asistence

Rozsah poskytovaných asistenčních služeb:

- lékařské informace/konzultace po telefonu
- právní informace/konzultace pro oblast zdraví po telefonu
- asistenční služba pro dítě/děti pojištěného
- asistenční služba pro domácího mazlíčka (pes nebo kočka) pojištěného

Příkaz k úhradě

Pobočce

bankovní spojení		datum splatnosti			
číslo plátce	kód banky				
		měna	symboly platby		
číslo účtu příjemce	kód banky	částka	variabilní	konstantní	specifický
100001	2700			3558	
doplňující údaj banky			údaj pro vnitřní potřebu příkazce		

.....
místo a datum vystavení

.....
podpis(y), razítko příkazce

Postup při kontaktování rodinné asistenční služby:

1. Informace, že **jste pojištěni u Generali Pojišťovna a.s.**
2. Vaše **jméno a příjmení**
3. **Číslo** Vaší pojistné **smlouvy**
4. **Specifikace** požadované služby

**všední dny od 09.00 do 18.00 hod. na tel. čísle
(00420) 221 586 666**

Výtah ze sazebníku poplatků

Platné od 1. 11. 2016 pro pojistné smlouvy, které se řídí ZPP IŽP 2016/11

- Poplatek pojistitele za správu fondu **max. 2 %/rok** (zakalkulovaný do kurzu podílových jednotek)
- Správní náklady u běžného pojistného **30 Kč/měsíc** – aktuální, max. výše až 100 Kč / měsíc
- Poplatek za výpis z účtu jednou za rok **zdarma**, další za 100 Kč
- Poplatek za přemístění v každém pojistném roce **2 přemístění zdarma**, jinak 0,25 % přemísťované částky, minimálně však 100 Kč a maximálně 500 Kč
- Poplatek za změnu alokace **žádný**
- Poplatek za lékařskou prohlídku **500 Kč**
- Minimální mimořádné pojistné **1 000 Kč**
- Investice vyhlášená Generali (IVG15) **min. výnos uveden na internetových stránkách generali.cz**
- Rozdíl mezi nákupní a prodejní cenou podílových jednotek
běžné pojistné **5 %**
mimořádné pojistné **2 %**
- Částečný odkup pojištění
Při částečném odkupu je pojistitel oprávněn přiměřeně **snížit pojistnou částku pro případ smrti**.
Podmínkou uskutečnění částečného odkupu je předpoklad dostatečné výše běžného pojistného a zůstatku odkupní hodnoty pojištění pro pokrytí rizikového pojistného a technických poplatků dle ZPP IŽP 2016/11 čl. 6 a 12 až do konce pojistné doby.
Výše částečného odkupu musí dosáhnout alespoň pojistitelem předepsaného minima dle Sazebníku poplatků.
Poplatek za částečný odkup **0,25 %** odkoupené částky, minimálně však 100 Kč a maximálně 500 Kč
5 % odkoupené částky z investice vyhlášené Generali (IVG15)
- Celkový odkup pojištění
Při celkovém odkupu se vyplácí aktuální hodnota podílového účtu.
- Počáteční poplatek
Za účelem krytí nákladů souvisejících s uzavřením pojistné smlouvy, nebo s navýšením pojistného strhává pojistitel každý měsíc počáteční poplatek. Tento počáteční poplatek je strháván v prvních 5 letech pojištění z akumulačních jednotek, a to v celkové výši daného procenta ročního předepsaného pojistného, dle délky sjednané celkové pojistné doby. Dané procento ročního předepsaného pojistného je uvedeno v tabulce níže.

Tabulka výše počátečních poplatků dle pojistné doby

rok	pojistná doba																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20 a více
1	41,0%	26,0%	21,0%	18,5%	17,0%	19,2%	21,4%	23,6%	25,8%	28,0%	30,2%	32,4%	34,6%	36,8%	39,0%	41,2%	43,4%	45,6%	47,8%	50,0%
2		26,0%	21,0%	18,5%	17,0%	19,2%	21,4%	23,6%	25,8%	28,0%	30,2%	32,4%	34,6%	36,8%	39,0%	41,2%	43,4%	45,6%	47,8%	50,0%
3			21,0%	18,5%	17,0%	19,2%	21,4%	23,6%	25,8%	28,0%	30,2%	32,4%	34,6%	36,8%	39,0%	41,2%	43,4%	45,6%	47,8%	50,0%
4				18,5%	17,0%	19,2%	21,4%	23,6%	25,8%	28,0%	30,2%	32,4%	34,6%	36,8%	39,0%	41,2%	43,4%	45,6%	47,8%	50,0%
5					17,0%	19,2%	21,4%	23,6%	25,8%	28,0%	30,2%	32,4%	34,6%	36,8%	39,0%	41,2%	43,4%	45,6%	47,8%	50,0%
celková výše počátečních nákladů*	41%	52%	63%	74%	85%	96%	107%	118%	129%	140%	151%	162%	173%	184%	195%	206%	217%	228%	239%	250%

* Celkové procento ročního pojistného, které si pojistitel strhává v prvních 5 letech pojištění.

U pojistných smluv s pojistnou dobou kratší než 5 let si pojistitel strhne počáteční poplatek za kratší dobu odpovídající pojistné době, na kterou je pojistná smlouva sjednána.

Všeobecné pojistné podmínky pro soukromé pojištění osob Generali Pojišťovna a.s. (VPP POS 2016/02)

<p>Článek 1 Úvodní ustanovení</p>	<ol style="list-style-type: none"> Pojištění, které sjednává Generali Pojišťovna a.s., se sídlem Bělehradská 132, Praha 2, 120 84, Česká republika (dále jen „pojistitel“) a pojistník, se řídí pojistnou smlouvou, těmito všeobecnými pojistnými podmínkami, zvláštními pojistnými podmínkami, Sazebníkem administrativních poplatků, zákonem č. 89/2012 Sb., občanským zákoníkem (dále jen „občanský zákoník“) a ostatními obecně závaznými právními předpisy České republiky. Není-li v příslušných zvláštních pojistných podmínkách stanoveno jinak, pojištění se sjednává jako obnosové. Ujednání pojistné smlouvy mají přednost před ustanoveními pojistných podmínek s tím, že zvláštní pojistné podmínky mají přednost před všeobecnými. Ustanovení pojistných podmínek mají přednost před ustanoveními právních předpisů. Nejsou-li některá práva a povinnosti účastníků pojištění, jakož i pojmy a definice upraveny v pojistné smlouvě nebo v pojistných podmínkách, řídí se občanským zákoníkem. Pojistník, pojištěný i další účastníci pojištění mají povinnost jednat poctivě, pravdivě a úplně odpovědět na všechny dotazy a informovat druhou stranu o skutečnostech podstatných pro uzavření smlouvy, jak je blíže popsáno v pojistných podmínkách. Žádný z účastníků pojištění nemůže těžit ze svého nepoctivého nebo protiprávního jednání. Je-li pojistníkem podnikatel, předpokládá se, že jedná s odbornou znalostí, péčí a obezřetně, a ujednává se, že se neuplatní ochranná ustanovení stanovená pro smlouvy uzavírané adhezním způsobem. Pojistnou smlouvou se pojistitel zavazuje vůči pojistníkovi poskytnout jemu nebo jiné oprávněné osobě pojistné plnění, nastane-li nahodilá událost krytá pojištěním (pojistná událost), a pojistník se zavazuje zaplatit pojistiteli pojistné. Pojistná smlouva je smlouva odvázná, kdy prospěch nebo neprospěch jedné ze smluvních stran závisí na nejisté události. Pojistné náleží pojistiteli i v případě, že nenastane pojistná událost či je pojistné plnění nižší než zaplacené pojistné, naopak pojistitel poskytuje pojistné plnění i ve výši převyšující pojistné. Povinnost smluvních stran plnit není vzájemně podmíněna a není ve vzájemné úměře.
<p>Článek 2 Výklad pojmů</p>	<p>Pro účely sjednávajícího pojištění platí tento výklad pojmů:</p> <ol style="list-style-type: none"> běžným pojistným je pojistné stanovené za pojistné období; jednorázovým pojistným je pojistné stanovené za celou dobu, na kterou bylo pojištění sjednáno; oprávněnou osobou je osoba, které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění; oprávněnou osobou je pojištěný, pokud právní předpis nebo pojistná smlouva nestanoví jinak; pojištěným je osoba, na jejíž život, zdraví nebo jinou hodnotu pojistného zájmu se vztahuje pojištění; pojistníkem je osoba, která uzavřela s pojistitelem pojistnou smlouvu; pojistnou dobou je doba, na kterou bylo pojištění sjednáno; pojistnou událostí je nahodilá událost krytá pojištěním blíže označená v příslušných pojistných podmínkách nebo v pojistné smlouvě; pojistnou částkou je částka stanovená v pojistné smlouvě, která je základem pro určení výše pojistného a pro výpočet pojistného plnění; škodnou událostí je událost, která by mohla být důvodem vzniku práva na pojistné plnění; pojistným nebezpečím je možná příčina vzniku pojistné události blíže vymezená v příslušných pojistných podmínkách nebo v pojistné smlouvě; pojistným obdobím je časové období, za které se platí pojistné; není-li v pojistné smlouvě ujednáno jinak, považuje se za ujednané roční pojistné období; pojistným rokem je doba, která začíná běžet v 0.00 hodin dne uvedeného v pojistné smlouvě jako počátek pojištění a končí v 24.00 hodin dne, který se svým pojmenováním nebo číslem shoduje se dnem počátku pojištění; není-li takový den v příslušném roce, je jím poslední den v měsíci; výročním dnem je den, který se svým pojmenováním nebo číslem shoduje se dnem počátku pojištění; není-li takový den v příslušném roce, je jím nejbližší předcházející den v měsíci; pojistným rizikem je míra pravděpodobnosti vzniku pojistné události vyvolané pojistným nebezpečím; pojistným zájmem je oprávněná potřeba ochrany před následky pojistné události; účastníkem pojištění je pojistitel a pojistník jakožto smluvní strany a dále pojištěný a každá další osoba, které z pojištění vzniklo právo nebo povinnost.
<p>Článek 3 Uzavření a změny pojistné smlouvy</p>	<ol style="list-style-type: none"> Návrh pojistníka na uzavření pojistné smlouvy (dále jen „nabídka“) musí být přijat pojstitelem ve lhůtě do 3 měsíců ode dne sepsání nabídky. Pojistitel přijímá nabídku pojistníka vystavením pojistky. Pojistná smlouva je uzavřena dnem doručení pojistky pojistníkovi. Nabídka pojistníka je sepsána k datu, které je uvedeno na nabídce jako datum podpisu pojistníka. Nelze-li přijmout nabídku pojistníka v navrhovaném znění, je pojistitel oprávněn doručit pojistníkovi ve lhůtě 3 měsíců od sepsání nabídky protinabídku. Protinabídka je přijata pojistníkem doručením písemného souhlasu s touto protinabídkou pojistiteli ve lhůtě do 2 měsíců ode dne doručení protinabídky pojistníkovi. Pojistná smlouva je uzavřena dnem doručení písemného souhlasu s protinabídkou pojistiteli. Protinabídku pojistitele lze přijmout také zaplacením pojistného ve výši a lhůtě uvedené v protinabídce, avšak pouze za podmínky, že pojistné stanovené v protinabídce pojistitele je rozdílné od pojistného, původně navrhovaného pojistníkem. Protinabídku pojistitele nelze přijmout jiným způsobem než podle odst. 3 tohoto článku. Obsahuje-li přijetí protinabídky jakékoli dodatky, výhrady, omezení nebo jiné změny či odchylky, byť nemění podstatně podmínky protinabídky pojistitele, považuje se taková odpověď za novou nabídku, kterou činí pojistník pojistiteli. Tuto novou nabídku může pojistitel přijmout do jednoho měsíce od jejího doručení, jinak se považuje za odmítnutou. Pro nabídky změny pojistné smlouvy se výše uvedená ustanovení použijí obdobně.
<p>Článek 4 Smlouva o předběžném pojištění</p>	<ol style="list-style-type: none"> Pojistitel činí zároveň s nabídkou pojistníka nabídku na uzavření smlouvy o předběžném pojištění. Nabídka pojistitele se vztahuje pouze pro to pojištění/ta pojištění a dále to doplňkové pojištění/ta doplňková pojištění, které/á bylo/a pojistníkem na jeho nabídce navrhována. Součástí nabídky pojistitele na uzavření smlouvy o předběžném pojištění jsou tyto všeobecné pojistné podmínky a zvláštní pojistné podmínky, které jsou součástí nabídky pojistníka. Smlouva o předběžném pojištění je uzavřena dnem zaplacení zálohy na první pojistné ve výši navrhované pojistníkem v jeho nabídce. Smlouva o předběžném pojištění nabývá účinnosti zpětně, a to : <ul style="list-style-type: none"> – dnem uzavření pojistné smlouvy navrhované pojistníkem nebo – dnem uzavření pojistné smlouvy na základě protinabídky pojistitele, a to v rozsahu jím učiněné protinabídky nebo – dnem smrti pojištěného, za předpokladu, že by pojistitel s pojistníkem navrhovanou pojistnou smlouvou, nebyť smrti pojištěného, uzavřel. Obdobně se použije v případě, že pojistník navrhuje v nabídce pojištění více pojištěných osob. Počátek předběžného pojištění je sjednán a předběžné pojištění je poskytováno od pátého dne po zaplacení zálohy na první pojistné ve výši navrhované pojistníkem v jeho nabídce do data počátku pojištění za předpokladu, že smlouva o předběžném pojištění nabyde účinnosti (je splněna některá z podmínek uvedených v odst. 2). Zaplacením se pro účely smlouvy o předběžném pojištění rozumí úhrada pojistného pojistiteli (nebo pojišťovacímu zprostředkovateli) v hotovosti nebo udělení pokynu k převodu peněžní částky na účet poskytovatele platebních služeb pojistitele. Smlouva o předběžném pojištění pozbývá platnosti a předběžné pojištění končí uplynutím pojistné doby předběžného pojištění, tj. ve 24.00 hodin dne předcházejícího dni, ve kterém začíná pojištění dle uzavřené pojistné smlouvy. Smluvní strany ujednávají, že maximální výše pojistného plnění vyplacená z předběžného pojištění činí 3.000.000 Kč za všechny pojistné události.
<p>Článek 5 Vznik a trvání pojištění; pojistná období</p>	<ol style="list-style-type: none"> Pojištění vzniká dnem uvedeným v pojistné smlouvě jako datum počátku pojištění. Není-li v pojistné smlouvě uvedeno datum počátku pojištění, vzniká pojištění dnem následujícím po uzavření pojistné smlouvy. Není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak, sjednává se pojištění na dobu určitou s pojistným obdobím, kterým je časové období dohodnuté v pojistné smlouvě, za které se platí pojistné (měsíc, čtvrtletí, pololetí), přičemž první pojistné období začíná dnem počátku pojištění. Následná pojistná období pak začínají běžet v den, jehož označení se shoduje se dnem počátku pojištění. Konec pojistného období připadá na den, který předchází dni, který se svým označením shoduje se dnem počátku pojištění, není-li takový den v daném měsíci, případně konec pojistného období na jeho poslední den. Počátek pojištění lze sjednat i k datu, které předchází datu sepsání nabídky. V tomto případě není pojistitel povinen poskytnout pojistné plnění, pokud pojistník v době sepsání nabídky věděl nebo vědět měl a mohl, že pojistná událost již nastala.
<p>Článek 6 Změny účastníků pojištění, přechod práv a povinností a zákaz postoupení smlouvy</p>	<ol style="list-style-type: none"> V případě smrti pojistníka, není-li zároveň pojištěným, vstupuje na jeho místo pojištěný. Je-li v pojistné smlouvě více pojištěných osob, vstupuje na jeho místo pojištěný č.1. Pojištěný je oprávněn do 3 měsíců ode dne smrti pojistníka oznámit pojistiteli, že na trvání pojištění nemá zájem. V takovém případě zaniká pojištění uplynutím pojistného období, za které je ke dni smrti pojistníka zaplacené pojistné. Nebylo-li ke dni smrti pojistníka pojistné dle výše uvedeného zaplacené, zaniká pojištění dnem smrti pojistníka. Obdobně se postupuje i při zániku pojistníka bez právního nástupce. Pojistnou smlouvu nelze s výjimkou převodu pojistného kmenem postoupit na třetí osobu bez souhlasu druhé smluvní strany.
<p>Článek 7 Zánik pojištění</p>	<ol style="list-style-type: none"> Pojištění zaniká zejména: <ol style="list-style-type: none"> písemnou dohodou smluvních stran; v dohodě musí být určen okamžik zániku pojištění a dohodnut způsob vzájemného vyrovnání závazků; uplynutím pojistné doby;

	<p>c) výpověď pojištění pojistitelem nebo pojistníkem zejména:</p> <ul style="list-style-type: none"> (i) doručenou druhé smluvní straně nejméně šest týdnů před koncem pojistného období u smluv s běžným pojistným; pojištění zanikne uplynutím pojistného období; při doručení výpovědi později než šest týdnů před koncem pojistného období, zaniká pojištění ke konci následujícího pojistného období; (ii) doručenou druhé smluvní straně do dvou měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy; dnem doručení výpovědi počíná běžet osmidenní výpovědní doba, jejímž uplynutím pojištění zanikne; (iii) doručenou druhé smluvní straně do tří měsíců ode dne oznámení vzniku pojistné události; dnem doručení výpovědi počíná běžet měsíční výpovědní doba, jejímž uplynutím pojištění zanikne; <p>d) marným uplynutím lhůty stanovené pojistitelem v upomínce o zaplacení dlužného pojistného nebo jeho části;</p> <p>e) smrtí pojištěného;</p> <p>f) z dalších důvodů uvedených ve zvláštních pojistných podmínkách, občanském zákoníku nebo jiných příslušných právních předpisech.</p> <p>2. Pojištění dále zaniká:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) odstoupením od pojistné smlouvy; pojištění zaniká od počátku odstoupením od pojistné smlouvy pojistitelem nebo pojistníkem, a to z důvodů uvedených v občanském zákoníku nebo pojistných podmínkách; b) odstoupením od smlouvy v případě, že došlo k porušení smlouvy podstatným způsobem; pojištění zanikne dnem doručení odstoupení druhé straně; za podstatné porušení smlouvy se považuje zejména porušení povinností, u nichž to bylo výslovně stanoveno v příslušných pojistných podmínkách nebo dohodnuto v pojistné smlouvě; za podstatné porušení smlouvy se považuje nesplnění pokynů pojistitele, které byly účastníku pojištění při sjednávání nebo během trvání pojištění uloženy.
<p>Článek 8 Pojistné</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pojistitel má právo na pojistné za dobu trvání pojištění, ledaže je v občanském zákoníku či v pojistných podmínkách stanoveno, že má právo na pojistné i po zániku pojištění. 2. Není-li v pojistné smlouvě ujednáno jinak, sjednává se pojistné jako běžné. 3. Pojistné se platí v české měně. 4. Běžné pojistné je splatné prvního dne příslušného pojistného období a jednorázové pojistné dnem počátku pojištění, není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak. 5. Běžné pojistné se platí po celou smlouvenou pojistnou dobu. Lze sjednat i pojištění, za která se platí běžné pojistné po dobu kratší, než je smlouvená pojistná doba. 6. Pojistitel je oprávněn v prvním pojistném zohlednit skutečnost, že pojištěný absolvoval lékařskou prohlídku. 7. Je-li pojistné období kratší než jeden rok, je pojistitel oprávněn účtovat přírůzek k pojistnému v procentech ročního pojistného. 8. Konečná výše pojistného je stanovena v pojistce. Takto stanovené pojistné se může na základě výsledné kalkulace lišit maximálně o 5 % od pojistného uvedeného v nabídce pojistníka. 9. Není-li ujednáno jinak, je pojistník povinen hradit pojistné na bankovní účet a s variabilním symbolem určeným pojistitelem. Má se za to, že pojistné uhrazené pod správným variabilním symbolem určeným pojistitelem bylo uhrazeno pojistníkem či s jeho souhlasem jinou osobou. Pojistné uhrazené bez uvedení variabilního symbolu určeného pojistitelem nebo na jiný účet pojistitele není uhrazeno řádně a pojistník je s jeho hrazením v prodlení. 10. Je-li pojistné hrazeno prostřednictvím poskytovatele platebních služeb, je pojistné uhrazeno připsáním částky na účet pojistitele vedený u poskytovatele platebních služeb. 11. Dluží-li pojistník pojistné za více pojistných období a zaplacené pojistné není dostatečné k uhrazení celého dluhu, uhradí se zaplaceným pojistným pohledávkou na pojistné v pořadí, v jakém po sobě vznikly. 12. Je-li pojistník v prodlení s placením pojistného, poplatků a příslušenství pohledávky dlužného pojistného, bude ze zaplacené částky uhrazeno nejdříve dlužné pojistné, poté poplatky v pořadí podle jejich splatnosti, následně náklady spojené s vymáháním dlužného pojistného a nakonec úrok z prodlení. 13. Pojistitel je oprávněn odečíst od pojistného plnění dlužné částky pojistného a jiné splatné pohledávky ze všech pojištění sjednaných s pojistníkem s výjimkou pojistných plnění z povinných pojištění. 14. Poskytl-li pojistitel pojistníkovi slevu z pojistného za sjednanou pojistnou dobu a pojištění zanikne z důvodů na straně pojistníka či pojištěného před uplynutím takové doby, je pojistník povinen vrátit pojistiteli částku odpovídající takové poskytnuté slevě za celou dobu trvání pojištění (tj. rozdíl mezi celkovou částkou pojistného za dobu trvání pojištění, které byl pojistník povinen uhradit, pokud by mu nebyla poskytnuta sleva, a částky pojistného, které uhradil podle pojistné smlouvy). 15. Je-li pojistník v prodlení s placením pojistného, má pojistitel vedle práva požadovat úrok z prodlení v zákonné výši právo na náhradu nákladů spojených s upomínáním a uplatňováním této pohledávky. Výše náhrady je uvedena v Sazebníku administrativních poplatků. 16. Pojistitel má právo změnit výši běžného pojistného na další pojistné období na základě pojistné matematických metod, pokud dojde ke změně následujících podmínek rozhodných pro jeho stanovení, tj.: <ul style="list-style-type: none"> – pokud celkový průměrný průběh předmětného doplňkového pojištění neumožňuje zajištění trvalé splnitelnosti závazků pojistitele z tohoto doplňkového pojištění, zejména pokud takový celkový škodný průběh přesahuje 100 %. 17. Bylo-li v důsledku nesprávně uvedeného data narození pojištěného placeno vyšší pojistné, je pojistitel povinen upravit jeho výši počínaje pojistným obdobím následujícím po pojistném období, ve kterém se správné údaje dozvěděl. Pojistné placené za následující pojistná období se snižuje o přeplatek pojistného, v případě jednorázového pojistného je pojistitel povinen vrátit přeplatek pojistného pojistníkovi do 1 měsíce od data, kdy byl přeplatek zjištěn. 18. Pojištění nelze přerušit neplacením pojistného.
<p>Článek 9 Poplatky</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pojistitel je oprávněn požadovat poplatky za úkony a služby, které jsou zejména: <ul style="list-style-type: none"> a) spojené s činnostmi pojistitele konanými nad rámec jeho povinností stanovených právními předpisy nebo pojistnou smlouvou; b) vyvolané porušením povinností ze strany některého z účastníků pojištění; c) prováděny z podnětu účastníka pojištění, v jeho prospěch nebo na jeho žádost. 2. Přehled úkonů a služeb, za které je pojistitel oprávněn požadovat poplatek a jeho výše, jsou uvedeny v Sazebníku administrativních poplatků, se kterým byl pojistník seznámen před uzavřením pojistné smlouvy. V případě změny Sazebníku administrativních poplatků je rozhodná výše poplatku podle Sazebníku administrativních poplatků platného ke dni provedení zpoplatňovaného úkonu či služby. 3. Pojistitel může Sazebník administrativních poplatků měnit. Takovou změnu oznámí vhodným způsobem na svých internetových stránkách. Aktuální znění Sazebníku administrativních poplatků je současně dostupné k nahlédnutí v sídle pojistitele a jeho obchodních místech. 4. Poplatek je splatný dnem provedení úkonu či služby pojistitelem, není-li ve výzvě pojistitele uvedeno jinak. Je-li tak stanoveno, provede pojistitel požadovaný úkon či službu pouze za podmínky uhrazení příslušného poplatku.
<p>Článek 10 Práva a povinnosti z pojištění a následky jejich porušení</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pravdivá sdělení při sjednání pojistné smlouvy a při jejich změnách Zájemce o pojištění, pojistník a pojištěný jsou při jednání o uzavření pojistné smlouvy nebo o její změně povinni odpovědět pravdivě a úplně na písemné dotazy pojistitele týkající se sjednávání pojištění. A dále jsou povinni sdělit pojistiteli v písemné formě všechny podstatné okolnosti, které jsou jim známy a které mají význam pro rozhodnutí pojistitele, jak ohodnotí pojistné riziko, zda je pojistí a za jakých podmínek. Okolnosti, na které se pojistitel výslovně ptal, se za podstatné považují vždy. 2. Práva a povinnosti ve vztahu k pojistnému riziku a další povinnosti v průběhu trvání pojištění <ol style="list-style-type: none"> a) Změní-li se okolnosti, které byly uvedeny ve smlouvě anebo na které se pojistitel tázal tak podstatně, že zvyšují pravděpodobnost vzniku pojistné události z výslovně ujednaného pojistného nebezpečí, zvýší se pojistné riziko. Pro posouzení výše pojistného rizika jsou rozhodné mimo jiné: <ul style="list-style-type: none"> (i) změna zaměstnání či oboru podnikání; (ii) změna ve vykonávané sportovní činnosti; (iii) změna ve vykonávané zájmové činnosti. b) Pojistník a pojištěný jsou povinni oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu změnu pojistného rizika. Obdobně jsou zájemce o pojištění, pojistník a pojištěný povinni oznámit pojistiteli zvýšení rizika, ke kterému došlo mezi učiněním nabídky pojistníkem a uzavřením pojistné smlouvy. c) V případě, že se v pojistné době pojistné riziko podstatně sníží, vzniká pojistiteli povinnost snížit pojistné úměrně ke snížení pojistného rizika s účinností ode dne, kdy se o tomto snížení dozvěděl. V případě, že se v pojistné době pojistné riziko podstatně zvýší, má pojistitel za podmínek upravených v občanském zákoníku právo navrhnout novou výši pojistného nebo pojištění vypovědět. d) Po uzavření pojistné smlouvy nesmí pojistník nebo pojištěný bez souhlasu pojistitele žádným způsobem zvyšovat riziko a nesmí připustit jeho zvýšení třetí osobou. e) Pojistník je povinen prokázat na žádost pojistitele svůj pojistný zájem. f) Pojistník a pojištěný jsou povinni umožnit pojistiteli nebo jím pověřeným osobám: <ul style="list-style-type: none"> (i) přezkoumat jejich zdravotní stav, a to na základě informací vyžádaných se souhlasem pojistníka/pojištěného od zdravotnických zařízení, zdravotních pojišťoven či dalších subjektů, které mohou předložit podklady relevantní pro přezkoumání zdravotního stavu. Za tímto účelem jsou povinni předložit pojistiteli veškerou příslušnou zdravotnickou dokumentaci a/nebo sdělit pojistiteli jména a adresy lékařů, u nichž se léčí/ byli v péči. Pojistitel má právo určit lékaře, který provede přezkoumání zdravotního stavu; (ii) ověřeni správnosti a úplnosti podkladů rozhodných pro výpočet pojistného; za tímto účelem jsou povinni zpřístupnit pojistiteli veškerou příslušnou dokumentaci a umožnit pořízení jejích kopií, v případech a za podmínek stanovených pojistnými podmínkami nebo pojistnou smlouvou jsou dále povinni předložit pojistiteli doklad o skutečné výši rozhodných údajů, a to i v průběhu trvání pojištění, ve lhůtě 1 měsíce ode dne doručení žádosti pojistitele;

- (iii) identifikovat účastníka pojištění v rozsahu stanoveném zákonem, zvláštním právním předpisem nebo vyplývajícím z mezinárodních závazků České republiky (zejména v oblasti opatření proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu a dále Foreign Account Tax Compliance Act /FATCA/).

3. Prevenční povinnosti a povinnosti v případě pojistné události

- a) Pojištěný je povinen dbát, aby pojistná událost nenastala, zejména:
 - (i) nesmí porušovat povinnosti směřující ke zmenšení nebezpečí nebo k jeho odvrácení, které jsou mu uloženy právními předpisy anebo které mu byly uloženy pojistitelem, ani strpět podobná jednání třetích osob;
 - (ii) nesmí zanedbávat péči o své zdraví zejména nedodržením preventivní lékařské péče (např. povinné očkování) nebo odmítnutím lékařské péče při ohrožení života či zdraví.
- b) V případě vzniku škodné události je pojištěný povinen:
 - (i) bez zbytečného odkladu vyhledat lékařskou pomoc, svědomitě dodržovat rady lékaře a stanovený léčebný režim a vyloučit veškerá jednání, která brání uzdravení; učinit veškerá opatření tak, aby minimalizoval rozsah a následky škodné události;
 - (ii) oznámit tuto skutečnost písemně pojistiteli, a to do 14 dnů od jejího vzniku s výjimkou stavů, kdy pojištěný/oprávněná osoba nemůže ze závažných důvodů tuto povinnost splnit;
 - (iii) podat pojistiteli pravdivé, úplné a nezkrácené vysvětlení vzniku, příčiny a rozsahu následků takové události, předložit mu nezbytné doklady a doklady, které si pojistitel vyžádá; náklady spojené s prokázáním nároku na pojistné plnění a s plněním povinností uložených pojistnou smlouvou hradí ten, kdo uplatňuje nárok vůči pojistiteli;
 - (iv) zdržet se všech jednání, která by byla na újmu šetření pojistitele ohledně jeho povinnosti plnit;
 - (v) umožnit pojistiteli nebo jím pověřeným osobám šetření nezbytné pro posouzení nároku na pojistné plnění, zejména umožnit přezkoumání zdravotního stavu pojištěného, prozkoumat okolnosti vzniku škodné události, nutné pro zjištění, zda se jedná o událost pojistnou nebo pro stanovení výše pojistného plnění;
 - (vi) podrobit se lékařskému vyšetření k přezkoumání zdravotního stavu na žádost pojistitele u lékaře určeného pojistitelem; nepodrobí-li se pojištěný vyšetření ve stanoveném termínu bez náležitého odůvodnění, které je povinen pojistiteli sdělit ještě před termínem vyšetření, je pojistitel oprávněn pojistné plnění přiměřeně snížit;
 - (vii) na písemnou žádost pojistitele dodat výpis z účtu pacienta příslušné zdravotní pojišťovny;
 - (viii) nést náklady na kontrolní vyšetření (opětovné posouzení) v případě, že toto pojištěný požaduje;
 - (ix) v souvislosti s šetřením škodné události je pojištěný povinen umožnit nahlížení do soudních, policejních a případně dalších úředních spisů; pojistitel je oprávněn zhotovovat z nich kopie či výpisy;
 - (x) oznámit bez zbytečného odkladu orgánům činným v trestním, správním nebo přestupkovém řízení, vznik události, která nastala za okolností nasvědčujících spáchání trestného činu nebo přestupku;
 - (xi) plnit oznamovací povinnosti uložené obecně závaznými právními předpisy.

4. Následky porušení povinností

- a) V případě porušení povinností k pravdivým sdělením či jiných povinností před sjednáním smlouvy:
 - (i) mají pojistitel i pojistník právo odstoupit od pojistné smlouvy za podmínek stanovených v občanském zákoníku; odstoupením od smlouvy se pojistná smlouva od počátku ruší; odstoupí-li pojistník od smlouvy, nahradí mu pojistitel do jednoho měsíce ode dne, kdy se odstoupení stane účinným, zaplacené pojistné; snižené o to, co již případně z pojistění plnil; odstoupí-li od smlouvy pojistitel, má právo také na náklady spojené se vznikem a správou pojistění; paušální výši těchto nákladů nebo způsobu jejich výpočtu může pojistitel určit v Sazebníku poplatků; odstoupí-li pojistitel od smlouvy a získal-li již účastník pojištění pojistné plnění, nahradí v téže lhůtě pojistiteli to, co ze zaplaceného pojistného plnění přesahuje zaplacené pojistné; důvodem k odstoupení od smlouvy ze strany pojistitele je také skutečnost, kdy v době mezi učiněním nabídky pojistníkem a uzavřením pojistné smlouvy dojde ke změně skutečností uvedených v nabídce (zvýšení rizika) a pojistník nebo pojištěný tuto změnu pojistiteli bezodkladně neoznámil;
 - (ii) má pojistitel právo snížit pojistné plnění, bylo-li v důsledku porušení povinností pojistníka nebo pojištěného při jednání o uzavření smlouvy nebo o její změně ujednáno nižší pojistné, a to o takovou část, jaký je poměr pojistného, které obdržel, k pojistnému, které měl obdržet;
 - (iii) má pojistitel právo odmítnout pojistné plnění, byla-li příčinou pojistné události skutečnost, o které se dozvěděl až po vzniku pojistné události a kterou nemohl zjistit při sjednávání pojištění nebo jeho změny v důsledku zaviněné nepravdivě nebo neúplně zodpovězených písemných dotazů pojistníkem nebo pojištěným, pokud by při znalosti této skutečnosti při uzavírání smlouvy tuto smlouvu neuzavřel nebo pokud by ji uzavřel za jiných podmínek; odmítnutím pojistného plnění pojištění zaniká.
- b) V případě porušení povinností oznámit zvýšení pojistného rizika má pojistitel právo:
 - (i) vypovědět pojištění bez výpovědní doby; vypoví-li pojistitel pojištění, náleží mu pojistné až do konce pojistného období, v němž pojištění zaniklo; jednorázové pojistné náleží pojistiteli v tomto případě celé;
 - (ii) nastala-li po zvýšení rizika pojistná událost, snížit pojistné plnění úměrně k tomu, jaký je poměr pojistného, které obdržel, k pojistnému, které by měl obdržet, kdyby se byl o zvýšení pojistného rizika z oznámení včas dozvěděl.
- c) V případě porušení prevenčních povinností má pojistitel právo:
 - (i) snížit pojistné plnění, pokud pojistník, pojištěný nebo oprávněná osoba poruší povinnosti stanovené právními předpisy nebo uložené pojistnou smlouvou, nebo nespĺní pokyny pojistitele, a takové porušení nebo nesplnění mělo podstatný vliv na vznik pojistné události, její průběh nebo na zvětšení rozsahu jejich následků nebo na zjištění nebo určení výše pojistného plnění nebo na ztížení nebo znemožnění provést vlastní šetření pojistitele zejména ke zjištění oprávněnosti nároku na pojistné plnění nebo zjištění okolností podstatných pro stanovení výše pojistného plnění, a to úměrně tomu, jaký vliv mělo uvedené porušení na rozsah povinností pojistitele poskytnout pojistné plnění.
- d) V případě porušení povinností při vzniku škodné události má pojistitel právo:
 - (i) v případě pozdního nahlášení škodné události snížit pojistné plnění, a to úměrně tomu, jaký vliv mělo uvedené porušení povinností na průběh šetření škodní události pojistitelem;
 - (ii) v případě odmítnutí nebo nepodrobení se vyšetření pojištěným neposkytnout pojistné plnění;
 - (iii) odmítnout plnění z pojistné smlouvy, jestliže oprávněná osoba uvede při uplatňování práva na plnění z pojištění vědomě nepravdivě nebo hrubě zkrácené údaje týkající se rozsahu pojistné události nebo podstatné údaje týkající se této události zamlčí; odmítnutím pojistného plnění pojištění nezanká;
 - (iv) na náhradu nákladů nebo škody, pokud v důsledku porušení některé z povinností pojistníkem, pojištěným nebo oprávněnou osobou vznikne pojistiteli škoda nebo pojistitel zbytečně vynaloží náklady; pojistitel má právo na náhradu těchto nákladů nebo škody proti osobě, která škodu způsobila nebo vynaložení nákladů vyvolala.

5. Odpovědnost za plnění povinností

Všechna ustanovení pojistné smlouvy nebo pojistných podmínek a povinnosti vyplývající z právních předpisů, které se týkají pojištěného, se obdobně vztahují i na pojistníka a na všechny osoby, které uplatňují právo na pojistné plnění.

6. Ostatní

Veškeré doklady týkající se pojištění včetně těch, které jsou předkládány k prokázání práva na pojistné plnění, jsou účastníci pojištění povinni předkládat v českém nebo slovenském jazyce. V případě dokladů v jiném jazyce je nutné předložit tento doklad spolu s jeho úředně ověřeným překladem do českého nebo slovenského jazyka. Náklady na překlad hradí ten, kdo doklad předkládá.

Článek 11 Šetření pojistné události a pojistné plnění

1. Pojistitel je povinen zahájit šetření pojistné události bez zbytečného odkladu po oznámení toho, kdo se pokládá za oprávněnou osobu a s nastalou událostí spojuje požadavek na pojistné plnění, nebo osoby, která má na pojistném plnění právní zájem.
2. V případě, že výsledky šetření prokážou, že osoba, která uplatnila právo na pojistné plnění, není oprávněnou osobou, sdělí jí pojistitel tuto skutečnost, jakmile je z výsledků šetření zřejmá.
3. Oprávněná osoba je povinna pojistiteli před výplatou pojistného plnění prokázat, že jí svědčí právo na pojistné plnění. Pojistitel není povinen vyplatit pojistné plnění do doby, než mu budou předloženy doklady potřebné pro ukončení šetření pojistné události, zejména ty, které si v této souvislosti vyžádá.
4. Pokud nemůže být skončeno šetření do 3 měsíců od oznámení pojistné události, je pojistitel povinen sdělit oprávněné osobě důvody, pro které nelze šetření ukončit; na žádost sdělí pojistitel důvody v písemné formě.
5. Pojistné plnění je splatné do 15 dnů po ukončení šetření nutného ke zjištění existence a rozsahu povinností pojistitele plnit. Šetření je skončeno, jakmile pojistitel sdělí jeho výsledky oprávněné osobě.
6. Pojistitel poskytuje pojistné plnění v penězích v tuzemské měně. Pojistitel může poskytnout zálohu na pojistné plnění, a to na základě písemné žádosti osoby, která uplatňuje nárok na pojistné plnění a po doložení všech požadovaných podkladů.
7. Pokud bylo vyplaceno pojistné plnění nebo záloha na pojistné plnění, na které osoba oprávněná k převzetí pojistného plnění podle pojistné smlouvy neměla nárok, je povinna vyplacenou částku vrátit v plné výši, a to i po zániku pojištění.
8. Pojistitel nehradí náklady spojené s uplatněním pohledávky na pojistné plnění.
9. Pojistitel je oprávněn odečíst od pojistného plnění, jakož i od vráceného přepłatku pojistného, náklady, které pojistiteli vznikly v souvislosti s provedením platby z pokynu účastníka pojištění prostřednictvím poštovním poukázky.
10. Oprávněná osoba může postoupit pohledávku na pojistné plnění pouze se souhlasem pojistitele.

Článek 12 Forma jednání	<ol style="list-style-type: none"> Pojistná smlouva musí mít písemnou formu. Právní jednání směřující ke změně pojištění (včetně změny rozsahu pojištění či výše pojistného nebo jeho splatnosti) anebo k zániku pojištění musí být učiněna v písemné formě. Pokud si to pojistitel vyžádá, musí být oznámení či jednání, pro které není písemná forma vyžadována, dodatečně doplněna v písemné formě. K jednáním či oznámením, která nebudou na výzvu pojistitele ve stanovené lhůtě doplněna v písemné formě, se nepřihlíží. Písemná forma je dodržena zejména tehdy, je-li vlastnoručně podepsána jednajícím osobou, zaslána elektronickou poštou se zaručeným elektronickým podpisem či prostřednictvím veřejné datové sítě do datové schránky.
Článek 13 Doručování	<ol style="list-style-type: none"> K doručování slouží zejména korespondenční adresa a kontaktní spojení, které účastník pojištění sdělil pojistiteli v písemné formě či osobně po ověření své totožnosti. Korespondenční adresou je adresa, kterou účastník pojištění pro tyto účely sdělil pojistiteli (v případě sdělení adresy osoby odlišné od účastníka pojištění nese účastník pojištění důsledky plynoucí z předávání korespondence mezi těmito osobami). Korespondenční adresou může být pouze adresa na území České republiky. Kontaktním spojením se pak rozumí zejména email a telefonní číslo účastníka pojištění. Účastníci pojištění jsou povinni oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu jakoukoliv změnu korespondenční adresy a kontaktního spojení. Písemnosti mohou být doručovány rovněž na adresu zjištěnou v souladu s právními předpisy, na které se účastník pojištění zdržuje. Doručovat lze i prostřednictvím veřejné datové sítě do datové schránky nebo osobním předáním. Bude-li jakékoliv právní jednání nebo oznámení, které nemusí být učiněno v písemné formě, učiněno z kontaktního spojení sděleného pojistiteli, má se za to, že je učiněno příslušným účastníkem pojištění. Takové právní jednání či oznámení bude tedy považováno za řádně učiněné, i pokud bude provedeno jinou osobou, které účastník pojištění umožnil (ať úmyslně či neúmyslně) využít svůj email či telefon. Z tohoto důvodu je účastník pojištění povinen bez zbytečného odkladu informovat pojistitele o možném zneužití své e-mailové adresy či telefonu (například při prozrazení přístupových údajů k e-mailové schránce nebo při ztrátě mobilního telefonu). Za doručené do sféry adresáta se pak považují i písemnosti: <ol style="list-style-type: none"> jejichž přijetí adresát odepřel; okamžikem doručení je pak den takového odepření; uložené u provozovatele poštovních služeb; okamžikem doručení je pak poslední den úložní lhůty. Zmařil-li vědomě adresát dojití, platí, že jednání či oznámení řádně došlo. O vědomě zmaření se jedná také vždy, když účastník pojištění neoznámil pojistiteli změnu údajů rozhodných pro doručování (např. změnu příjmení, korespondenční adresy, kontaktního spojení). Není-li prokázán jiný okamžik doručení, má se za to, že písemnost odeslaná s využitím provozovatele poštovních služeb došla adresátovi 3. pracovní den po odeslání, byla-li však odeslána na adresu v jiném státu, pak 15. pracovní den po odeslání, a to i když se adresát, který vědomě doručení zmařil, o zásilce nedozvěděl.
Článek 14 Rozhodné právo	<ol style="list-style-type: none"> Pojistná smlouva a právní vztahy z ní vyplývající nebo s ní související se řídí právním řádem České republiky, ať již bude tento vztah posouzen z jakéhokoliv právního titulu. Pro spory vyplývající z pojistné smlouvy či s ní související jsou příslušné soudy České republiky. V případě životního pojištění mají spotřebitelé možnost řešit spor mimosoudně před finančním arbitrem www.finarbitr.cz. V případě neživotního pojištění mají spotřebitelé možnost řešit spor mimosoudně před Českou obchodní inspekcí www.coi.cz.
Článek 15 Promlčení	Právo na plnění z pojištění se promlčí nejpозději za tři roky, v případě životního pojištění nejpозději za deset let. Promlčecí doba práva na pojistné plnění počíná běžet za 1 rok po vzniku pojistné události.
Článek 16 Územní platnost pojistné smlouvy	Pojištění se vztahuje na pojistné události, ke kterým dojde kdekoli na světě, není-li ujednáno jinak.

Zvláštní pojistné podmínky pro investiční životní pojištění (ZPP IŽP 2016/11)

I. Obecná ustanovení	
Článek 1 Úvodní ustanovení	Pro investiční životní pojištění (dále jen „pojištění“), které sjednává Generali Pojišťovna a.s., se sídlem Bělehradská 132, Praha 2, 120 84, Česká republika (dále jen „pojistitel“) platí občanský zákoník a ostatní obecné závazné právní předpisy České republiky, všeobecné pojistné podmínky pro soukromé pojištění osob (dále jen VPP POS 2016/02), Sazebník administrativních poplatků, tyto zvláštní pojistné podmínky (dále jen ZPP IŽP 2016/11), Tabulky ŽP 2016/08, Sazebník poplatků, další ujednání a pojistná smlouva.
Článek 2 Výklad pojmů	<p>Pro účely sjednávání pojištění platí toto vymezení pojmů:</p> <ol style="list-style-type: none"> pojištěný č. 1 je pojištěný, jenž je v nabídce na uzavření pojistné smlouvy a v pojistce uveden jako první v pořadí; další pojištěný je pojištěný, jenž je v nabídce na uzavření pojistné smlouvy a v pojistce uveden jako druhý a další v pořadí; dítě, dospělý nebo senior je pojištěný, který je jmenovitě uveden v nabídce na uzavření pojistné smlouvy a v pojistce; rozdělení pojištěných dle vstupního věku je uvedeno v tabulce vstupních a výstupních věků; vstupní věk pojištěného se stanoví rozdílem aktuálního kalendářního roku při vzniku pojištění a kalendářního roku narození pojištěného; aktuální věk pojištěného je rozdíl aktuálního kalendářního roku a kalendářního roku narození pojištěného; obmyšlený je osoba určená pojistníkem se souhlasem pojištěného v pojistné smlouvě, které vznikne právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného; mimořádné pojistné je pojistné placené v průběhu trvání pojištění nad rámec běžného, resp. jednorázového pojistného; rizikové pojistné je součet pojistného za pojištění pro případ smrti a pojistného doplňkových pojištění v rozsahu pojistné ochrany sjednané v pojistné smlouvě; rizikové pojistné je součástí běžného, resp. jednorázového pojistného; minimální postačitelé pojistné je součtem peněžního ekvivalentu odpovídajícímu rozsahu pojistitelem poskytnuté pojistné ochrany na celou dobu trvání pojištění a poplatků; v případě rizikové varianty pojištění se výše minimálního postačitelého pojistného rovná běžnému pojistnému; fond je portfolio různých investičních instrumentů založené a spravované pojistitelem nebo správcem fondu určeným pojistitelem nebo portfolio ve vlastnictví třetí osoby a ve správě třetí osoby a pojistitele; podílová jednotka: pojistitel rozděluje každý fond na části – jednotky stejné hodnoty; pojistník alokuje pojistné do podílových jednotek zvolených fondů; hodnota fondu je hodnota prostředků patřících fondu snižená o hodnotu závazku k datu ocenění; aktuální hodnotou podílových jednotek je součin počtu podílových jednotek evidovaných na podílovém účtu pojistníka a aktuální (v daném okamžiku platné) nákupní ceny; akumulační jednotky jsou podílové jednotky nakoupené zaplacením mimořádného pojistného anebo běžného pojistného; alokační poměr je poměr, ve kterém se pojistné rozděluje do jednotlivých fondů; oceňovací den je den oceňování aktiv jednotlivých fondů a stanovení nákupní a prodejní ceny podílových jednotek těchto fondů; podílový účet pojistníka je účet založený pojistitelem, který slouží k evidenci podílových jednotek pojistníka vázaných k různým fondům; redukcce (pojištění v redukovaném stavu) je úprava pojistné smlouvy na pojistnou smlouvu bez povinnosti dál platit pojistné; úraz je neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného nebo neočekávané a nepřerušené působení vysokých nebo nízkých zevních teplot, plynů, par, záření, elektrického proudu a jedů (s výjimkou mikrobiálních jedů a imunotoxických látek), kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt. Za úraz se též považují: <ol style="list-style-type: none"> utonutí a tonutí; tělesná poškození způsobená popálením, bleskem, elektrickým proudem, plyny nebo parami, požitím jedovatých nebo leptavých látek, s výjimkou případů, kdy se účinky dostavily postupně; vyvrtnutí končetin, stejně jako natržení nebo odtržení části končetin a svalů na páteři, šlach, vaziva a pouzder kloubů v důsledku náhlé odchylky od běžného pohybu. Úrazem nejsou: nemoci včetně infekčních nemocí; srdeční infarkt; mozková mrtvice, amocce sítnice, duševní choroby a poruchy, a to i když se dostavily jako následky úrazu; lehké pohmoždění měkkých tkání; řezné a tržné rány s rozsahem menším než 3 cm; nádory zhoubné i nezhoubné; kýly všech lokalizací; zhoršení nemoci následkem úrazu; aseptické záněty tlivových váčků, šlachových pochev a svalových úponů (bursitidy, epikondylitidy, impingement syndrom); přerušení degenerativně změněných orgánů malým nepřímým násilím (např. meniskus); náhlé ploténkové páteřní syndromy, poškození meziobratlových plotének; krvácení do vnitřních orgánů a do mozku nebo poranění břicha či podbřišku, pokud vzniklo v důsledku zdravotní predispozice pojištěného; duševní chorobné stavy po úrazu, jako např. neurózy nebo psychoneurózy. nemoc je porucha tělesného zdraví pojištěného zjištěná a klasifikovaná podle všeobecně uznávaného stavu lékařské vědy; nemocnice je zdravotnické zařízení, které pracuje pod stálým odborným lékařským dozorem, disponuje dostatečnými diagnostickými a terapeutickými možnostmi, užívá vědecky obecně uznávané léčebné diagnostické metody, vede záznamy o zdravotním průběhu léčeni a jeho provozování je v souladu s příslušnými platnými právními předpisy; hospitalizace je poskytnutí nemocniční (lůžkové) péče nemocnicí trvajícím min. 24 hodin, za hospitalizaci se nepovažuje hospitalizace zapříčiněná výhradně nemožností poskytnout domácí péči či jinými osobními důvody ze strany pojištěného;

	<p>v) pevná fixace je sádra, sádrová dlaha, zinkokohlový obvaz, ortéza, případně jiná fixace znemožňující pohyb poraněného kloubu;</p> <p>w) závažné onemocnění je onemocnění a operace uvedené v Tabulkách závažných onemocnění TDDZ1 a TDDZ21;</p> <p>x) onkologické onemocnění je přítomnost zhoubného nádoru charakterizovaná nekontrolovatelným bujením a rozšiřováním maligních buněk invazí a destrukcí normální tkáně;</p> <p>y) preventivní péče je vyšetření nebo očkování preventivního charakteru v přímé souvislosti s onemocněními dle čl. 30 odst. 3;</p> <p>z) motorové vozidlo je vozidlo poháněné vlastní pohonnou jednotkou a trolejbus, vč. vozidel kolejových dopravních prostředků;</p> <p>aa) pracovní neschopnost je stav člověka, který je ze zdravotních důvodů dočasně uznán neschopným k výkonu svého dosavadního zaměstnání nebo výkonu výdělečné činnosti. V době trvání pracovní neschopnosti nesmí pojištěný vykonávat činnost, za kterou by měl příjem;</p> <p>bb) imobilita je omezení fyzických funkcí horních nebo dolních končetin nebo páteře pojištěného;</p> <p>cc) lékařský experiment – jedná se o zařazení klienta do lékařského experimentu na základě jeho dobrovolného souhlasu, kdy lékařský experiment není součástí léčby onemocnění klienta (testování nových léků či přípravků a léčebných postupů na zdravotních lidech);</p> <p>dd) obvyklá cena je určena porovnáním prodejní ceny stejného nebo obdobného majetku (zdravotní pomůcky);</p> <p>ee) vznik invalidity – invalidita vzniká dnem, kdy posudkový lékař OSSZ konstatuje snížení pracovní schopnosti, nebo dnem, který je v posudku o invaliditě označen jako den vzniku invalidity.</p>
<p>Článek 3 Druhy pojištění</p>	<ol style="list-style-type: none"> V rámci tohoto pojištění se sjednává pro pojištěného č. 1 investiční, nebo riziková varianta pojištění. Dále lze sjednat následující doplňková pojištění pro pojištěného č. 1 a další pojištěné osoby: <ol style="list-style-type: none"> doplňkové životní pojištění; doplňkové úrazové pojištění; doplňkové nemocenské pojištění. Doplňkové životní pojištění, doplňkové úrazové pojištění ani doplňkové nemocenské pojištění nelze sjednat samostatně; tato pojištění lze sjednat pouze současně se sjednáním investičního životního pojištění. Pojištění za doplňkové pojištění je součástí běžného, resp. jednorázového pojištění. Pojištění doba doplňkového pojištění je shodná s pojistnou dobou investičního životního pojištění, pokud není ve smlouvě ujednáno jinak.
<p>Článek 4 Pojistné</p>	<ol style="list-style-type: none"> Je-li u pojištěného dáno zvýšené pojistné riziko, lze určit vyšší rizikové pojistné nebo dohodnout zvláštní podmínky pojištění. Toto lze i v průběhu pojistné doby. Zaplacené pojistné použije pojistitel na nákup podílových jednotek. Rizikové pojistné za pojištění pro případ smrti a doplňková pojištění je peněžním ekvivalentem odpovídajícím rozsahu pojistitelem poskytnuté pojistné ochrany. Výše rizikového pojistného se přepočítává vždy k 1. dni měsíce a je kalkulována v závislosti na aktuálním věku a aktuální pojistné částce. Minimální postačitelné pojistné je součtem peněžního ekvivalentu odpovídajícímu rozsahu pojistitelem poskytnuté pojistné ochrany na celou dobu trvání pojištění a poplatků. V případě rizikové varianty pojištění se výše minimálního postačitelného pojistného rovná běžnému pojistnému. Zanikne-li pojištění v důsledku pojistné události, náleží pojistiteli pojistné do konce pojistného období, v němž pojistná událost nastala. Jednorázové pojistné náleží v takovém případě pojistiteli celé. V průběhu pojistné doby může dojít ke změně výše pojistného v důsledku: <ol style="list-style-type: none"> změn pojistné smlouvy nebo změn rozsahu pojištění (zahnutí, vyloučení pojištěných osob; zahnutí, vyloučení doplňkových pojištění; změn profesní, sportovní nebo zájmové činnosti; změn pojistné doby, pojistného období nebo způsobu placení; jiných změn obdobného charakteru); uplynutí pojistné doby doplňkových pojištění nebo jejich zániku; dovršení výstupních věků doplňkových pojištění.
<p>Článek 5 Mimořádné pojistné</p>	<ol style="list-style-type: none"> Pojistník má kromě placení běžného, resp. jednorázového pojistného možnost kdykoliv platit mimořádné pojistné. Jeho výše musí být rovna alespoň minimálnímu mimořádnému pojistnému stanovenému v Sazebniku poplatků. Běžné, resp. jednorázové pojistné nemůže být nahrazeno mimořádným pojistným. Mimořádné pojistné se platí na bankovní účet, který je určen pouze pro platby mimořádného pojistného. V případě zániku pojištění, na něž bylo uhrzeno mimořádné pojistné, vyplátí pojistitel aktuální odkupní hodnotu podílových jednotek nakoupených z mimořádného pojistného. Pojistitel je oprávněn odmítnout platbu mimořádného pojistného. Je však povinen poskytnout pojistníkovi, pokud o to písemně požádá, patřičné vysvětlení. Pojistitel má právo stanovit pravidla pro investování mimořádného pojistného do fondů. Pojistník má možnost platit mimořádné pojistné i u rizikové varianty pojištění, v takovém případě je povinen písemně sdělit pojistiteli do 7 dnů od úhrady mimořádného pojistného alokační poměr pro mimořádné pojistné. V případě, že nebude v této lhůtě alokační poměr pro mimořádné pojistné oznámen pojistiteli, bude mimořádné pojistné automaticky alokováno do garantovaného fondu IVG15. V případě zániku pojištění má pojistitel právo odečíst dlužné pojistné k datu zániku od hodnoty odkupu z mimořádného pojistného.
<p>Článek 6 Změny pojištění</p>	<ol style="list-style-type: none"> Dohodnou-li se účastníci na změně již sjednaného pojištění, poskytuje pojistitel pojistné plnění ze změněného pojištění až z pojistných událostí, které nastaly po dni účinnosti změny pojištění. Pojistník je oprávněn kdykoli písemně požádat o změnu rozsahu pojištění. Pojistitel není povinen žádosti o změnu vyhovět. Je-li se změnou, na které se účastníci pojištění dohodli, spojena změna výše běžného pojistného, je běžné pojistné ve změněné výši splatné k datu účinnosti změny. Pojistník je oprávněn kdykoli písemně požádat o snížení běžného pojistného k datu splatnosti následného pojistného na úroveň danou platnými pojistně-matematickými zásadami, Sazebníkem poplatků, příp. interními směrnicemi pojistitele. Pojistník může písemně požádat o zvýšení běžného pojistného k datu splatnosti následného pojistného. Pojistník může písemně požádat o zvýšení, resp. snížení pojistné částky k datu splatnosti následného pojistného, přičemž pojistitel má právo zvýšit, popř. snížit pojistné na úroveň danou platnými pojistně-matematickými zásadami příp. interními směrnicemi pojistitele. Pojistník je oprávněn kdykoli písemně požádat o zahrnutí, vyloučení nebo o změnu doplňkových pojištění, přičemž pojistitel má právo snížit, popř. zvýšit pojistné částky nebo snížit, popř. zvýšit pojistné na úroveň danou platnými pojistně-matematickými zásadami příp. interními směrnicemi pojistitele. Pojistník může kdykoli v průběhu pojistné doby požádat o prodloužení pojistné doby. Pojistitel bude akceptovat pouze takovou žádost o stanovení nové pojistné doby, která je v souladu s maximálním výstupním věkem pojištěného. Zkrácení pojistné doby nelze provést. Nastane-li na straně pojištěného změna v okolnosti, která má vliv na přiznání slevy nebo přírážky dle podmínek stanovených pojistitelem v nabídce pojistné smlouvy nebo v Informacích pro klienta. Pojistitel je oprávněn slevu nebo přírážku odebrat nebo zahrnout od následujícího pojistného období. Pojistitel je oprávněn provést posouzení rizika i v průběhu pojistné doby, jestliže požadovaná změna mění rozsah poskytované pojistné ochrany dle odst. 2 až 8. Změny uvedené v odstavcích 2 až 8 mají vliv na vývoj stavu podílového účtu pojistníka. Umluvené v bodě 2 až 8 mohou upravit výši pojistného. Při zvýšení pojistného se strhává počáteční poplatek z navýšeného pojistného, jehož výše závisí na zbývajících dobách pojištění po navýšení pojistného. Pojistník a pojištěný jsou povinni oznámit všechny změny týkající se skutečností, na které byli při sjednávání pojištění pojistitelem tázáni, nebo uvedení v pojistné smlouvě, jak je uvedeno ve VPP POS 2016/02, čl. 10, odst. 1. a 2. Všechny požadované změny mohou být provedeny pouze na základě písemné žádosti pojistníka, příp. pojistníka se souhlasem pojištěného, nevyhradí-li pojistitel pro tyto účely jiné komunikační kanály. O tyto změny může požádat pojistník, případně pojistník se souhlasem pojištěného, a to nejméně 6 týdnů před datem účinnosti požadované změny, přičemž datem účinnosti změny může být vždy pouze první den v měsíci, není-li ujednáno jinak. Pojistitel akceptuje požadované změny písemným potvrzením.
<p>Článek 7 Zánik pojištění</p>	<p>Kromě způsobů zániku pojištění uvedených ve VPP POS 2016/02, čl. 7 zaniká pojištění i v těchto případech:</p> <ol style="list-style-type: none"> Dnem smrti pojištěného č. 1 zanikají veškerá sjednaná pojištění pro všechny pojištěné osoby. Doplňkové pojištění zanikají nejpozději dnem zániku investičního životního pojištění. Doplňková pojištění zanikají ve výroční den toho roku, ve kterém pojištěný dosáhne maximálního výstupního věku stanoveného pojistitelem. Doplňkové pojištění plné invalidity, doplňkové pojištění invalidity II. a III. stupně, doplňkové pojištění invalidity I., II. a III. stupně, doplňkové pojištění závažných onemocnění, doplňkové pojištění onkologických onemocnění, doplňkové pojištění péče o zdravotně postižené dítě, doplňkové pojištění pouřazové péče a doplňkové pojištění zprůstředí od placení zanikají ke konci pojistného období, ve kterém byla nahlášena pojistná událost pojistiteli. Doplňkové pojištění plné invalidity, doplňkové pojištění invalidity II. a III. stupně, doplňkové pojištění invalidity I., II. a III. stupně a doplňkové pojištění zprůstředí od placení pojistného zaniká v případě škodné události, ke které dojde do dvou let od počátku pojištění ve smyslu čl. 25, a to k datu škodné události bez náhrady. Pojistitel je oprávněn vypovědět doplňkové pojištění plné invalidity a doplňkové pojištění invalidity II. a III. stupně, doplňkové pojištění invalidity I., II. a III. stupně a doplňkové pojištění zprůstředí od placení pojistného v případě, že se změnil podmínky pro určení a přiznávání invalidity ve smyslu čl. 25, a to do 6 měsíců od dne účinnosti právního předpisu, který upravuje podmínky pro určení a přiznávání invalidity. Výpovědní doba je dvouměsíční a běží od prvního dne kalendářního měsíce následujícího poté, co byla doručena pojistníkovi. Uplynutím výpovědní doby zaniká toto doplňkové pojištění bez náhrady. Pojistitel je oprávněn vypovědět doplňkové pojištění ošetřování dítěte v případě, že se změnil obecně závazné právní předpisy pro vznik nároku na ošetřovné dle platné legislativy, a to do 6 měsíců ode dne účinnosti právního předpisu, který upravuje podmínky pro přiznání nároku na ošetřovné. Výpovědní doba je dvouměsíční a běží od 1. dne kalendářního měsíce následujícího poté, co byla výpověď pojistníkovi doručena. Uplynutím výpovědní doby zaniká toto doplňkové pojištění bez náhrady.

	<p>8. Doplňkové pojištění závažných onemocnění a doplňkové pojištění onkologických onemocnění zaniká v případě škodné události, ke které dojde do 3 měsíců od počátku ve smyslu čl. 30, a to k 1. dni měsíce následujícího po datu škodné události.</p> <p>9. Doplňkové pojištění poúrazové péče zaniká dnem zániku doplňkového pojištění denního odškodného za dobu nezbytného léčení úrazu (DOU) nebo doplňkového pojištění denního odškodného za dobu léčení vyjmenovaných úrazů (DOV).</p> <p>10. Doplňkové pojištění při pracovní neschopnosti zaniká:</p> <ol style="list-style-type: none"> posledním dnem měsíce, ve kterém pojištěný přestal být v trvalém pracovním poměru nebo přestal mít příjmy ze samostatné výdělečné činnosti; posledním dnem měsíce, ve kterém pojištěný přestal být v trvalém pracovním poměru nebo přestal mít příjmy ze samostatné výdělečné činnosti uvedené v pojistné smlouvě; v případě změny zaměstnání či podnikatelské činnosti lze v doplňkovém pojištění pokračovat pouze, pokud se na tom účastníci doplňkového pojištění písemně dohodnou; dnem přiznání starobního důchodu, příp. starobního důchodu před dovršením důchodového věku; dnem přiznání invalidního důchodu. <p>11. Doplňkové pojištění při pracovní neschopnosti zaniká dnem, kdy pojištěný přestane mít trvalé bydliště v České republice.</p> <p>12. Doplňkové pojištění zproštění od placení pojistného zaniká dnem změny pojistníka a ke dni, kdy byl pojištěnému přiznán starobní důchod.</p> <p>13. Doplňkové pojištění péče o zdravotně postižené dítě je pojistitel oprávněn vypovědět v případě, že se změní podmínky pro určení stupně závislosti a/nebo přiznání nároku na příspěvek na péči o závislou osobu ve smyslu čl. 35, a to do 6 měsíců ode dne účinnosti příslušného právního předpisu. Výpovědní doba je dvouměsíční a běží od 1. dne kalendářního měsíce následujícího poté, co byla doručena pojistníkovi. Uplynutím výpovědní lhůty zaniká toto doplňkové pojištění bez náhrady.</p>
<p>Článek 8 Pojištění v redukováném stavu</p>	<ol style="list-style-type: none"> Pojištění může být redukováno pouze v případě investiční varianty pojištění. Pojištění může být redukováno, pokud vznikla odkupní hodnota pojištění, definovaná v čl. 9, která překračuje pojistitelem předepsané minimum. Pojistitel převede pojištění do redukováného stavu: <ol style="list-style-type: none"> na žádost pojistníka; pro neplacení pojistného, není-li uhrazeno dlužné pojistné ve lhůtě stanovené pojistitelem ve kvalifikované upomínce. Pojištění bude převedeno na pojištění v redukováném stavu k datu splatnosti pojistného za pojistné období, za které nebylo poprvé řádně zapláceno pojistné. Po dobu trvání pojištění v redukováném stavu bude podílový účet pojistníka nadále snižován o rizikové pojistné a technické poplatky popsané v čl. 12. V okamžiku, kdy aktuální hodnota akumulačních podílových jednotek nebude stačit na pokrytí poplatků dle čl. 12, pojištění zaniká bez náhrady. U pojištění v redukováném stavu lze nadále platit mimořádné pojistné. Z pojištění v redukováném stavu lze provádět částečné odkupy ve smyslu čl. 10. Pojistné zaplacené na smlouvu v redukováném stavu se považuje za mimořádné pojistné. Toto pojistné alokuje pojistitel v alokačním poměru určeném pro alokaci mimořádného pojistného, není-li určený, pak dle posledního alokačního poměru určeného pro běžné pojistné. Pojistník má právo vypovědět pojištění v redukováném stavu. Po výpovědi vyplatí pojistitel odkupné, je-li na něj nárok dle čl. 9. <ul style="list-style-type: none"> – výpovědní doba je do 3 měsíců od redukce pojistné smlouvy oprávněn požádat o její uvedení do původního stavu. Pojistitel nemá povinnost vyhovět žádosti pojistníka o tuto změnu.
<p>Článek 9 Odkupné</p>	<ol style="list-style-type: none"> Nárok na odkupné vzniká, byla-li vytvořena odkupní hodnota. Odkupné se vypočítá podle kalkulačních zásad pojistitele jako odkupní hodnota akumulačních podílových jednotek snižená o nevyúčtované poplatky popsané v čl. 12. Výše odkupného závisí na úhradě pojistného, na době uplynulé od počátku pojištění, na sjednané pojistné době, na rozsahu sjednaného rizika a na nákladech spojených se vznikem a správou pojistné smlouvy. Odkupné neodpovídá celkově zaplacenému pojistnému. V případě zániku pojištění nevzniká nárok na vrácení pojistného. Při stanovení výše odkupného uplatní pojistitel nákupní cenu podílové jednotky platnou k: <ul style="list-style-type: none"> – datu zániku pojištění, jedná-li se o výplatu odkupného na základě předchozího zániku pojištění; – k 1. dni měsíce předcházejícího dni zániku pojištění, jedná-li se o výplatu odkupného, jehož vyplacením pojištění zaniká. V případě zániku pojištění ve smyslu VPP POS 2016/02, čl. 7, odst. 1 (vyjma písm. e) vyplácí pojistitel pojistníkovi odkupné z hodnoty akumulačních jednotek tvořených mimořádným pojistným. U rizikové varianty pojištění se vytváří odkupní hodnota pouze z mimořádného pojistného.
<p>Článek 10 Částečný odkup</p>	<ol style="list-style-type: none"> Pojistník může u investiční varianty pojištění zažádat o částečný odkup z aktuální hodnoty akumulačních jednotek tvořených běžným, nebo jednorázovým pojistným. Podmínkou uskutečnění částečného odkupu je předpoklad dostatečné výše běžného pojistného a zůstatku odkupní hodnoty pojištění pro pokrytí rizikového pojistného a technických poplatků dle čl. 12 až do konce pojistné doby. Z aktuální hodnoty podílových jednotek tvořených mimořádným pojistným může pojistník kdykoli zažádat o částečný odkup. Výše částečného odkupu musí dosáhnout alespoň pojistitelem předepsaného minima dle Sazebníku poplatků. Pojistitel provede částečný odkup za poslední nákupní cenu podílových jednotek platnou před datem obdržení žádosti pojistníka o částečný odkup. Za datum obdržení této žádosti se považuje její doručení pojistiteli. Pojistitel je oprávněn stanovit poplatek podle čl. 12 související s částečným odkupem.
<p>Článek 11 Pojištění s přerušením placení běžného pojistného</p>	<ol style="list-style-type: none"> Investiční varianta pojištění může být na žádost pojistníka převedena na pojištění s přerušením placení běžného pojistného (dále jen „přerušení placení pojistného“). Pojistitel si vyhraduje právo tuto žádost zamítnout. K přerušení placení pojistného může dojít max. třikrát během pojistné doby, pokud byla vytvořena odkupní hodnota pojištění definovaná v čl. 9 a zároveň pokud je aktuální hodnota podílových jednotek dostačující na pokrytí rizikového pojistného a technických poplatků dle čl. 12 na dobu přerušení placení pojistného. K přerušení placení pojistného dochází ode dne nejbližší splatnosti pojistného následující po datu přijetí žádosti od pojistníka, nebo k prvnímu dni měsíce uvedeného v jeho žádosti. Tento den musí předcházet dni, ke kterému by pojištění zaniklo či by bylo převedeno do redukováného stavu. O přerušení placení pojistného nelze požádat zpětně. Pojistitel má nárok na pojistné do dne, kdy došlo k přerušení placení pojistného. Podílový účet pojistníka bude i v době přerušení placení pojistného snižován o rizikové pojistné a technické poplatky popsané v čl. 12. V okamžiku, kdy aktuální hodnota akumulačních podílových jednotek nebude stačit na pokrytí poplatků, pojištění zaniká bez náhrady. Rozsah pojistného krytí může být na žádost pojistníka upraven ve smyslu snížení pojistných částek, popř. vyloučení doplňkových pojištění. Přerušit placení pojistného je možné vždy nejdéle na dobu jednoho roku. Neobnoví-li pojistník placení pojistného po uplynutí jednoho roku od okamžiku přerušení placení pojistného do jednoho měsíce od splatnosti pojistného a dosahuje-li odkupní hodnota pojištění pojistitelem stanoveného minima určeného podle kalkulačních zásad, pojištění se mění na pojištění v redukováném stavu podle čl. 8. U pojištění s přerušením placení pojistného lze nadále platit mimořádné pojistné. U pojištění s přerušením placení pojistného lze provádět částečné odkupy ve smyslu čl. 10. Pojistitel má nárok účtovat poplatek za přerušení placení pojistného.
<p>Článek 12 Poplatky z podílového účtu pojistníka</p>	<ol style="list-style-type: none"> Pojistitel snižuje každý měsíc podílový účet pojistníka o rizikové pojistné za pojištění, doplňková pojištění sjednaná v pojistné smlouvě a o další poplatky uvedené v Sazebníku poplatků. Přehled a výše poplatků je uveden v Sazebníku poplatků, který je součástí pojistné smlouvy a je dále k nahlédnutí v sídle a obchodních místech pojistitele. Pojistitel strhává za účelem krytí nákladů souvisejících s uzavřením pojistné smlouvy nebo s navýšením pojistného každý měsíc z podílového účtu pojistníka počáteční poplatek, a to po dobu uvedenou v Sazebníku poplatků. Pojistitel dále strhává každý měsíc z podílového účtu pojistníka správní náklady za daný měsíc. Správní náklady je pojistitel oprávněn měnit nejvýše jednou za pojistný rok. Hodnotu podílového účtu pojistníka může pojistitel navíc snížit o další technické poplatky související se správou pojištění. Pojistitel strhává poplatky uvedené v odst. 1, 3 a 4 tohoto článku z akumulačních jednotek. Pojistitel přeměňuje tyto poplatky podle nákupní ceny podílové jednotky platné k 1. dni v měsíci na akumulační jednotky, o které pak sníží počet aktuálních podílových jednotek evidovaných na podílovém účtu pojistníka.
<p>Článek 13 Cíle a fungování fondů</p>	<ol style="list-style-type: none"> Cílem fondů je investování prostředků patřících fondu a dlouhodobé zvyšování hodnoty uložených aktiv. Hodnota fondů, a tedy i hodnota podílových jednotek vázaných k fondu se mění podle výsledků investic. Fondy se od sebe liší typem investic, očekávaným výnosem a rizikem investic. Pojistitel je oprávněn fondy založit, zařadit do nabídky a také zrušit a z nabídky vyřadit. Alespoň 1 měsíc před plánovaným zrušením nebo vyřazením fondu z nabídky zašle pojistitel pojistníkovi oznámení a nabídne bezplatné přemístění podílových jednotek vázaných k zanikajícímu fondu na podílové jednotky vázané ke kterémukoli jinému fungujícímu fondu. Pokud se pojistník k přemístění nevymluví do 15 dnů od doručení oznámení o zrušení fondu, pojistitel přemístí podílové jednotky podle nákupního kurzu platného v den zániku fondu do jiných fondů dle vlastního rozhodnutí.

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Pojistitel je oprávněn rozdělit nebo sloučit jednotky jednotlivých fondů, čímž se mění počet i hodnota podílových jednotek vázaných k fondu. Tato operace má jen technický význam a celkovou hodnotu jednotek ve fondech, resp. podílových jednotek na podílovém účtu pojistníka neovlivňuje. 5. Vývoj hodnoty podílových jednotek jednotlivých fondů není pojistitelem garantován. Současně pojistitel žádným způsobem nezaručuje návratnost investice. 6. Aktiva jednotlivých fondů a výnosy plynoucí z těchto aktiv jsou vlastnictvím pojistitele a zůstávají jím po celou pojistnou dobu. Pojištění proto nezakládá nárok na jakákoliv aktiva pojistitele a fondů.
Článek 14 Oceňování fondů, ceny jednotek	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pojistitel fondy pravidelně oceňuje za účelem stanovení nákupní a prodejní ceny podílových jednotek. Fondy jsou oceňovány v oceňovacích dnech stanovených pojistitelem, minimálně však jednou za měsíc. Hodnotou fondu je hodnota prostředků patřících fondu snížená o hodnotu závazků k datu ocenění. Pojistitel je oprávněn odečítat z hodnoty fondu náklady související s nákupem a prodejem prostředků patřících fondu. Pojistitel stanoví roční poplatek za správu fondů v procentech hodnoty fondu, jehož výši může jednou za rok měnit, přičemž hodnota ročního poplatku nemůže být vyšší než pojistitelem stanovené maximum. Tento poplatek je odečítán úměrně při každém oceňování. 2. Nákupní cenou podílových jednotek vázaných na daný fond je podíl aktuální hodnoty fondu a počtu podílových jednotek vázaných na fond. Za tuto cenu nakupuje pojistitel podílovou jednotku od pojistníka. 3. Aktuální cenu prodeje podílových jednotek stanoví pojistitel tak, aby rozdíl mezi nákupní a prodejní cenou činil maximálně 5% prodejní ceny. Za tuto cenu prodá pojistitel podílovou jednotku pojistníkovi. 4. Nákupní a prodejní cena stanovená v oceňovací den je zpětně platná do data předchozího dne oceňování. Ceny pojistitel eviduje s přesností na pět desetinných míst. 5. Pojistitel je oprávněn odečítat z hodnoty fondu při každém oceňování výdaje související s pořízováním, prodejem a oceňováním fondu. 6. Pojistitel je dále oprávněn snižovat hodnotu fondu o všechny daňové srážky spojené s aktivy fondu. 7. Poplatky uvedené v odst. 1 až 5 tohoto článku jsou součástí Sazebníku poplatků podle čl. 12. 8. Pojistitel je oprávněn měnit hodnotu vyhlášené úrokové míry. Pojistitel má povinnost uvádět na svých internetových stránkách informace o hodnotě a období platnosti vyhlášené úrokové míry.
Článek 15 Podílový účet pojistníka a rozdělení pojistného mezi fondy	<ol style="list-style-type: none"> 1. V případě investiční varianty určuje pojistník alokační poměr pro rozdělení běžného pojistného do jednotlivých fondů. U dalších plateb běžného pojistného může pojistník tento poměr kdykoliv po dobu trvání pojištění změnit. Podíl investic do jednotlivých fondů musí dosáhnout minimální výše stanovené pojistitelem. 2. Z mimořádného pojistného nakupuje pojistitel podílové jednotky v alokačním poměru platném k datu zpracování tohoto pojistného pro běžné nebo jednorázové pojistné. Pojistník může pro mimořádné pojistné stanovit jiný alokační poměr, který musí písemně doručit pojistiteli nejpozději 7 dní od úhrady mimořádného pojistného. 3. Připsání pojistného na podílový účet pojistníka v podílových jednotkách se uskutečňuje po zaplacení pojistného opatřeného příslušnými identifikačními znaky a následném připsání tohoto pojistného na pojistnou smlouvu, nejpozději však s datem 1. pracovního dne následujícího po nejbližším oceňovacím dni. 4. Počet podílových jednotek připsaných na podílový účet pojistníka pojistitel eviduje s přesností na pět desetinných míst. 5. Pojistitel je povinen informovat pojistníka způsobem umožňujícím dálkový přístup: <ol style="list-style-type: none"> a) nejméně jednou za čtvrtletí o aktuální hodnotě podílových jednotek; b) nejméně jednou za rok o struktuře podkladových aktiv.
Článek 16 Přemístění podílových jednotek	<ol style="list-style-type: none"> 1. Na základě písemné žádosti pojistníka mohou být podílové jednotky přemístěny z jednoho fondu na podílové jednotky vázané k jinému fondu. Pojistitel provede přemístění podílových jednotek v nákupních cenách podílových jednotek platných v den, kdy obdržel žádost pojistníka, není-li pojistníkem požadováno přemístění k pozdějšímu datu. Za datum obdržení žádosti o přemístění podílových jednotek se považuje její doručení pojistiteli. 2. Poplatek za přemístění podílových jednotek stanoví pojistitel z aktuální hodnoty přemístěných podílových jednotek podle nákupního kurzu platného v den provedení přemístění. Za jedno přemístění se považuje přemístění pojistníkem definovaného počtu podílových jednotek z jednoho fondu do jednoho nebo více fondů. Pojistitel může za provedení přemístění podílových jednotek srážet poplatek z podílového účtu pojistníka. Poplatek za přemístění podílových jednotek je uveden v Sazebníku poplatků.
Článek 17 Změna alokačního poměru	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alokační poměr umístění budoucích plateb pojistného do podílových jednotek vázaných k jednotlivým fondům je možné na základě písemné žádosti pojistníka kdykoliv upravit. 2. Pojistitel provede změnu alokačního poměru k datu obdržení žádosti od pojistníka, není-li v této žádosti požadováno provedení změny k pozdějšímu datu. 3. Pojistitel je oprávněn za provedení změny alokačního poměru srážet poplatek z podílového účtu pojistníka. Poplatek za změnu alokačního poměru je uveden v Sazebníku poplatků.
Článek 18 Aktualizace pojistného a pojistné částky	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aktualizace je zvýšení pojistné částky a sjednaného běžného pojistného investičního životního pojištění. Aktualizaci pojistných částek lze provést jen u pojistitelem stanovených pojištění. 2. Aktualizaci může pojistitel nabízet v zájmu zachování hodnoty pojištění u pojištění s běžným pojistným. 3. Pojistitel doručí pojistníkovi nabídku aktualizace pojistné smlouvy, ve které jsou uvedeny zvýšené pojistné částky a zvýšené pojistné. Nabídku aktualizace doručí pojistitel pojistníkovi nejpozději k datu provedení aktualizace. Neodmítne-li pojistník nabídku aktualizace zpětným zasláním nabídky do 6 týdnů od jejího doručení nebo nepožádá-li do 6 týdnů od jejího doručení pouze o zvýšení pojistného, má se za to, že s nabídkou pojistitele souhlasí. Na základě vyjádření pojistníka vystaví pojistitel dodatek k pojistné smlouvě. 4. Nároky z příslušné aktualizace jsou účinné k výročnímu dni pojištění, k němuž dochází k aktualizaci. 5. Neodmítne-li pojistník aktualizaci podle odst. 3 a neuhradí-li zvýšené pojistné, považuje to pojistitel za odmítnutí aktualizace. 6. Odmítne-li pojistník aktualizaci ve lhůtách uvedených v odst. 3, tato aktualizace se neprovede. 7. Bude-li pojistník v době trvání pojištění zproštěn od placení pojistného, zaniká možnost aktualizace, a to od výročního dne následujícího po datu zproštění od placení pojistného. Zaniknou-li důvody pro zproštění od placení pojistného, je pojistník oprávněn o obnovení možnosti aktualizace požádat, a to písemně. Pojistitel pak bude opětovně provádět aktualizaci od výročního dne následujícího po obdržení žádosti pojistníka.
Článek 19 Oprávněné osoby	<ol style="list-style-type: none"> 1. Právo na pojistné plnění má pojištěný, pokud není ve smlouvě nebo v pojistných podmínkách ujednáno jinak. 2. Je-li dohodnuto, že pojistnou událostí je smrt pojištěného, pojistník má právo se souhlasem pojištěného určit obmyšleného, kterému má vzniknout právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného, a to jménem nebo vztahem k pojištěnému. Pokud nestanoví pojistník se souhlasem pojištěného jinak, vzniká oprávněné osobě nebo obmyšlenému právo na pojistné plnění okamžikem vzniku pojistné události. 3. Vznikne-li právo na pojistné plnění několika obmyšleným a nejsou-li podíly určeny, má každý z nich právo na stejný díl. Podíl nenabytý některým z obmyšlených náleží ostatním. 4. Není-li v době pojistné události, kterou je smrt pojištěného, určen obmyšlený nebo nenabude-li právo na pojistné plnění, nabývají tohoto práva tyto osoby: <ol style="list-style-type: none"> a) manžel/manželka pojištěného; b) není-li ho/jí, děti pojištěného; c) nejsou-li osoby uvedené pod písm. b) tohoto odstavce, rodiče pojištěného; d) není-li ani těchto osob, dědici pojištěného. 5. V průběhu pojištění až do vzniku pojistné události může být obmyšlený měněn pouze se souhlasem pojištěného. Změna musí být učiněna písemně a je účinná dnem jejího doručení pojistiteli. 6. Obmyšlený, kterému má smrt pojištěného vzniknout právo na pojistné plnění, tohoto práva nenabude, způsobil-li pojištěnému smrt úmyslným trestným činem, pro který byl soudem pravomocně odsouzen. 7. Je-li obmyšleným nezletilý nebo osoba, která nemá plnou svéprávnost k právním úkonům, bude případné pojistné plnění ve prospěch této osoby vyplaceno osobě určené soudem. 8. Pojistné plnění z obnosového pojištění lze vinkulovat. Pokud je pojistník odlišný od pojištěného, může být pojistné plnění vinkulováno a následně může být vinkulace zrušena pouze se souhlasem pojištěného. Účinnost vinkulace nebo jejího zrušení nastává nejdříve dnem, kdy pojistitel obdržel písemný souhlas pojištěného s vinkulací, resp. jejím zrušením. 9. Pohledávku z pojištění lze postoupit nebo zastavit. Pokud je pojistník odlišný od pojištěného, může pohledávku z pojištění postoupit nebo zastavit jen se souhlasem pojištěného. 10. Obmyšlené osoby jsou určeny jako odvolatelné obmyšlené osoby, není-li písemně ujednáno jinak.

1. Výluky pro investiční životní pojištění

Pojistitel neposkytuje pojistné plnění, nastane-li smrt pojištěného:

- v důsledku sebevraždy, k níž dojde do 2 let od počátku pojištění; v případě navýšení pojistné částky v průběhu pojištění se toto omezení vztahuje pouze na navýšenou část pojistné částky; tato výluka se vztahuje také na doplňkové pojištění smrti.
- Pokud dojde ke smrti pojištěného č. 1, poskytne pojistitel v případě investiční varianty pojištění pojistné plnění ve výši odkupného.

2. Snížení pojistného plnění u investičního životního pojištění

Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění, jestliže:

- pojištěný zemře v souvislosti s protiprávním jednáním, kterým způsobil úmyslně jinému těžkou újmu na zdraví nebo smrt;
- pojištěný zemře po požití nebo v souvislosti s požíváním alkoholu, návykových toxických a omamných látek, nebo léků a je zde dána příčinná souvislost se vznikem pojistné události.

Nastane-li smrt pojištěného č. 1, pojistitel sníží pojistné plnění následovně:

- je-li hodnota podílového účtu nižší než pojistná částka hlavního pojištění, vyplatí pojistitel hodnotu podílového účtu a polovinu z části zbyvající do pojistné částky hlavního pojištění
- je-li hodnota podílového účtu vyšší než pojistná částka hlavního pojištění, vyplatí pojistitel hodnotu podílového účtu.

Nastane-li smrt dalších pojištěných osob, pojistitel sníží pojistné plnění podle toho, jaký vliv měly výše uvedené skutečnosti na vznik pojistné události.

3. Výluky pro investiční životní pojištění včetně všech doplňkových pojištění (tj. životních, úrazových a nemocenských)

Pojistitel neposkytuje pojistné plnění, nastane-li pojistná událost:

- následkem přímé nebo nepřímé účasti na bojových akcích nebo jiných válečných operacích;
 - následkem přímé nebo nepřímé účasti při vnitrostátních nepokojích (vzpouře či povstání s výjimkou smrti pojištěného, ke které došlo při plnění služby v armádě nebo u Policie ČR v České republice při potlačování vnitrostátních nepokojů);
 - v přímé nebo nepřímé souvislosti s nukleární katastrofou;
 - při řízení motorového vozidla, kdy se pojištěný odmítne podrobit vyšetření za účelem zjištění obsahu alkoholu v krvi, příp. toxických či omamných látek v krvi;
 - při řízení vozidla pojištěným, který není držitelem příslušného řidičského oprávnění nebo který vozidlo použil neoprávněně;
 - při použití leteckých prostředků s výjimkou případů, kdy k pojistné události došlo v letadle určeném pro cestující veřejnost, kde byl pojištěný jako dopravovaná osoba – cestující; za dopravovanou osobu se nepovažuje člen posádky letadla ani jiná osoba činná při provozu nebo obsluze letadla; při létání s bezmotorovými letadly, větroni s pomocným motorem a ultralehkými letadly, při závěsném létání, paraglidingu a létání v balonech, při seskocích a letech s padákem z letadel i z výšin apod.; **v případě zážitkové akce, která bude řádně doložena, se tato výluka neuplatňuje (jedná se o tyto zážitkové akce – seskok padákem, paragliding, let balónem, vyhlídkový let, bungee-jumping, bubble-zorbing);**
 - při účasti na motoristických závodech a soutěžích a při přípravných jízdách k nim, a to i v případě, kdy se pojištěný zúčastní těchto závodů a soutěží nebo přípravy na ně jako spolujezdec;
 - v přímé souvislosti s nedodržením povinného očkování;
 - v důsledku odmítnutí podrobit se předepsané a doporučené lékařské péči;
 - při přípravě či spáchání úmyslné trestné činnosti pojištěného nebo při pokusu o ni;
 - v důsledku účasti pojištěného na lékařském experimentu.
- Pokud však v důsledku události podle předchozího odstavce dojde ke smrti pojištěného č. 1, poskytne pojistitel v případě investiční varianty pojištění pojistné plnění ve výši odkupného.

4. Výluky pro všechna doplňková pojištění (tj. životní, úrazová a nemocenská)

Pojistitel neposkytuje pojistné plnění, je-li hlavní příčinou pojistné události:

- vrozená vada, která byla přítomna nebo pro niž byl pojištěný léčen anebo navštěvoval lékaře nebo měl předepsány léky nebo jejíž příznaky se projevíly nebo které byly diagnostikovány lékařem dříve, než pojištěný dosáhl věku 18 let.

Pojistitel neposkytuje pojistné plnění, nastane-li pojistná událost:

- v důsledku léčebných postupů nebo zásahů, které si pojištěný na sobě sám neodborně provedl nebo si je nechal neodborně provést;
- při výkonu horolezeckého sportu, vysokohorské turistiky s nutností pomůček či chůze po náročném terénu (ledovec, firmová pole, mimo vyznačené trasy), hloubkovém potápění s nutností i bez nutnosti dýchacího přístroje (vyjma potápění do hloubky 5 metrů), vodních sportech na divoké vodě a při provozování extrémních, tzv. adrenalinových sportů, jako je např. canyoning, sky-surfing, sky-bungee, bungee-jumping, shark-diving, mega-diving, rocket-bungee, hell-skiing, rafting, black-water-rafting, a sporty s obdobným rizikem;
- při účasti na celostátních nebo mezinárodních závodech v lyžování, snowboardingu, ve skocích na lyžích, závodech na bobech, skibobech, saních, skeletozech apod. a při oficiálním tréninku k nim;
- v souvislosti se sebevraždou, pokusem o ni či úmyslným sebepoškozením.

5. Výluky pro doplňkové pojištění plně invalidity, doplňkové pojištění invalidity II. a III. stupně, doplňkové pojištění invalidity I., II. a III. stupně, doplňkové pojištění závažných onemocnění, doplňkové pojištění onkologických onemocnění, doplňkové pojištění zproštění od placení pojistného, doplňkové pojištění péče o zdravotně postižené dítě a doplňková nemocenská pojištění

Pojistitel neposkytuje pojistné plnění, jedná-li se o pojistnou událost, ke které dojde následkem požití nebo v souvislosti s požíváním alkoholu nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky pojištěným.

Pojistitel neposkytuje pojistné plnění, jsou-li hlavní příčinou vzniku invalidity I. stupně diagnózy F10-F19 a F30-F99 dle mezinárodní klasifikace nemocí.

6. Výluky pro doplňkové pojištění závažných onemocnění a doplňkové pojištění onkologických onemocnění

Pojistitel neposkytuje pojistné plnění, zemře-li pojištěný během jednoho měsíce ode dne:

- stanovení diagnózy nebo provedení operace odpovídající definici závažných onemocnění uvedených v Tabulkách závažných onemocnění TDDZ0 a TDDZ1;
- stanovení jedné z diagnóz onkologických onemocnění specifikovaných v doplňkovém pojištění onkologických onemocnění dle čl. 30.

7. Výluky pro doplňkové pojištění onkologických onemocnění

Pojistitel neposkytuje pojistné plnění, je-li hlavní příčinou pojistné události některé z následujících onemocnění:

- jiné neepitelové nádory (zhoubné lymfomy, angiosarkomy měkkých tkání);
- kožní nádory;
- nádory in situ vykazující maligní změny karcinomu (včetně poševní dysplazie CIN-1, CIN-2 a CIN-3), nebo které byly histologicky popsány jako premaligní nebo neinvazivní nádory;
- život neohrožující zhoubné novotvary jako např. zhoubný novotvar prostaty, které byly histologicky popsány jako T1(a) nebo T1(b), ale nikoliv T1(c) podle TNM klasifikace, nebo stejné či nižší podle jiné klasifikace;
- jakékoliv onkologické onemocnění za přítomnosti HIV;
- sekundární výskyt onkologického onemocnění ve smyslu čl. 30 odst. 2.

8. Snížení pojistného plnění u doplňkového pojištění pro případ smrti

Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění, jestliže:

- pojištěný zemře v souvislosti s protiprávním jednáním, kterým způsobil úmyslně jinému těžkou újmu na zdraví nebo smrt;
- pojištěný zemře po požití nebo v souvislosti s požíváním alkoholu, návykových toxických a omamných látek, nebo léků a je zde dána příčinná souvislost se vznikem pojistné události.

Pojistitel sníží pojistné plnění podle toho, jaký vliv měly výše uvedené skutečnosti na vznik pojistné události.

9. Výluky pro doplňková úrazová pojištění

Pojistitel neposkytuje pojistné plnění za pojistné události:

- způsobené psychickou poruchou;
- které způsobily drobné poškození kůže a sliznic, ale mají za následek vniknutí infekčního činitele, který dříve nebo později způsobí onemocnění (vyjma vztekliny a tetanu);
- které způsobily drobné poškození kůže bez chirurgického ošetření.

10. Snížení pojistného plnění u doplňkových úrazových pojištění

Pojistitel sníží pojistné plnění až na polovinu:

- došlo-li k úrazu následkem požití alkoholu nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky pojištěným, a okolnosti, za kterých k úrazu došlo, to odůvodňují; měl-li takový úraz za následek smrt pojištěného, sníží pojistitel plnění jen tehdy, jestliže k tomuto úrazu došlo v souvislosti s jednáním pojištěného, jímž jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt;
- v případech, kdy pojištěný nedodržel povinnosti vyplývající ze zákona nebo obecně závazného právního předpisu nebo nařízení (např. nepoužil bezpečnostní pás v autě, nerespektoval výstrahu horské služby, vstoupil do prostoru s výstrahou ohrožení života, pohyboval se na lavinových polích, apod.).

11. Výluky pro doplňkové pojištění hospitalizace následkem úrazu

Pojistitel neposkytuje pojistné plnění, zemře-li pojištěný během 1 měsíce ode dne úrazu.

Pojistitel neposkytuje pojistné plnění za léčebné pobyty:

- v lázeňských zařízeních, léčebnách, centrech a sanatoriích, zotavovnách, dietetických zařízeních, léčebnách pro dlouhodobě nemocné a zvláštních dětských zařízeních;
- v rehabilitačních zařízeních a centrech, kromě hospitalizace ve speciálních rehabilitačních zařízeních, kdy pojistitel vyjádřil s tímto pobytem předem písemný souhlas;
- při hospitalizaci z důvodu kosmetických úkonů provedených za účelem léčení následků úrazu, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné;
- v psychiatrických léčebnách a jiných zdravotnických zařízeních v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu;
- při používání diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznány.

12. Výluky pro doplňkové pojištění při pracovní neschopnosti

Pojistitel neposkytuje pojistné plnění za pojistné události:

- vzniklé v souvislosti s provozováním profesionálního sportu;
- vzniklé v souvislosti s těhotenstvím, rizikovým těhotenstvím, porodem a potratem;
- vzniklé v období, kdy pojištěný pobírá nebo mu vznikl nárok na peněžitou pomoc v mateřství a/nebo na rodičovský příspěvek;
- vzniklé v důsledku duševního onemocnění či poruchy nebo změny psychického stavu; jedná se o diagnózy F00 až F99 dle mezinárodní klasifikace nemocí, např. organické duševní poruchy, schizofrenie, syndromy poruch chování, neurotické a stresové poruchy, mentální retardace, depresivní poruchy, fobie, úzkosti apod.;
- z důvodu pobytu pojištěného v protialkoholní léčebně a při léčbě toxikomanie a jiných závislostí;
- vzniklé v důsledku používání diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznány;
- z důvodu kosmetických úkonů, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné, a to včetně případných zdravotních komplikací, vzniklých v důsledku těchto kosmetických úkonů;
- z důvodu léčebného pobytu v lázeňských léčebnách, rehabilitačních centrech a sanatoriích, kromě těch případů, kdy je pobyt v nich z lékařského hlediska nezbytnou součástí léčení nemoci nebo úrazu a pojistitel, resp. lékař pojistitele s tímto pobytem vyjádřil předem písemný souhlas;
- pro bolesti zad a onemocnění páteře, jejich příčiny, následky a komplikace po dobu 3 let od počátku pojištění;
- pro varixy (křečové žíly) po dobu 2 let od počátku pojištění;
- při nichž pojistitel nebo příslušný orgán státní správy zjistil porušení léčebného režimu;
- vzniklé následkem pracovního úrazu nebo onemocnění nemocí z povolání dle pracovněprávních předpisů;
- kdy se pojištěný nezdržuje v místě bydliště uvedeného v rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti s těmito výjimkami:
 - pojištěný je v lékařsky nutném nemocničním ošetření;
 - pojištěný opustil místo tohoto bydliště se souhlasem ošetřujícího lékaře;
 - v případě akutního onemocnění či úrazu je jeho návrat do místa uvedeného v rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti bydliště z lékařského hlediska vyloučen.

13. Výluky pro doplňkové pojištění při pobytu v nemocnici

Pojistitel neposkytuje pojistné plnění za:

- hospitalizaci pojištěného v souvislosti s provozováním profesionálního sportu;
- hospitalizaci pojištěného v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, v léčebnách tuberkulózy a respiračních nemocí a v dalších odborných léčebných ústavech; u tuberkulózních onemocnění se plnění poskytuje ve smluvním rozsahu i v případě hospitalizace v tuberkulózních léčebnách a sanatoriích;
- hospitalizaci pojištěného v psychiatrických léčebnách a v jiných zdravotnických zařízeních v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu;
- hospitalizaci pojištěného v protialkoholní léčebně a při léčbě toxikomanie a jiných závislostí;
- hospitalizaci pojištěného, která vznikla v důsledku používání diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznány;
- hospitalizaci pojištěného z důvodů kosmetických úkonů, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné, a to včetně případných zdravotních komplikací, vzniklých v důsledku těchto kosmetických úkonů; o nezbytnosti rozhoduje pojistitel, resp. lékař pojistitele;
- léčebné pobyty pojištěného v lázeňských zařízeních a sanatoriích a při léčebném pobytu v rehabilitačních zařízeních;
- hospitalizaci pojištěného pro bolesti zad a onemocnění páteře, jejich příčiny, následky a komplikace po dobu 3 let od počátku pojištění;
- hospitalizaci pojištěného pro varixy (křečové žíly) po dobu 2 let od počátku pojištění;
- hospitalizaci pojištěného související pouze s potřebou pečovatelské a opatrovnické péče;
- hospitalizaci pojištěného v souvislosti s vrozeními vadami.

14. Výluka pro doplňkové pojištění péče o zdravotně postižené dítě

Pojistitel neposkytuje pojistné plnění za pojistné události:

- vzniklé v důsledku duševního onemocnění či poruchy nebo změny psychického stavu; jedná se o diagnózy F00 až F99 dle mezinárodní klasifikace nemocí, např. organické duševní poruchy, schizofrenie, syndromy poruch chování, neurotické a stresové poruchy, mentální retardace, depresivní poruchy, fobie, úzkosti apod.

15. Výluky pro doplňkové pojištění pro případ ošetřování dítěte

Pojistitel neposkytuje pojistné plnění za pojistné události, pokud:

- je ošetřování dítěte důsledkem zákroku či léčby, která je provedena na žádost zákonného zástupce pojištěného dítěte a která není z lékařského hlediska nezbytná jako například zubní ošetření, kosmetické zákroky;
- je ošetřování dítěte důsledkem jeho duševního onemocnění či poruchy nebo změny psychického stavu, jedná se o diagnózy F00 až F99 dle mezinárodní klasifikace nemocí, např. organické duševní poruchy, schizofrenie, syndromy poruch chování, neurotické a stresové poruchy, mentální retardace, depresivní poruchy, fobie, úzkosti apod.
- došlo k porušení léčebného režimu ošetřovaného pojištěného dítěte.

II. Ustanovení pro investiční životní pojištění

Článek 21 Rozsah pojištění

1. V rámci investiční varianty pojištění se sjednává **pojištění pro případ smrti nebo dožití** pojištěného č. 1 (obnosové pojištění).
2. V rámci rizikové varianty životního pojištění se sjednává **pojištění pro případ smrti** pojištěného č. 1 (obnosové pojištění).

Článek 22 Pojistná událost

1. Pojistnou událostí v investičním životním pojištění je smrt pojištěného č. 1, nastane-li během pojistné doby, nebo dožití se dne uvedeného v pojistné smlouvě jako konec pojištění.
2. K prokázání pojistné události, již je dožití se dne uvedeného v pojistné smlouvě jako konec pojištění pojištěného č. 1, je nezbytné předložit zejména následující doklady:
 - a) písemná žádost o poskytnutí pojistného plnění;
 - b) řádně vyplněné podklady pojistitele.
3. K prokázání pojistné události, již je smrt pojištěného č. 1, je nezbytné sdělit požadované údaje a předložit zejména následující doklady:
 - a) písemná žádost o poskytnutí pojistného plnění;
 - b) úředně ověřená kopie úmrtního listu;
 - c) podrobná zpráva lékaře nebo jiné lékařské či úřední osvědčení o příčině smrti, počátku a průběhu smrtelného onemocnění nebo o bližších okolnostech smrti;
 - d) jméno a adresa praktického a odborného lékaře, u kterých byl pojištěný č. 1 léčen pro úraz nebo onemocnění, které následně vedly ke smrti.

Článek 23 Pojistné plnění	<ol style="list-style-type: none"> Investiční varianta – V případě: <ol style="list-style-type: none"> dožití se konce pojištění pojištěného č. 1 vyplatí pojistitel aktuální hodnotu podílového účtu; smrti pojištěného č. 1 vyplatí pojistitel aktuální hodnotu podílového účtu platnou k datu nahlášení pojistné události, minimálně však pojistnou částku pro případ smrti uvedenou v pojistné smlouvě. Riziková varianta – V případě smrti pojištěného č. 1 vyplatí pojistitel jako pojistné plnění sjednanou pojistnou částku pro případ smrti a případně hodnotu akumulačních jednotek tvořených mimořádným pojistným. Investiční a riziková varianta – Je-li u pojištění pro případ smrti sjednána pojistná částka pro případ smrti pojištěného č. 1 menší než 110 % ročního, resp. jednorázového pojistného a současně není sjednáno žádné doplňkové pojištění, je do pojištění na dobu 1 roku od data jeho počátku automaticky bez zvýšení pojistného zahrnuto doplňkové pojištění smrti způsobené úrazem. Pojistná částka doplňkového pojištění smrti způsobené úrazem činí u pojištění s běžným pojistným 25 % ročního pojistného, u pojištění s jednorázovým pojistným 15 % z jednorázového pojistného. 		
Článek 24 Druhy doplňkových pojištění	1. Doplňková životní pojištění: <ul style="list-style-type: none"> doplňkové pojištění plné invalidity (ID3U/ID3CU); doplňkové pojištění invalidity II. a III. stupně (ID2U/ID2CU); doplňkové pojištění invalidity I., II a III. stupně (ID1U/ID1CU); doplňkové pojištění pro případ smrti (Z5ZU/ZM5CU); doplňkové pojištění závažných onemocnění (DDZ0U/DDZ1U/DDC0U/DDC1U); doplňkové pojištění onkologických onemocnění (DDOU); doplňkové pojištění zproštění od placení pojistného (AUZU); doplňkové pojištění péče o zdravotně postižené dítě (PPDU). 	2. Doplňková úrazová pojištění: <ul style="list-style-type: none"> doplňkové pojištění smrti způsobené úrazem (UTZU); doplňkové pojištění smrti úrazem následkem autonehody (JTAU); doplňkové pojištění hospitalizace následkem úrazu (HOUU); doplňkové pojištění trvalých následků úrazu (TNPU); doplňkové pojištění trvalých následků úrazu následkem autonehody (TNP AU); doplňkové pojištění trvalých následků úrazu od 70% stupně invalidity (IJZ7U); doplňkové pojištění denní odškodné za dobu nezbytného léčení úrazu (DOUU); doplňkové pojištění denní odškodné za dobu nezbytného léčení úrazu s progresivním plněním (DOUUP); doplňkové pojištění denní odškodné za dobu léčení vyjmenovaných úrazů (DOVU); doplňkové pojištění pourazové péče (POPU). 	3. Doplňková nemocenská pojištění: <ul style="list-style-type: none"> doplňkové pojištění při pracovní neschopnosti (DONU); doplňkové pojištění při pobytu v nemocnici s progresivním plněním (DOHU); doplňkové pojištění rodinná asistence (ASAP) (pojištění škodové); doplňkové pojištění pro případ ošetřování dítěte (PODU).
III. Ustanovení pro doplňková životní pojištění			
Článek 25 Pojistná událost	Doplňkové pojištění plné invalidity (ID3U/ID3CU) <ol style="list-style-type: none"> Pojistnou událostí je pokles pracovní schopnosti pojištěného nejméně o 70 % a současně dožití se dne vzniku invalidity III. stupně podle platných předpisů o sociálním zabezpečení v České republice. Pojistitel vyplatí sjednanou pojistnou částku. 	Doplňkové pojištění invalidity II. a III. stupně (ID2U/ID2CU) <ol style="list-style-type: none"> Pojistnou událostí je pokles pracovní schopnosti pojištěného: <ul style="list-style-type: none"> nejméně o 50 % a současně dožití se dne vzniku invalidity II. stupně nebo nejméně o 70 % a současně dožití se dne vzniku invalidity III. stupně podle platných předpisů o sociálním zabezpečení v České republice. Pojistitel vyplatí sjednanou pojistnou částku. 	Doplňkové pojištění invalidity I., II. a III. stupně (ID1U/ID1CU) <ol style="list-style-type: none"> Pojistnou událostí je pokles pracovní schopnosti pojištěného: <ul style="list-style-type: none"> nejméně o 35 % a současně dožití se dne vzniku invalidity I. stupně podle platných předpisů o sociálním zabezpečení v České republice, přičemž nárok na výplatu prvních 50 % sjednané pojistné částky vzniká pojištěnému ihned po prokázání pojistné události a nárok na výplatu zbývajících 50 % ze sjednané pojistné částky vzniká pojištěnému po uplynutí 18 měsíců od vzniku invalidity I. stupně za předpokladu, že invalidita I. stupně stále trvá nebo nejméně o 50 % a současně dožití se dne vzniku invalidity II. stupně nebo nejméně o 70 % a současně dožití se dne vzniku invalidity III. stupně podle platných předpisů o sociálním zabezpečení v České republice. Pojistitel vyplatí sjednanou pojistnou částku.
Článek 26 Čekací doba	<ol style="list-style-type: none"> Nárok na pojistné plnění vzniká u pojistných událostí, které nastaly po uplynutí čekací doby. Čekací doba začíná běžet od 00.00 hodin dne následujícího po sepsání nabídky. Čekací doba činí 2 roky. Čekací doba se neuplatní v případech, kdy pojistná událost nastane výlučně z důvodu úrazu. 		
Článek 27 Změny v pojištění	Při navýšení pojistné částky se na navýšenou část pojistné částky vztahuje čekací doba dle čl. 26.		
Článek 28 Pojistné plnění	<ol style="list-style-type: none"> V případě pojistné události vyplatí pojistitel jednorázové pojistné plnění ve výši pojistné částky. <ol style="list-style-type: none"> doložit podklady uvedené v odst. 2) tohoto článku; zmocnit příslušnou správu sociálního zabezpečení k poskytnutí informací pojistiteli; podrobit se případnému vyšetření u lékaře určeného pojistitelem, který provede přezkoumání postižení, na základě kterého byl invalidní důchod přiznán; sdělit jméno a adresu praktického a odborného lékaře. Podklady nutné pro uplatnění nároku na pojistné plnění: <ol style="list-style-type: none"> písemná žádost o poskytnutí pojistného plnění; originál, případně úředně ověřený posudek o invaliditě, příp. potvrzení o trvání invalidity; lékařské zprávy dokládající průběh onemocnění, v důsledku jehož došlo ke vzniku invalidity. 	<ol style="list-style-type: none"> V případě pojistné události vzniká pojištěnému nárok na výplatu prvních 50 % sjednané pojistné částky ihned po prokázání pojistné události a nárok na výplatu zbývajících 50 % ze sjednané pojistné částky vzniká pojištěnému po uplynutí 18 měsíců od vzniku invalidity I. stupně za předpokladu, že invalidita I. stupně stále trvá. V případě, že příčinou vzniku invalidity I. stupně je duševní nemoc nebo porucha chování, poskytuje pojistitel pojistné plnění pouze v případě těchto diagnóz: F00-F09, F20-F29 dle mezinárodní klasifikace nemocí, a to za předpokladu, že byl pojištěný pro některou z těchto diagnóz hospitalizován. 	
Článek 29 Povinnosti při škodné události	<ol style="list-style-type: none"> Vznikne-li škodná událost je pojištěný, který uplatňuje nárok na pojistné plnění, povinen: <ol style="list-style-type: none"> doložit podklady uvedené v odst. 2) tohoto článku; zmocnit příslušnou správu sociálního zabezpečení k poskytnutí informací pojistiteli; podrobit se případnému vyšetření u lékaře určeného pojistitelem, který provede přezkoumání postižení, na základě kterého byl invalidní důchod přiznán; sdělit jméno a adresu praktického a odborného lékaře. Podklady nutné pro uplatnění nároku na pojistné plnění: <ol style="list-style-type: none"> písemná žádost o poskytnutí pojistného plnění; originál, případně úředně ověřený posudek o invaliditě, příp. potvrzení o trvání invalidity; lékařské zprávy dokládající průběh onemocnění, v důsledku jehož došlo ke vzniku invalidity. 		

	Doplňkové pojištění pro případ smrti (Z5ZU/ZM5CU)	Doplňkové pojištění závažných onemocnění (DDZ0U/DDZ1U/DDC0U/DDC1U)	Doplňkové pojištění onkologických onemocnění (DDOU)
Článek 30 Pojistná událost	1. Pojistnou událostí je smrt pojištěného, nastane-li během pojistné doby.	2. Pojistnou událostí se rozumí první stanovení diagnózy nebo provedení operace odpovídající definici závažných onemocnění uvedených v Tabulkách závažných onemocnění TDDZ0 nebo TDDZ1 dle sjednání v pojistné smlouvě. Tabulky TDDZ0 a TDDZ1 rozdělují diagnózy závažných onemocnění do dvou skupin, pro děti do věku 18 let a pro dospělé starší 18 let.	3. Pojistnou událostí se rozumí první stanovení jedné z následujících diagnóz onkologického onemocnění dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN): a) u žen C50–C57: zhoubný novotvar (ZN) prsu, vulvy, pochvy – vagíny, hrdla děložního, těla děložního, dělohy, vaječniku a jiných neurčených ženských pohlavních orgánů; b) u mužů C60–C63: zhoubný novotvar (ZN) pyje, předstojné žlázy – prostaty, varlete a jiných neurčených mužských pohlavních orgánů včetně zhoubného nádoru prsu; c) u dětí do věku 18 let C91.0 akutní lymfoblastická leukemie. 4. Diagnóza onkologického onemocnění musí být stanovena lékařem specialistou onkologem nebo patologem a prokázána histologickými nálezy malignity.
Článek 31 Čekací doba		Pojistná ochrana se vztahuje na pojistné události, ke kterým dojde nejdříve po uplynutí 3 měsíců od počátku doplňkového pojištění.	
Článek 32 Změny v pojištění		1. Při navýšení pojistné částky se na navýšenou část pojistné částky vztahuje čekací doba dle čl. 31. 2. Pojistitel si vyhrazuje právo zrevidovat rozsah a definice závažných onemocnění uvedených v Tabulkách závažných onemocnění TDDZ0 nebo TDDZ1 a nebo definici onkologických onemocnění. Úpravu může provést jednou ročně, a to k výročnímu dni. K této změně může dojít v následujících případech: a) v důsledku změn lékařské terminologie a/nebo klasifikace MKN; b) za účelem zahrnutí nových závažných a/nebo onkologických onemocnění, pokud to pojistitel považuje za vhodné. 3. V případě, že pojistník a pojištěný se změnou nesouhlasí, musí svůj nesouhlas vyjádřit do jednoho měsíce od doručení oznámení o změně. V takovém případě doplňkové pojištění závažných a/nebo onkologických onemocnění zaniká bez náhrady k výročnímu dni.	
Článek 33 Pojistné plnění	1. V případě pojistné události vyplátí pojistitel jednorázové pojistné plnění ve výši pojistné částky.		2. Kromě pojistného plnění uvedeného v odst. 1 uhradí pojistitel pojištěnému příspěvek na náklady, které mu vznikly v souvislosti s preventivní péčí onkologických onemocnění. Příspěvek činí 500 Kč za rozhodné období. Rozhodným obdobím se rozumí vždy každé 3 roky trvání doplňkového pojištění onkologických onemocnění. Pojistitel poskytne příspěvek po splnění všech následujících podmínek: – od počátku doplňkového pojištění onkologických onemocnění uplynul min. 1 rok; – pojistná doba doplňkového pojištění onkologických onemocnění je sjednána min. na dobu 3 roky; – pojištěný absolvoval preventivní péči v době trvání doplňkového pojištění onkologických onemocnění; – pojištěný uplatní nárok na úhradu nákladů vynaložených na preventivní péči v době trvání doplňkového pojištění onkologických onemocnění; – pojištěný předloží pojistiteli originál účetního dokladu, ze kterého jasně vyplývá, že se jedná o úhradu nákladů preventivní péče.
Článek 34 Povinnosti při škodné události	1. Vznikne-li škodná událost, je obmyšlená osoba, resp. osoba, která uplatňuje nárok na pojistné plnění, povinen doložit či poskytnout: a) písemnou žádost o poskytnutí pojistného plnění; b) úředně ověřenou kopii úmrtního listu; c) podrobné zprávy lékaře nebo jiného lékařského či úředního osvědčení o příčině smrti, počátku a průběhu smrtelného onemocnění nebo o bližších okolnostech smrti; d) jména a adresy praktického a odborného lékaře, u kterých byl pojištěný léčen pro úraz nebo onemocnění, které následně vedly ke smrti.	2. Vznikne-li škodná událost, je pojištěný, resp. osoba, která uplatňuje nárok na pojistné plnění, povinen: a) doložit lékařské zprávy vztahující se k jeho zdravotnímu stavu před i po vzniku pojistné události; b) zmocnit ošetřujícího lékaře k poskytnutí informací pojistiteli; c) podrobit se případnému vyšetření u lékaře specialisty určeného pojistitelem, který provede přezkoumání zdravotního stavu.	
	Doplňkové pojištění pro případ péče o zdravotně postižené dítě (PPDU)		Doplňkové pojištění zproštění od placení pojistného (AUZU)
Článek 35 Pojistná událost	1. Pojistnou událostí v pojištění péče o zdravotně postižené dítě je vznik potřeby péče o pojištěného: a) pro jeho III. nebo IV. stupeň závislosti (těžká nebo úplná závislost) na pomoci jiné fyzické osoby v důsledku jeho úrazu či nemoci, pokud k úrazu nebo nemoci došlo v průběhu trvání pojištění, a v souvislosti s tím mu vznikne právo na příspěvek na péči podle platných předpisů o sociálních službách;		2. Pojistnou událostí je pokles pracovní schopnosti pojištěného nejméně o 70 % a současně dožití se dne vzniku invalidity III. stupně podle platných předpisů o sociálním zabezpečení v České republice, pokud k datu vzniku invalidity bylo pojistné řádně a včas uhrazeno. Datem pojistné události je den vzniku invalidity III. stupně.

	<p>b) pro tato jeho tělesná a smyslová postižení v důsledku nemoci nebo úrazu, pokud k úrazu nebo nemoci došlo v průběhu trvání pojištění:</p> <ul style="list-style-type: none"> – úplná a trvalá ztráta zraku; – úplná a trvalá ztráta sluchu; – ztráta dvou nebo více končetin, přičemž za ztrátu končetiny se považuje ztráta ruky nad zápěstím a ztráta nohy nad hlezenním kloubem; – úplné a trvalé ochrnutí dvou nebo více končetin. 		
Článek 36 Čekací doba	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nárok na pojistné plnění vzniká u pojistných událostí, které nastaly po uplynutí čekací doby. 2. Čekací doba začíná běžet od 00.00 hodin dne následujícího po sepsání nabídky. 3. Čekací doba činí 3 měsíce. 4. Čekací doba se neuplatní v případě, kdy pojistná událost nastane výlučně z důvodu úrazu. 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Nárok na pojistné plnění vzniká u pojistných událostí, které nastaly po uplynutí čekací doby. 6. Čekací doba začíná běžet od 00.00 hodin dne následujícího po sepsání nabídky. 7. Čekací doba činí 2 roky. 8. Čekací doba se neuplatní v případě, kdy pojistná událost nastane výlučně z důvodu úrazu. 	
Článek 37 Pojistné plnění	<ol style="list-style-type: none"> 1. V případě pojistné události vyplatí pojistitel jednorázové pojistné plnění ve výši pojistné částky. 	<ol style="list-style-type: none"> 2. V případě pojistné události je pojistným plněním ze strany pojistitele zproštění pojistníka od povinnosti platit běžné pojistné, což znamená, že za pojistníka hradí běžné pojistné pojistitel. 3. Pojistitel zproští pojistníka od povinnosti platit pojistné ode dne splatnosti pojistného za pojistné období: <ol style="list-style-type: none"> a) které následuje po pojistném období, za které bylo naposledy uhrazeno pojistné; b) které současně následuje po datu pojistné události, nejdéle však: <ol style="list-style-type: none"> (i) ke dni splatnosti pojistného, ke kterému pojištěný nedoloží svůj nárok na pojistné plnění dle odst. 3 tohoto článku; (ii) do konce pojistného období, v němž bylo vydáno rozhodnutí posudkového lékaře OSSZ o snížení invalidity III. stupně nebo zániku invalidity; (iii) ke dni zániku tohoto pojištění (např. v důsledku dosažení výstupního věku). 4. Prokáže-li pojištěný vždy nejpozději ke dni splatnosti pojistného, který se označením shoduje s datem splatnosti pojistného, jehož úhrady byl pojistník poprvé zproštěn, že mu nadále trvá invalidita III. stupně, prodlužuje se zproštění od placení o další rok. 5. Došlo-li k vzniku invalidity III. stupně ve lhůtě kratší než 6 měsíců od navýšení běžného pojistného (vyjma navýšení běžného pojistného po aktualizaci pojistného a pojistné částky), týká se zproštění pojistníka od povinnosti platit běžné pojistné pouze ve výši běžného pojistného před tímto navýšením, což znamená, že zproštění se nevztahuje na v této lhůtě navýšenou část pojistného. 	
Článek 38 Povinnosti při škodné události	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vznikne-li škodná událost, je pojištěný, který uplatňuje nárok na pojistné plnění, povinen doložit: <ol style="list-style-type: none"> a) písemnou žádost o poskytnutí pojistného plnění; b) doklady prokazující závislost pojištěného na pomoci jiné osoby ve III. nebo IV. stupni nebo lékařské zprávy týkající se postižení dle čl. 35; c) posudek nebo rozhodnutí příslušného orgánu státní správy o závislosti pojištěného dítěte na pomoci jiné osoby včetně odborných lékařských zpráv, na základě kterých byl tento posudek nebo toto rozhodnutí vydáno; d) potvrzení příslušného úřadu o přiznání příspěvku na péči podle platných předpisů o sociálních službách. 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Vznikne-li škodná událost, je pojištěný, který uplatňuje nárok na pojistné plnění, povinen: <ol style="list-style-type: none"> a) doložit pojistiteli podklady uvedené v odst 2 tohoto článku; b) zmocnit příslušnou správu sociálního zabezpečení k poskytnutí informací pojistiteli; c) podrobit se případnému vyšetření u lékaře určeného pojistitelem, který provede přezkoumání postižení, na základě kterého byla přiznána invalidita III. stupně; d) sdělit jméno a adresu praktického a odborného lékaře. 3. Podklady nutné pro uplatnění nároku na pojistné plnění: <ol style="list-style-type: none"> a) písemná žádost o poskytnutí pojistného plnění; b) originál, případně úředně ověřený posudek o invaliditě; c) lékařské zprávy dokládající průběh onemocnění, v důsledku jehož došlo ke vzniku invalidity. 4. Pojištěný je povinen od okamžiku zproštění od placení pojistného dokládat každoročně pojistiteli, že jeho invalidita III. stupně nadále trvá dle čl. 37, odst. 3. 5. Pojištěný je povinen oznámit pojistiteli bez odkladu, že jeho invalidita III. stupně zanikla. 	
Článek 39 Zvláštní ujednání		<ol style="list-style-type: none"> 1. Toto doplňkové pojištění lze sjednat pouze pro pojištěného č. 1, je-li současně pojistníkem. 2. Po dobu zproštění od placení běžného pojistného nelze navýšovat pojistné. 3. Po dobu zproštění od placení běžného pojistného lze nadále platit mimořádné pojistné. 4. Po dobu zproštění od placení běžného pojistného lze provádět částečné odkupy ve smyslu čl. 10. 	
IV. Ustanovení pro doplňková úrazová pojištění			
	Doplňkové pojištění smrti způsobené úrazem (UTZU)	Doplňkové pojištění smrti úrazem následkem autonehody (UTAU)	Doplňkové pojištění hospitalizace následkem úrazu (HOUU)
Článek 40 Pojistná událost	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pojistnou událostí je smrt pojištěného na následky úrazu do 1 roku ode dne tohoto úrazu. 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Pojistnou událostí je smrt pojištěného na následky úrazu do 1 roku ode dne tohoto úrazu, ke kterému dojde v přičinné souvislosti s provozem motorového vozidla. V případě nastupování a vystupování z/do vozidla a při vykládání/nakládání přepravovaných věcí se pojištění vztahuje pouze na smrt způsobenou jiným motorovým vozidlem. 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Pojistnou událostí je nezbytná hospitalizace pojištěného v důsledku úrazu.
Článek 41 Rozsah pojištění			<ol style="list-style-type: none"> 1. Pojištění pro případ hospitalizace následkem úrazu se vztahuje na hospitalizaci poskytnutou na území zemí Evropského hospodářského prostoru. 2. Hospitalizace začíná dnem přijetí pojištěného k hospitalizaci a končí dnem, kdy hospitalizace již není z lékařského hlediska nezbytná.

			3. Hospitalizace za účelem ošetření zubů a zákroky v oblasti čelistní a zubní chirurgie v důsledku úrazu se považují za lékařsky nezbytné pouze v případě, že z lékařských důvodů není možné ambulantní ošetření. 4. Dojde-li v době hospitalizace v důsledku úrazu k dalšímu úrazu s nutností hospitalizace, (tj. v případě souběhu nezbytné hospitalizace v důsledku více úrazů s rozdílným datem počátku), započítává se hospitalizace ve dnech souběhu tak, že pojistitel poskytne pojistnou částku za každý den souběhu pouze jednou.
Článek 42 Pojistné plnění	1. V případě pojistné události vyplatí pojistitel pojistnou částku sjednanou pro toto doplňkové pojištění. 2. Do pojistného plnění z tohoto doplňkového pojištění se zahrnují platby, které byly pojištěnému vyplaceny jako pojistné plnění z doplňkového pojištění trvalých následků úrazu z téhož úrazu. Byla-li pojistitelem plněna z doplňkového pojištění trvalých následků úrazu vyšší částka, než je pojistná částka sjednaná pro případ smrti, pojistitel nemá právo na vrácení rozdílu těchto dvou plnění.		3. Pojistné plnění se určuje jako součin sjednané pojistné částky tohoto pojištění a počtu dnů hospitalizace. 4. Pojistné plnění poskytuje pojistitel maximálně za 90 dnů hospitalizace, ke které dojde v průběhu čtyř let od data úrazu. 5. Právo na pojistné plnění nevzniká za dny, kdy se pojištěný v nemocnici nezdržoval.
	Doplňkové pojištění trvalých následků úrazu (TNPU)	Doplňkové pojištění trvalých následků úrazu následkem autonehody (TNPAU)	Doplňkové pojištění trvalých následků úrazu od 70 % stupně invalidity (UIZ7U)
Článek 43 Výklad pojmů	1. Trvalými následky úrazu se rozumí takové následky úrazu, u nichž již není možné zlepšení, tj. trvalá ovlivnění tělesných a duševních funkcí. Stupněm invalidity se rozumí rozsah trvalých následků, jehož výše se určuje v procentech. Maximální stupeň invalidity je dán Tabulkou TTNU. Stupeň invalidity v procentech určuje lékař pojistitele. 2. Týkají-li se jednotlivé následky po jednom nebo více úrazech téhož orgánu, smyslu nebo jejich částí, hodnotí je pojistitel jako celek, a to nejvýše procentem stanoveným v Tabulce TTNU pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného orgánu, smyslu nebo jejich částí.		
Článek 44 Rozsah pojištění		1. Pojištění se vztahuje na úrazy pojištěného, ke kterým dojde v příčinné souvislosti s provozem motorového vozidla. V případě nastupování a vystupování z/do vozidla a při vykládání/nakládání přepravovaných věcí se pojištění vztahuje pouze na úraz způsobený jiným motorovým vozidlem. 2. V případě úrazu ve smyslu odst. 1 se pojistná částka snižuje o 50 %, pokud došlo k úrazu v příčinné souvislosti s provozem jednostopého motorového vozidla, kde byl pojištěný jako řidič nebo spolujezdec.	
	3. Základem pro určení stupně invalidity je Tabulka TTNU a uvádí maximální stupeň invalidity daného úrazu. Při částečné ztrátě orgánů či smyslu nebo částečné ztrátě funkce orgánů či smyslů uvedených v Tabulce TTNU stanoví na základě lékařského posouzení pojistitel výši pojistného plnění jako procentuální podíl z maximálního ohodnocení stupně invalidity uvedeného v Tabulce TTNU. 4. Nelze-li stanovit stupeň invalidity podle Tabulky TTNU nebo není-li poškozený orgán uveden v Tabulce TTNU, stanoví se stupeň invalidity lékařským posudkem s ohledem na míru omezení funkčnosti poškozeného orgánu. 5. Byl-li pojištěný stížen tělesnou nebo smyslovou nemocí či vadou již před úrazem a zhorší-li se stav postiženého orgánu následkem úrazu, určí se stupeň předchozí invalidity z dosavadní vady obdobně, jak je uvedeno v čl. 43 a 44, a o takto zjištěný rozsah předchozí invalidity se sníží pojistné plnění		
Článek 45 Pojistná událost	1. Pojistnou událostí je vznik trvalých následků, které nastaly v důsledku úrazu pojištěného.	2. Pojistnou událostí je vznik trvalých následků, které nastaly v důsledku úrazu pojištěného, a to min. ve výši 70 % stupně invalidity dle Tabulky TTNU.	
Článek 46 Pojistné plnění	1. Pojistitel má povinnost vyplatit pojistné plnění za trvalé následky úrazu, které objektivně nastaly během 1 roku ode dne úrazu. Pojistitel neposkytuje pojistné plnění za trvalé následky úrazu, které se poprvé objektivně objevily po uplynutí 1 roku ode dne úrazu. 2. Podmínkou výplaty pojistného plnění za trvalé následky úrazu je nejen prokázání vzniku trvalých následků úrazu, ale i lékařsky jednoznačné stanovení stupně invalidity. Pokud je zjištěn vznik trvalých následků úrazu během 1 roku ode dne úrazu a není lékařsky jednoznačně stanoven stupeň invalidity, poskytne pojistitel plnění teprve po uplynutí 1 roku ode dne úrazu. Není-li po 1 roce ode dne úrazu stupeň invalidity jednoznačný z hlediska druhu a rozsahu následků úrazu, provede lékař určený pojistitelem přezkoumání stupně invalidity, a to nejpozději do 3 let ode dne vzniku úrazu. Jestliže ani po 3 letech není stupeň invalidity jednoznačný, stanoví pojistitel stupeň invalidity podle stavu ke konci této lhůty. K rozsahu následků úrazu, které nastanou po uplynutí 3 let od úrazu, se nepřihlíží. 3. Zemře-li pojištěný: a) během 1 roku ode dne úrazu na následky úrazu, nevzniká nárok na pojistné plnění; b) během 1 roku ode dne úrazu z důvodů, které nejsou v příčinné souvislosti s úrazem, vyplatí pojistitel plnění ve výši, která odpovídá předpokládanému stupni invalidity, stanovenému podle posledního lékařského posudku; c) po uplynutí 1 roku ode dne úrazu vyplatí pojistitel plnění ve výši, která odpovídá předpokládanému stupni invalidity, stanovenému podle posledního lékařského posudku. 4. Pojistným plněním z tohoto pojištění je procento ze sjednané pojistné částky pro případ trvalých následků úrazu vyplácené formou progresivního plnění specifikovaného v odst. 5 tohoto článku v závislosti na stupni invalidity. 5. Progresivní pojistné plnění pro trvalé následky úrazu bude stanoveno následovně:		6. V případě pojistné události vyplatí pojistitel jednorázové pojistné plnění ve výši pojistné částky.
	stupeň invalidity (SI v %)		
	0,001 – 25,00	Pojistné plnění (PP) odpovídá pojistné částce (PČ) vynásobené stupněm invalidity Vzorec: PP = PČ x SI	
	25,01 – 80,00	Pojistné plnění odpovídá součtu 25 % pojistné částky a pětinasobku pojistné částky vynásobené stupněm invalidity poníženým o 25%. PP = PČ x [25 % + 5 x (SI – 25 %)]	
	80,01 – 100,00	Pojistné plnění odpovídá součtu 300 % pojistné částky a dvacetipětinásobku pojistné částky vynásobené stupněm invalidity poníženým o 80%. PP = PČ x [300 % + 25 x (SI – 80 %)]	
	Doplňkové pojištění denní odškodné za dobu nezbytného léčení úrazu (DOUU)	Doplňkové pojištění denní odškodné za dobu léčení vyjmenovaných úrazů (DOUV)	
Článek 47 Rozsah pojištění	1. Bylo-li pojištěnému způsobeno několik tělesných poškození, plní pojistitel jen za úraz s nejdelší dobou nezbytného léčení. 3. Pojistné plnění za dobu léčení jednoho úrazu se proplácí nejdéle za dobu 365 dnů po dobu 2 let ode dne úrazu.	2. Bylo-li pojištěnému způsobeno několik tělesných poškození, plní pojistitel jen za dobu nejdelšího léčení dle Tabulky TDOV.	

Článek 48 Pojistná událost	1. Pojistnou událostí je nezbytná doba léčení úrazu pojištěného, jehož doba přesáhla stanovenou karenční lhůtu. Karenční lhůta je počet dnů stanovených pojistnou smlouvou.	2. Pojistnou událostí je nezbytná doba léčení vyjmenovaných úrazů dle Tabulky TDOV.								
Článek 49 Pojistné plnění	1. Denní odškodné se vyplácí vždy od 1. dne léčení, pokud nezbytná doba léčení úrazu byla delší, než je stanovená karenční lhůta. 2. Maximální počet dní nezbytného léčení je dán Tabulkou TDO. 3. Není-li tělesné poškození v Tabulce TDO uvedeno, určí na základě lékařského posouzení pojistitel výši plnění podle doby nezbytného léčení, která je přiměřená průměrné době nezbytného léčení dle rozsahu a povahy poškození. K určení celkové výplaty pojistného plnění použije pojistitel hodnoty uvedené v Tabulce TDO, které jsou danému poškození svou povahou nejbližší. 4. Pojistné plnění se určuje jako součin sjednané pojistné částky tohoto doplňkového pojištění a počtu dnů léčení daného úrazu. 5. Pojistné plnění lze sjednat formou progresivního plnění. V případě sjednání progresivního plnění se pojistné plnění počítá následovně: <table border="1" data-bbox="308 367 1145 719"> <tr> <td data-bbox="308 367 611 405">doba nezbytného léčení úrazu</td> <td data-bbox="619 367 1145 405">Výpočet pojistného plnění</td> </tr> <tr> <td data-bbox="308 416 611 483">0 – 30 dnů</td> <td data-bbox="619 416 1145 483">Pojistné plnění (PP) odpovídá pojistné částce (PČ) vynásobené počtem dní doby nezbytného léčení úrazu. Vzorec: PP = PČ x počet dní</td> </tr> <tr> <td data-bbox="308 495 611 595">31– 90 dnů</td> <td data-bbox="619 495 1145 595">Pojistné plnění odpovídá součtu pojistné částky vynásobené 30 dny a dvojnásobku pojistné částky vynásobené počtem dní doby nezbytného léčení úrazu poniženým o 30 dní. Vzorec: PP = PČ x [30 + 2x (počet dní – 30)]</td> </tr> <tr> <td data-bbox="308 607 611 719">91 – 365 dnů</td> <td data-bbox="619 607 1145 719">Pojistné plnění odpovídá součtu pojistné částky vynásobené 150 dny a trojnásobku pojistné částky vynásobené počtem dní doby nezbytného léčení úrazu poniženým o 90 dní. Vzorec: PP = PČ x [150 dní + 3x (počet dní – 90)]</td> </tr> </table> 7. Dozví-li se pojistitel v průběhu pojištění, že došlo ke snížení příjmu pojištěného oproti příjmům v době sjednání pojištění, upraví denní odškodné s účinností od 1. dne měsíce následujícího poté, co se o této skutečnosti dozvěděl. Pojistné do data účinnosti změny náleží pojistiteli. Nově stanovená výše denního odškodného je platná již od počátku pojistné události, při které se pojistitel o změně výše příjmů dozvěděl. 8. Pokud si léčení úrazu do 24 hodin od okamžiku úrazu vyžádá pobyt v nemocnici delší než 24 hodin, zvyšuje se po dobu nezbytné hospitalizace sjednaná částka denního odškodného na dvojnásobek.	doba nezbytného léčení úrazu	Výpočet pojistného plnění	0 – 30 dnů	Pojistné plnění (PP) odpovídá pojistné částce (PČ) vynásobené počtem dní doby nezbytného léčení úrazu. Vzorec: PP = PČ x počet dní	31– 90 dnů	Pojistné plnění odpovídá součtu pojistné částky vynásobené 30 dny a dvojnásobku pojistné částky vynásobené počtem dní doby nezbytného léčení úrazu poniženým o 30 dní. Vzorec: PP = PČ x [30 + 2x (počet dní – 30)]	91 – 365 dnů	Pojistné plnění odpovídá součtu pojistné částky vynásobené 150 dny a trojnásobku pojistné částky vynásobené počtem dní doby nezbytného léčení úrazu poniženým o 90 dní. Vzorec: PP = PČ x [150 dní + 3x (počet dní – 90)]	6. Výše pojistného plnění je dána součinem sjednané pojistné částky a počtem dnů uvedeným v Tabulce TDOV jako doba léčení úrazu, a to i v případě, že skutečné léčení úrazu bude trvat kratší nebo delší počet dnů.
doba nezbytného léčení úrazu	Výpočet pojistného plnění									
0 – 30 dnů	Pojistné plnění (PP) odpovídá pojistné částce (PČ) vynásobené počtem dní doby nezbytného léčení úrazu. Vzorec: PP = PČ x počet dní									
31– 90 dnů	Pojistné plnění odpovídá součtu pojistné částky vynásobené 30 dny a dvojnásobku pojistné částky vynásobené počtem dní doby nezbytného léčení úrazu poniženým o 30 dní. Vzorec: PP = PČ x [30 + 2x (počet dní – 30)]									
91 – 365 dnů	Pojistné plnění odpovídá součtu pojistné částky vynásobené 150 dny a trojnásobku pojistné částky vynásobené počtem dní doby nezbytného léčení úrazu poniženým o 90 dní. Vzorec: PP = PČ x [150 dní + 3x (počet dní – 90)]									
Článek 50 Povinnosti při škodné události	Je-li pojistitelná výše denního odškodného závislá na výši příjmů pojištěného, je pojištěný povinen v případě pojistné události doložit své příjmy. Příjem pojištěné osoby se dokládá potvrzením od zaměstnavatele o výši příjmu za období posledních 12 měsíců nebo úplným výpisem příznání k dani z příjmu za předchozí zdaňovací období, který byl vydán a ověřen (otiskem razítka) příslušným finančním úřadem.									
Článek 51 Změny v pojištění	1. Vyplyvá-li pro novou profesní, sportovní nebo zájmovou činnost pojištěného nižší pojistné, sníží pojistitel pojistné od pojistného období následujícího po okamžiku, kdy bylo pojistiteli prokazatelně doručeno oznámení o změně profesní, sportovní nebo zájmové činnosti, případně oznámení o jiné změně, z níž pojištěnému vzniká nárok na snížení pojistného. 2. Pokud pojistiteli nebyla oznámena změna profesní, sportovní nebo zájmové činnosti, ze které vyplývá snížení pojistného, nebude v případě pojistné události výplata pojistného plnění navýšena. 3. Patří-li změněná profesní, sportovní nebo zájmová činnost k činnostem, které jsou z doplňkového úrazového pojištění vyloučeny, má pojistitel právo doplňkové úrazové pojištění vypovědět. Vypovědní lhůta je osmidená, jejím uplynutím pojištění zanikne. Dojde-li k pojistné události, na jejíž vznik mohla mít přímý nebo zprostředkovaný vliv nově vykonávaná profesní, sportovní či zájmová činnost, která nebyla pojistiteli oznámena, je pojistitel oprávněn pojistné plnění z takovéto pojistné události snížit nebo odmítnout. 4. V souvislosti s věkem pojištěného dochází k následujícím změnám: <ol style="list-style-type: none"> u doplňkového úrazového pojištění sjednaného pro pojištěnou osobu – dítě platí sjednaná pojistná částka a tomu odpovídající výše pojistného do výročního dne pojistného roku, v němž tato osoba dovršila 18 let ve výroční den pojistného roku, v němž pojištěná osoba – dítě dovrší 18 let, snižují se pojistné částky daného pojištěného k uvedenému výročnímu dni v závislosti na poměru pojistného, které bylo sjednáno, k pojistnému, které by pojistiteli náleželo pro pojištění pojištěné osoby – dospělého; uplynutím výročního dne pojistného roku, v němž pojištěná osoba – dítě dosáhne 18 let, zaniká pojištění zlomenin s výplatou formou paušálních částek dle tabulek TTNU; v případě doplňkového úrazového pojištění pojištěné osoby – dospělého platí sjednaný rozsah pojištění, sjednaná pojistná částka a tomu odpovídající výše pojistného do výročního dne pojistného roku, v němž pojištěný dovrší 70 let; pojištění pro tuto pojištěnou osobu k uvedenému výročnímu dni zaniká; ve výroční den pojistného roku, ve kterém pojištěná osoba – senior dovrší 75 let, pojištění pro tuto pojištěnou osobu zaniká. 									
Doplňkové pojištění pourazové péče (POPU)										
Článek 52 Předmět pojištění	1. Pojištění pourazové péče se sjednává pro případ vzniku nákladů na pourazovou péči pojištěného. 2. Za pourazovou péči se pro účely tohoto pojištění považují: <ol style="list-style-type: none"> terapie související s úrazem s dobou nezbytného léčení min. 90 dnů dle tabulky TDO nebo TDOV, které byly absolvovány nejdéle do 6 měsíců od zahájení první terapie, přičemž terapií se rozumí rehabilitace a jiné podpůrné terapie (vyjma psychoterapie), jako jsou masáže, koupele, zábaly, elektro léčba apod.; pořízení zdravotních pomůcek, přičemž zdravotními pomůckami se rozumí opěrné hole, protézy a jiné rehabilitační a podpůrné pomůcky; zdravotní výkony, přičemž zdravotními výkony se rozumí kosmetické zákroky a laserové operace vedoucí k odstranění následků úrazu. 3. Pojištění pourazové péče lze sjednat pouze k doplňkovému pojištění denního odškodného za dobu nezbytného léčení úrazu (DOU) nebo k doplňkovému pojištění denního odškodného za dobu léčení vyjmenovaných úrazů (DOV).									
Článek 53 Pojistná událost	Pojistnou událostí v pojištění pourazové péče je absolvování tzv. pourazové péče pojištěným za účelem odstranění nebo zmírnění následků úrazu, k němuž došlo v době trvání pojištění, pokud: <ol style="list-style-type: none"> pourazová péče byla doporučena ošetřujícím lékařem pojištěného, a zároveň pourazová péče není veřejným zdravotním pojištěním hrazena vůbec, nebo jen částečně, a zároveň pourazová péče byla absolvována do 24 měsíců od úrazu, a to i v případě, že následky úrazu trvají, a zároveň potřeba pourazové péče byla oznámena pojistiteli nejpozději do 3 měsíců od jejího doporučení. 									
Článek 54 Pojistné plnění	1. Pojistitel poskytne pojistné plnění za pourazovou péči pouze v souvislosti s jedním úrazem za celou dobu trvání tohoto pojištění. 2. Pojistné plnění je poskytováno do maximální výše limitu pojistného plnění 100 000 Kč . 3. V případě pojistné události poskytuje pojistitel pojistné plnění ve výši prokázaných, účelně vynaložených nezbytných nákladů na: <ol style="list-style-type: none"> terapie; pořízení zdravotních pomůcek, přičemž pojistné plnění za pořízení zdravotní pomůcky je poskytováno pouze do jejich obvyklé ceny; zdravotní výkony, přičemž pojistné plnění za zdravotní výkony je poskytováno pouze, pokud tyto zdravotní výkony byly předem schváleny pojistitelem, resp. jeho lékařem. 									
Článek 55 Povinnosti při škodné události	1. Pojištěný je povinen oznámit pojistiteli skutečnost, že mu byla v souvislosti s úrazem doporučena pourazová péče, nejpozději do 3 měsíců od tohoto doporučení jeho ošetřujícím lékařem. V případě pozdějšího oznámení není pojistitel povinen poskytnout pojistné plnění. 2. Pojištěný je povinen zaslat pojistiteli: <ol style="list-style-type: none"> písemné oznámení o úrazu, v němž uvede zejména okolnosti pojistné události a označí náklady na pourazovou péči, které žádá z pojištění proplatit; aktuální lékařskou zprávu s uvedením konkrétní pourazové péče včetně pomůcek, která byla pojištěnému ošetřujícím lékařem doporučena a z jakého důvodu; doklady o absolvování pourazové péče (terapie a výkony) a nákupu zdravotních pomůcek, nákladů na ně a o jejich úhradě. 3. Pojištěný je povinen podrobit se na vyzvu pojistitele prohlídce u lékaře určeného pojistitelem, který posoudí vhodnost a nezbytnost ošetřujícím lékařem doporučené pourazové péče. V případě rozporu mezi doporučením ošetřujícího lékaře a lékaře pojistitele bude vhodnost pourazové péče zhodnocena revizním lékařem pojistitele.									

V. Ustanovení pro doplňkové nemocenské pojištění

	Doplňkové pojištění při pracovní neschopnosti (DONU)	Doplňkové pojištění při pobytu v nemocnici (DOHU)								
Článek 56 Rozsah pojištění	<ol style="list-style-type: none"> Pojistitel poskytuje pojistné plnění pojištěnému, který je v trvalém pracovním poměru nebo má pravidelné příjmy ze samostatné výdělečné činnosti, pokud v důsledku pracovní neschopnosti došlo ke ztrátě na výdělku. Pojištění je možné sjednat pro osoby, které mají trvalé bydliště v České republice a které jsou v trvalém pracovním poměru nebo mají pravidelné příjmy ze samostatné výdělečné činnosti. 	<ol style="list-style-type: none"> Pojistná ochrana se vztahuje na hospitalizaci poskytnutou na území zemí Evropského hospodářského prostoru. 								
Článek 57 Pojistná událost	<ol style="list-style-type: none"> Pojistnou událostí je dočasná pracovní neschopnost uznaná a potvrzená ošetřujícím lékařem pojištěného, která nastala v důsledku nemoci nebo úrazu pojištěného a která vznikla na území ČR a byla potvrzena lékařem v ČR. Datem pojistné události je první den pracovní neschopnosti. Pracovní neschopnost začíná dnem, od kterého uznal ošetřující lékař pojištěného práce neschopným, a končí dnem, kdy byla pracovní neschopnost ošetřujícím lékařem ukončena nebo její další trvání není z lékařského hlediska dále nezbytné nebo byla ukončena v souvislosti s uznáním invalidity prvního až třetího stupně anebo byly na základě lékařského posouzení splněny zákonné předpoklady pro uznání invalidity pojištěného. Pojištěnému musí být vystaven doklad o pracovní neschopnosti dle platné legislativy (pokud má pojištěný nárok na nemocenské dávky podle zákona o nemocenském pojištění) nebo doklad pojištěného Potvrzení pracovní neschopnosti (pokud pojištěný nemá nárok na nemocenské dávky podle zákona o nemocenském pojištění). Pokud je vystaveno Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti současně pro více nemocí či úrazů, pak se pojistné plnění vyplácí pouze jednou. 	<ol style="list-style-type: none"> Pojistnou událostí je hospitalizace pojištěného, která je z lékařského hlediska nezbytná v důsledku nemoci nebo úrazu. Pojistnou událostí je též hospitalizace zapříčiněná těhotenstvím a porodem. Datem vzniku pojistné události je 1. den hospitalizace pojištěného. Hospitalizace začíná dnem přijetí pojištěného k hospitalizaci a končí dnem, kdy hospitalizace již není z lékařského hlediska nezbytná. 								
Článek 58 Čekací doba	<ol style="list-style-type: none"> Nárok na pojistné plnění vzniká u pojistných událostí, které nastaly po uplynutí čekací doby. Čekací doba začíná běžet od 00.00 hodin dne následujícího po sepsání nabídky. Čekací doba činí tři měsíce. Čekací doba se neuplatní v případech, kdy pojistná událost nastane výlučně z důvodu úrazu. 	<ol style="list-style-type: none"> Čekací doba se neuplatní při akutních infekčních onemocněních s hospitalizací na infekčním oddělení nebo na oddělení s obdobným režimem. V případě hospitalizace v souvislosti s těhotenstvím a porodem činí čekací doba osm měsíců, přičemž tato doba se neuplatní, jestliže lékařem stanovený termín porodu je minimálně osm měsíců po počátku pojištění. 								
Článek 59 Pojistné plnění	<ol style="list-style-type: none"> V případě pojistné události vyplácí pojištitel pojistnou částku sjednanou v pojistné smlouvě, nejvýše však ve výši pojistitelné pojistné částky. Výše pojistitelné pojistné částky je určována dle směrnic pojištěného, a to v závislosti na variantě pojištění sjednané v nabídce na uzavření pojištění. Je-li pojistitelná pojistná částka závislá na příjmech pojištěného, pak se od výše příjmu odečtou další nároky, které pojištěnému přísluší z důvodu pracovní neschopnosti. K těmto nárokům patří všechna plnění, která pojištěný v případě pojistné události může nárokovat ze sociálního pojištění České správy sociálního zabezpečení, od zaměstnavatele nebo dalších pojištitelů k vyrovnání své ztráty na výdělku. Příjem se rozumí: <ol style="list-style-type: none"> příjmy ze závislé činnosti a funkční požitky podle zákona o daních z příjmů v platném znění; hrubý příjem se dokládá potvrzením zaměstnavatele o výši příjmu za období posledních 12 měsíců před vznikem pojistné události; příjmy z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti podle zákona o daních z příjmů v platném znění; příjem se dokládá úplným výpisem příznákní k daní z příjmu za předchozí zdaňovací období, který byl vydán a ověřen (otiskem razítka) příslušným finančním úřadem. Je-li v pojistné smlouvě sjednána pojistná částka do 300 Kč včetně, pojištitel k pojistitelné pojistné částce ve smyslu odst. 1 nepřihlíží. Pojistné plnění se vyplácí od určeného dne pracovní neschopnosti, který je stanoven v pojistné smlouvě. Nejpozději k tomuto dni je pojištěný povinen předložit pojištiteli ošetřujícím lékařem vystavené potvrzení o pracovní neschopnosti na formuláři pojištěného. V případě opožděného doručení je pojištitel povinen plnit až ode dne doručení tohoto potvrzení, ledaže pojištěný svoji povinnost nemohl z vážných důvodů splnit. V případě pracovní neschopnosti, na jejímž počátku byl pojištěný hospitalizován z důvodu úrazu, přičemž hospitalizace následovala bezprostředně, maximálně 24 hodin po úrazu, poskytuje pojištitel pojistné plnění od počátku pracovní neschopnosti. Po uplynutí dvou let trvání pojištění poskytuje pojištitel pojistné plnění od prvního dne pracovní neschopnosti způsobené těmito onemocněními: srdečním infarktem, rakovinou, náhlou cévní mozkovou příhodou, selháním ledvin, infekční žloutenkou, tyfem, paratyfem, cholerou, žlutou zimnicí. Pokud pojistná částka stanovená v pojistné smlouvě přesahuje pojistitelnou pojistnou částku podle odst. 1, je pojištitel oprávněn výši pojistné částky upravit s účinností od prvního dne měsíce následujícího poté, co se o této skutečnosti dozvěděl. Pojistné do data účinnosti změny náleží pojištiteli. Nově stanovená pojistná částka je však platná již od počátku pojistné události, při které se pojištitel o změně výše příjmů dozvěděl. Pojistné plnění je vypláceno po dobu maximálně 365 dnů pro každou pojistnou událost. Bude-li délka pracovní neschopnosti neúměrně delší než průměrná doba léčení pro uvedené onemocnění nebo následek úrazu a toto prodloužení pracovní neschopnosti nebude v lékařské dokumentaci dostatečně odborně zdůvodněno, určí přiměřenou délku pracovní neschopnosti lékař určený pojištěným. V takovém případě pojištitel plní za takto přiměřenou dobu. Pojistné plnění je vypláceno pouze v případě, že se pojištěný po dobu trvání pracovní neschopnosti léčí u lékaře s platnou licencí v daném oboru, popř. v nemocnici. Pro doplňkové pojištění pracovní neschopnosti s výplatou pojistného plnění od 15. a/nebo 29. dne platí, že v případě, že bude nepřetržitě trvání pracovní neschopnosti delší než 90 dnů, vyplácí pojištitel denní dávku již od 1. dne pracovní neschopnosti. Při zvolení pracovní neschopnosti DONU62 (pojistná částka při pracovní neschopnosti s výplatou od 62. dne) je pojistné plnění vypláceno po dobu max. 730 dnů pro každou pojistnou událost. 	<ol style="list-style-type: none"> Pojistné plnění se určuje jako součin sjednané pojistné částky tohoto pojištění a počtu dnů hospitalizace. Pojištění lze sjednat pouze formou progresivního plnění. Pojistné plnění se počítá následovně: <table border="1" data-bbox="1145 1086 1546 1545"> <thead> <tr> <th>Doba pobytu v nemocnici</th> <th>Výpočet pojistného plnění</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0–30 dnů</td> <td>Pojistné plnění (PP) odpovídá pojistné částce (PČ) vynásobené počtem dnů pobytu v nemocnici. Vzorec: PP = PČ x počet dní</td> </tr> <tr> <td>31–90 dnů</td> <td>Pojistné plnění odpovídá součtu pojistné částky vynásobené 30 dny a dvojnásobku pojistné částky vynásobené počtem dnů pobytu v nemocnici poniženým o 30 dní. Vzorec: PP = PČ x [30 dní + 2x (počet dní – 30)]</td> </tr> <tr> <td>91–365</td> <td>Pojistné plnění odpovídá součtu pojistné částky vynásobené 150 dny a trojnásobku pojistné částky vynásobené počtem dnů pobytu v nemocnici poniženým o 90 dní. Vzorec: PP = PČ x [150 dní + 3x (počet dní – 90)]</td> </tr> </tbody> </table> V případě hospitalizace v důsledku onemocnění nebo komplikací souvisejících s těhotenstvím se pojistné plnění vyplácí maximálně za 20 dnů pro každé těhotenství, vyjma vlastního porodu. Pojistné plnění se vyplácí maximálně za 365 dnů pro jednu pojistnou událost. Nárok na výplatu pojistného plnění nevzniká za dny, kdy se pojištěný v nemocnici vůbec nezdržoval. Jako doklad o vzniku pojistné události je třeba předložit potvrzení o nemocniční lůžkové péči na formuláři pojištěného spolu s kopii propouštěcí zprávy. Bude-li délka hospitalizace neúměrně delší, než je pro uvedené onemocnění nebo následek úrazu obvyklé, a toto prodloužení nebude v lékařské dokumentaci dostatečně odborně zdůvodněno, určí přiměřenou délku hospitalizace lékař pojištěného. V takovém případě pojištitel plní za takto přiměřenou dobu. V případě hospitalizace bezprostředně, maximálně do 24 hodin po úrazu, poskytuje pojištitel pojistné plnění ve výši dvojnásobku dohodnuté pojistné částky. Pro pojištěné dítě ve věku od 0 do 1 roku je maximální výše pojistné částky stanovena pojištěným na 100 Kč. 	Doba pobytu v nemocnici	Výpočet pojistného plnění	0–30 dnů	Pojistné plnění (PP) odpovídá pojistné částce (PČ) vynásobené počtem dnů pobytu v nemocnici. Vzorec: PP = PČ x počet dní	31–90 dnů	Pojistné plnění odpovídá součtu pojistné částky vynásobené 30 dny a dvojnásobku pojistné částky vynásobené počtem dnů pobytu v nemocnici poniženým o 30 dní. Vzorec: PP = PČ x [30 dní + 2x (počet dní – 30)]	91–365	Pojistné plnění odpovídá součtu pojistné částky vynásobené 150 dny a trojnásobku pojistné částky vynásobené počtem dnů pobytu v nemocnici poniženým o 90 dní. Vzorec: PP = PČ x [150 dní + 3x (počet dní – 90)]
Doba pobytu v nemocnici	Výpočet pojistného plnění									
0–30 dnů	Pojistné plnění (PP) odpovídá pojistné částce (PČ) vynásobené počtem dnů pobytu v nemocnici. Vzorec: PP = PČ x počet dní									
31–90 dnů	Pojistné plnění odpovídá součtu pojistné částky vynásobené 30 dny a dvojnásobku pojistné částky vynásobené počtem dnů pobytu v nemocnici poniženým o 30 dní. Vzorec: PP = PČ x [30 dní + 2x (počet dní – 30)]									
91–365	Pojistné plnění odpovídá součtu pojistné částky vynásobené 150 dny a trojnásobku pojistné částky vynásobené počtem dnů pobytu v nemocnici poniženým o 90 dní. Vzorec: PP = PČ x [150 dní + 3x (počet dní – 90)]									

Článek 60 Změny v pojištění	Při navýšení pojistné částky se na navýšenou část pojistné částky vztahuje čekací doba dle čl. 58.	
Článek 61 Práva a povinnosti pojistitele	<ol style="list-style-type: none"> Kromě dalších práv stanovených právními předpisy a uvedených ve VPP POS 2016/02 je pojistitel oprávněn zjišťovat i příjmy pojištěného. Pojištěný je povinen na žádost pojistitele předložit k tomuto účelu potřebné doklady. Neprokáže-li pojištěný trvání pracovní neschopnosti do 30 dnů od předložení posledního potvrzení o pracovní neschopnosti, je pojistitel oprávněn ukončit výplatu pojistného plnění k datu posledního lékařem potvrzeného ošetření pojištěného. 	
Článek 62 Povinnosti pojistníka a pojištěného	<ol style="list-style-type: none"> Pojistník a pojištěný jsou povinni písemně oznámit do 15 dnů pojistiteli změnu příjmu nebo změny mající vliv na stanovení výše sjednané pojistné částky. Nastane-li pojistná událost, je pojištěný povinen: <ol style="list-style-type: none"> doručit bez zbytečného odkladu, nejpozději ke dni, od kterého dle pojistné smlouvy poskytuje pojistitel pojistné plnění, pojistiteli potvrzení ošetřujícího lékaře o vzniku pracovní neschopnosti na formuláři pojistitele; nemůže-li tuto povinnost ze závažných důvodů splnit, je povinen potvrzení doručit ihned poté, co tyto důvody pominuly; formulář pojistitele nemůže být potvrzen ošetřujícím lékařem, který je manželem/kou, rodičem, sourozencem ani dítětem pojištěného; doložit potvrzení o trvání pracovního poměru; zasílat při pokračující pracovní neschopnosti pojistiteli průběžně bez zbytečného odkladu, nejmeně vždy po 2 týdnech, potvrzení ošetřujícího lékaře na formuláři pojistitele o trvání pracovní oznámit ukončení pracovní neschopnosti pojistiteli do 5 dnů ode dne ukončení; umožnit pojistiteli kontrolu dodržování léčebného režimu; není-li pojistiteli kontrola umožněna, má se za to, že léčebný režim nebyl dodržen. 	<ol style="list-style-type: none"> Po ukončení hospitalizace je pojištěný povinen bez zbytečného odkladu zaslat pojistiteli potvrzení o nemocniční lůžkové péči na formuláři pojistitele spolu s kopií propouštěcí zprávy.
Doplňkové pojištění pro případ ošetřování dítěte (PODU)		
Článek 63 Pojistná událost	<p>Pojistnou událostí je ošetřování pojištěného ve věku od 2 do 10 let v souvislosti s jeho nemocí či úrazem, k nimž došlo v době trvání pojištění, pokud:</p> <ol style="list-style-type: none"> v souvislosti s tím vznikne oprávněně osobě nárok na ošetřovné dle platné legislativy, a zároveň ošetřující lékař rozhodl o vzniku potřeby ošetřování pojištěného dítěte, a zároveň ošetřování dítěte trvá déle než 10 dnů, a zároveň oprávněná osoba nevykonává po dobu ošetřování dítěte žádnou výdělečnou činnost. <p>Jednou pojistnou událostí je nepřetržité ošetřování pojištěného dítěte.</p>	
Článek 64 Oprávněná osoba	Oprávněnou osobou je ten, jemuž vznikl nárok na ošetřovné dle platné legislativy.	
Článek 65 Čekací doba	<ol style="list-style-type: none"> Nárok na pojistné plnění vzniká u pojistných událostí, které nastaly po uplynutí čekací doby. Čekací doba začíná běžet od 00.00 hodin dne následujícího po sepsání nabídky. Čekací doba činí 3 měsíce. Čekací doba se neuplatní v případech, kdy pojistná událost nastane výlučně z důvodu úrazu. 	
Článek 66 Pojistné plnění	<ol style="list-style-type: none"> V případě pojistné události vyplácí pojistitel pojistné plnění, které se určí jako součin sjednané pojistné částky tohoto pojištění a počtu dnů ošetřování pojištěného, nejdéle však 30 dnů. Pojistné plnění se vyplácí od 11. dne nepřetržitého ošetřování pojištěného dítěte. Pojistné plnění je poskytováno maximálně za 30 dnů ošetřování za všechny pojistné události, ke kterým dojde v průběhu 1 kalendářního roku. 	
Článek 67 Povinnosti při škodné události	<p>K uplatnění práva na pojistné plnění je nutné předložit:</p> <ol style="list-style-type: none"> písemnou žádost o poskytnutí pojistného plnění; rozhodnutí ošetřujícího lékaře o vzniku potřeby ošetřování, jehož součástí je potvrzení zaměstnavatele o nástupu do zaměstnání po ukončení ošetřování; o ukončení potřeby ošetřování, příp. potvrzení o trvání potřeby ošetřování; lékařské zprávy o průběhu léčby pojištěného. 	
Doplňkové pojištění rodinné asistence (ASAP)		
Článek 68 Souhlas pojistníka, pojištěného	Pojistník a pojištěný souhlasí s pořizováním a uchováváním nahrávek příchodích i odchodích telefonních hovorů poskytovatelem asistenčních služeb na zvukový záznam a s použitím takového záznamu v souvislosti se smluvním nebo jiným právním vztahem pro účely pojišťovací činnosti a dalších činností vymezených zákonem o pojišťovnictví.	
Článek 69 Předmět a rozsah pojištění	<ol style="list-style-type: none"> Doplňkové pojištění rodinné asistence se sjednává na dobu 1 roku s tím, že uplynutím doby toto pojištění nezaniká, pokud pojistitel nebo pojistník nejméně 6 týdnů před uplynutím pojistné doby nesdělí druhé straně, že na dalším trvání tohoto pojištění nemá zájem. Pokud toto pojištění nezanikne, prodlužuje se za stejných podmínek o stejnou dobu, na kterou bylo sjednáno. Doplňkové pojištění rodinné asistence je poskytováno na území České republiky. Druhy rodinné asistenční služby: <ol style="list-style-type: none"> péče o dítě; péče o domácího mazlíčka; medicínská asistence; právní asistence. V případě pojistné události vzniká pojištěnému nárok na pojistné plnění formou zajištění služeb. Pojistitel zajistí poskytnutí služby prostřednictvím poskytovatele asistenčních služeb, který provede úkony v rozsahu a dle limitů uvedených v Tabulce služeb rodinné asistence TSRA. 	
Článek 70 Pojistná událost	<ol style="list-style-type: none"> Pro rodinnou asistenci – péče o dítě se pojistnou událostí rozumí: <ul style="list-style-type: none"> potřeba pojištěného zajistit a uhradit transport rodinného příslušníka nebo kvalifikované osoby do místa bydliště pojištěného za účelem hlídání nezletilého dítěte/děti pojištěného v případě hospitalizace nebo imobility pojištěného. Náklady na práci kvalifikované osoby si pojištěný hraď sám; potřeba pojištěného zajistit a uhradit transport nezletilého dítěte/děti pojištěného do/ze školy v případě hospitalizace, imobility nebo onemocnění pojištěného. Pro rodinnou asistenci – péče o domácího mazlíčka se pojistnou událostí rozumí: <ul style="list-style-type: none"> potřeba pojištěného zajistit a uhradit péči o domácího mazlíčka, přičemž domácím mazlíčkem se rozumí pes nebo kočka, v případě hospitalizace pojištěného po dobu delší než 48 hodin; potřeba pojištěného zajistit kvalifikovanou osobu do místa bydliště pojištěného za účelem dovozu krmiva pro domácího mazlíčka, přičemž domácím mazlíčkem se rozumí pes nebo kočka, a poskytnutí běžné péče o domácího mazlíčka v případě hospitalizace nebo imobility pojištěného. Pro rodinnou asistenci – medicínská asistence se pojistnou událostí rozumí potřeba pojištěného získat obecné zdravotnické informace po telefonu související s jeho zdravotním stavem nebo změnou zdravotního stavu, která nastala v době trvání pojištění. Jedná se o obecné vysvětlující informace k existující diagnóze, léčbě nebo diagnostickým postupům. Služba nesplňuje lékařskou pohotovost. Pro rodinnou asistenci – právní asistence se pojistnou událostí rozumí potřeba pojištěného získat informace právního charakteru po telefonu související s právy a povinnostmi pojištěného jakožto pacienta. Nárok na pojistné plnění vzniká dnem, kdy pojištěný sdělí poskytovateli asistenčních služeb, že splňuje podmínky tohoto pojištění, současně ne však dříve, kdy poskytovatel asistenčních služeb tuto skutečnost ověří. 	

Nedílnou součástí zvláštních pojistných podmínek jsou tyto Tabulky ŽP 2016/08:

- Tabulky závažných onemocnění TDDZ0 a TDDZ1 („Tabulky TDDZ0 a TDDZ1“)
- Tabulka hodnocení stupně invalidity pro trvalé následky úrazu TTNU („Tabulka TTNU“)
- Tabulka plnění denního odškodného za dobu nezbytného léčení úrazu TDO („Tabulka TDO“)
- Tabulka plnění denního odškodného za dobu léčení vyjmenovaných úrazů TDOV („Tabulka TDOV“)
- Tabulka služeb rodinné asistence TSRA („Tabulka TSRA“)

I. Tabulky závažných onemocnění (TDDZ0 a TDDZ1)

Tabulky závažných onemocnění TDDZ0

Závažná onemocnění (TDDZ0) – uvedené diagnózy se vztahují na pojistné události, ke kterým dojde do 18 let věku pojištěného

Rakoviny

Rakovinou se rozumí přítomnost zhoubného nádoru charakterizovaná nekontrolovatelným bujením a rozšiřováním maligních buněk a invazí a destrukcí normální tkáně. Diagnóza rakoviny musí být stanovena lékařem specialistou onkologem nebo patologem a prokázána histologickými nálezy malignity.

Pojistná ochrana se nevztahuje na:

- nádory in situ vykazující maligní změny karcinomu (včetně poševní dysplazie CIN-1, CIN-2 a CIN-3), nebo které byly histologicky popsány jako premaligní nebo neinvazivní nádory;
- veškeré rakoviny pokožky včetně hyperkeratosy, bazální buněčné karcinomy a melanomy ve stádiu 1A nebo nižším dle klasifikace TNM (maximální tloušťka $\leq 1,0$ mm, bez ulcerace) podle nové klasifikace „American Joint Committee of Cancer“ (Amerického společného výboru pro rakovinu) z roku 2002;
- život neohrožující rakoviny jako např. rakovina prostaty, které byly histologicky popsány jako T1(a) nebo T1(b), ale nikoliv T1(c) podle TNM klasifikace, nebo stejné či nižší podle jiné klasifikace, papilární mikrokarcinomy štítné žlázy nebo močového měchýře nižšího stadia než T2N0M0 bez metastáz, chronická lymfatická leukémie nižší než RA1 ve stádiu 1, Hodgkinova nemoc ve stádiu 1;
- jakoukoliv rakovinu za přítomnosti HIV.

Datem škodné události je datum diagnostikování rakoviny.

Transplantace životně důležitých orgánů

Transplantací životně důležitých orgánů se rozumí to, že se pojištěný podrobil transplantaci orgánů z člověka na člověka:

- lidské kostní dřeň s použitím hematopoietických kmenových buněk a s předchozí úplnou ablací kostní dřeně nebo
- jednoho z následujících lidských orgánů: srdce, plíce, játra, ledviny nebo slinivka následkem nezvratného selhání daného orgánu v konečné fázi.

Transplantace musí být lékařsky nezbytná a založená na objektivním potvrzení selhání daného orgánu. Pojistná ochrana se nevztahuje na transplantace jiných orgánů, částí orgánů nebo jakékoliv tkáně nebo transplantace buněk.

Datum škodné události je datum provedení transplantace. Transplantace musí být provedena na území země EU. V případě, že pojištěný tuto podmínku nesplní, není pojistitel povinen plnit.

Encefalitida

Encefalitida se rozumí vážný zánět mozkové tkáně (cerebrální hemisféry, mozkového kmene nebo mozečku) zpravidla doprovázený virovou nebo bakteriální infekcí s následným signifikantním trvalým neurologickým deficitem potvrzený a přetrvávající nejméně 180 dnů od data výskytu.

Datem škodné události je datum diagnostikování encefalitidy lékařem specialistou.

Bakteriální meningitida

Bakteriální meningitidou se rozumí onemocnění způsobující zánět blan pokrývajících mozek nebo míchu. Průkazný trvalý neurologický deficit musí být potvrzen specialistou neurologem a tento stav musí být lékařsky zdokumentován po dobu nejméně 90 dnů. K doložení diagnózy bakteriální meningitidy je třeba výsledku z lumbální punkce mozkomíšní tekutiny.

Datem škodné události je datum diagnostikování bakteriální meningitidy lékařem specialistou.

Popáleniny velkého rozsahu

Popáleninami velkého rozsahu se rozumí zranění způsobená termickými, elektrickými nebo chemickými látkami způsobující popáleniny třetího stupně nebo popáleniny plné tloušťky na minimálně 20% povrchu těla (měřeno podle Pravidla 9 Lundovy nebo Browderovy mapy povrchu těla). Popáleninami třetího stupně se rozumí popáleniny v plné tloušťce epitelálních vrstev kůže vyžadující štěp.

Datem škodné události je datum úrazu, při kterém došlo k popáleninám velkého rozsahu.

Diabetes mellitus I. typu

Diabetes s intenzifikovaným inzulinovým režimem (závislý na inzulinu) pro děti od tří let věku. Diabetem se rozumí získané chronické onemocnění, v jehož důsledku vznikne stav chronické hyperglykémie. Podmínkou vzniku pojistné události je doložení lékařské zprávy pojistiteli s potvrzenou diagnózou diabetes mellitus I. typu, která pro svou závažnost vyžaduje léčbu pravidelnými aplikacemi inzulinových injekcí, přičemž tato léčba již trvá po dobu minimálně tří měsíců. Z pojistné ochrany je vyloučen diabetes mellitus II. typu vzniklý na základě obezity.

Poliomyelitida (dětská obrna)

Pojistnou událostí je jednoznačně stanovení diagnózy poliomyelitidy specialistou neurologem. Poliomyelitidou se rozumí infekce virem dětské obrny s následnou paralytickou nemocí provázenou sníženými motorickými funkcemi nebo respirační slabostí. Tento stav musí být lékařsky zdokumentován po dobu nejméně třech měsíců. Případy neprovázené paralyzou nejsou považovány za poliomyelitidu. Na jiné příčiny paralýzy se pojistná ochrana nevztahuje.

Datem škodné události je datum diagnostikování poliomyelitidy lékařem specialistou.

Závažná onemocnění (TDDZ0) – uvedené diagnózy se vztahují na pojistné události, ke kterým dojde po dovršení 18 let věku pojištěného

Rakoviny

Rakovinou se rozumí přítomnost zhoubného nádoru charakterizovaná nekontrolovatelným bujením a rozšiřováním maligních buněk a invazí a destrukcí normální tkáně. Diagnóza rakoviny musí být stanovena lékařem specialistou onkologem nebo patologem a prokázána histologickými nálezy malignity.

Pojistná ochrana se nevztahuje na:

- nádory in situ vykazující maligní změny karcinomu (včetně poševní dysplazie CIN-1, CIN-2 a CIN-3), nebo které byly histologicky popsány jako premaligní nebo neinvazivní nádory;
- veškeré rakoviny pokožky včetně hyperkeratosy, bazální buněčné karcinomy a melanomy ve stádiu 1A nebo nižším dle klasifikace TNM (maximální tloušťka $\leq 1,0$ mm, bez ulcerace) podle nové klasifikace „American Joint Committee of Cancer“ (Amerického společného výboru pro rakovinu) z roku 2002;
- život neohrožující rakoviny jako např. rakovina prostaty, které byly histologicky popsány jako T1(a) nebo T1(b), ale nikoliv T1(c) podle TNM klasifikace, nebo stejné či nižší podle jiné klasifikace, papilární mikrokarcinomy štítné žlázy nebo močového měchýře nižšího stadia než T2N0M0 bez metastáz, chronická lymfatická leukémie nižší než RA1 ve stádiu 1, Hodgkinova nemoc ve stádiu 1;
- jakoukoliv rakovinu za přítomnosti HIV.

Datem škodné události je datum diagnostikování rakoviny.

Infarkt

Infarktem se rozumí odumření části srdečního svalu, způsobené nedostatečným přívodem krve do příslušných oblastí. Nárok na plnění vznikne, pokud budou splněna všechna čtyři následující kritéria:

- anamnéza typických bolestí na prsou;
- potvrzené nové změny na EKG diagnostické pro myokardiální nekrózu;
- diagnostická elevace kardiálních enzymů nebo troponinů, zaznamenaných na následujících úrovních nebo vyšších: Troponin T $> 1,0$ ng/ml Accu TnI $> 0,5$ ng/ml, nebo ekvivalentní prahy podle jiných metod Troponin I;
- průkaz poruchy stažlivosti svaloviny myokardu při echokardiografickém vyšetření.

Dále musí být dodán důkaz prokazující transmurální akutní infarkt myokardu. Diagnóza musí být potvrzena specialistou kardiologem.

Pojistná ochrana se nevztahuje na anginu pectoris a jiné akutní koronární syndromy. Datem škodné události je datum, ke kterému byla stanovena diagnóza prvního výskytu akutního infarktu myokardu odborným lékařem kardiologem.

Roztroušená skleróza

Roztroušená skleróza (sclerosis multiplex) je charakterizována oblastmi demyelinizace (úbytkem myelinu v nervových vláknech). Diagnóza musí být stanovena specializovaným neurologem a musí být potvrzena výsledky CT nebo MRI anebo lézemi centrálního nervového systému. Pojistná ochrana se nevztahuje na onemocnění centrálního nervového systému z jiných příčin (např. nemoci cévní, bakteriální nebo virové). Lékařská dokumentace onemocnění vystavená neurologem musí stanovit trvalý neurologický deficit, který byl diagnostikován nejdříve po 180 dnech od data prvotního výskytu onemocnění. Datem škodné události je datum diagnostikování roztroušené sklerózy.

Ztráta končetin / Ztráta končetin nebo zraku

Ztráta končetin:

Pojistnou událostí je úplná a nezvratná ztráta schopnosti používání dvou nebo více končetin následkem úrazu. Tento stav zahrnuje ztrátu nebo nemožnost používání obou rukou nebo obou chodidel nebo nemožnost používání jedné ruky a jednoho chodidla.

Ztráta končetin nebo zraku:

Pojistnou událostí je úplná a nezvratná ztráta nebo nemožnost používání kterékoli z následujících částí těla nebo orgánů:

- používání obou rukou nebo obou chodidel;
- zraku obou očí;
- jedné ruky a jednoho chodidla;
- používání jedné ruky a zraku jednoho oka;
- používání jednoho chodidla a zraku jednoho oka.

Datem škodné události je datum úrazu, při kterém dojde ke ztrátě končetin a/nebo ztrátě zraku.

Parkinsonova nemoc

Parkinsonova nemoc je pozvolna postupující degenerativní onemocnění centrálního nervového systému následkem ztráty pigment obsahujících neuronů mozku (substantia nigra). Pojistitel vyžaduje jednoznačné doložení diagnózy Parkinsonovy nemoci specialistou neurologem potvrzující, že stav nelze léčit medikamentózně a že onemocnění vykazuje postupné zhoršování stavu pojištěného. Dále musí vyhodnocení schopnosti vykonávat činnosti běžného života potvrdit trvalou neschopnost pojištěného vykonávat bez cizí pomoci alespoň tři z „činností běžného života“. Tento stav musí být potvrzen lékařem specialistou a musí přetrvávat alespoň 180 po sobě následujících dní od data výskytu onemocnění. Pojištění se vztahuje pouze na idiopatickou Parkinsonovu chorobu. Pojištění se nevztahuje na Parkinsonovu nemoc způsobenou drogami, toxickými látkami či jinými příčinami.

Datem škodné události je datum diagnostikování Parkinsonovy nemoci.

Slepota

Slepota se rozumí úplná a nezvratná ztráta zraku obou očí v důsledku nemoci nebo zranění. Slepota musí být nekorigovatelná lékařskými zákroky. K doložení diagnózy jsou vyžadovány lékařské zprávy od oftalmologa určeného pojistitelem prokazující tuto diagnózu. Datem škodné události je datum diagnostikování slepoty.

Hluchota

Hluchotou se rozumí úplná ztráta schopnosti slyšet jakékoliv vnější zvuky v obou uších. Lékařské prokázání diagnózy musí být potvrzeno lékařem specialistou na ORL a musí obsahovat audiometrický a prahový zvukový test. Nárok na plnění nevzniká, pokud by použít jakékoli sluchové pomůcky, zařízení nebo implantáty vedlo k částečné nebo plné obnově sluchu.

Datem škodné události je datum diagnostikování hluchoty.

Závažná onemocnění (TDDZ1) – uvedené diagnózy se vztahují na pojistné události, ke kterým dojde do 18 let věku pojištěného**Infarkt**

Infarktem se rozumí odumření části srdečního svalu, způsobené nedostatečným přívodem krve do příslušných oblastí. Nárok na plnění vznikne, pokud budou splněna všechna čtyři následující kritéria:

- anamnéza typických bolestí na prsou;
- potvrzené nové změny na EKG diagnostické pro myokardiální nekrozu;
- diagnostická elevace kardiálních enzymů nebo troponinů, zaznamenaných na následujících úrovních nebo vyšších: Troponin T > 1,0 ng/ml Accu Tnl > 0,5 ng/ml, nebo ekvivalentní prahy podle jiných metod Troponin I;
- průkaz poruchy stažlivosti svaloviny myokardu při echokardiografickém vyšetření.

Dále musí být dodán důkaz prokazující transmurální akutní infarkt myokardu. Diagnóza musí být potvrzena specialistou kardiologem. Pojistná ochrana se nevztahuje na anginu pectoris a jiné akutní koronární syndromy. Datem škodné události je datum, ke kterému byla stanovena diagnóza prvního výskytu akutního infarktu myokardu odborným lékařem kardiologem.

Operace srdeční chlopně

Operaci srdeční chlopně se rozumí kardiochirurgický zákrok nebo oprava jedné či více srdečních chlopní z důvodu vad nebo abnormalit srdeční chlopně. Pojistná ochrana se nevztahuje na veškeré nekardiologické zákroky a výměny chlopnových protéz. Diagnóza abnormality srdeční chlopně musí být potvrzena srdeční katetrizací nebo na EKG a zákrok musí být specialistou kardiologem prohlášen za lékařsky nezbytný. Datem škodné události je datum provedení operace. Operace musí být provedena na území zemí EU a schválena předem písemnou formou pojistitelem. V případě, že pojištěný tuto podmínku nesplní, není pojistitel povinen plnit.

Chirurgický zásah – koronární by-pass

Koronárním by-passem se rozumí podstoupení kardiologického zákroku operace srdce za účelem korigování zúžení nebo uzávěru dvou či více koronárních tepen pomocí by-passového štěpu. Pojistná ochrana se nevztahuje na perkutánní koronární intervence jako např. angioplastika a veškeré jiné intraarteriální na katétr založené techniky nebo laserové zákroky. Zásah musí být specialistou kardiologem prohlášen za lékařsky nezbytný. Datem škodné události je datum provedení operace. Operace musí být provedena na území zemí EU a musí být předem schválena písemnou formou pojistitelem. V případě, že pojištěný tuto podmínku nesplní, není pojistitel povinen plnit.

Operace aorty

Operaci aorty se rozumí podstoupení operace prostřednictvím thorakotomie nebo laparotomie z důvodu onemocnění aorty vyžadujícího opravu nebo chirurgickou výměnu nemocné aorty štěpem. Pro účely této definice se aortou rozumí hrudní a břišní aorta, nikoliv však její větve. Pojistná ochrana se nevztahuje na traumatická zranění aorty a chirurgické zákroky provedené použitím nitrožilní techniky. Operace musí být provedena na základě doporučení lékaře specialisty kardiologa. Datem škodné události je datum provedení operace. Operace musí být provedena na území zemí EU a schválena předem písemnou formou pojistitelem. V případě, že pojištěný tuto podmínku nesplní, není pojistitel povinen plnit.

Rakoviny

Rakovinou se rozumí přítomnost zhoubného nádoru charakterizovaná nekontrolovaným bujením a rozšiřováním maligních buněk a invazí a destrukcí normální tkáň. Diagnóza rakoviny musí být stanovena lékařem specialistou onkologem nebo patologem a prokázána histologickými nálezy malignity.

Pojistná ochrana se nevztahuje na:

- nádory in situ vykazující maligní změny karcinomu (včetně poševní dysplazie CIN-1, CIN-2 a CIN-3), nebo které byly histologicky popsány jako premaligní nebo neinvazivní nádory;
- veškeré rakoviny pokožky včetně hyperkeratosy, bazální buněčné karcinomy a melanomy ve stádiu 1A nebo nižším dle klasifikace TNM (maximální tloušťka ≤ 1,0 mm, bez ulcerace) podle nové klasifikace „American Joint Committee of Cancer“ (Amerického společného výboru pro rakovinu) z roku 2002;
- život neohrožující rakoviny jako např. rakovina prostaty, které byly histologicky popsány jako T1(a) nebo T1(b), ale nikoliv T1(c) podle TNM klasifikace, nebo stejné či nižší podle jiné klasifikace, papilární mikrokarcinomy štítné žlázy nebo močového měchýře nižšího stadia než T2N0M0 bez metastáz, chronická lymfatická leukémie nižší než RA1 ve stadiu 1, Hodgkinova nemoc ve stadiu 1;
- jakoukoliv rakovinu za přítomnosti HIV.

Datem škodné události je datum diagnostikování rakoviny.

Aplastická anémie

Aplastickou anémií se rozumí chronicky přetrvávající selhání kostní dřevě s následnou anémií, neutropenií a trombocytopenií, vyžadující alespoň jeden z následujících druhů léčby:

- a) transfuze krevního produktu;
- b) stimulatory kostní dřevě;
- c) imunosupresivní činidla;
- d) transplantaci kostní dřevě.

Diagnóza musí být potvrzena hematologem.

Datem škodné události je datum diagnostikování aplastické anémie lékařem specialistou. Léčba musí být provedena na území zemí EU a musí být předem písemnou formou schválena pojistitelem. V případě, že pojištěný tuto podmínku nesplní, není pojistitel povinen plnit.

Nezhoubný mozkový nádor

Nezhoubný mozkový nádor je mozkový nádor způsobující charakteristické příznaky zvýšeného nitrolebního tlaku jako např. otok papily, mentální syndromy, záchvaty a snížení motorické nebo senzorické schopnosti s následným život ohrožujícím a/nebo trvalým neurologickým deficitem. Diagnóza musí být potvrzena specialistou neurologem. Přítomnost výchozího nádoru musí být potvrzena zobrazovací technikou jako např. CT skenem nebo MRI. Pojistná ochrana se nevztahuje na cysty, kalcifikace, granulomy, malformace v tepnách či žilách nebo tepen a žil mozku, hematomy a nádory hypofýzy nebo míchy. Datem škodné události je datum diagnostikování nezhoubného mozkového nádoru lékařem specialistou.

Mrtvice (cerebrovaskulární příhoda)

Mrtvicí se rozumí náhlý vznik ložiska neurologického deficitu následkem cerebrovaskulární příhody, včetně infarktu mozkové tkáňe, krvácení z nitrolebních cév nebo embolizace, způsobený mimolebními zdroji, se všemi následujícími důsledky:

- symptomy přetrvávající déle než 24 hodin;
- permanentní ztráta motorických a senzorických funkcí nebo ztráta řeči a
- trvalý neurologický deficit.

Neurolog musí předložit nálezy dokládající trvalý neurologický deficit ne dříve než 180 dnů od data výskytu, přičemž pojistnou událost nelze ohlásit dříve. Pojistné události musí být potvrzeny zobrazovacími studii typu CT nebo MRI.

Pojistná ochrana se nevztahuje na následující stav:

- tranzitorní ischemická ataka;
- incidenty, které jsou důsledkem změn v paměti nebo osobnosti;
- cerebrální symptomy způsobené migrénou;
- cerebrální zranění způsobená traumatem nebo hypoxií;
- ischemická cévní choroba postihující oko, oční nerv nebo vestibulární systém.

Datem škodné události je datum diagnostikování mrtvice.

Encefalitida

Encefalitidou se rozumí vážný zánět mozkové tkáňe (cerebrální hemisféry, mozkového kmene nebo mozečku) zpravidla doprovázený virovou nebo bakteriální infekcí s následným signifikantním trvalým neurologickým deficitem potvrzený a přetrvávající nejméně 180 dnů od data výskytu.

Datem škodné události je datum diagnostikování encefalitidy lékařem specialistou.

Bakteriální meningitida

Bakteriální meningitidou se rozumí onemocnění způsobující zánět blan pokrývajících mozek nebo míchu. Průkazný trvalý neurologický deficit musí být potvrzen specialistou neurologem a tento stav musí být lékařsky zdokumentován po dobu nejméně 90 dnů. K doložení diagnózy bakteriální meningitidy je třeba výsledku z lumbální punkce mozkomíšni tekutiny.

Datem škodné události je datum diagnostikování bakteriální meningitidy lékařem specialistou.

Paralýza

Paralýzou se rozumí trvalá a úplná ztráta funkcí dvou nebo více končetin následkem úrazu nebo nemoci míchy nebo mozku (končetina je definována jako celá paže nebo celá noha). Postižení musí být trvalé a musí přetrvávat minimálně po dobu 180 po sobě jdoucích dnů od data vzniku a musí být prokázáno příslušnými neurologickými nálezy. Datem škodné události je datum diagnostikování paralýzy lékařem specialistou.

Demence včetně Alzheimerovy choroby / nezvratná organická degenerativní

Demenci včetně Alzheimerovy choroby se rozumí onemocnění způsobující zhoršení duševní kapacity anebo abnormální chování v důsledku nezvratného globálního selhání funkcí mozku prokázané klinickým stavem a uznávaným standardizovaným dotazníkem nebo testy, a to v důsledku Alzheimerovy choroby nebo nezvratné organické poruchy mozku, s výjimkou neuroózy, psychiatrické choroby a jakékoliv poruchy spojené s užíváním alkoholu či drog, jehož důsledkem je podstatné snížení mentálních a společenských funkcí vyžadující stálý dohled. Diagnóza musí být klinicky potvrzena příslušným specialistou a musí splňovat minimální následující kritéria:

- celková atropie kúry mozkové potvrzená na CT nebo na MRI a
- trvalá neschopnost pojištěného vykonávat bez cizí pomoci nejméně tři z „činností běžného života“, potvrzená a přetrvávající alespoň 180 dnů po datu výskytu.

Pojištění tohoto onemocnění zaniká uplynutím pojistné doby nebo nejpozději dovršením 60 let věku pojištěného.

Datem škodné události je datum diagnostikování demence včetně Alzheimerovy choroby.

Parkinsonova nemoc

Parkinsonova nemoc je pozvolna postupující degenerativní onemocnění centrálního nervového systému následkem ztráty pigment obsahujících neuronů mozku (substantia-nigra). Pojistitel vyžaduje jednoznačné doložení diagnózy Parkinsonovy nemoci specialistou neurologem potvrzující, že stav nelze léčit medikamentózně a že onemocnění vykazuje postupné zhoršování stavu pojištěného. Dále musí vyhodnocení schopnosti vykonávat činnosti běžného života potvrdit trvalou neschopnost pojištěného vykonávat bez cizí pomoci alespoň tři z „činností běžného života“. Tento stav musí být potvrzen lékařem specialistou a musí přetrvávat alespoň 180 po sobě následujících dní od data výskytu onemocnění. Pojištění se vztahuje pouze na idiopatickou Parkinsonovu chorobu. Pojištění se nevztahuje na Parkinsonovu nemoc způsobenou drogami, toxickými látkami či jinými příčinami.

Datem škodné události je datum diagnostikování Parkinsonovy nemoci.

Roztroušená skleróza

Roztroušená skleróza (sclerosis multiplex) je charakterizována oblastmi demyelinizace (úbytkem myelinu v nervových vláknech). Diagnóza musí být stanovena specializovaným neurologem a musí být potvrzena výsledky CT nebo MRI anebo lézemi centrálního nervového systému. Pojistná ochrana se nevztahuje na onemocnění centrálního nervového systému z jiných příčin (např. nemoci cévní, bakteriální nebo virové). Lékařská dokumentace onemocnění vystavená neurologem musí stanovit trvalý neurologický deficit, který byl diagnostikován nejdříve po 180 dnech od data prvního výskytu onemocnění. Datem škodné události je datum diagnostikování roztroušené sklerózy.

Selhání ledvin

Selhání ledvin je renální selhání v konečné fázi definované jako chronické, nezvratné selhání funkcí obou ledvin, jehož následkem byla indikována pravidelná a dlouhodobá renální dialýza.

Datem škodné události je datum diagnostikování selhání ledvin.

Systemic Lupus Erythematosus

Jednoznačná diagnóza onemocnění Systemic Lupus Erythematosus musí být potvrzena specializovaným lékařem podle mezinárodně uznávaných kritérií, včetně „American College of Rheumatology revised criteria for the diagnosis of systemic lupus erythematosus“ (Revidovaná kritéria American College of Rheumatology pro diagnózu systemic lupus erythematosus). Navíc musí existovat zřetelné příznaky srdečního, neurologického či ledvinového postižení.

Datem škodné události je datum diagnostikování onemocnění Systemic Lupus Erythematosus.

Závažná onemocnění (TDDZ1) – uvedené diagnózy se vztahují na pojistné události, ke kterým dojde do 18 let věku pojištěného

Transplantace životně důležitých orgánů

Transplantací životně důležitých orgánů se rozumí to, že se pojištěný podrobil transplantaci orgánů z člověka na člověka:

- lidské kostní dřeň s použitím hematopoietických kmenových buněk a s předchozí úplnou ablací kostní dřeně nebo
- jednoho z následujících lidských orgánů: srdce, plíce, játra, ledviny nebo slinivka následkem nezvratného selhání daného orgánu v konečné fázi.

Transplantace musí být lékařsky nezbytná a založená na objektivním potvrzení selhání daného orgánu. Pojistná ochrana se nevztahuje na transplantace jiných orgánů, částí orgánů nebo jakékoliv tkáně nebo transplantace buněk.

Datum škodné události je datum provedení transplantace. Transplantace musí být provedena na území země EU. V případě, že pojištěný tuto podmínku nesplní, není pojišťitel povinen plnit.

HIV

HIV se rozumí diagnóza onemocněním specifikovaným v bodech a), b) nebo c).

a) HIV způsobené transfuzí krve

Pojištěný nakažený lidským imunodeficitním virem (Human Immunodeficiency Virus – HIV) nebo diagnostikovaný jako trpící syndromem získaného imunitního deficitu (Acquired Immune Deficiency Syndrome – AIDS) za splnění následujících podmínek:

- infekce byla způsobena lékařsky nezbytnou transfuzí krve poskytnutou po datu počátku pojistné smlouvy;
- instituce, která transfuzi provedla, přiznala odpovědnost;
- infikovaný pojištěný není hemofilik;
- sérokonverze na infekci HIV musí nastat do šesti měsíců po transfuzi;
- přítomnost HIV musí být prokázána uznanou laboratoří.

b) HIV z výkonu zaměstnání

Pojištěný, který se nakazil lidským imunodeficitním virem v důsledku poranění náhodným vpichem jehly, ke kterému došlo při výkonu normálních profesních povinností této osoby jako: lékaře či zubního lékaře, zdravotní sestry, zdravotníka, hasiče nebo policisty. Jakákoliv nehoda, ze které vyplývá potenciální pojistná událost, musí nastat v době platnosti pojistné smlouvy a musí být nahlášena pojistovně do sedmi dnů po incidentu a musí být prokázána negativním výsledkem testu na HIV protilátky, který byl proveden po nehodě. K sérokonverzi na HIV musí dojít do šesti měsíců od incidentu.

c) HIV získané při transplantaci orgánů

Pojištěný, který se nakazil lidským imunodeficitním virem při transplantaci orgánu, který byl před operací nakažen virem AIDS, za předpokladu, že instituce, která transplantaci provedla, přiznala odpovědnost. Nárok na pojistné plnění nenastane, pokud se naleznou léčebná metoda na AIDS nebo na vlivy viru HIV nebo pokud se vyvine léčba, která povede k prevenci výskytu AIDS. Pojistná ochrana se nevztahuje na infekce jakéhokoliv jiného druhu, včetně infekcí způsobených sexuálními aktivitami nebo zneužitím nitrožilních drog. Pojistovna musí mít volný přístup ke všem vzorkům krve a je oprávněna si nechat odebrat nezávislé testy těchto vzorků krve.

Datum škodné události je datum diagnostikování HIV.

Krvácivá horečka Ebola

Pojistnou událostí je diagnostikování krvácivé horečky způsobené virem Ebola. Konečná diagnóza horečky Ebola musí být potvrzena lékařem specialistou a laboratorními testy. Onemocnění musí být rovněž doprovázeno komplikacemi v podobě infekce trvající déle než 30 dnů po datu prvního výskytu příznaků onemocnění. Datum škodné události je datum diagnostikování krvácivé horečky Ebola.

Ztráta končetin / Ztráta končetin nebo zraku

Ztráta končetin:

Pojistnou událostí je úplná a nezvratná ztráta schopnosti používání dvou nebo více končetin následkem úrazu. Tento stav zahrnuje ztrátu nebo nemožnost používání obou rukou nebo obou chodidel nebo nemožnost používání jedné ruky a jednoho chodidla.

Ztráta končetin nebo zraku:

Pojistnou událostí je úplná a nezvratná ztráta nebo nemožnost používání kterékoli z následujících částí těla nebo orgánů:

- používání obou rukou nebo obou chodidel;
- zraku obou očí;
- jedné ruky a jednoho chodidla;
- používání jedné ruky a zraku jednoho oka;
- používání jednoho chodidla a zraku jednoho oka.

Datum škodné události je datum úrazu, při kterém dojde ke ztrátě končetin a/nebo ztrátě zraku.

Popáleniny velkého rozsahu

Popáleninami velkého rozsahu se rozumí zranění způsobená termickými, elektrickými nebo chemickými látkami způsobující popáleniny třetího stupně nebo popáleniny plné tloušťky na minimálně 20 % povrchu těla (měřeno podle Pravidla 9 Lundovy nebo Browderovy mapy povrchu těla). Popáleninami třetího stupně se rozumí popáleniny v plné tloušťce epitelálních prvků kůže vyžadující štěp.

Datum škodné události je datum úrazu, při kterém došlo k popáleninám velkého rozsahu.

Závažná onemocnění (TDDZ1) – uvedené diagnózy se vztahují na pojistné události, ke kterým dojde po dovršení 18 let věku pojištěného

Infarkt

Infarktem se rozumí odumření části srdečního svalu, způsobené nedostatečným přívodem krve do příslušných oblastí. Nárok na plnění vznikne, pokud budou splněna všechna čtyři následující kritéria:

- anamnéza typických bolestí na prsou;
- potvrzené nové změny na EKG diagnostické pro myokardiální nekrózu;
- diagnostická elevace kardiálních enzymů nebo troponinů, zaznamenaných na následujících úrovních nebo vyšších: Troponin T > 1,0 ng/ml Accu TnI > 0,5 ng/ml, nebo ekvivalentní prahy podle jiných metod Troponin I;
- průkaz poruchy stažlivosti svaloviny myokardu při echokardiografickém vyšetření.

Dále musí být dodán důkaz prokazující transmurální akutní infarkt myokardu. Diagnóza musí být potvrzena specialistou kardiologem.

Pojistná ochrana se nevztahuje na anginu pectoris a jiné akutní koronární syndromy. Datum škodné události je datum, ke kterému byla stanovena diagnóza prvního výskytu akutního infarktu myokardu odborným lékařem kardiologem.

Operace srdeční chlopně

Operací srdeční chlopně se rozumí kardiologický zákrok nebo oprava jedné či více srdečních chlopní z důvodu vad nebo abnormalit srdeční chlopně. Pojistná ochrana se nevztahuje na veškeré nekardiologické zákroky a výměny chlopníových protěz. Diagnóza abnormality srdeční chlopně musí být potvrzena srdeční katetrizací nebo na EKG a zákrok musí být specialistou kardiologem prohlášen za lékařsky nezbytný.

Datum škodné události je datum provedení operace. Operace musí být provedena

Slepot

Slepotou se rozumí úplná a nezvratná ztráta zraku obou očí v důsledku nemoci nebo zranění. Slepotu musí být nekorigovatelná lékařskými zákroky. K doložení diagnózy jsou vyžadovány lékařské zprávy od oftalmologa určeného pojistitelem prokazující tuto diagnózu.

Datum škodné události je datum diagnostikování slepoty.

Hluchota

Hluchotou se rozumí úplná ztráta schopnosti slyšet jakékoliv vnější zvuky v obou uších. Lékařské prokázání diagnózy musí být potvrzeno lékařem specialistou na ORL a musí obsahovat audiometrický a prahový zvukový test. Nárok na plnění vzniká, pokud by použití jakékoli sluchové pomůcky, zařízení nebo implantátu vedlo k částečné nebo plně obnově sluchu.

Datum škodné události je datum diagnostikování hluchoty.

Ztráta řeči

Ztrátou řeči se rozumí úplná, trvalá a nezvratná ztráta schopnosti mluvit následkem zranění nebo nemoci, která přetrvává nepřetržitě po dobu 12 měsíců. Lékařská zpráva musí prokazovat tuto diagnózu a musí být potvrzena příslušným specialistou na choroby ORL a potvrzovat poranění či chorobu hlasivek způsobující ztrátu řeči. Pojistná ochrana se nevztahuje na veškeré s psychiatrií související příčiny. Stav musí být neléčitelný lékařským zákrokem.

Datum škodné události je datum diagnostikování ztráty řeči.

Kóma

Kóma je stav bezvědomí bez reakce na externí stimuly nebo interní potřeby přetrvávající nepřetržitě za použití podpůrného systému životních funkcí po dobu nejméně jednoho měsíce, s následným trvalým neurologickým deficitem. Diagnóza musí být potvrzena specialistou neurologem. Pojistná ochrana se nevztahuje na kóma způsobené alkoholem, drogami nebo zneužíváním léků. Datum škodné události je datum diagnostikování kómatu.

Diabetes mellitus I. typu

Diabetes s intenzifikovaným inzulínovým režimem (závislý na inzulinu) pro děti od tří let věku. Diabetem se rozumí získané chronické onemocnění, v jehož důsledku vznikne stav chronické hyperglykémie. Podmínkou vzniku pojistné události je doložení lékařské zprávy pojistiteli s potvrzenou diagnózou diabetes mellitus I. typu, která pro svou závažnost vyžaduje léčení pravidelnými aplikacemi inzulínových injekcí, přičemž tato léčba již trvá po dobu minimálně tří měsíců. Z pojistné ochrany je vyloučen diabetes mellitus II. typu vzniklý na základě obezity.

Epilepsie

Epilepsii se rozumí záchvatovitá přechodná porucha mozkové činnosti, která se projevuje poruchou vědomí. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby provedené EEG vyšetření vykazovalo patologickou epileptickou aktivitu mozku a zároveň byl splněn následující požadavek:

- více než jeden záchvat tonicko-klonických křečí postihující všechny kosterní svaly a současná porucha vědomí (grand mal) častěji než jedenkrát za 30 dnů po dobu více než 12 měsíců.

Po celou dobu musí být pojištěné dítě odpovídajícím způsobem léčeno (antiepileptiky) a záchvaty musí být dokumentovány lékařskými zprávami.

Revmatická horečka

Revmatickou horečkou se rozumí revmatická horečka s přetrvávajícími srdečními komplikacemi. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby onemocnění vedlo k trvalému chronickému srdečnímu selhání, které dosahuje stupně II nebo vyššího podle NYHA klasifikace po dobu nejméně 6 měsíců, a přes náležitou léčbu nelze očekávat zlepšení. Diagnóza revmatické horečky musí být potvrzena kardiologem a musí být prokázáno splnění všech diagnostických kritérií podle Jonese. Pojistná událost nenastává, trpělo-li pojištěné dítě chlopenní vadou jakéhokoliv původu před počátkem pojištění DDZ.

Poliomyelitida (dětská obrna)

Pojistnou událostí je jednoznačné stanovení diagnózy poliomyelitidy specialistou neurologem. Poliomyelitidou se rozumí infekce virem dětské obrny s následnou paralytickou nemocí provázenou sníženými motorickými funkcemi nebo respirační slabostí. Tento stav musí být lékařsky zdokumentován po dobu nejméně třech měsíců. Případy neprovázené paralizací nejsou považovány za poliomyelitidu. Na jiné příčiny paralizy se pojistná ochrana nevztahuje.

Datum škodné události je datum diagnostikování poliomyelitidy lékařem specialistou.

na území země EU a schválena předem písemnou formou pojistitelem. V případě, že pojištěný tuto podmínku nesplní, není pojišťitel povinen plnit.

Chirurgický zásah – koronární by-pass

Koronárním by-passem se rozumí podstoupení kardiologického zákroku operace srdce za účelem koronární zúžení nebo uzavření dvou či více koronárních tepen pomocí by-passového štěpu. Pojistná ochrana se nevztahuje na perkutánní koronární intervence jako např. angioplastika a veškeré jiné intraarteriální na katétru založené techniky nebo laserové zákroky. Zásah musí být specialistou kardiologem prohlášen za lékařsky nezbytný. Datum škodné události je datum provedení operace. Operace musí být provedena na území země EU a musí být předem schválena písemnou formou pojistitelem. V případě, že pojištěný tuto podmínku nesplní, není pojišťitel povinen plnit.

Operace aorty

Operací aorty se rozumí podstoupení operace prostřednictvím thorakotomie nebo laparotomie z důvodu onemocnění aorty vyžadujícího opravu nebo chirurgickou výměnu nemocné aorty štěpem. Pro účely této definice se aortou rozumí hrudní a břišní aorta, nikoliv však její větve. Pojistná ochrana se nevztahuje na traumatická zranění aorty a chirurgické zákroky provedené použitím nitrožilní techniky. Operace musí být provedena na základě doporučení lékaře specialisty kardiologa. Datum škodné události je datum provedení operace. Operace musí být provedena na území země EU a schválena předem písemnou formou pojistitelem. V případě, že pojištěný tuto podmínku nesplní, není pojišťitel povinen plnit.

Rakoviny

Rakovinu se rozumí přítomnost zhoubného nádoru charakterizovaná nekontrolovatelným bujením a rozšiřováním maligních buněk a invazí a destrukcí normální tkáně. Diagnóza rakoviny musí být stanovena lékařem specialistou onkologem nebo patologem a prokázána histologickými nálezy malignity.

Pojistná ochrana se nevztahuje na:

- nádory in situ vykazující maligní změny karcinomu (včetně poševní dysplazie CIN-1, CIN-2 a CIN-3), nebo které byly histologicky popsány jako premaligní nebo neinvazivní nádory;
- veškeré rakoviny pokožky včetně hyperkeratosy, bazální buněčné karcinomy a melanomy ve stádiu 1A nebo nižším dle klasifikace TNM (maximální tloušťka $\leq 1,0$ mm, bez ulcerace) podle nové klasifikace „American Joint Committee of Cancer“ (Amerického společného výboru pro rakovinu) z roku 2002;
- život neohrožující rakoviny jako např. rakovina prostaty, které byly histologicky popsány jako T1(a) nebo T1(b), ale nikoliv T1(c) podle TNM klasifikace, nebo stejné či nižší podle jiné klasifikace, papilární mikrokarcinomy štítné žlázy nebo močového měchýře nižšího stadia než T2N0M0 bez metastáz, chronická lymfatická leukémie nižší než RA1 ve stadiu 1, Hodgkinova nemoc ve stadiu 1;
- jakoukoliv rakovinu za přítomnosti HIV.

Datem škodné události je datum diagnostikování rakoviny.

Aplastická anémie

Aplastickou anémii se rozumí chronicky přetrvávající selhání kostní dřeně s následnou anémií, neutropenií a trombocytopenií, vyžadující alespoň jeden z následujících druhů léčby:

- transfúze krevního produktu;
- stimulátory kostní dřeně;
- imunosupresivní činidla;
- transplantaci kostní dřeně.

Diagnóza musí být potvrzena hematologem.

Datem škodné události je datum diagnostikování aplastické anémie lékařem specialistou. Léčba musí být provedena na území země EU a musí být předem písemnou formou schválena pojistitelem. V případě, že pojistěný tuto podmínku nesplní, není pojistitel povinen plnit.

Nezhoubný mozkový nádor

Nezhoubný mozkový nádor je mozkový nádor způsobující charakteristické příznaky zvýšeného nitrolebního tlaku jako např. otok papily, mentální syndromy, záchvaty a snížení motorické nebo senzorické schopnosti s následným život ohrožujícím a/nebo trvalým neurologickým deficitem. Diagnóza musí být potvrzena specialistou neurologem. Přítomnost vychozího nádoru musí být potvrzena zobrazovací technikou jako např. CT skenem nebo MRI. Pojistná ochrana se nevztahuje na cysty, kalcifikace, granulomy, malformace v tepnách či žilách nebo tepen a žil mozku, hematomy a nádory hypofýzy nebo míchy. Datem škodné události je datum diagnostikování nezhoubného mozkového nádoru lékařem specialistou.

Mrtvice (cerebrovaskulární příhoda)

Mrtvici se rozumí náhlý vznik ložiska neurologického deficitu následkem cerebrovaskulární příhody, včetně infarktu mozkové tkáně, krvácení z nitrolebních cév nebo embolizace, způsobený mimolebnními zdroji, se všemi následujícími důsledky:

- symptomy přetrvávající déle než 24 hodin;
- permanentní ztráta motorických a senzorických funkcí nebo ztráta řeči a
- trvalý neurologický deficit.

Neurolog musí předložit nálezy dokládající trvalý neurologický deficit ne dříve než 180 dnů od data výskytu, přičemž pojistnou událost nelze ohlásit dříve. Pojistné události musí být potvrzeny zobrazovacími studiemi typu CT nebo MRI.

Pojistná ochrana se nevztahuje na následující stavy:

- transitorní ischemická ataka;
- incidenty, které jsou důsledkem změn v paměti nebo osobnosti;
- cerebrální symptomy způsobené migrénou;
- cerebrální zranění způsobená traumatem nebo hypoxií;
- ischemická cévní choroba postihující oko, oční nerv nebo vestibulární systém.

Datem škodné události je datum diagnostikování mrtvice.

Encefalitida

Encefalitidou se rozumí vážný zánět mozkové tkáně (cerebrální hemisféry, mozkového kmene nebo mozečku) zpravidla doprovázený virovou nebo bakteriální infekcí s následným signifikantním trvalým neurologickým deficitem potvrzený a přetrvávající nejméně 180 dnů od data výskytu.

Datem škodné události je datum diagnostikování encefalitidy lékařem specialistou.

Bakteriální meningitida

Bakteriální meningitidou se rozumí onemocnění způsobující zánět blan pokrývajících mozek nebo míchu. Průkazný trvalý neurologický deficit musí být potvrzen specialistou neurologem a tento stav musí být lékařsky zdokumentován po dobu nejméně 90 dnů.

K doložení diagnózy bakteriální meningitidy je třeba výsledku z lumbální punkce mozkomošní tekutiny.

Datem škodné události je datum diagnostikování bakteriální meningitidy lékařem specialistou.

Paralýza

Paralýzou se rozumí trvalá a úplná ztráta funkcí dvou nebo více končetin následkem úrazu nebo nemoci míchy nebo mozku (končetina je definována jako celá paže nebo celá noha). Postižení musí být trvalé a musí přetrvávat minimálně po dobu 180 po době jdoucích dnů od data vzniku a musí být prokázáno příslušnými neurologickými nálezy. Datem škodné události je datum diagnostikování paralýzy lékařem specialistou.

Demence včetně Alzheimerovy choroby / nezvratná organická degenerativní porucha mozku

Demenci včetně Alzheimerovy choroby se rozumí zhoršení nebo ztráta duševní kapacity anebo abnormální chování v důsledku nezvratného globálního selhání funkcí mozku prokázané klinickým stavem a uznaným standardizovaným dotazníkem nebo testy, a to v důsledku Alzheimerovy choroby nebo nezvratné organické poruchy mozku, s výjimkou neurozy, psychiatrické choroby a jakékoliv poruchy spojené s užíváním alkoholu či drog, jehož důsledkem je podstatné snížení mentálních a společenských funkcí vyžadující stálý dohled. Diagnóza musí být klinicky potvrzena příslušným specialistou a musí splňovat minimálně následující kritéria:

- celková atropie kúry mozkové potvrzená na CT nebo na MRI a
- trvalá neschopnost pojištěného vykonávat bez cizí pomoci nejméně tři z „činností běžného života“, potvrzená a přetrvávající alespoň 180 dnů po datu výskytu.

Pojistěný tohoto onemocnění zaniká uplynutím pojistné doby nebo nejpozději dovršením 60 let věku pojištěného.

Datem škodné události je datum diagnostikování demence včetně Alzheimerovy choroby.

Parkinsonova nemoc

Parkinsonova nemoc je pozvolna postupující degenerativní onemocnění centrálního nervového systému následkem ztráty pigment obsahujících neuronů mozku (substantia-nigra). Pojistitel vyžaduje jednoznačné doložení diagnózy Parkinsonovy nemoci specialistou neurologem potvrzující, že stav nelze léčit medikamentózně a že onemocnění vyžaduje postupné zhoršování stavu pojištěného. Dále musí vyhodnocení schopností vykonávat činnosti běžného života potvrdit trvalou neschopnost pojištěného vykonávat bez cizí pomoci alespoň tři z „činností běžného života“. Tento stav musí být potvrzen lékařem specialistou a musí přetrvávat alespoň 180 po sobě následujících dní od data výskytu onemocnění. Pojištění se vztahuje pouze na idiopatickou Parkinsonovu chorobu. Pojištění se nevztahuje na Parkinsonovu nemoc způsobenou drogami, toxickými látkami či jinými příčinami.

Datem škodné události je datum diagnostikování Parkinsonovy nemoci.

Roztroušená skleróza

Roztroušená skleróza (sclerosis multiplex) je charakterizována oblastmi demyelinizace (úbytkem myelinu v nervových vláknech). Diagnóza musí být stanovena specializovaným neurologem a musí být potvrzena výsledky CT nebo MRI nebo lézemi centrálního nervového systému. Pojistná ochrana se nevztahuje na onemocnění centrálního nervového systému z jiných příčin (např. nemoci cévní, bakteriální nebo virové). Lékařská dokumentace onemocnění vystavená neurologem musí stanovovat trvalý neurologický deficit, který byl diagnostikován nejdříve po 180 dnech od data prvotního výskytu onemocnění. Datem škodné události je datum diagnostikování roztroušené sklerózy.

Selhání ledvin

Selhání ledvin je renální selhání v konečné fázi definované jako chronické, nezvratné selhání funkcí obou ledvin, jehož následkem byla indikována pravidelná a dlouhodobá renální dialýza.

Datem škodné události je datum diagnostikování selhání ledvin.

Systemic Lupus Erythematosus

Jednoznačná diagnóza onemocnění Systemic Lupus Erythematosus musí být potvrzena specializovaným lékařem podle mezinárodně uznávaných kritérií, včetně „American College of Rheumatology revised criteria for the diagnosis of systemic lupus erythematosus“ (Revidovaná kritéria American College of Rheumatology pro diagnózu systemic lupus erythematosus). Navíc musí existovat zřetelné příznaky srdečního, neurologického či ledvinového postižení.

Datem škodné události je datum diagnostikování onemocnění Systemic Lupus Erythematosus.

Transplantace životně důležitých orgánů

Transplantaci životně důležitých orgánů se rozumí to, že se pojištěný podrobil transplantaci orgánů z člověka na člověka:

- lidské kostní dřeně s použitím hematopoietických kmenových buněk a s předchozí úplnou ablací kostní dřeně nebo
- jednoho z následujících lidských orgánů: srdce, plíce, játra, ledviny nebo slinivka následkem nezvratného selhání daného orgánu v konečné fázi.

Transplantace musí být lékařsky nezbytná a založená na objektivním potvrzení selhání daného orgánu. Pojistná ochrana se nevztahuje na transplantace jiných orgánů, částí orgánů nebo jakékoliv tkáně nebo transplantace buněk.

Datem škodné události je datum provedení transplantace. Transplantace musí být provedena na území země EU. V případě, že pojištěný tuto podmínku nesplní, není pojistitel povinen plnit.

HIV

HIV se rozumí diagnóza onemocnění specifikovaná v bodech a), b) nebo c).

a) HIV způsobené transfúzí krve

Pojištěný nakazený lidským imunodeficitním virem (Human Immunodeficiency Virus – HIV) nebo diagnostikovaný jako trpící syndromem získaného imunitního deficitu (Acquired Immune Deficiency Syndrome – AIDS) za splnění následujících podmínek:

- infekce byla způsobena lékařsky nezbytnou transfúzí krve poskytnutou po datu počátku pojistné smlouvy;
- instituce, která transfúzi provedla, přiznala odpovědnost;
- infikovaný pojištěný není hemofilik;
- sérokonverze na infekci HIV musí nastat do šesti měsíců po transfúzi;
- přítomnost HIV musí být prokázána uznanou laboratoří.

b) HIV z výkonu zaměstnání

Pojištěný, který se nakazil lidským imunodeficitním virem v důsledku poranění náhodným vpichem jehly, ke kterému došlo při výkonu normálních profesních povinností této osoby jako: lékaře či zubního lékaře, zdravotní sestry, zdravotníka, hasiče nebo policisty. Jakákoliv nehoda, ze které vyplýve potenciální pojistná událost, musí nastat v době platnosti pojistné smlouvy a musí být nahlášena pojistovně do sedmi dnů po incidentu a musí být prokázána negativním výsledkem testu na HIV protilátky, který byl proveden po nehodě. K sérokonverzi na HIV musí dojít do šesti měsíců od incidentu.

c) HIV získané při transplantaci orgánů

Pojištěný, který se nakazil lidským imunodeficitním virem při transplantaci orgánu, který byl před operací nakažen virem AIDS, za předpokladu, že instituce, která transplantaci provedla, přiznala odpovědnost.

Nárok na pojistné plnění nenastane, pokud se nalezne léčebná metoda na AIDS nebo na vlivy viru HIV nebo pokud se vyvine léčba, která povede k prevenci výskytu AIDS.

Pojistná ochrana se nevztahuje na infekce jakéhokoliv jiného druhu, včetně infekcí způsobených sexuálními aktivitami nebo zneužitím nitrožilních drog. Pojistovna musí mít volný přístup ke všem vzorkům krve a je oprávněna si nechat udělat nezávislé testy těchto vzorků krve.

Datem škodné události je datum diagnostikování HIV.

Krvácivá horečka Ebola

Pojistnou událostí je diagnostikování krvácivé horečky způsobené virem Ebola. Konečná diagnóza horečky Ebola musí být potvrzena lékařem specialistou a laboratorními testy. Onemocnění musí být rovněž doprovázeno komplikacemi v podobě infekce trvající déle než 30 dnů po datu prvotního výskytu příznaků onemocnění.

Datem škodné události je datum diagnostikování krvácivé horečky Ebola.

Ztráta končetin / Ztráta končetin nebo zraku**Ztráta končetin:**

Pojistnou událostí je úplná a nezvratná ztráta schopnosti používání dvou nebo více končetin následkem úrazu. Tento stav zahrnuje ztrátu nebo nemožnost používání obou rukou nebo obou chodidel nebo nemožnost používání jedné ruky a jednoho chodidla.

Závažná onemocnění (TDDZ1) – uvedené diagnózy se vztahují na pojistné události, ke kterým dojde po dovršení 18 let věku pojištěného**Ztráta končetin nebo zraku:**

Pojistnou událostí je úplná a nezvratná ztráta nebo nemožnost používání kterékoli z následujících částí těla nebo orgánů:

- používání obou rukou nebo obou chodidel;
- zraku obou očí;
- jedné ruky a jednoho chodidla;
- používání jedné ruky a zraku jednoho oka;
- používání jednoho chodidla a zraku jednoho oka.

Datem škodné události je datum úrazu, při kterém dojde ke ztrátě končetin a/nebo ztrátě zraku.

Popáleniny velkého rozsahu

Popáleninami velkého rozsahu se rozumí zranění způsobená termickými, elektrickými nebo chemickými látkami způsobující popáleniny třetího stupně nebo popáleniny plně tloušťky na minimálně 20 % povrchu těla (měřeno podle Pravidla 9 Lundovy nebo Browderovy mapy povrchu těla). Popáleninami třetího stupně se rozumí popáleniny v plně tloušťce epitelálních prvků kůže vyžadující štěp.

Datem škodné události je datum úrazu, při kterém došlo k popáleninám velkého rozsahu.

Slepota

Slepotou se rozumí úplná a nezvratná ztráta zraku obou očí v důsledku nemoci nebo zranění. Slepotu musí být nekorigovatelná lékařskými zákroky. K doložení diagnózy jsou vyžadovány lékařské zprávy od oftalmologa určeného pojistitelem prokazující tuto diagnózu.

Datem škodné události je datum diagnostikování slepoty.

Hluchota

Hluchotou se rozumí úplná ztráta schopnosti slyšet jakékoliv vnější zvuky v obou uších. Lékařské prokázání diagnózy musí být potvrzeno lékařem specialistou na ORL a musí obsahovat audiometrický a prahový zvukový test. Nárok na plnění nevzniká, pokud by použití jakékoli sluchové pomůcky, zařízení nebo implantátu vedlo k částečné nebo plně obnově sluchu.

Datem škodné události je datum diagnostikování hluchoty.

Ztráta řeči

Ztrátou řeči se rozumí úplná, trvalá a nezvratná ztráta schopnosti mluvit následkem zranění nebo nemoci, která přetrvává nepřetržitě po dobu 12 měsíců. Lékařská zpráva musí prokazovat tuto diagnózu a musí být potvrzena příslušným specialistou na choroby ORL a potvrzovat poranění či chorobu hlasivek způsobující ztrátu řeči. Pojistná ochrana se nevztahuje na veškeré s psychiatrií související příčiny. Stav musí být neléčitelný lékařským zákrokem.

Datem škodné události je datum diagnostikování ztráty řeči.

Kóma

Kóma je stav bezvědomí bez reakce na externí stimuly nebo interní potřeby přetrvávající nepřetržitě za použití podpůrného systému životních funkcí po dobu nejméně jednoho měsíce, s následným trvalým neurologickým deficitem. Diagnóza musí být potvrzena specialistou neurologem. Pojistná ochrana se nevztahuje na kóma způsobené alkoholem, drogami nebo zneužíváním léků. Datem škodné události je diagnostikování kómatu.

Amyotofická laterální skleróza

Diagnóza musí být potvrzena klinickým neurologickým vyšetřením včetně uvedení nálezu EMG vyšetření a nálezu MR mozku a krční míchy, eventuálně vyšetřením mozkomíšního moku.

Ruptura aneuryzmatu mozkové tepny

Rupturu aneuryzmatu mozkové tepny, tj. průtržení vřídla mozkové tepny s následkem nitrolebního krvácení. Musí být prokázáno trvalé objektivně zjištěné neurologické postižení doložené objektivním nálezem lékaře specialisty v oboru neurologie, a to nejdříve šest měsíců po stanovení diagnózy.

II. Tabulka hodnocení stupně invalidity pro trvalé následky úrazu (TTNU)

Hlava			
001 Skalpace hlavy úplná (nošení paruky nutné)		042 Porucha okohybných nervů nebo porucha rovnováhy okohybných svalů podle stupně	do 25 %
– u žen	30 %	Omezení zorného pole následkem úrazu	
– u mužů	od 10 do 20 %	043 Koncentrické omezení – hodnocení	dle přílohy č. 2
002 Skalpace částečná	do 10 %	044 Ostatní omezení – hodnocení	dle přílohy č. 3
Defekt v klenbě lební		Porušení průchodnosti slizných cest	
003 do 10 cm ²	do 4 %	045 – na jednom oku	do 5 %
004 více než 10 cm ²	do 10 %	046 – na obou očích	do 8 %
005 Moková píštěl po poranění spodiny lební (likvoreá)	do 10 %	Chybné postavení brv operativně nekorigovatelné	
		047 – na jednom oku	do 5 %
		048 – na obou očích	do 10 %
		049 Rozšíření a ochrnutí zornice u vidoucího oka	do 5 %
		050 Deformace zevního segmentu oka a jeho okolí – nezávisle od poruchy visu pro každé oko	do 3 %
		Lagoftalmus posttraumatický operativně nekorigovatelný	
		051 – jednostranný	do 8 %
		052 – oboustranný	do 12 %
		Porucha akomodace se hodnotí podle stáří, max. do 45 let věku	
		053 – jednostranná	do 5 %
		054 – oboustranná	do 10 %
		055 Ptosa horního víčka/ u vidoucího oka / pokud nekryje zornici	do 3 %
		Ptosa horního víčka/ u vidoucího oka / operativně nekorigovatelná pokud kryje zornici (omezení zorného pole je zahrnuto v položce).	
		056 – jednostranná	do 25 %
		057 – oboustranná	do 60 %
Pouřazová epilepsie		Ucho	
006 – velmi ojedinělé záchvaty	od 20 % do 30 %	Pouřazové omezení sluchu posuzuje odborný lékař a počítá se z ohodnocení pro ztrátu sluchu jednoho ucha.	
007 – ojedinělé záchvaty	od 30 % do 40 %	058 Úplná ztráta sluchu jednoho ucha	15 %
008 – časté záchvaty	od 50 % do 60 %	059 Ztráta sluchu druhého ucha (pokud sluch jednoho byl ztracen již před úrazem)	45 %
009 – velmi časté záchvaty	od 70 % do 100 %	060 Úplná ztráta sluchu obou uší	60 %
010 – bez záchvatů 2-3 roky s nutností medikace	od 10 % do 20 %	061 Ztráta jednoho boltce	do 10 %
011 – bez záchvatů 2-3 roky a bez terapie	0 %	062 Ztráta obou boltců	do 15 %
		063 Porucha labyrintu – jednostranná podle stupně	do 15 %
		064 Porucha labyrintu – oboustranná podle stupně	do 30 %
Organický psychosyndrom		Zuby a dutina ústní	
012 – minimálního stupně	od 5 % do 15 %	065 Úplná ztráta jednoho zubu trvalého chrupu	0,5 %
013 – velmi malého stupně	od 15 % do 30 %	066 Ztráta více zubů trvalého chrupu	do 15 %
014 – mírného stupně	od 30 % do 50 %	067 Ztráta jazyka nebo podstatné části	do 30 %
015 – středního stupně	od 50 % do 80 %	068 Zúžení ústní štěrbinu nebo snížení možnost otevření úst – možné jen přijímání tekutin	do 30 %
016 – vyššího stupně	od 80 % do 100 %	069 Defekt rtů s výtokem slin	do 20 %
017 – nejvyššího stupně	100 %	070 Úplná ztráta chuti	5 %
Poškození hlavových nervů		Krk	
018 Nervus trigeminus kompletní motorický i sensitivní	do 20 %	071 Stav po tracheotomii s trvale zavedenou kanylou	do 50 %
019 Nervus trigeminus sensitivní	od 0 % do 15 %	Zúžení hrtanu nebo průdušnice	
020 Nervus trigeminus sensitivní kožní citlivost	od 0 % do 5 %	072 – lehké	do 10 %
021 Nervus trigeminus motorický	do 10 %	073 – střední	do 15 %
022 Nervus facialis periferní jednostranný	od 10 % do 20 %	074 – těžké	do 30 %
023 Nervus facialis periferní oboustranný	od 20 % do 30 %	075 Ztráta hrtanu	50 %
024 Nervus vestibularis jednostranný	od 0 % do 20 %	076 Úplná ztráta hlasu – následkem poškození ústrojí mluvy	30 %
025 Nervus vestibularis oboustranný	od 50 % do 80 %	077 Píštěl jícnu	do 30 %
026 Ochrnutí měkkého patra jednostranné	do 10 %	Při posuzování trvalých následků u orgánových poranění se hodnotí funkční poškození (omezení). Rozsah anatomické ztráty není rozhodující.	
027 Ochrnutí měkkého patra oboustranné	do 20 %		
028 Nervus recurens jednostranné	od 10 % do 20 %		
029 Nervus recurens oboustranné	od 30 % do 50 %		
030 Nervus accesorius jednostranné	do 23,33 %		
031 Nervus accesorius oboustranné	do 46,66 %		
032 Nervus hypoglossus jednostranné	do 5 %		
033 Nervus hypoglossus oboustranné	do 50 %		
034 Ztráta částí nebo celého nosu – bez poruchy dýchání	do 10 %		
035 Ztráta celého nosu – s neodstranitelnou poruchou dýchání	15 %		
036 Deformace nosu s funkčně významnou poruchou průchodnosti	do 8 %		
037 Ztráta čichu podle rozsahu	do 10 %		
Oko			
Při úplné ztrátě zraku nemůže hodnocení celkových trvalých následků činit na jednom oku více než 35 %, na druhé více než 65 % a na obou očích více než 100 %.			
038 Následky očních zranění, jež měla za následek snížení zrakové ostrosti – hodnocení	dle přílohy č. 1		
039 Anatomická ztráta nebo atrofie oka – připočítává se ke zjištěné hodnotě trvalé zrakové méněčnosti	5 %		
040 Ztráta čočky na jednom oku bez implantace nitrooční čočky a při snášenlivosti kontaktních čoček	do 3 %		
041 Ztráta čočky obou očí bez implantace nitrooční čočky a při snášenlivosti kontaktních čoček	do 6 %		

Hrudník, plíce, srdce

078	Následky poranění plic podle stupně porušení funkce a rozsahu jednostranné	do 40 %
079	Následky poranění plic podle stupně porušení funkce a rozsahu oboustranné	do 80 %
Omezení hybnosti hrudníku a srůsty plic a stěny hrudní klinicky ověřené		
080	– lehkého stupně	do 5 %
081	– středního stupně	do 10 %
082	– těžkého stupně	do 30 %
083	Poruchy srdeční a cévní (pouze po přímém poranění) klinicky ověřené podle stupně porušení	do 80 %

Břícho

084	Poškození břišní stěny provázené poškozením břišního lisu	do 10 %
085	Porušení funkce trávicích orgánů podle stupně poruchy výživy	do 80 %
086	Poškození tlustého střeva nebo konečníku, včetně souvisejících obtíží	do 40 %
087	Ztráta slезiny včetně souvisejících obtíží	10 %

Ústrojí urogenitální

088	Ztráta části ledviny podle stupně poruchy funkce	do 15 %
089	Ztráta jedné ledviny	20 %
090	Ztráta obou ledvin - nutná trvalá dialýza	100 %
091	Poškození ženských pohlavních orgánů	do 10 %
092	Ztráta penisu nebo závažné deformity	do 10 %
093	Ztráta jednoho varlete při intaktním druhém varletě	10 %
Ztráta obou varlat		
094	– do 50 let	30 %
095	– nad 50 let	20 %

Páteř

096	Omezení hybnosti páteře po zlomeninách obratlů bez neurologických příznaků	od 5 % do 30 %
097	Zlomeniny trnů obratlů a příčných výběžků	0 %
Poruchy neurologického charakteru po úraze míchy, míšních plen nebo kořenů (vyloučeny jsou obtíže způsobené vyříznutím ploténky, pokud nesouvisí se současnou zlomeninou přilehlého obratle)		
098	– lehkého stupně	do 10 %
099	– středního stupně	do 40 %
100	– těžkého stupně	do 100 %
101	Transversální léze krční míchy s kvadruplegií	100 %

Páneve

102	Porušení souvislosti pánevního prstence s poruchou statiky páteře a funkce dolních končetin u mužů a u žen do 45 let	do 50 %
103	Porušení souvislosti pánevního prstence s poruchou statiky páteře a funkce dolních končetin u mužů a u žen přes 45 let	do 30 %

Horní končetina**Ramenní kloub a kost paží**

104	Ztráta horní končetiny v ramenním kloubu	70 %
105	Úplná ztuhlost ramenního kloubu v nepříznivém postavení (úplná abdukce, addukce nebo postavení jim blízká)	30 %
106	Úplná ztuhlost ramene v příznivém postavení nebo v postavení jemu blízkém (odtažení 50 st. až 70 st., předpažení 40 st. až 45 st. a vnitřní rotace 20 st.)	25 %
107	Omezení pohyblivosti ramenního kloubu lehkého stupně (vzpažení předpažením, předpažení neúplné nad 135 st.)	do 4 %
108	Omezení pohyblivosti ramenního kloubu středního stupně (vzpažení předpažením do 135 st.)	do 7 %
109	Omezení pohyblivosti ramenního kloubu těžkého stupně (vzpažení předpažením do 90 st.)	do 14 %
110	U omezení pohyblivosti ramenního kloubu lehkého, středního nebo těžkého stupně se při současném omezení pohybů rotačních hodnocení podle bodů 107 až 109 zvyšuje o jednu třetinu.	
111	Habituální vykloubení ramene	do 15 %
112	Plnění podle bodu 111 vylučuje nároky na plnění za dobu nezbytného léčení dalších vymknutí	
113	Nenapravené vykloubení sternoklavikulární kromě případné poruchy funkce	do 2 %
114	Nenapravené vykloubení akromioklavikulární kromě případné poruchy funkce ramenního kloubu	do 4 %
115	Trvalé následky po přetržení dlouhé hlavy dvouhlavého svalu při neporušené funkci ramenního a loketního kloubu	do 3 %

Loketní kloub a předloktí

116	Úplná ztuhlost loketního kloubu v nepříznivém postavení (úplné natažení nebo úplné ohnutí a postavení jim blízká)	25 %
117	Úplná ztuhlost loketního kloubu v příznivém postavení nebo v postaveních jemu blízkých (ohnutí v úhlu 90 až 95 st.)	16 %
118	Omezení pohyblivosti loketního kloubu	do 14 %
119	Úplná ztuhlost kloubů radioulnárních (s nemožností přivrácení nebo odvrácení předloktí)	15 %
120	Omezení přivrácení a odvrácení předloktí	do 12 %
121	Viklavý kloub loketní	do 20 %
122	Ztráta jedné paže do výše nad loket	65 %
123	Ztráta jedné paže do výše pod loket nebo jedné ruky	60 %

Ruka

124	Úplná ztuhlost zápěstí	20 %
125	Pakloub člunkové kosti	do 10 %
126	Omezení pohyblivosti zápěstí lehkého stupně	do 6 %
127	Omezení pohyblivosti zápěstí těžšího stupně	do 18 %

Palec

128	Ztráta koncového článku palce	8 %
129	Ztráta palce se záprstní kostí	20 %
130	Ztráta obou článků palce	16 %
131	Úplná ztuhlost mezičlánekového kloubu palce	6 %
132	Úplná ztuhlost základního kloubu palce	5 %
133	Úplná ztuhlost karpometakarpálního kloubu palce	6 %
134	Porucha úchopové funkce palce při omezení pohyblivosti mezičlánekového kloubu	do 5 %
135	Porucha úchopové funkce palce při omezení pohyblivosti základního kloubu	do 4 %
136	Porucha úchopové funkce palce při omezení pohyblivosti karpometakarpálního kloubu	do 5 %

Ukazovák

137	Ztráta koncového článku ukazováku	3 %
138	Ztráta dvou článků ukazováku	6 %
139	Ztráta ukazováku se záprstní kostí	10 %
140	Úplná ztuhlost všech tří kloubů ukazováku	10 %
141	Porucha úchopové funkce ukazováku; do úplného sevření do dlaně chybí do 6cm	do 8 %
142	Porucha úchopové funkce ukazováku; do úplného sevření do dlaně chybí přes 6cm	do 9 %
143	Nemožnost úplného natažení některého z mezičlánekových kloubů ukazováku při neporušené úchopové funkci	do 1 %
144	Nemožnost úplného natažení základního kloubu ukazováku s poruchou abdukce	do 1,5 %

Prostředník, prsteník a malík

145	Ztráta celého prstu	5 %
146	Ztráta koncového článku jednoho z těchto prstů	2 %
147	Úplná ztuhlost všech tří kloubů jednoho z těchto prstů	5 %
148	Porucha úchopové funkce prstu; do úplného sevření do dlaně chybí do 6cm	do 4 %
149	Porucha úchopové funkce prstu; do úplného sevření do dlaně chybí přes 6cm	do 4,5 %
150	Nemožnost úplného natažení jednoho z mezičlánekových kloubů při neporušené úchopové funkci prstu	do 0,5 %
151	Nemožnost úplného natažení základního kloubu prstu s poruchou abdukce	do 1 %

Dolní končetina

152	Ztráta jedné dolní končetiny v kyčelním kloubu nebo nad polovinu stehna	70 %
153	Ztráta jedné dolní končetiny do poloviny stehna	60 %
154	Ztráta jedné dolní končetiny do poloviny lýtky, nebo jednoho chodidla	50 %
155	Endoprotéza velkého kloubu, mimo hodnocení omezení hybnosti kloubu	15 %
156	Zkrácení jedné dolní končetiny do 2 cm	0 %
157	Zkrácení jedné dolní končetiny do 4 cm	do 5 %
158	Zkrácení jedné dolní končetiny do 6cm	do 15 %
159	Zkrácení jedné dolní končetiny přes 6cm	do 25 %
160	Pouřazové deformity kosti stehenní (zlomeniny zhojené s úchytkou osovou nebo rotační), za každých 5 st. úchytky	4 %
161	Úchytky přes 45 st. se hodnotí jako ztráta končetiny. Při hodnocení osových úchytek nelze současně započítávat relativní zkrácení končetiny.	
162	Úplná ztuhlost kyčelního kloubu	do 35 %
163	Omezení pohyblivosti kyčelního kloubu	do 30 %

Koleno

164	Úplná ztuhlost kolena	30 %
165	Omezení pohyblivosti kolenního kloubu	do 25 %
166	Viklavost kolenního kloubu, při nedostatečnosti jednoho postranního vazy	do 5 %
167	Viklavost kolenního kloubu, při nedostatečnosti jednoho zkrříženého vazy	do 10 %
168	Viklavost kolenního kloubu, je-li nutný ortopedický podpůrný přístroj	do 30 %
169	Trvalé následky po poranění měkkého kolena s příznaky poškození menisku	do 5 %
170	Trvalé následky po operativním výtě jednoho menisku	do 5 %

Bérec

171	Pouřazové deformity bérce vzniklé zhojením zlomeniny v osově nebo rotační úchytky (úchytky musí být prokázány na rgt); za každých 5 st.	3 %
-----	---	-----

Hlezenní kloub

172	Úplná ztuhlost hlezenního kloubu	20 %
173	Omezení pohyblivosti hlezenního kloubu	do 15 %
174	Úplná ztráta pronace a supinace nohy	12 %
175	Omezení pronace a supinace nohy	do 10 %
176	Viklavost hlezenního kloubu	do 15 %
177	Plochá noha nebo vbočená noha vybočená následkem úrazu a jiné pouřazové deformity v oblasti hlezna a nohy	do 20 %

Noha

178	Ztráta celého palce nohy	5 %
179	Ztráta koncového článku palce nohy	2,5 %
180	Ztráta jiného prstu nohy (včetně malíku) – za každý prst	2 %
181	Omezení pohyblivosti mezičlánekového kloubu palce nohy	do 2 %
182	Omezení pohyblivosti základního kloubu palce nohy	do 3 %
183	Porucha funkce kteréhokoliv jiného prstu nohy než palce – za každý prst	do 1 %

Poranění nervové soustavy

184	Traumatická porucha n. accessorius	do 23,33 %
Traumatická porucha celého brachiálního plexu		do 70 %
185	– horní	do 42 %
186	– střední	do 10,5 %
187	– dolní	do 56 %
188	Traumatická porucha nervus dorsalis scapulae	do 3,5 %
189	Traumatická porucha nervus suprascapularis	do 7 %
190	Traumatická porucha nervus subscapularis	do 3,5 %

191 Traumatická porucha nervus thoracicus longus	do 23,33%	216 Traumatická porucha proximální nervus femoralis /isolované postižení hybnosti kyčle/	do 23,33%
192 Traumatická porucha nervus thoracodorsalis	do 7%	217 Traumatická porucha dolního nervus femoralis	do 28%
193 Traumatická porucha nervi pectorales	do 7%	218 Traumatická porucha nervus obturatorius	do 7%
194 Traumatická porucha nervus axillaris	do 28%	219 Traumatická porucha nervus glutaneus superior	do 14%
Traumatická porucha nervus radialis		220 Traumatická porucha nervus glutaneus inferior	do 21%
195 – horní	do 28%	221 Traumatická porucha nervi glutanei superior et inferior	do 23,33%
196 – střední	do 23,33%	222 Traumatická porucha horní nervus ischiadicus	do 46,62%
197 – dolní	do 21%	223 Traumatická porucha dolní nervus ischiadicus	do 42%
198 Traumatická porucha ramus superficialis nervi radialis	do 3,5%	224 Traumatická porucha nervi tibialis et peroneus communis	do 42%
199 Traumatická porucha nervus musculocutaneus	do 23,33%	225 Traumatická porucha nervi ischiadicus, glutanei interior et superior	do 70%
200 Traumatická porucha horní nervus medianus	do 35%	226 Traumatická porucha horní nervus tibialis	do 23,33%
201 Traumatická porucha střední nervus medianus	do 28%	227 Traumatická porucha doní nervus tibialis	do 17,5%
202 Traumatická porucha nervus interosseus anterior /čistě motorický/	do 14%	228 Traumatická porucha nervus peroneus communis	do 23,33%
203 Traumatická porucha dolní nervus medianus	do 23,33%	229 Traumatická porucha nervus peroneus profundus	do 21%
204 Traumatická porucha nervus /čistě sensorický/nervus medianus	do 21%	230 Traumatická porucha nervus peroneus superficialis	do 14%
205 Traumatická porucha nervus horní nervus ulnaris	do 28%		
206 Traumatická porucha nervus dolní nervus ulnaris	do 23,33%	Jiná poranění	
207 Traumatická porucha nervi digitales palmares communes odpovídající sensitivnímu n. medianus	do 21%	231 Poúrazové oběhové a trofické poruchy na jedné dolní končetině	do 10%
208 Traumatická porucha nervi digitales palmares communes odpovídající sensitivnímu n. ulnaris	do 7%	232 Poúrazové atrofie svalstva končetin dolních při neomezeném rozsahu pohybů v kloubu	do 2%
209 Traumatická porucha nervi radialis axillaris	do 56%	233 Rozsáhlé plošné jizvy (bez přihlídnutí k poruše funkce kloubu) od 1% tělesného povrchu	do 40%
210 Traumatická porucha nervi radialis et ulnaris	do 52,5%	234 Pakloub velkých kostí	do 20%
211 Traumatická porucha nervi radialis et medianus	do 52,5%	235 Chronický zánět kostní dřevě jen po otevřených zraněních nebo po operativních zákrocích nutných k léčení následků úrazu	do 25%
212 Traumatická porucha nervi ulnaris et medianus	do 52,5%	236 Deformace v oblasti obličeje, nevzhledné a keloidní jizvy či jiné následky úrazu vzbuzující ošklivost	1 – 30 %
213 Traumatická porucha nervus cutaneus femoris lateralis	do 3,5%		
214 Traumatická porucha celého lumbosacrálního plexu	do 70%		
215 Traumatická porucha kompletní nervus femoralis	do 42%		

Přílohy vztahující se k trvalým následkům v oblasti oka – viz položky 038, 043 a 044 TTNU

Příloha č. 1

Plnění za trvalé tělesné poškození při snížení zrakové ostrosti s optimální brylovou korekcí

	6/6	6/9	6/12	6/15	6/18	6/24	6/36	6/60	3/60	1/60	0
6/6	0%	2%	4%	6%	9%	13%	17%	21%	25%	30%	35%
6/9	2%	4%	6%	9%	13%	17%	21%	25%	30%	35%	40%
6/12	4%	6%	9%	13%	17%	21%	25%	30%	35%	40%	45%
6/15	6%	9%	13%	17%	21%	25%	30%	35%	40%	45%	50%
6/18	9%	13%	17%	21%	25%	30%	35%	40%	45%	55%	60%
6/24	13%	17%	21%	25%	30%	35%	45%	50%	60%	65%	70%
6/36	17%	21%	25%	30%	35%	45%	55%	65%	70%	75%	80%
6/60	21%	25%	30%	35%	40%	50%	65%	75%	80%	85%	90%
3/60	25%	30%	35%	40%	45%	60%	70%	80%	90%	95%	95%
1/60	30%	35%	40%	45%	55%	65%	75%	85%	95%	100%	100%
0	35%	40%	45%	50%	60%	70%	80%	90%	95%	100%	100%

Příloha č. 2

Plnění za trvalé tělesné poškození při koncentrickém zúžení zorného pole

Stupeň zúžení	jednoho oka	obou očí stejně	jednoho oka při slepotě druhého
k 60°	0%	10%	40%
Stupeň koncentrického zúžení	Procenta plnění trvalých tělesných poškození	Procenta plnění trvalých tělesných poškození	Procenta plnění trvalých tělesných poškození
k 50°	5%	25%	50%
ke 40°	10%	35%	60%
ke 30°	15%	45%	70%
ke 20°	20%	55%	80%
k 10°	23%	75%	90%
k 5°	25%	100%	100%

Bylo-li před úrazem jedno oko slepé a na druhém bylo koncentrické zúžení na 35° nebo více a na tomto oku nastala úplná nebo praktická slepota nebo zúžení zorného pole k 5°, náleží pojistné plnění ve výši 35%.

Příloha č. 3

Plnění za trvalé tělesné poškození při nekonzentrickém zúžení zorného pole

Hemianopsie homonymní	Procento plnění
levostranná	35%
pravostranná	45%
binasální	10%
bitemporální	od 60% do 70%
oboustranná horní	od 10% do 15%
oboustranná dolní	od 30% do 50%
jednostranná nasální	6%
jednostranná temporální	od 15% do 20%
jednostranná horní	od 5% do 10%
jednostranná dolní	od 10% do 20%
kvadrantová nasální horní	4%
nasální dolní	6%
temporální horní	6%
temporální dolní	12%

Centrální scotom jednostranný i oboustranný se hodnotí podle hodnoty zrakové ostrosti.

Základem pro určení stupně invalidity je Tabulka TTNU, která je nedílnou součástí pojistné smlouvy a uvádí maximální stupeň invalidity daného úrazu. Při částečné ztrátě orgánů či smyslu nebo částečné ztrátě funkce orgánů či smyslu uvedených v Tabulce TTNU stanoví lékař pojistitele výši pojistného plnění jako procentuální podíl z maximálního ohodnocení stupně invalidity uvedeného v Tabulce TTNU, která je nedílnou součástí pojistné smlouvy.

Při výpočtu pojistného plnění se vychází ze sjednané pojistné částky. Jednotlivé procentní sazby se sčítají, celkový součet nesmí v žádném případě přesáhnout 100%. Je-li součet vyšší než 100%, činí celkový stupeň invalidity 100%.

Pojistné plnění paušálních částek

Je-li sjednáno doplňkové pojištění trvalých následků úrazu, je bez zvýšení pojistného zahrnuto pojistné plnění za jizvy a ztráty trvalých zubů s paušálními částkami stanovenými následovně:

- ztráta trvalého zubu následkem působení zevního násilí: 1 000 Kč;
 - jizva způsobená úrazem o délce min. 6cm, v příp. jizvy na obličeji a na krku min. 3cm, u dětí do 10 let větší než 1 cm (nevztahuje se na jizvy způsobené jakýmkoliv chirurgickým zákrokem): 1 000 Kč;
- Pojištěným dětem je do výročního dne v roce, ve kterém pojištěná osoba dosáhne maximálního výstupního věku pro pojištěné dítě navíc poskytováno pojistné plnění za zlomeniny s takto stanovenými paušálními částkami:
- zlomenina dlouhé kosti, kosti lebeční a pánce: 1 000 Kč;
 - zlomenina ostatních kostí: 500 Kč.
- V případě vzniku nároku na pojistné plnění z denního odškodného bude pojistitel plnit z toho sjednaného pojistného krytí, ze kterého bude vyplaceno plnění vyšší.

III. Tabulka plnění denního odškodného za dobu nezbytného léčení úrazu (TDO)

Hlava			
Skalpace hlavy s kožním defektem		066 Úrazové postižení zrakového nervu a chiasmatu	do 105 dnů
001 částečná	do 35 dnů	067 Zlomení stěny vedlejší dutiny nosní s podkožním emfysemem	do 21 dnů
002 úplná	do 84 dnů	068 Zlomení nosních kůstek přerušující slzné cesty	do 49 dnů
003.1 Pohmoždění hlavy bez otřesu mozku	do 14 dnů	069 Poranění oka vyžadující bezprostřední vnyětí oka	do 90 dnů
003.2 Pohmoždění obličje	do 14 dnů	070 Poranění okohybného aparátu s diplopií	do 70 dnů
004 Vymknutí dolní čelisti (jednostranné i oboustranné)	do 21 dnů	Ucho	
005 Zlomenina spodiny lebeční	do 140 dnů	071 Pohmoždění boltce s rozsáhlým krevním výronem nebo poúrazový othematom	do 14 dnů
Zlomenina klenby lebeční		072 Proděravění bubínku bez zlomeniny lebních kostí a bez druhotné infekce	do 21 dnů
006 bez vpáčení úlomků	do 49 dnů	073 Otřes labyrintu	do 49 dnů
007 s vpáčením úlomků	do 84 dnů	Zuby	
Za úplné zlomeniny se považují i fisury kostí lebečních (týká se položky 005 až 007).		Ztráta nebo nutná extrakce trvalého zubu následkem působení zevního násilí (nikoli skousnutí)	
008 Zlomenina okraje očníce	do 70 dnů	074 dvou až šesti zubů	do 42 dnů
Zlomenina kostí nosních		075 sedmi nebo více zubů	do 77 dnů
009 bez posunutí úlomků	do 21 dnů	Jako ztráta zubu se hodnotí i odlomení korunky o rozsahu větším než 1/3. V případě odlomení korunky o rozsahu 1/3 a menším je podmínkou pro poskytnutí plnění ztráty vitality dřeně vyžadující léčení.	
010 s posunutím úlomků	do 28 dnů	076 Za vyrazení nebo poškození umělých zubů a zubů dočasných (mléčných) pojistitel neposkytuje plnění.	
011 Zlomenina přepážky nosní	do 21 dnů	077 Uvolnění závěsného vazového aparátu jednoho i více zubů (subluxace, luxace, reimplantace) s nutnou fixační dlahou	do 42 dnů
012 Zlomenina kosti licní	do 70 dnů	078 Zlomení jednoho nebo více kořenů zubů s nutnou fixační dlahou	do 70 dnů
Zlomenina dolní čelisti		Krk	
013 bez posunutí úlomků	do 56 dnů	079 Poleptání, proděravění nebo roztržení jícnu	do 49–112 dnů
014 s posunutím úlomků	do 84 dnů	080 Perforující poranění hrtanu nebo průdušnice	do 112 dnů
Zlomenina horní čelisti		081 Zlomenina jazyky nebo chrupavek hrtanu	do 112 dnů
015 bez posunutí úlomků	do 77 dnů	082 Pohmoždění hrtanu a účinek dráždivých par a plynů na hlasivky a sliznice polykacích a dýchacích orgánů	do 21 dnů
016 s posunutím úlomků	do 112 dnů	Hrudník	
017 Zlomenina dásňového výběžku horní nebo dolní čelisti	do 56 dnů	083 Roztržení plic	do 56 dnů
018 Zlomenina komplexu kostí jářmové a horní čelisti	do 84 dnů	084 Úrazové poškození srdce klinicky prokázané	do 364 dnů
Sdružené zlomeniny Le Fort		085 Roztržení bránice	do 112 dnů
019 Le Fort I.	do 84 dnů	086 Pohmoždění stěny hrudní těžšího stupně	do 28 dnů
020 Le Fort II.	do 112 dnů	Zlomeniny kosti hrudní	
021 Le Fort III.	do 182 dnů	087 bez posunutí úlomků	do 35 dnů
Oko		088 s posunutím úlomků	do 63 dnů
Třízná nebo řezná rána víčka		089 Dvířková zlomenina	do 98 dnů
022 chirurgicky ošetřená	do 14 dnů	Zlomeniny žeber rentgenologicky prokázané	
023 přerušující slzné cesty	do 35 dnů	090 jednoho žebra	do 42 dnů
024 popálení kůže víček	do 35 dnů	091 více žeber	do 49 dnů
Zánět slzného váčku prokazatelně po zranění		Dvířková zlomenina žeber	do 63 dnů
025 léčený konzervativně	do 14 dnů	092 Poúrazový pneumotorax	do 49 dnů
026 léčený operativně	do 49 dnů	Poúrazové krvácení do hrudníku léčené	
Poleptání (popálení) spojivky		093 konzervativně	do 49 dnů
027 prvního stupně	do 14 dnů	094 operativně	do 63 dnů
028 druhého stupně	do 21 dnů	Břícho	
029 třetího stupně	do 21–49 dnů	095 Rána pronikající do dutiny břišní (bez poranění nitrobřišních orgánů)	do 42 dnů
030 perforace v přechodné řase s krvácením (bez poranění bělimy), rána spojivky chirurgicky ošetřená	do 14 dnů	096 Roztržení jater	do 70 dnů
Hluboká rána rohovky bez proděravění		097 Roztržení sleziny	do 56 dnů
032 bez komplikací	do 28 dnů	098 Roztržení (rozhmoždění) slinivky břišní	do 112 dnů
033 komplikovaná šedým zákallem poúrazovým	do 56 dnů	099 Úrazové proděravění žaludku	do 56 dnů
034 komplikovaná nitroočním zánětem	do 63 dnů	100 Úrazové proděravění dvanáctníku	do 70 dnů
Rána rohovky nebo bělimy s proděravěním léčená konzervativně		101 Roztržení tenkého střeva	do 56 dnů
035 bez komplikací	do 35 dnů	102 Roztržení tlustého střeva	do 91 dnů
036 komplikovaná poúrazovým šedým zákallem	do 56 dnů	Ústrojí urogenitální	
037 komplikovaná nitroočním zánětem	do 70 dnů	103 Pohmoždění ledviny (s hematurií)	do 35 dnů
038 komplikovaná nitroočním tělískem nemagnetickým	do 70 dnů	104 Těžší stupeň pohmoždění pyje, varlat, šourku a zevního genitálu ženy	do 35 dnů
Rána rohovky a bělimy s proděravěním léčená chirurgicky		Roztržení nebo rozdrčení ledviny	
039 bez komplikací	do 56 dnů	105 léčené konzervativně	do 84 dnů
040 komplikovaná výhřezem duhovky nebo uskřinutím duhovky	do 84 dnů	106 léčené operativně	do 98 dnů
041 komplikovaná šedým zákallem poúrazovým	do 70 dnů	107 Roztržení močového měchýře nebo močové roury	do 84 dnů
042 komplikovaná nitroočním zánětem	do 84 dnů	Páteř	
043 komplikovaná cizím tělískem nitroočním nemagnetickým	do 84 dnů	108 Pohmoždění a podvrtnutí páteře	do 21 dnů
044 komplikovaná cizím tělískem nitroočním magnetickým	do 70 dnů	109 Zlomeniny trnových a příčných výběžků	do 28 dnů
Rána pronikající do očníce		110 Kompresivní a okrajové zlomeniny obratlových těl léčené klidem na lůžku	do 70 dnů
045 bez komplikací	do 28 dnů	111 Zlomeniny C, Th a L páteře léčené repozicí, korzetem nebo operací	do 154 dnů
046 komplikovaná cizím tělískem nemagnetickým v očníci	do 70 dnů	112 Za poranění meziobratlové ploténky bez současné zlomeniny obratle pojistitel neposkytuje plnění	
047 komplikovaná cizím tělískem magnetickým v očníci	do 42 dnů	Páneve	
048 pohmoždění oka prosté	do 14 dnů	113 Okrajové abrupce lopaty kosti kyčelní, sedacího hrbolu, raménka stydké kosti, symfýza	do 42 dnů
Pohmoždění oka s krvácením do přední komory		114 Poranění z předozadní a bočné komprese	do 98 dnů
049 bez komplikací	do 49 dnů	115 Zlomeniny z vertikálního stříhu s lézí SI komplexu	do 126 dnů
050 komplikované druhotným zvýšením tlaku, vyžadující chirurgické ošetření	do 80 dnů	Acetabulum	
Pohmoždění oka s natržením duhovky		116 Zlomenina zadní nebo přední hrany	do 84 dnů
051 bez komplikací	do 35 dnů	117 Zlomenina zadního nebo předního pilíře a transversální zlomeniny	do 98 dnů
052 komplikované zánětem duhovky	do 70 dnů	118 Kombinované zlomeniny – T zlomeniny, zlomeniny obou pilířů	do 112 dnů
053 komplikované poúrazovým šedým zákallem	do 63 dnů	119 Luxace kyčle se zlomeninou acetabula	do 126 dnů
Subluxace čočky		Horní končetina	
054 bez komplikací	do 35 dnů	120 Plošné abraze měkkých částí prstů o ploše větší než 1 cm nebo stržení nehtu	do 14 dnů
055 komplikovaná druhotným zvýšením nitroočního tlaku, vyžadující chirurgické ošetření	do 70 dnů		
Luxace čočky			
056 bez komplikací	do 60 dnů		
057 komplikovaná druhotným zvýšením nitroočního tlaku, vyžadující chirurgické ošetření	do 105 dnů		
Krvácení do sklivce a sítnice			
058 bez komplikací	do 112 dnů		
059 komplikované druhotným zvýšením nitroočního tlaku, vyžadující chirurgické ošetření	do 130 dnů		
060 Otřes sítnice	do 21 dnů		
061 Rohovkový vřed poúrazový	do 63 dnů		
Popálení nebo poleptání			
062 epitelu rohovky	do 21 dnů		
063 rohovkového parenchymu	do 175 dnů		
064 Povrchní oděrka rohovky	do 14 dnů		
065 Odchlípení sítnice vzniklé jako přímý následek poranění oka zjištěný lékařem	do 91 dnů		

Pohmoždění těžšího stupně		Poranění zevního nebo vnitřního menisku	
121 ramenního kloubu s následnou periarthritidou jako přímým následkem úrazu	do 42 dnů	186 léčené konzervativně	do 42 dnů
Poranění svalů a šlach		187 léčené operativně suturou, částečnou nebo úplnou menisektomií	do 49 dnů
122 přerušeni šlach natahovačů nebo ohýbačů na prstu na ruce nebo v zápěstí	do 60 dnů	188 stav po distorzi s negativním artroskopickým nálezem	do 28 dnů
123 natržení svalu nadhřebenového	do 42 dnů	Vymknutí	
Úplné přetržení svalu nadhřebenového		189 stehenní kosti (v kyčli)	do 70 dnů
124 léčené operativně	do 49 dnů	190 česky	do 42 dnů
Přetržení (odtržení) šlachy dlouhé hlavy dvouhlavého svalu pažního		191 bérce	do 112 dnů
125 léčené konzervativně	do 28 dnů	192 hlezenní kosti a pod ní	do 84 dnů
126 léčené operativně	do 56 dnů	193 nártních kostí (jedné nebo více)	do 84 dnů
127 natržení jiného svalu	do 35 dnů	194 zánártních kostí (jedné nebo více)	do 56 dnů
Podvrtnutí		Základních kloubů prstů nohy	
128 skloubení mezi klíčkem a lopatkou	do 21 dnů	195 palce nebo více prstů	do 35 dnů
129 skloubení mezi klíčkem a kostí hrudní	do 21 dnů	196 jednoho prstu mimo palec	do 21 dnů
130 ramenního kloubu	do 21 dnů	197 palce nebo více prstů	do 28 dnů
131 loketního kloubu	do 21 dnů	198 jednoho prstu mimo palec	do 21 dnů
132 zápěstí	do 21 dnů	Zlomeniny	
133 základních nebo mezičlánekových kloubů prstů ruky s pevnou fixací	do 14 dnů	Zlomenina krčku kosti stehenní	
Vymknutí		199 zlomenina krčku zaklíněná	do 84 dnů
Kloubu mezi klíčkem a kostí hrudní		200 zlomenina proximálního konce femuru	
134 léčené konzervativně	do 28 dnů	léčená konzervativně nebo operací	do 98 dnů
135 léčené operativně	do 63 dnů	Posuzovat spíše individuálně s ohledem na typ operace.	
Kloubu mezi klíčkem a lopatkou		201 Zlomeniny hlavice femuru s luxací kyčle (Pipkinovy zlomeniny)	do 126 dnů
136 léčené konzervativně	do 49 dnů	202 Odlomení malého nebo velkého trochanteru	do 42 dnů
137 léčené operativně	do 84 dnů	203 Zlomeniny subtrochanterické	do 112 dnů
138 kosti pažní (ramene)	do 49 dnů	204 Zlomenina těla a distálního konce kosti stehenní	do 112 dnů
139 předloktí	do 49 dnů	205 Zlomenina česky	do 56 dnů
140 zápěstí (kosti měsíční a luxace perilunární)	do 70 dnů	206 Zlomenina kloubní chrupavky v oblasti kolenního kloubu	do 70 dnů
141 záprstních kostí	do 35 dnů	207 Zlomenina mezihrbolové vyvýšeniny kosti holenní	do 49 dnů
142 základních nebo druhých a třetích článků prstu	do 35 dnů	208 Zlomenina kondylů kosti holenní (jednoho nebo obou)	do 84 dnů
Pojistitel plní za dobu nezbytného léčení vymknutí kloubu končetin jen tehdy, bylo-li vymknutí lékařem léčeno repozicí (napravením).		209 Zlomenina kosti lýtkové (bez postižení hlezenního kloubu)	do 28 dnů
Zlomeniny		Zlomenina kosti holenní nebo obou kostí bérce	
143 Zlomenina lopatky	do 42 dnů	210 léčená konzervativně	do 160 dnů
144 Zlomenina klíčku	do 42 dnů	211 léčená operativně	do 220 dnů
Zlomenina horního konce kosti pažní		Zlomeniny kotníku	
145 velkého hrbolku bez posunutí	do 35 dnů	212 zlomenina vnitřního kotníku nebo zadní hrany tibie, Weber A.	do 56 dnů
146 roztržená zlomenina hlavice	do 84 dnů	213 zlomenina kotníku, Weber B. a C. a bimalleolární zlomenina	do 84 dnů
147 chirurgického krčku	do 42 dnů	214 trimalleolární zlomenina, Weber C.	do 98 dnů
148 Zlomenina těla kosti pažní	do 70 dnů	215 zlomenina pylonu tibie	do 98 dnů
149 Zlomenina kosti pažní nad kondyly u dětí	do 49 dnů	Zlomenina těla kosti patní	
Zlomenina humeru v oblasti lokte		216 bez porušení statiky (Böhlerova úhlu)	do 56 dnů
150 léčená konzervativně	do 42 dnů	217 s porušením statiky (Böhlerova úhlu) nebo léčená operativně	do 105 dnů
151 léčená operativně	do 70 dnů	218 Zlomenina kosti hlezenní	do 84 dnů
Zlomenina okovce kosti loketní		219 Zlomenina zadního výběžku kosti hlezenní	do 35 dnů
152 léčená konzervativně	do 42 dnů	220 Zlomenina ostatních nártních kostí	do 70 dnů
153 léčená operativně	do 56 dnů	221 Zlomenina kůstek zánártních	do 49 dnů
154 Zlomenina hlavičky kosti vřetenní	do 49 dnů	222 Odlomení části článku palce nohy	do 28 dnů
155 Zlomenina jedné kosti předloktí	do 84 dnů	223 Úplná zlomenina článku palce nohy	do 42 dnů
Zlomenina obou kostí předloktí	do 105 dnů	224 Zlomenina článku jiného prstu nohy	do 21 dnů
156 Zlomenina dolního konce kosti vřetenní (Collesova, Smithova, zlomenina distální epifyzy odlomením bodcovitého výběžku kosti loketní)	do 63 dnů	Amputace (snesení)	
157 Zlomenina kosti člunkové	do 70 dnů	225 exartikulace kyčelního kloubu nebo snesení stehna	do 364 dnů
158 Zlomenina jiné kosti zápěstní	do 56 dnů	226 obou bérců	do 350 dnů
159 Zlomenina několika kostí zápěstních	do 70 dnů	227 bérce	do 252 dnů
160 Luxační zlomenina báze první kosti záprstní (Bennettova)	do 63 dnů	228 obou nohou	do 252 dnů
161 Zlomenina kosti záprstní	do 56 dnů	229 nohy	do 182 dnů
Zlomenina článku prstu ruky		230 palec nohy nebo jeho části	do 56 dnů
162 nehtového výběžku	do 28 dnů	231 jednotlivých prstů nohy (s výjimkou palce) nebo jejich části za každý prst	do 21 dnů
163 báze a pod hlavičkou	do 42 dnů	Poranění nervové soustavy	
164 diafýza	do 35 dnů	232 Otřes mozku	do 28 dnů
Amputace (snesení)		Podmínkou plnění je hospitalizace.	
165 exartikulace v ramenním kloubu	do 210 dnů	233 Pohmoždění mozku	do 182 dnů
166 paže	do 182 dnů	234 Rozdrcení mozkové tkáně	do 364 dnů
167 obou předloktí	do 182 dnů	235 Krvácení nitrolebeční a do kanálu páteřního	do 182 dnů
jednoho předloktí	do 140 dnů	236 Otřes míchy	do 70 dnů
168 obou rukou	do 150 dnů	237 Pohmoždění míchy	do 140 dnů
169 ruky	do 112 dnů	238 Rozdrcení míchy	do 364 dnů
170 jednoho prstu nebo jeho části	do 28 dnů	239 Pohmoždění periferního nervu s krátkodobou obrnou	do 35 dnů
171 více prstů nebo jejich částí	do 42 dnů	240 Poranění periferního nervu s přerušením vodivých vláken	do 140 dnů
Replantace se hodnotí podle doby léčby		241 Přerušeni periferního nervu	do 280 dnů
Dolní končetina		Ostatní druhy poranění a obecná ustanovení	
172 Ruptura úponu čtyřhlavého svalu	do 63 dnů	242 Těžké pohmoždění měkkých tkání	do 8 dnů
173 Natržení Achillovy šlachy (parciální ruptura)	do 42 dnů	Poranění s přítomností hematomu, otoku s délkou léčby min. 14 dnů a s odpovídající doloženou léčbou. U pohmoždění v oblasti kloubů je nutná pevná fixace kloubu.	
174 Přerušeni Achillovy šlachy úrazovým mechanismem	do 105 dnů	243 Natržení svalu	do 35 dnů
Podvrtnutí		244 Infrakce, fisury, odlomení hran kostí a malých úlomků s úponem vazů nebo svalu, subperiostální zlomeniny	do 35 dnů
175 kyčelního kloubu	do 14 dnů	245 Rána chirurgicky ošetřená větší než 3 cm, u dětí do 10ti let větší než 1 cm	do 14 dnů
176 kolenního kloubu	do 14 dnů	Dojde-li k místnímu hnisání po vniknutí choroboplodných zárodků do otevřené rány způsobené úrazem nebo k nákaze tetanem při úrazu, pojistitel plní za celkovou dobu nezbytného léčení poranění včetně hnisání rány nebo včetně nálezů tetanem.	
177 hlezenního kloubu	do 14 dnů	246 Cizí tělesko chirurgicky odstraněné	do 14 dnů
178 těžká distorze většího kloubu nohy, eventuálně s lézí vazů, léčená pevnou fixací	do 28 dnů	Pojistitel plní za dobu nezbytného léčení vymknutí kloubu končetin jen tehdy, bylo-li vymknutí lékařem léčeno repozicí (napravením).	
179 základního kloubu palce nohy s náplastovou imobilizací nebo klidovou léčbou	do 21 dnů	Popálení, poleptání nebo omrzliny	
180 mezičlánekového kloubu palce nohy s náplastovou imobilizací nebo klidovou léčbou	do 14 dnů	(s výjimkou účinku slunečního záření na kůži)	
181 jednoho nebo více prstů nohy s náplastovou imobilizací nebo klidovou léčbou	do 14 dnů	247 Prvního stupně	do 14 dnů
Poranění vazů kloubních		Druhého stupně v rozsahu	
182 natržení vnitřního nebo zevního postranního vazů kolenního	do 42 dnů	248 do 5 cm ²	do 14 dnů
183 natržení zkríženého vazů kolenního (parciální ruptura)	do 42 dnů	249 od 6 cm ² do 10 cm ² včetně	do 21 dnů
Přetržení nebo úplné odtržení		250 od 10 cm ² do 5 % povrchu těla	do 35 dnů
184 postranního vazů kolenního	do 63 dnů	251 do 15 % povrchu těla	do 49 dnů
185 zkríženého vazů kolenního	do 84 dnů	252 do 20 % povrchu těla	do 56 dnů

253 do 30 % povrchu těla	do 63–84 dnů	264 do 40 % povrchu těla	do 186–273 dnů
254 do 40 % povrchu těla	do 88–126 dnů	265 více než 40 % povrchu těla podle přiměřené doby nezbytného léčení	do 277–364 dnů
255 do 50 % povrchu těla	do 130–182 dnů	Za každou druhou a další transplantaci se zvyšuje horní hranice plnění u bodů 258 až 265 o jeden týden.	
256 větším než 50 % povrchu těla podle přiměřené doby nezbytného léčení	do 186–364 dnů		
Třetího stupně s nutností chirurgické léčby v rozsahu			
257 od 3 cm ² do 5 cm ²	do 21 dnů	Otrava jedy, plyny; poranění elektrickým proudem; traumatický šok	
258 od 6 cm ² do 10 cm ² včetně	do 28–49 dnů	266 otrava plyny a parami, celkové účinky záření a chemických jedů s nutností hospitalizace	28 dnů
259 od 10 cm ² do 5 % povrchu těla	do 56–77 dnů	267 uštknutí jedovatým hadem či jinými jedovatými živočichy s nutností hospitalizace	14 dnů
260 do 10 % povrchu těla	do 81–98 dnů	268 poranění elektrickým proudem s nutností hospitalizace	21 dnů
261 do 15 % povrchu těla	do 102–126 dnů	269 traumatický šok s nutností hospitalizace	63 dnů
262 do 20 % povrchu těla	do 130–154 dnů		
263 do 30 % povrchu těla	do 158–182 dnů		

IV. Tabulka plnění denního odškodného za dobu léčení vyjmenovaných úrazů (TDOV)

Hlava		Horní končetina	
005 Zlomenina spodiny lebeční	140 dnů	Zlomeniny	
Zlomenina klenby lebeční		143 Zlomenina lopatky	42 dnů
006 bez vpáčení úlomků	49 dnů	144 Zlomenina klíčku	42 dnů
007 s vpáčením úlomků	84 dnů	Zlomenina horního konce kosti pažní	
Za úplné zlomeniny se považují i fisury kostí lebečních (týká se pol. 005 až 007).		145 velkého hrbolku bez posunutí	35 dnů
008 Zlomenina okraje očníce	70 dnů	146 roztržštěná zlomenina hlavice	84 dnů
Zlomenina kostí nosních		147 chirurgického krčku	42 dnů
009 bez posunutí úlomků	21 dnů	148 Zlomenina těla kosti pažní	70 dnů
010 s posunutím úlomků	28 dnů	149 Zlomenina kosti pažní nad kondyly u dětí	49 dnů
011 Zlomenina přepážky nosní	21 dnů	Zlomenina humeru v oblasti lokte	
012 Zlomenina kosti lící	70 dnů	150 léčená konzervativně	42 dnů
Zlomenina dolní čelisti		151 léčená operativně	70 dnů
013 bez posunutí úlomků	56 dnů	Zlomenina okovce kosti loketní	
014 s posunutím úlomků	84 dnů	152 léčená konzervativně	42 dnů
Zlomenina horní čelisti		153 léčená operativně	56 dnů
015 bez posunutí úlomků	77 dnů	154 Zlomenina hlavičky kosti vřetenní	49 dnů
016 s posunutím úlomků	112 dnů	155 Zlomenina jedné kosti předloktí	84 dnů
017 Zlomenina dásňového výběžku horní nebo dolní čelisti	56 dnů	Zlomenina obou kostí předloktí	105 dnů
018 Zlomenina komplexu kosti jařmové a horní čelisti	84 dnů	156 Zlomenina dolního konce kosti vřetenní (Collesova, Smithova, zlomenina distální epifýzy s odlomením bodcovitého výběžku kosti loketní)	63 dnů
Sdružené zlomeniny Le Fort		157 Zlomenina kosti člukové	70 dnů
019 Le Fort I.	84 dnů	158 Zlomenina jiné kosti zápěstní	56 dnů
020 Le Fort II.	112 dnů	159 Zlomenina několika kostí zápěstních	70 dnů
021 Le Fort III.	182 dnů	160 Luxační zlomenina báze první kosti zápěstní (Bennettova)	63 dnů
Zuby		161 Zlomenina kosti záprstní	56 dnů
Ztráta nebo nutná extrakce trvalého zubu následkem působení zevního násilí (nikoli skousnutí)		Zlomenina článku prstu ruky	
074 dvou až šesti zubů	42 dnů	162 nehtového výběžku	28 dnů
075 sedmi nebo více zubů	77 dnů	163 báze a pod hlavičkou	42 dnů
Jako ztráta zubu se hodnotí i odlomení korunky o rozsahu větším než 1/3. V případě odlomení korunky o rozsahu 1/3 a menším je podmínkou pro poskytnutí plnění ztráta vitality dřeně vyžadující léčení.		164 diafýza	49 dnů
076 Za vyražení nebo poškození umělých zubů a zubů dočasných (mléčných) pojistitel neposkytuje plnění.		Dolní končetina	
Krk		Zlomeniny	
080 Perforující poranění hrtanu nebo průdušnice	112 dnů	Zlomenina krčku kosti stehenní	
081 Zlomenina jazyky nebo chrupavek hrtanu	112 dnů	199 zlomenina krčku zaklíněná	84 dnů
Hrudník		200 zlomenina proximálního konce femuru léčená konzervativně nebo operací	98 dnů
Zlomenina kostí hrudní		201 Zlomeniny hlavice femuru s luxací kyčle (Pipkinovy zlomeniny)	126 dnů
087 bez posunutí úlomků	35 dnů	202 Odlomení malého nebo velkého trochanteru	42 dnů
088 s posunutím úlomků	63 dnů	203 Zlomeniny subtrochanterické	112 dnů
089 Dvířková zlomenina	98 dnů	204 Zlomenina těla a distálního konce kosti stehenní	112 dnů
Zlomeniny žeber rentgenologicky prokázané		205 Zlomenina česky	56 dnů
090 jednoho žebra	35 dnů	206 Zlomenina kloubní chrupavky v oblasti kolenního kloubu	70 dnů
091 více žeber	49 dnů	207 Zlomenina mezihrbolové vyvýšeniny kosti holenní	49 dnů
Dvířková zlomenina žeber	63 dnů	208 Zlomenina kondylů kosti holenní (jednoho nebo obou)	84 dnů
092 Poúrazový pneumotorax	49 dnů	209 Zlomenina kosti lýtkové (bez postižení hlezenního kloubu)	28 dnů
Břícho		Zlomenina kosti holenní nebo obou kostí bérce	
096 Roztržení jater	70 dnů	210 léčená konzervativně	160 dnů
097 Roztržení sleziny	56 dnů	211 léčená operativně	220 dnů
098 Roztržení (rozmoždění) slinivky břišní	112 dnů	Zlomeniny kotníku	
099 Úrazové proděravění žaludku	56 dnů	212 zlomenina vnitřního kotníku nebo zadní hrany tibie, Weber A.	56 dnů
100 Úrazové proděravění dvanáctníku	70 dnů	213 zlomenina kotníku, Weber B. a C. a bimalleolární zlomenina	84 dnů
101 Roztržení tenkého střeva	56 dnů	214 trimalleolární zlomenina, Weber C.	98 dnů
102 Roztržení tlustého střeva	91 dnů	215 zlomenina pylonu tibie	98 dnů
Ústrojí urogenitální		Zlomenina těla kosti patní	
Roztržení nebo rozdroení ledviny		216 bez porušení statiky (Böhlerova úhlu)	56 dnů
105 léčené konzervativně	84 dnů	217 s porušením statiky (Böhlerova úhlu) nebo léčená operativně	105 dnů
106 léčené operativně	98 dnů	218 Zlomenina kosti hlezenní	84 dnů
107 Roztržení močového měchýře nebo močové roury	84 dnů	219 Zlomenina zadního výběžku kosti hlezenní	35 dnů
Páteř		220 Zlomenina ostatních nártních kostí	70 dnů
109 Zlomeniny trnových a příčných výběžků	28 dnů	221 Zlomenina kůstek zánártních	49 dnů
110 Kompresivní a okrajové zlomeniny obratlových těl léčené klidem na lůžku	70 dnů	222 Odlomení části článku palce nohy	28 dnů
111 Zlomeniny C, Th a L páteře léčené repozicí, korzetem nebo operací	154 dnů	223 Úplná zlomenina článku palce nohy	42 dnů
Pánev		224 Zlomenina článku jiného prstu nohy	21 dnů
115 Zlomeniny z vertikálního střihu s lézí SI komplexu	126 dnů	Popálení, poleptání nebo omrzliny	
Acetabulum		(s výjimkou účinku slunečního záření na kůži)	
116 Zlomenina zadní nebo přední hrany	84 dnů	Druhého stupně v rozsahu	
117 Zlomenina zadního nebo předního pilíře a transverzální zlomeniny	98 dnů	250 od 11 cm ² do 5 % povrchu těla	35 dnů
118 Kombinované zlomeniny – T zlomeniny, zlomeniny obou pilířů	112 dnů	251 do 15 % povrchu těla	49 dnů
119 Luxace kyčle se zlomeninou acetabula	126 dnů	252 do 20 % povrchu těla	56 dnů
		253 do 30 % povrchu těla	84 dnů
		254 do 40 % povrchu těla	126 dnů
		255 do 50 % povrchu těla	182 dnů
		256 větším než 50 % povrchu těla	364 dnů
		Třetího stupně s nutností chirurgické léčby v rozsahu	
		258 od 6 cm ² do 10 cm ² včetně	49 dnů
		259 od 10 cm ² do 5 % povrchu těla	77 dnů
		260 do 10 % povrchu těla	98 dnů
		261 do 15 % povrchu těla	126 dnů
		262 do 20 % povrchu těla	154 dnů
		263 do 30 % povrchu těla	182 dnů
		264 do 40 % povrchu těla	273 dnů
		265 více než 40 % povrchu těla	364 dnů

V. Tabulka služeb rodinné asistence (TSRA)

Typ služby rodinné asistence	Rozsah poskytované služby
Péče o dítě	<p>V případě, kdy není pojištěný schopen zajistit si uvedenou službu běžným/jiným způsobem v důsledku pojistné události, poskytovatel asistenční služby zajistí a uhradí:</p> <p>Zajištění hlídání</p> <ul style="list-style-type: none"> – transport rodinného příslušníka pojištěného do místa bydliště pojištěného za účelem hlídání dítěte/děti pojištěného – transport kvalifikované osoby (osoba způsobilá k péči o dítě zprostředkovaná poskytovatelem asistenční služby), která bude pověřena hlídáním dítěte/děti pojištěného po nezbytně nutnou dobu dle přání pojištěného (náklady na práci hlídající osoby nese pojištěný, náklady se rovnají ceně obvyklé) – tuto službu je možné využít maximálně 1x za jeden pojistný rok; maximální limit pojistného plnění na jednu pojistnou událost je 5 000 Kč <p>Zajištění transportu</p> <ul style="list-style-type: none"> – transport a doprovodající osobu, které odvezou dítě/děti pojištěného do/ze školy do místa bydliště pojištěného – tuto službu je možné využít maximálně 1x za jeden pojistný rok; maximální limit pojistného plnění na jednu pojistnou událost je 5 000 Kč
Péče o domácího mazlíčka (psa nebo kočku)	<p>V případě hospitalizace pojištěného trvajících déle než 48 hodin ve zdravotnickém zařízení v důsledku pojistné události, poskytovatel asistenční služby zajistí a uhradí:</p> <ul style="list-style-type: none"> – péči o domácího mazlíčka v útulku pro zvířata – transport domácího mazlíčka do/z útulku po skončení hospitalizace pojištěného do místa bydliště pojištěného – tuto službu je možné využít maximálně 1x za jeden pojistný rok; maximální limit pojistného plnění na jednu pojistnou událost je 2 000 Kč <p>V případě imobility (nepohyblivost pojištěné osoby v důsledku pojistné události – úrazu nebo nemoci) pojištěného v důsledku pojistné události, poskytovatel asistenční služby zajistí:</p> <ul style="list-style-type: none"> – vyslání kvalifikované osoby (osoba způsobilá k péči o domácího mazlíčka zprostředkovaná poskytovatelem asistenční služby) do místa bydliště pojištěného za účelem běžné péče o domácího mazlíčka, tedy dovozu krmiva pro domácího mazlíčka (cenu krmiva hradí pojištěný) a vyvenčení domácího mazlíčka v délce 30 minut – tuto službu je možné využít maximálně 1x za jeden pojistný rok; maximální limit pojistného plnění na jednu pojistnou událost je 2 000 Kč
Lékař na telefonu	<p>Poskytnutí lékařské informace/konzultace po telefonu lékařem asistenční služby dle požadavků klienta v následujících oblastech:</p> <p>Konzultace zdravotního stavu</p> <ul style="list-style-type: none"> – vysvětlení symptomů – vysvětlení příznaků onemocnění, zdravotních potíží, dalších případných souvisejících symptomů – vysvětlení možných příčin – vysvětlení příčin popsanych symptomů a možný vliv předchozích zdravotních komplikací či aktivit <p>Vysvětlení lékařských pojmů</p> <ul style="list-style-type: none"> – vysvětlení běžně užívaných pojmů ve zdravotnictví, zdravotnických zařízeních – vysvětlení zkratk a názvů z lékařských zpráv a jiných lékařských odborných dokumentací – vysvětlení latinských pojmů z lékařské dokumentace – vysvětlení diagnóz (v rámci zaslané dokumentace), jejich možných následků a souvislostí – vysvětlení číselných kódů diagnóz – vysvětlení následného nutného postupu při léčbě pro danou diagnózu <p>Vysvětlení laboratorních výsledků</p> <ul style="list-style-type: none"> – informace o základních laboratorních vyšetřeních – účel jednotlivých vyšetření – forma jednotlivých vyšetření a jejich náročnost pro pacienta – vysvětlení zkratk a základních typů naměřených hodnot – informace o rozmezí výsledků jednotlivých hodnot, vztahení těchto hodnot k obvyklým výsledkům a naznačení výkladu odchylek od normálních hodnot <p>Vysvětlení lékařských postupů</p> <ul style="list-style-type: none"> – vysvětlení obecných postupů léčby daného onemocnění – vysvětlení všeobecných diagnostických postupů při daném onemocnění – základní informace o časové náročnosti léčby jednotlivých onemocnění <p>Informace o lécích a jejich účincích</p> <ul style="list-style-type: none"> – informace o účinných látkách léků – možných nežádoucích účincích <p>Vysvětlení pojmů z oblasti prenatální problematiky</p> <ul style="list-style-type: none"> – informace, na co má těhotná žena nárok v rámci prenatálních prohlídek, jaká vyšetření a proč se provádějí
Právník pro oblast zdraví na telefonu	<p>Poskytnutí právní informace/konzultace po telefonu právníkem nebo smluvním právníkem asistenční služby vybraným dle konzultované problematiky v následujících oblastech:</p> <ul style="list-style-type: none"> – výklad práv pacientů/pojištěnců – právo na informace (pacienta i blízkých osob/příbuzných) – ochrana práv pacienta – výklad povinností pacientů/pojištěnců – konzultace na téma formální korespondence s jednotlivými subjekty na trhu zdravotnických služeb (žádost, objednání, žádanka, stížnost apod.) – problematika platby a výběru pojistného – dlužníci a jejich práva a povinnosti – kvalita výkonů poskytovatelů, reklamační řízení, revize výkonů, reklamační lhůty dané zákonem – právní postavení alternativní medicíny – vztah klienta/pacienta k jednotlivým subjektům na trhu zdravotnických služeb – soudní systém a možnost domoci se práva – soudní výlohy a poplatky, lhůty – odpovědnostní škody na zdraví – problematika pracovních úrazů – problematika nemocí z povolání – problematika pochybení a sankcí při poskytování chirurgické péče – problematika pochybení a sankcí při poskytování lékařské péče – povinnost mlčenlivosti zdravotnických pracovníků – ochrana práva na náboženské přesvědčení u hospitalizovaných osob – transplantace lidských tkání a orgánů - základní principy právní úpravy