



Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobřežní 665/21, 186 00 Praha 8, Česká republika, IČO: 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1897.

## Žádost o změnu v pojistné smlouvě

**ZG011**

Tuto žádost o změnu **nelze použít pro pojistné smlouvy FLEXI životní pojištění, FLEXI životní pojištění – JUNIOR, FLEXI RISK ani FLEXI rizikové životní pojištění.**

Číslo pojistné smlouvy / nabídky / návrhu životního pojištění \_\_\_\_\_

Čísla předchozích smluv (ná vaznost pojištění) \_\_\_\_\_

### Já jako pojistník

Příjmení, jméno, titul / Obchodní firma \_\_\_\_\_

Rodné číslo / IČO \_\_\_\_\_ Místo narození (obec) \_\_\_\_\_ Stát narození \_\_\_\_\_ Státní občanství \_\_\_\_\_

Povolání \_\_\_\_\_ OSVČ  zrušení OSVČ

Riziková skupina Sportovní/Zájmová činnost

E-mail \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

#### Trvalé bydliště / Sídlo společnosti

Ulice \_\_\_\_\_ Č.p. \_\_\_\_\_ PSČ \_\_\_\_\_  
Obec \_\_\_\_\_ Stát \_\_\_\_\_

**Kontaktní adresa** (vyplňte pouze v případě, pokud není shodná s adresou trvalého bydliště)  
Lze uvést upřesnění adresy (např. bytem u... nebo obchodní firma)

Ulice \_\_\_\_\_ Č.p. \_\_\_\_\_ PSČ \_\_\_\_\_  
Obec \_\_\_\_\_ Stát \_\_\_\_\_

zrušení kontaktní adresy

Jste politicky exponovaná osoba (PEP)? (nevyplňujte, pokud jste právnická osoba)

Ne  Ano

Daňový rezident (i) jiného státu než ČR?  Ne  Ano Kterého? \_\_\_\_\_

DIČ (daňové identifikační číslo) \_\_\_\_\_  
Jsem-li daňovým rezidentem USA nebo je-li stát mého trvalého bydliště odlišný od státu mého daňového rezidentství, přiložím vyplněný příslušný formulář.

#### Identifikační údaje

Pohlaví  muž  žena, platný průkaz totožnosti \_\_\_\_\_ č. \_\_\_\_\_  
doba platnosti do \_\_\_\_\_, vydán státem \_\_\_\_\_ orgánem \_\_\_\_\_

**Část A. Netechnické a technické změny** (určeno pro níže uvedené změny, pro změny rozsahu pojištění slouží části B. a C.):

- Netechnické změny a sdělení** (změna jména, příjmení, adresy, telefonního čísla pojištěné osoby / pojistníka, změna obmyšlené osoby, změna podmínek vinkulace pojistného plnění, změna indexace, blokace výplaty kapitálové hodnoty apod.).
- Technické změny** (změna výše běžného pojistného, změna doby trvání, změna frekvence placení, změna poměru rozložení pojistného, změna rizikové skupiny, přerušování placení pojistného, zrušení dospělých pojištěných, zrušení pojištěných dětí apod.).

Pojištěné osoby Příjmení, jméno, rodné číslo	Druh změny

 Žádám o nastavení pojistného na minimální postačitelnou výši.

Datum účinnosti dodatku od \_\_\_\_\_

Změna doby trvání do \_\_\_\_\_ let věku.

 Požaduji zrušit možnost provádět výběry z kapitálové hodnoty smlouvy (odchylně od ustanovení SPP) z důvodu uplatňování daňového zvýhodnění.  
Lze akceptovat pouze v případě, pokud od 1. 1. 2015 nedošlo k výběru z kapitálové hodnoty smlouvy.  
Pojistná smlouva bude daňově uznatelná, pokud budou splněny i další nutné podmínky pro daňové zvýhodnění.

 Požaduji sjednat možnost provádět výběry z kapitálové hodnoty smlouvy (v souladu s ustanovením SPP).  
Pokud je sjednán příspěvek zaměstnavatele, dojde k jeho automatickému zrušení.
**Část B. Žádost o doplnění/změnu pojištění dospělé osoby do pojistné smlouvy****Upozornění:**

Pokud žádáte změnu v rozsahu pojištění, uvádějte pouze změny požadované oproti současnému stavu pojištění. Jednotlivá pojištění a pojistné částky, které pojistník nepožaduje touto žádostí změnit nebo zrušit, zůstávají zachovány v rozsahu sjednaném v pojistné smlouvě, příp. jejich dodatcích. Požadovaná změna v pojistné smlouvě může vést v důsledku použití zásady rovného zacházení ke změně výše pojistného, a to u produktů Flexibilní životní pojištění Flexi, Investiční životní pojištění FLEXI INVEST a Soukromé životní pojištění.

Změny v rozsahu pojištění jsou zpravidla účinné od 1. dne měsíce následujícího po doručení žádosti pojišťovně, pokud není dohodnuto jinak.

Dospělá pojištěná osoba	
Příjmení, jméno, titul	
Rodné číslo	
Povolání	OSVČ <input type="checkbox"/> zrušení OSVČ <input type="checkbox"/>
Riziková skupina <input type="checkbox"/>	Sportovní/Zájmová činnost _____
E-mail	Telefon
<b>Kontaktní adresa</b> Lze uvést upřesnění adresy (např. bytem u... nebo obchodní firma)	
Ulice	Č.p.
Obec	Stát
	PSČ

## Rozsah pojištění

## Dotazník na zdravotní stav pojištěného

Praktický lékař (jméno, příjmení, adresa)

**Jsem si vědom/a toho, že odpovědi na následující zdravotní dotazy mají zásadní význam pro rozhodnutí pojišťovny, jak ohodnotí pojistné riziko, zda jej pojistí a za jakých podmínek. Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemné dotazy pojišťovny v tomto dotazníku jsou pravdivé a úplné a uvádím všechny informace včetně těch, které se mi mohou jevit jako nepodstatné. Rozumím tomu, že v případě nepravdivého nebo neúplného zodpovězení těchto dotazů může pojišťovna od pojistné smlouvy odstoupit nebo odmítnout či snížit pojistné plnění.**

Výška (cm)

Váha (kg)

Kouříte nebo jste kouřil/a v posledních 2 letech? Kouřením rozumíme užívání tabáku nebo elektronických cigaret.

NE ANO

 

Pijete nebo jste pil/a alkohol v množství větším než 1 l piva, 0,6 l vína nebo 0,08 l lihovin častěji než 4× týdně?

NE ANO

 

Užíváte nebo jste užíval/a drogy, návykové látky?

NE ANO

 

1. Jste nebo byl/a jste vyšetřován/a nebo léčen/a u lékaře pro:

- Rakovinu, cystu, lymfom, leukémii nebo znaménka, bulky nebo výrůstky jakéhokoli druhu?
- Pozitivní test na hepatitidu B, hepatitidu C nebo HIV?
- Infarkt, onemocnění srdce, anginu pectoris/bolest na hrudi, bušení srdce, vrozenou vadu srdce nebo operaci srdce?
- Cévní mozkovou příhodu (mrtvici), malou mrtvici (tranzitorní ischemickou ataku TIA), epilepsii, Alzheimerovu nemoc, roztroušenou sklerózu nebo jiná neurologická onemocnění?
- Úzkost, deprese, autismus, Downův syndrom nebo jakoukoli duševní chorobu?
- Nemoci krve, chudokrevnost, poruchu srážlivosti krve nebo hemofilii?
- Cukrovku nebo cukr v moči?

NE ANO

 

2. Jste nebo jste byl/a v posledních 7 letech vyšetřována/a, sledován/a nebo léčen/a lékařem pro níže uvedené zdravotní potíže?

- Vysoký krevní tlak nebo cholesterol?
- Astma, bronchitidu, chronickou obstrukční plicní nemoc, plicní fibrózu nebo jiné respirační onemocnění?
- Onemocnění nebo vrozené vady jícnu, žaludku, nebo střev, Crohnovu chorobu, ulcerózní kolitidu nebo jakékoli onemocnění nebo poruchy jater, žlučníku nebo slinivky břišní (pankreas)?
- Onemocnění ledvin nebo močového měchýře, vrozené vady ledvin, močového měchýře nebo močových cest?
- Pro ženy: Nález na mamografu, bulku v prsu, pozitivní nález ve stěru z děložního čípku nebo jiné gynekologické potíže?
- Pro muže: Onemocnění prostaty?
- Infekční nemoci, hepatitidu typu A (žloutenka), mononukleózu, boreliózu (lymeskou nemoc), encefalitidu, meningitidu nebo jiná infekční nebo zánětlivá onemocnění?
- Bolesti zad nebo šíje, onemocnění páteře, Bechtěrevovu nemoc (ankylozující spondylitidu), dnu, artritidu, artrózu nebo jakoukoli poruchu kloubů nebo pohybového aparátu (včetně vrozených vad)?
- Onemocnění štítné žlázy?
- Lupénku, ekzém nebo jiné onemocnění kůže?
- Onemocnění očí a/nebo uší (krátkozrakost nebo dalekozrakost víc než 10 dioptrií nebo jiné onemocnění/vady zraku nebo sluchu jako například snížená zraková ostrost, onemocnění sítnice, zákal, nedoslýchavost, hluchota apod)?

NE ANO

3. Jste v současné době ve stavu nemocných nebo v pracovní neschopnosti? Byl/a jste v posledních 7 letech operován/a nebo hospitalizován/a v nemocnici? Pobýval/a jste v posledních 7 letech v lůžkách či léčebně na doporučení lékaře? Trpíte v současné době obtížemi, pro které máte v úmyslu vyhledat lékaře? Probíhá u vás vyšetřování nebo testy nebo čekáte na výsledky provedených vyšetření? Čekáte na zahájení jakékoli formy léčby nebo operaci?	NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Byl/a nebo jste v současné době uznán/a invalidním 1., 2., 3. stupně a/nebo Vám byla uznána snížená soběstačnost? Byl/a jste nebo jste držitelem průkazu zdravotně postiženého a/nebo měla/a jste nebo máte změněnou pracovní schopnost?	NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Měl/a jste v minulosti úraz, který zanechal trvalé následky? Např. poškození kloubů, omezení hybnosti, ochrnutí, ztráta končetin nebo orgánů, pakloub, ztráta zraku nebo sluchu apod.	NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Měl/a jste v posledních 7 letech úraz? Např. zlomenina, podvrtnutí, vykloubení, poranění vazů a šlach, popálení, otřes mozku apod.	NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**Část C. Žádost o doplnění/zrušení/změnu pojištění dítěte do pojistné smlouvy**

Pojištěné dítě	
Příjmení, jméno	Rodné číslo
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Vyplňte pouze v případě doplnění/zrušení/změny dítěte do smlouvy.	
<b>Rozsah pojištění</b>	
<p>Podmínkou pro daňové zvýhodnění pojistného placeného vašim zaměstnavatelem je to, že zaměstnavatel platí pojistné připadající výhradně na daňově zvýhodněná pojištění (soukromé životní pojištění ve smyslu zákona o daních z příjmu). Pokud jsou ve smlouvě, u níž hradí část nebo celé pojistné váš zaměstnavatel, sjednána i daňově nezvýhodněná riziková pojištění a zaměstnavatel zaplatí pojistné připadající na tato pojištění, neneseme odpovědnost za důsledky z toho plynoucí.</p> <p>V případě, kdy zaměstnavatel nezaplatí pojistné a vy zaplatíte toto pojistné za zaměstnavatele, jste povinen nám nejprve tuto skutečnost písemně oznámit. Pokud tak neučiníte, neneseme odpovědnost za důsledky z toho plynoucí.</p> <p><b>Neposkytnutí plnění z důvodu sankcí</b></p> <p>Neposkytneme pojistné plnění ani jiné plnění či službu z pojistné smlouvy v rozsahu, v jakém by takové plnění nebo služba znamenaly porušení mezinárodních sankcí, obchodních nebo ekonomických sankcí či finančních embarg, vyhlášených za účelem udržení nebo obnovení mezinárodního míru, bezpečnosti, ochrany základních lidských práv a boje proti terorismu. Za tyto sankce a embarga se považují zejména sankce a embarga Organizace spojených národů, Evropské unie, České republiky a Spojeného království Velké Británie a Severního Irsku. Dále také Spojených států amerických za předpokladu, že neodporují sankcím a embargům uvedeným v předchozí větě.</p>	
<p>Požadované změny pojistného rozsahu, pokud splňují podmínky pro sjednání uvedené změny pojištění, jsou platné pro všechny pojištěné děti na pojistné smlouvě.</p>	

**SMLUVNÍ UJEDNÁNÍ**

Po přezkoumání žádosti o změnu, zdravotnické dokumentace a následném ocenění námi přejímaného rizika může dojít automaticky k úpravě pojistného max. do výše 150 Kč měsíčně. Pokud navrhovaná úprava přesáhne 150 Kč měsíčně a není vámi odsouhlasena, nebude žádost o změnu přijata.

**Hodnocení zdravotního stavu**

Bude-li z komplexního posouzení zdravotního stavu pojištěného vyplývat, že zdravotní rizika pojištěného jsou zvýšena, dáváte tímto souhlas s případným navýšením pojistného za sjednaná pojištění, nejvýše však o 50 % oproti jejich základním sazbám. Bude-li s tímto navýšením spojena potřeba zvýšení pojistného za pojistné období, souhlasíte s ním v nezbytně nutné výši. V takovém případě vás o nové výši pojistného informujeme v dodatku.

**Příspěvek zaměstnavatele na soukromé životní pojištění**

Podmínkou pro daňové zvýhodnění pojistného placeného vašim zaměstnavatelem je to, že zaměstnavatel platí pojistné připadající výhradně na daňově zvýhodněná pojištění (soukromé životní pojištění ve smyslu zákona o daních z příjmu).

Pokud jsou ve smlouvě, u níž hradí část nebo celé pojistné váš zaměstnavatel, sjednána i daňově nezvýhodněná riziková pojištění a zaměstnavatel zaplatí pojistné připadající na tato pojištění, neneseme odpovědnost za důsledky z toho plynoucí.

V případě, kdy zaměstnavatel nezaplatí pojistné a vy zaplatíte toto pojistné za zaměstnavatele, jste povinen nám nejprve tuto skutečnost písemně oznámit. Pokud tak neučiníte, neneseme odpovědnost za důsledky z toho plynoucí.

**Neposkytnutí plnění z důvodu sankcí**

Neposkytneme pojistné plnění ani jiné plnění či službu z pojistné smlouvy v rozsahu, v jakém by takové plnění nebo služba znamenaly porušení mezinárodních sankcí, obchodních nebo ekonomických sankcí či finančních embarg, vyhlášených za účelem udržení nebo obnovení mezinárodního míru, bezpečnosti, ochrany základních lidských práv a boje proti terorismu. Za tyto sankce a embarga se považují zejména sankce a embarga Organizace spojených národů, Evropské unie, České republiky a Spojeného království Velké Británie a Severního Irsku. Dále také Spojených států amerických za předpokladu, že neodporují sankcím a embargům uvedeným v předchozí větě.

**ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ****A. PROHLÁŠENÍ POJISTNÍKA**

- Jako pojistník beru na vědomí, že v případě provedení požadované změny může dojít k úpravě sazeb pojistného, a to dle sazeb pojistného platných k datu změny, a se změnou výše pojistného souhlasím.
- Jako pojistník beru na vědomí a současně souhlasím s tím, že pro pojistné smlouvy Flexibilní životní pojištění Flexi, Investiční životní pojištění FLEXI INVEST, Soukromé životní pojištění SŽP, se doplňují speciální pojistné podmínky od data vystavení dodatku k pojistné smlouvě na základě této žádosti o změnu o tato ustanovení:
  - V případě navýšení běžně placeného pojistného u pojistných smluv sjednaných do 31. 3. 2007 má pojišťovna právo z navýšené části pojistného (rozdílu mezi novou a původní výší pojistného) účtovat poplatek na pokrytí nákladů spojených s úpravou a změnou smlouvy.
  - V případě navýšení pojistné částky pro případ smrti má pojišťovna právo účtovat z navýšené pojistné částky (rozdílu mezi novou a původní výší pojistné částky) poplatek na pokrytí nákladů spojených s úpravou a změnou smlouvy.

- c) Pro mou žádost o změnu sepsanou od 1. 4. 2016, s účinností od data vystavení dodatku k pojistné smlouvě, budou výhradně pro navýšenou část pojistného uplatněny poplatky dle tabulky alokačních poplatků č. 6, jejichž výše a rozsah se řídí platným sazebníkem poplatků/přehledem poplatků a parametrů produktu, který je k dispozici na webových stránkách pojišťovny a na všech jeho obchodních místech. V případě navýšení běžně placeného pojistného má pojišťovna právo z navýšené části pojistného (rozdílu mezi novou a původní výší pojistného) účtovat poplatek na pokrytí nákladů spojených s úpravou a změnou smlouvy.
- Dále jako pojistník beru na vědomí a souhlasím s tím, že výše uvedená ustanovení platí i pro všechny následně provedené změny k této pojistné smlouvě.
  - Zmocňuji pojišťovnu, aby zjišťovala či ověřovala můj zdravotní stav a zdravotní stav nezletilých pojištěných dětí, jejichž jsem zákonným zástupcem/opatrovníkem/poručníkem/pěstounem (dále jen „zástupce nezletilých dětí“), pro účely změny pojistné smlouvy, šetření pojistných událostí či výkonu jiných práv a povinností z pojistné smlouvy, a to zejména formou dotazů u příslušných lékařů (zdravotnických zařízení), žádostí o poskytnutí lékařských zpráv, pořízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace, popř. z jiných zápisů, které se vztahují ke zdravotnímu stavu.
  - V souladu s § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, zprošťuji příslušného lékaře, resp. provozovatele zdravotnického zařízení ve vztahu k pojišťovně mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém je pojišťovna oprávněna požadovat informace či dokumenty podle předchozího odstavce a dále podle toho, jak je povinen je poskytovat pacientovi podle § 31 a následujících citovaného zákona.
  - Prohlašuji, že jsem byl seznámen a převzal jsem Výňatek z ujednání Speciálních pojistných podmínek pro Flexibilní životní pojištění Flexi a Investiční životní pojištění FLEXI INVEST (dále jen „výňatek“)
    - pro uvedená pojištění dospělé osoby: pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky a pojištění zproštění od placení pojistného,
    - pro uvedená pojištění dětí: pojištění velmi vážných onemocnění.
 Souhlasím s tím, že dnem účinnosti požadované změny pojistné smlouvy se výňatek, který je nedílnou součástí této žádosti o změnu, stává nedílnou součástí této pojistné smlouvy, výňatek tak doplňuje a v rozsahu v něm obsažených ujednání má přednost a nahrazuje příslušná ustanovení speciálních pojistných podmínek, které jsem obdržel při sjednání nabídky na uzavření této pojistné smlouvy.
  - Jako pojistník prohlašuji, že mám pojistný zájem na pojištění pojištěných osob a nezletilých pojištěných dětí a jsem si vědom/a povinnosti seznámit pojištěné osoby a zástupce nezletilých dětí se změnami v pojistné smlouvě.
  - Prohlašuji, že jsem pravdivě uvedl údaje o svém statusu politicky exponované osoby ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů, a zavazuji se vám neprodleně oznámit jeho případnou změnu.
  - Prohlašuji, že pokud se v průběhu trvání smlouvy stanu subjektem spadajícím pod režim FATCA (tj. například daňovým rezidentem USA, občanem USA, osobou s adresou sídla / pobytu v USA) nebo daňovým rezidentem jiného státu než ČR, neprodleně vám tuto skutečnost oznámím. Zavazuji se zajistit vám součinnost při prověřování a zjišťování pojistné smlouvy jako oznamovaného účtu podle zákona č. 164/2013 Sb., o mezinárodní spolupráci při správě daní a o změně dalších souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Zavazuji se zajistit i obdobnou součinnost ovládacích osob.
  - Potvrzuji, že údaje o daňové rezidentuře (tj. stát daňové rezidence a DIČ) uvedené v této žádosti o změnu jsou aktuální, a souhlasím, aby tyto údaje byly v případě jejich rozporu s jinými údaji uvedenými v dříve uzavřených pojistných smlouvách, ve kterých jsem pojistníkem nebo pojištěným, využívány i pro účely takových pojistných smluv. S tímto postupem souhlasím i pro případ, kdy pojišťovně oznámím změnu daňové rezidentury v době trvání této pojistné smlouvy.

## B. PROHLÁŠENÍ POJIŠTĚNÉHO

- Jako pojištěný zmocňuji pojišťovnu, aby zjišťovala či ověřovala můj zdravotní stav a zdravotní stav nezletilých pojištěných dětí, jejichž jsem zástupcem, pro účely změny pojistné smlouvy, šetření pojistných událostí či výkonu jiných práv a povinností z pojistné smlouvy, a to zejména formou dotazů u příslušných lékařů (zdravotnických zařízení), žádostí o poskytnutí lékařských zpráv, pořízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace, popř. z jiných zápisů, které se vztahují ke zdravotnímu stavu.
- V souladu s § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, zprošťuji příslušného lékaře, resp. provozovatele zdravotnického zařízení ve vztahu k pojišťovně mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém je pojišťovna oprávněna požadovat informace či dokumenty podle předchozího odstavce a dále podle toho, jak je povinen je poskytovat pacientovi podle § 31 a následujících citovaného zákona.
- Jako zástupce nezletilých dětí souhlasím s prohlášením pojištěného.

## ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

V následující části jsou uvedeny základní informace o zpracování vašich osobních údajů. Tyto informace se na vás uplatní, pokud jste fyzickou osobou, a to s výjimkou bodu 2.3, který se na vás uplatní, i pokud jste právnickou osobou. Více informací, včetně způsobu odvolání souhlasu, možnosti podání námítky v případě zpracování na základě oprávněného zájmu, práva na přístup a dalších práv, naleznete v dokumentu Informace o zpracování osobních údajů v pojištění osob, který je trvale dostupný na webové stránce [www.koop.cz](http://www.koop.cz) v sekci „O pojišťovně Kooperativa“.

### 1. ZPRACOVÁNÍ CITLIVÝCH OSOBNÍCH ÚDAJŮ

#### 1.1 SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU A GENETICKÝCH ÚDAJŮ

Pojišťovna bude s vašim souhlasem zpracovávat informace týkající se vašeho tělesného a duševního zdraví, včetně údajů o poskytnutí zdravotních služeb vypovídajících o vašem zdravotním stavu (dále jen „**údaje o zdravotním stavu**“), jakož i genetické údaje, a to pro účely návrhu a uzavření dodatku pojistné smlouvy, posouzení přijatelnosti do pojištění a zajištění a soupojištění. Pro tyto účely bude pojišťovna zpracovávat údaje, které jí poskytnete v souvislosti s tímto formulářem, pro účel posouzení přijatelnosti do pojištění bude zpracovávat i údaje, které od vás získala v souvislosti s jinými uzavřenými pojistnými smlouvami.

Tento souhlas udělujete na dobu trvání smluvního vztahu. Tento souhlas se zpracováním údajů o zdravotním stavu je dobrovolný, avšak je podmínkou uzavření dodatku pojistné smlouvy, resp. přistoupení k pojistné smlouvě. Tento souhlas můžete kdykoli odvolat. Odvoláním souhlasu není dotčena zákonnost zpracování údajů o zdravotním stavu a genetických údajů do okamžiku odvolání. Máte také právo kdykoli požadovat přístup ke svým osobním údajům.

Údaje o vašem zdravotním stavu a genetické údaje může pojišťovna předávat za účelem zajištění zajistitelům, kterými jsou společnosti VIG RE zajišťovna, a.s. (Česká republika), VIENNA INSURANCE GROUP AG Wiener Versicherung Gruppe (Rakousko), Swiss Re Europa S.A. (Německo) a případně další společnosti uvedené na webové stránce [www.koop.cz](http://www.koop.cz) v sekci „O pojišťovně Kooperativa“.

souhlasím 1. pojištěný       souhlasím 2. pojištěný

#### 1.2 ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ O VAŠEM ZDRAVOTNÍM STAVU A GENETICKÝCH ÚDAJŮ BEZ VAŠEHO SOUHLASU

Pojišťovna bude bez vašeho souhlasu na základě nezbytnosti pro **určení, výkon nebo obhajobu právních nároků** zpracovávat v nezbytném rozsahu údaje o vašem zdravotním stavu a genetické údaje, a to pro účely likvidace pojistné události, správy a ukončení pojistné smlouvy (s výjimkou změny pojistné smlouvy vyžadující posouzení přijatelnosti do pojištění), ochrany právních nároků a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání.

## 2. ZPRACOVÁNÍ OSTATNÍCH OSOBNÍCH ÚDAJŮ (TJ. VYJMA CITLIVÝCH ÚDAJŮ)

### 2.1 SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ PRO ÚČELY MARKETINGU

Pojišťovna bude s vaším souhlasem zpracovávat vaše **identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění, údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění a údaje o využívání služeb**, a to pro účely:

- zaslání slev či jiných nabídek třetích stran, a to i elektronickými prostředky,
- zpracování vašich osobních údajů nad rámec oprávněného zájmu pojišťovny za účelem vyhodnocení vašich potřeb a zaslání relevantnějších nabídek (jedná se o některé případy sledování vašeho chování, spojování osobních údajů shromážděných pro odlišné účely, použití pokročilých analytických technik).

Tento souhlas je dobrovolný, platí po dobu neurčitou, můžete jej však kdykoli odvolat. V případě, že souhlas neudělíte nebo jej odvoláte, nebudou vám zaslány nabídky třetích stran a některé nabídky pojišťovny nebude možné plně přizpůsobit vašim potřebám. Máte také právo kdykoli požadovat přístup ke svým osobním údajům.

souhlasím pojistník       nesouhlasím pojistník

### 2.2 INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ POJISTNÍKA

#### Zpracování na základě plnění smlouvy a oprávněných zájmů pojišťovny

Berete na vědomí, že vaše identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění, údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění a údaje o využívání služeb zpracovává pojišťovna:

- pro účely návrhu a uzavření dodatku pojistné smlouvy, posouzení přijatelnosti do pojištění, správy a ukončení pojistné smlouvy a likvidace pojistných událostí, když v těchto případech jde o zpracování nezbytné pro **plnění smlouvy**, a
- pro účely zajištění řádného nastavení a plnění smluvních vztahů s pojistníkem, zajištění a soupojištění, statistiky a cenotvorby produktů, ochrany právních nároků pojišťovny a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání, když v těchto případech jde o zpracování založené na základě **oprávněných zájmů** pojišťovny. Proti takovému zpracování máte právo kdykoli podat námitku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v Informacích o zpracování osobních údajů v pojištění osob.

#### Zpracování pro účely plnění zákonné povinnosti

Berete na vědomí, že vaše identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění a údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění pojišťovna dále zpracovává ke **splnění své zákonné povinnosti** vyplývající zejména ze zákona upravujícího distribuci pojištění, zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů, zákona č. 69/2006 Sb., o provádění mezinárodních sankcí, ve znění pozdějších předpisů, a zákona č. 164/2013 Sb., o mezinárodní spolupráci při správě daní a o změně dalších souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

#### Zpracování pro účely přímého marketingu

Berete na vědomí, že vaše identifikační a kontaktní údaje a údaje o využívání služeb může pojišťovna také zpracovávat na základě svého **oprávněného zájmu** pro účely zaslání svých reklamních sdělení a nabízení svých služeb; nabídku od pojišťovny můžete dostat elektronicky (zejména SMSkou, e-mailem, přes sociální sítě nebo telefonicky) nebo klasickým dopisem či osobně od zaměstnanců pojišťovny.

Proti takovému zpracování máte jako pojistník právo kdykoli podat námitku. Pokud si nepřejete, aby vás pojišťovna oslovovala s jakýmkoli nabídkami, zaškrtněte prosím toto pole: .

### 2.3 POVINNOST POJISTNÍKA INFORMOVAT TŘETÍ OSOBY

Zavazujete se informovat každého pojištěného, jenž je osobou odlišnou od vás, každého obmyšleného a případně další osoby, které jste uvedl v tomto formuláři, o zpracování jejich osobních údajů.

### 2.4 INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ POJIŠTĚNÉHO

#### Zpracování na základě oprávněných zájmů pojišťovny

Berete na vědomí, že vaše identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění, údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění a údaje o využívání služeb zpracovává pojišťovna na základě **oprávněného zájmu** pro účely návrhu a uzavření dodatku pojistné smlouvy, posouzení přijatelnosti do pojištění, správy a ukončení pojistné smlouvy a likvidace pojistných událostí, statistiky a cenotvorby produktů, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojišťovny a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání. Proti takovému zpracování máte právo kdykoli podat námitku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v Informacích o zpracování osobních údajů v pojištění osob.

#### Zpracování pro účely plnění zákonné povinnosti

Berete na vědomí, že vaše identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění a údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění pojišťovna dále zpracovává ke **splnění své zákonné povinnosti** vyplývající zejména ze zákona upravujícího distribuci pojištění, zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů, zákona č. 69/2006 Sb., o provádění mezinárodních sankcí, ve znění pozdějších předpisů, a zákona č. 164/2013 Sb., o mezinárodní spolupráci při správě daní a o změně dalších souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

**2.5 INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ ZÁSTUPCE POJISTNÍKA NEBO POJIŠTĚNÉHO****Zpracování na základě oprávněných zájmů pojišťovny**

Zástupce právnické osoby, zákonný zástupce nebo jiná osoba oprávněná zastupovat pojistníka nebo pojištěného bere na vědomí, že její identifikační a kontaktní údaje pojišťovna zpracovává na základě **oprávněného zájmu** pro účely návrhu a uzavření dodatku pojistné smlouvy, správy a ukončení pojistné smlouvy, likvidace pojistných událostí, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojišťovny a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání. Proti takovému zpracování má taková osoba právo kdykoli podat námitku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v Informacích o zpracování osobních údajů v pojištění osob.

**Zpracování pro účely plnění zákonné povinnosti**

Zástupce právnické osoby, zákonný zástupce nebo jiná osoba oprávněná zastupovat pojistníka nebo pojištěného bere na vědomí, že identifikační a kontaktní údaje pojišťovna dále zpracovává ke **splnění své zákonné povinnosti** vyplývající zejména ze zákona upravujícího distribuci pojištění, zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů, zákona č. 69/2006 Sb., o provádění mezinárodních sankcí, ve znění pozdějších předpisů, a zákona č. 164/2013 Sb., o mezinárodní spolupráci při správě daní a o změně dalších souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

**Podpisem tohoto formuláře potvrzujete, že jste se důkladně seznámil se smyslem a obsahem souhlasů se zpracováním osobních údajů a že jste se před jejich udělením seznámil s dokumentem Informace o zpracování osobních údajů v pojištění osob, zejména s bližší identifikací dalších správců, rozsahem zpracovávaných údajů, právními základy (důvody), účely a dobou zpracování osobních údajů, způsobem odvolání souhlasu a právy, která vám v této souvislosti náleží.**

**KONTROLA KLIENTA**

Jako pojistník prohlašuji, že zdroje příjmů, ze kterých hradím pojistné, pocházejí:  ze závislé činnosti,  z podnikání,

jiné (konkrétně): \_\_\_\_\_

Pokud vedle pojistné ochrany a investice sledujete provedením obchodu další účel ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů, prosím, uveďte jej:

**Žádost podal/a:** Příjmení, jméno pojistníka

\_\_\_\_\_ podpis pojistníka

*Jestliže je pojistník odlišný od pojištěných, musí být v případě změny či doplnění nové dospělé pojištěné osoby nebo změny či doplnění nových nezletilých pojištěných dětí, dále při změně obmyslené osoby (včetně změny podílů v %) týkající se daného pojištěného, změny či doplnění vinkulace pojistného plnění a změny rozsahu pojištění dospělé pojištěné osoby či nezletilých pojištěných dětí, žádost podepsaná i těmito dospělými pojištěnými osobami / zástupcem těchto nezletilých pojištěných dětí. V případě pojištění nezletilého pojištěného dítěte, které se v průběhu pojistné smlouvy stalo zletilým, musí taktéž žádost podepsat v případě změny jeho rozsahu pojištění nebo změny či doplnění vinkulace pojistného plnění.*

\_\_\_\_\_ Příjmení, jméno pojištěné osoby

\_\_\_\_\_ podpis 1. pojištěné osoby\*

\_\_\_\_\_ Příjmení, jméno pojištěné osoby

\_\_\_\_\_ podpis 2. pojištěné osoby

\_\_\_\_\_ Příjmení, jméno zákonného zástupce nezletilého dítěte, RČ (uveďte vždy RČ dítěte) / vztah k dítěti\*

\_\_\_\_\_ podpis zákonného zástupce

\_\_\_\_\_ Příjmení, jméno zákonného zástupce nezletilého dítěte, RČ (uveďte vždy RČ dítěte) / vztah k dítěti\*

\_\_\_\_\_ podpis zákonného zástupce

---

Příjmení, jméno zákonného zástupce nezletilého dítěte, RČ (uved'te vždy RČ dítěte) / vztah k dítěti\*

podpis zákonného zástupce

---

Příjmení, jméno zákonného zástupce nezletilého dítěte, RČ (uved'te vždy RČ dítěte) / vztah k dítěti\*

podpis zákonného zástupce

---

Příjmení, jméno zákonného zástupce nezletilého dítěte, RČ (uved'te vždy RČ dítěte) / vztah k dítěti\*

podpis zákonného zástupce

\* Pokud jste se podepsal/a na místě pojistníka nebo dospělého pojištěného, již se znovu nepodepisujte.

---

Příjmení, jméno dítěte, RČ (uved'te vždy RČ dítěte)

podpis dítěte

---

Příjmení, jméno dítěte, RČ (uved'te vždy RČ dítěte)

podpis dítěte

---

Příjmení, jméno dítěte, RČ (uved'te vždy RČ dítěte)

podpis dítěte

---

Příjmení, jméno dítěte, RČ (uved'te vždy RČ dítěte)

podpis dítěte

---

Příjmení, jméno dítěte, RČ (uved'te vždy RČ dítěte)

podpis dítěte

.....  
Prohlašuji, že jsem zaznamenal/a a ověřil/a správnost identifikačních údajů pojistníka a shodu podoby pojistníka s vyobrazením dle platného průkazu totožnosti.

**Identifikaci** v souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů, za Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobřežní 665/21, 186 00 Praha 8, Česká republika, IČO: 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1897, **provedl/a a žádost převzal/a:**

Příjmení, jméno poradce / spolupracovníka ziskatele

(vyplňte hůlkovým písmem)

Identifikace partnera (HR) / Získatelské číslo

Identifikace poradce / Osobní číslo spolupracovníka ziskatele

Telefon

E-mail

V

dne

podpis poradce / spolupracovníka ziskatele



# Výňatek z ujednání speciálních pojistných podmínek

## Platí pro Flexibilní životní pojištění Flexi a Investiční životní pojištění FLEXI INVEST

### POJIŠTĚNÍ INVALIDITY S JEDNORÁZOVOU VÝPLATOU POJISTNÉ ČÁSTKY DOSPĚLÉ OSOBY

Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 do 62 let. Pojistné krytí končí nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěný dožije 65 let.

#### 1. Předmět a rozsah pojištění

Pro pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky se invaliditou rozumí invalidita 3. stupně ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení a těchto pojistných podmínek (dále jen „invalidita“).

#### Předpoklady pro uznání invalidity:

Pojištěný je ve smyslu tohoto pojištění invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 70 % (jedná se o invaliditu 3. stupně). Pracovní schopnosti se rozumí schopnost pojištěného vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem. Poklesem pracovní schopnosti se rozumí pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových a duševních schopností ve srovnání se stavem, který byl u pojištěného před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

Při určování poklesu pracovní schopnosti se vychází ze zdravotního stavu pojištěného doloženého výsledky funkčních vyšetření; přitom se bere v úvahu, zda jde o zdravotní postižení trvale ovlivňující pracovní schopnost, zda se jedná o stabilizovaný zdravotní stav, zda a jak je pojištěný na své zdravotní postižení adaptován, schopnost rekvifikace pojištěného na jiný druh výdělečné činnosti, než dosud vykonával, a v případě poklesu pracovní schopnosti nejméně o 70 % též to, zda je pojištěný schopen výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek.

Za zdravotní postižení se pro účely posouzení poklesu pracovní schopnosti považuje soubor všech funkčních poruch, které s ním souvisejí.

#### 2. Pojistná událost

Pojistné plnění z pojištění invalidity pojistitel poskytne dle podmínek sjednaných v pojistné smlouvě a současně pokud dojde ke splnění následujících podmínek:

- Pojištěný byl uznán invalidním 3. stupně, a to ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení a příslušných SPP.
- Pojištěný byl během trvání pojištění, nejdříve však po dvou letech trvání od počátku pojištění, uznán ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení invalidním.
- Splnění podmínek dvou let dle písm. b) se nevyžaduje, pokud byl pojištěný uznán invalidním vylučně v důsledku úrazu, k němuž došlo v době trvání pojištění.
- Pojištěný vyvine na požádání pojistitele příměrou nebo potřebnou součinnost. Vyplacením sjednané pojistné částky z pojištění invalidity pojištění zaniká.

### POJIŠTĚNÍ ZPROŠTĚNÍ OD PLACENÍ POJISTNÉHO

Invaliditou se v případě sjednání pojištění zproštění od placení rozumí invalidita 3. stupně, a to ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení a pojistných podmínek.

Podmínky pro uznání invalidity jsou totožné s podmínkami pro pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky.

### PŘIPOJIŠTĚNÍ K DENNÍMU ODŠKODNĚMU DOSPĚLÉ OSOBY

Od 1. 10. 2012 není možné sjednat připojištění k dennímu odškodnému dospělé osoby. Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z připojištění k dennímu odškodnému zůstávají v platnosti dle speciálních pojistných podmínek (dále jen SPP).

### POJIŠTĚNÍ VELMI VÁŽNÝCH ONEMOCNĚNÍ

Dítě může vstoupit do pojištění od 0 do nedovršených 18 let. Pojistné krytí končí nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěné dítě dožije 25 let.

#### Předmět a rozsah pojištění

Předmětem pojištění velmi vážných onemocnění dětí jsou tyto diagnózy:

- rakovina** – přítomnost nekontrolovaného růstu a rozšiřování maligních buněk a jejich invaze do tkáně, termín „rakovina“ také zahrnuje leukémii, maligní lymfomy a Hodgkinovu chorobu. Vyloučeny jsou:
  - neinvazivní karcinomy in situ;
  - lokalizované neinvazivní tumory vykazující jen rané maligní změny (dysplazie cervixu, rakovina cervixu klasifikace CIN-1-3, rakovina prostaty klasifikace T1a nebo T1b);
  - všechny typy rakoviny kůže včetně maligního melanomu klasifikace IA;
  - všechny typy rakoviny za přítomnosti HIV infekce.Diagnóza maligního růstu nebo tvorby metastáz musí být potvrzena histologickým vyšetřením.
- nitrolebni (intrakraniální) nádor** – nitrolebni (intrakraniální) nádory s klinickou symptomatologií, které je nutno řešit chirurgicky otevřeným přístupem (z kraniotomie), eventuelně stereotaktickým zákrokem. Přítomnost nádoru musí ohrožovat životní funkce a v případě, že je neoperabilní, musí způsobovat trvalé neurologické poškození. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem rozhodnutí odborného lékaře (neurologa, neurochirurga) o nutnosti (indikaci) operativního zákroku, eventuelně rozhodnutí o inoperabilitě nitrolebniho nádorového procesu, případně prokázání již provedené operační léčby, chemoterapie nebo ozarování. Požaduje se průkaz nádoru na CT, MRI, EEG nebo PET.
- transplantace životně důležitých orgánů** – nezbytně nutná a lékařským nálezem indikovaná transplantace srdce, srdce a plic, jater, ledvin, střeva, kdy je příjemcem pojištěné dítě. Operace musí být provedena na území členských států Evropské unie lékařským pracovištěm, které je oprávněno tyto operace provádět. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem provedení operace, pokud k ní došlo po uplynutí tříměsíční čekací doby od počátku pojištění a zahrnuje pouze transplantace výše uvedených orgánů. Mezi kritéria plnění patří také přijetí do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci. Transplantace musí být z lékařského hlediska nezbytná a musí být objektivně potvrzeno selhání funkce příslušného orgánu.
- totální ledvinové selhání** – konečné stadium ledvinového selhávání následkem chronického a nezvratného selhání funkce obou ledvin; pojištěné dítě musí podstupovat pravidelnou dialýzu nebo být po transplantaci ledviny. Za pojistnou událost se považuje také zařazení pojištěného dítěte do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci. Vyloučena je pouze jednostranná nefrektomie a přechodná dialýza z důvodu akutního ledvinového selhání.
- operace aorty** – operační výkon na aortě provedený v důsledku jejího roztržení, vzniku výdutě; vyloučeny jsou operace na větších aortě nebo bypassy vystupující z aorty a vedoucí krev do periferního řečiště a operační výkony na aortě provedené v důsledku úrazu. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem provedení operace, pokud k ní došlo na území členských států Evropské unie a po uplynutí tříměsíční čekací doby od počátku pojištění.
- slepta** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta zraku obou očí v důsledku onemocnění nebo úrazu; patří sem i téměř úplná ztráta zraku s minimálním zbytkovým viděním (max. 3/60) nebo omezení zorného pole (pod 10 stupňů). Diagnóza musí být klinicky potvrzena odborným lékařem. Pojistnou událostí není snížení visu (zraku) nižšího stupně. Stav nelze změnit lékařským zákrokem.
- hluchota** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta sluchu obou uší v důsledku onemocnění nebo úrazu; diagnóza musí být klinicky potvrzena audiometrickým vyšetřením, tympanometrií a vyšetřením akustického reflexu odborným lékařem pojistitele. Pojistnou událostí není snížení sluchu nižšího stupně. Stav nelze změnit lékařským zákrokem.
- paraplegie, tetraplegie, hemiplegie** – úplné a trvalé ochrnutí obou dolních, obou horních nebo všech končetin nebo poloviny těla s úplným a trvalým přerušením vodivosti míchy pro vlákná zajišťující hybnost. Povinnost pojistitele plnit vzniká nejdříve 6 měsíců od počátku onemocnění po stanovení diagnózy paraplegie, tetraplegie nebo hemiplegie příslušným klinickým pracovištěm. Vyloučena jsou částečná a vrozená ochrnutí končetin.
- kóma** – stav hlubokého bezvědomí bez reakce na vnější či vnitřní podněty, který trvá nepřetržitě

nejméně 96 hodin (do 8 bodů na Glasgowské stupnici kómatu). Během této doby musí být uměle udržována některá ze základních životních funkcí. Následkem musí být trvale prokazatelně poškození v klinickém neurologickém nálezu. Povinnost pojistitele plnit začíná dnem potvrzení diagnózy a trvalého neurologického poškození příslušným klinickým pracovištěm. Vyloučeno je kóma vzniklé následkem zneužívání alkoholu nebo aplikace návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky. Dále pojistitel neplní za kóma vzniklé na podkladě úrazu v souvislosti s požitím alkoholu nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky. Vyloučeno je též umělé kóma (dlouhodobá narkóza) navozené medikamentózně pro léčebné účely.

- mozková obrna (poliomyelitida)** – akutní infekce virem poliomyelitidy způsobující trvalé zdravotní postižení a vedoucí k trvalé paralýze projevující se poruchou pohybových funkcí nebo respirační nedostatečností; diagnóza musí být klinicky potvrzena neurologem a doložena průkazem infekce v séru a v likvoru (mozkomíšním moku). Pojistnou událostí není paralýza trvajících méně než tři měsíce a případy Guillain-Barrého syndromu.
- meningitida, encefalitida** – zánět mozkových blan nebo mozkové tkáně vyvolaný virovou nebo bakteriální infekcí; onemocnění může být prvotní nebo součástí jiného infekčního onemocnění (post infekční a parainfekční). Pojistnou událostí jsou pouze onemocnění vedoucí k závažným komplikacím trvajícím minimálně tři měsíce a trvalému neurologickému defektu se současně klinicky potvrzeným nálezem neurologa. Pojistitel dále plní za získané psychiatrické nemoci vedoucí k týž nebo podobným následkům jako organická onemocnění mozku uvedená pod tímto pojmenováním. Podkladem pro poskytnutí plnění je lékařská zpráva a podrobný popis postižení. Vyloučeno je postižení vzniklé následkem infekce způsobené virem HIV. Podmínkou vzniku pojistné události u onemocnění definovaných pod tímto písmenem je mimo uvedené nezbytné podmínky také detailní zpráva ošetřujícího lékaře pojištěného dítěte potvrzující splnění alespoň jedné z následujících podmínek po dobu minimálně šesti po sobě následujících měsíců a obsahující písemné vyjádření lékaře o očekávaném nezlepšování se současného stavu:
  - pojištěné dítě dosáhlo věku tří let,
  - ohrožuje samo sebe a/nebo své okolí v důsledku svého duševního postižení,
  - potřebuje trvalý celodenní dohled,
  - je trvale upoutáno na lůžko nebo židli, nemůže vstát bez asistence další osoby.Nedosašlo-li pojištěné dítě, v případě onemocnění definovaných pod tímto písmenem, věku tří let, vzniká nárok na pojistné plnění prokázáním splnění (včetně písemného vyjádření lékaře o očekávaném nezlepšování se současného stavu) alespoň jedné z podmínek uvedených v tomto bodě a po uplynutí doby minimálně šesti po sobě následujících měsíců, která začala běžet dnem, kdy se pojištěné dítě dožilo tří let věku.
- virová hepatitida** – virový zánět jaterní tkáně způsobený virem hepatitidy. Vyloučeno je infekční onemocnění virem hepatitidy typu A. Pro doložení onemocnění a podmínkou vzniku pojistné události je splnění těchto požadavků:
  - pojištěné dítě je v době oznámení pojistné události infikováno virem hepatitidy, průkaz viru hepatitidy metodou PCR,
  - jaterní testy (ALT, AST) jsou zvýšeny nejméně čtyřikrát nad standardní fyziologickou hladinu v důsledku zánětu jater,
  - zvýšená hladina jaterních enzymů musí být zjištělná v séru alespoň šest měsíců po skončení léčeni virového zánětu jater a zároveň v době oznámení pojistné události.Onemocnění je doloženo také v případech, kdy byla hepatitida léčena interferonem, léčba skončila, k vyléčení dosud nedošlo a virus hepatitidy přetrvává v těle i po jednom roce od ukončení léčby interferonem.
- aplastická anémie** – selhání funkce kostní dřeně (porucha krvetvorby), v jejím důsledku je v cirkulující krvi nedostatek červených i bílých krvinek a krevních destiček. Podmínkou vzniku pojistné události je splnění všech následujících požadavků:
  - diagnóza aplastické anémie je potvrzena na základě výsledku punkce kostní dřeně,
  - počet granulocytů (bílé krvky s vyzrálými granulami v cytoplasmě) v krvi je nižší než 500/mm<sup>3</sup> (t.j. 0,5 x 10<sup>9</sup>/l) a krevních destiček nižší než 20 000/mm<sup>3</sup> (t.j. 20 x 10<sup>9</sup>/l),
  - je prokázána anémie a retikulocytopenie,
  - léčení je prováděno minimálně jedním z následujících způsobů:
    - pravidelné krevní transfúze opakující se alespoň tři měsíce,
    - pravidelná aplikace imunosupresivních látek opakující se alespoň tři měsíce,
    - transplantace kostní dřeně.Pojistná událost nenastává, jedná-li se o aplastickou anémii, která je následkem terapie (např. antibiotiky, nesteroidními antirevmatiky, zlatem, radiačním zářením nebo chemoterapií), o některou z forem vrozené aplastické anémie nebo o aplastickou anémii, pokud bylo u pojištěného dítěte diagnostikováno nádorové onemocnění před uzavřením tohoto pojištění. Pojistná událost také nenastává v případě, že diagnóza aplastické anémie byla poprvé stanovena během prvních dvou let od sjednání pojištění a současně toto onemocnění souviselo s chronickou anémií, která si byla pojištěné dítě nebo jeho zákonní zástupci vědomi před uzavřením tohoto pojištění.
- diabetes mellitus I. typu s intenzifikovaným inzulinovým režimem (závislý na inzulinu)** – diabetem se pro účely pojištění 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 léčeni pravidelnými aplikacemi inzulinových injekcí, přičemž tato léčba již trvá po dobu minimálně tří měsíců. Vyloučen je diabetes mellitus II. typu vzniklý na podkladě obezity.
- stavy vedoucí k syndromu krátkého střeva s nutností totální parenterální umělé výživy** – syndrom krátkého střeva souvisí s nedostatečnou délkou zaživácho traktu vzniklou po opakovaných resekcích (chirurgických výkonech na střevě s odtěním části střeva). Důsledky pro organismus jsou různé podle odnětého segmentu střeva a podle zbylé délky tenkého střeva. Nedochází ke správnému vstřebávání živin. Následně vzniká podvýživa, kterou není možno řešit jinak než umělou parenterální výživou. Podmínkou pro poskytnutí pojistného plnění je, že podávání umělé parenterální výživy trvá alespoň 1 rok nebo je trvale. Další podmínkou je doložení lékařské zprávy s popisem postižení (základní dg) a odůvodněním nutnosti podávání umělé parenterální výživy.
- operace srdeční chlopně**  
Operaci srdeční chlopně se pro účely pojištění podle těchto SPP rozumí operace srdeční chlopně provedená přes otevřený hrudník za účelem léčebného zákroku na srdeční chlopně. Operace srdeční chlopně musí být lékařsky nezbytná a musí být v lékařské dokumentaci řádně zdůvodněna. Pojistná událost nenastává v případě, že k operaci došlo v důsledku získaného onemocnění zapříčiněného požíváním alkoholu a/nebo aplikací omamných či návykových látek. Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění.
- získané chronické srdeční onemocnění**  
Získaným chronickým srdečním onemocněním se pro účely pojištění podle těchto SPP rozumí získané onemocnění srdce, které se projevuje trvalou funkcí a/nebo morfologickou patologií srdeční tkáně (srdeční chlopně, endokard, myokard a/nebo perikard). Podmínkou vzniku pojistné události je, aby náležela léčba získaného chronického srdečního onemocnění probíhala po dobu nejméně šesti měsíců, po celou tuto dobu dosahoval onemocněním stupně II nebo vyššího podle NYHA klasifikace a přes náležitou léčbu nelze očekávat zlepšení. Pojistná událost nenastává, jedná-li se o získané chronické srdeční onemocnění:
  - vzniklé v důsledku požívání alkoholu nebo aplikace omamných či návykových látek,
  - vzniklé v důsledku defektu v srdečním septu,
  - pokud byla u pojištěného dítěte diagnostikována revmatická horečka před počátkem pojištění velmi vážných onemocnění.Výše pojistného plnění je závislá na stupni postižení dle NYHA klasifikace:
  - stupeň IV dle NYHA klasifikace: 100 % pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění,
  - stupeň II nebo III dle NYHA klasifikace: 50 % pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění.
- astma bronchiale**  
Je závažným onemocněním v případě současného splnění všech tří následujících kritérií trvajících déle než dvanáct měsíců:
  - trvalé klinické příznaky (těžké a středně těžké perzistující astma) či záchvat více než jedenkrát týdně (lehké perzistující astma); časté noční příznaky;
  - trvalá potřeba léčby bronchodilatačními léky (beta-mimetika, aminofylin) či trvalé podávání inhalačních kortikoidů;
  - ochytky v plicním funkčním vyšetření – FEV<sub>1</sub> ≤60 % náležité hodnoty.
- epilepsie**  
Epilepsii se pro účely pojištění podle těchto SPP 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 jeden z následujících požadavků:

- více než jeden záchvat tonicko-klonických křečí postihující všechny kosterní svaly a současná porucha vědomí (grand mal) častěji než jedenkrát za sedm dní po dobu více než dvanáct měsíců. V případě takové pojistné události je výše pojistného plnění rovna 100 % pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění,
- více než jeden záchvat tonicko-klonických křečí postihující všechny kosterní svaly a současná porucha vědomí (grand mal) častěji než jedenkrát za třicet dní po dobu více než dvanáct měsíců. Po celou dobu musí být pojištěné dítě odpovídajícím způsobem léčeno a záchvaty musí být dokumentovány lékařskými zprávami.

V případě takové pojistné události je výše pojistného plnění rovna 25 % pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění.

Pojistná událost nenastává v případě, že diagnóza epilepsie byla poprvé stanovena během prvních dvou let od počátku pojištění a současně toto onemocnění souviselo s níže uvedenými příznaky a symptomy, kterých si byli pojištěné dítě a/nebo jeho rodiče vědomi před počátkem pojištění:

- úraz hlavy,
- závažné onemocnění a/nebo infekce mozku,
- chirurgický zákrok na mozku,
- nádor mozku,
- hypoxie během porodu pojištěného dítěte.

#### u) **revmatická horečka**

Revmatickou horečku se pro účely pojištění podle těchto SPP 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 šesti 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 jakéhokoli původu před počátkem pojištění.

Výše pojistného plnění je závislá na stupni postižení dle NYHA klasifikace:

- stupeň IV dle NYHA klasifikace: 100 % pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění,
- stupeň II nebo III dle NYHA klasifikace: 50 % pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění.

#### v) **tetanus**

Tetanem se pro účely pojištění podle těchto SPP rozumí akutní infekce způsobená bakterií Clostridium tetani. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby onemocnění vedlo ke svalové ochablosti a respirační nedostatečnosti trvajících po dobu nejméně čtyř týdnů potvrzené odborným lékařem a byla nutná léčba pojištěného dítěte za hospitalizace. Pojistná událost nenastává, pokud pojištěné dítě nebylo řádně očkováno dle platného očkovacího kalendáře.

Výše pojistného plnění je rovna 25 % pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění.

#### x) **závažná onemocnění způsobena přisátím klíštěte** - rozumí se závažná forma klíšťové meningoencefalitidy nebo lymeské nemoci, která je způsobena přisátím klíštěte. Závažná forma meningoencefalitidy nebo chronické formy lymeské boreliózy způsobují trvalé následky. Příznaky onemocnění se musí projevit v období tří měsíců následujících po přisátí klíštěte a diagnóza musí být doložena v závislosti na onemocnění níže uvedeným způsobem.

**Klíšťovou meningoencefalitidou (KE)** se rozumí encefalitida a/nebo meningitida způsobená specifickými ARBO viry, které jsou klíštětem obvykle přeneseny.

Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria:

- pojištěný doložil anamnézu přisátí klíštěte s uvedením data, zaznamenanou v lékařské dokumentaci,
- KE je řádně léčena během hospitalizace nebo ambulantně,
- pojištěný doložil přítomnost protilátek proti klíšťové meningoencefalitidě v séru a/nebo v mozkomíšním moku a zvýšení hladiny IgM protilátek prokazující akutní infekci,
- závažné trvalé neurologické a/nebo psychiatrické následky klíšťové meningoencefalitidy jsou potvrzeny příslušným odborným lékařem.

**Lymeskou nemocí** se rozumí bakteriální zánětlivé infekční onemocnění s kožními, neurologickými, kardiologickými a kloubními příznaky. Chronická pozdní forma nemoci má nervové a kloubní projevy.

Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria:

- pojištěný doložil anamnézu přisátí klíštěte s uvedením data zaznamenanou v lékařské dokumentaci,
- pojištěný jednoznačně doložil přítomnost bakterie Borrelia burgdorferi (vyšetření z laboratorě molekulární biologie pomocí metody PCR),
- pojištěný doložil přítomnost specifických protilátek proti Lymeské nemoci v organismu (IgM a IgG prokazujících akutní infekci),
- pojištěný byl řádně dlouhodobě léčen,
- příznaky způsobené jednoznačně Lymeskou nemocí a závažnost jejich následků jsou potvrzeny příslušným odborným lékařem (psychosyndrom, parézy periferních i hlavových nervů, dysartrie, ataxie, poruchy kognitivních a paměťových funkcí, periferní neuropatie apod., těžké invalidizující postižení kloubů).

Pojistnou událostí při neurologických komplikacích jsou onemocnění s trvalým neurologickým defektem a současně klinicky potvrzeným nálezem neurologa. Postižení kloubů a invalidizace musí být potvrzena příslušným odborným lékařem.

## 2. Pojistná událost

- Není-li v vyjmenovaných velmi vážných onemocnění v těchto podmínkách uvedeno jinak, pojistitel poskytne pojistné plnění i za velmi vážné onemocnění (potvrzení lékařské diagnózy), pokud vznikne v důsledku úrazu v době trvání pojištění.
- Z pojištění velmi vážných onemocnění / vážných nemocí a úrazů je pojistitel povinen na základě písemné žádosti vyplatit, pokud pojištěnému dítěti onemocněním vzniklo právo na plnění, smluvně dohodnutou pojistnou částku, došlo-li u pojištěného dítěte v době trvání pojištění k potvrzené lékařské diagnóze jednoho z velmi vážných onemocnění / jedné z vážných nemocí, vyjmenovaných a definovaných v pojistné smlouvě, respektive k provedení některého z operačních zákroků, vyjmenovaných a definovaných v pojistné smlouvě.
- Dojde-li u pojištěného dítěte k potvrzení více diagnóz velmi vážných onemocnění / vážných nemocí, které uvádí tento článek, vyplatí pojistitel pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky pouze jednou.
- Bylo-li ve smlouvě sjednáno pojištění velmi vážných onemocnění / vážných nemocí a úrazů, je pojistitel povinen vyplatit, v případě splnění podmínek a vzniku pojistné události uvedené v tomto článku, pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky nebo jeho části pro pojištění velmi vážných onemocnění / vážných nemocí a úrazů nezávisle na případném dalším plnění z jakéhokoli jiného pojištění sjednaného ve smlouvě.
- Pojistné plnění bude vyplaceno pouze za předpokladu přežití pojištěného dítěte alespoň 30 kalendářních dnů od potvrzené lékařské diagnózy, případně data provedení operačního nebo lékařského výkonu jednoho z velmi vážných onemocnění / jedné z vážných nemocí uvedených v tomto článku.
- V pojištění velmi vážných onemocnění / vážných nemocí a úrazů není pojistitel povinen plnit v případě potvrzené lékařské diagnózy, případně data provedení operačního nebo lékařského výkonu jednoho z velmi vážných onemocnění / jedné z vážných nemocí u pojištěného dítěte do doby tří měsíců ode dne počátku tohoto pojištění.
- V případě, kdy došlo v posledních třech měsících před stanovením diagnózy, případně operace velmi vážného onemocnění / vážné nemoci ke zvýšení pojistné částky pro případ velmi vážných onemocnění / vážných nemocí a úrazů, vyplatí pojistitel pojistnou částku platnou před jejím zvýšením. Pokud došlo k danému velmi vážnému onemocnění / dané vážné nemoci v důsledku úrazu, který nastal v době trvání pojištění, a po vzniku úrazu došlo ke zvýšení pojistné částky, vyplatí pojistitel pojistnou částku platnou po jejím zvýšení.
- Posledním dnem pojistně-technického období, ve kterém nastala pojistná událost, pojištění končí.

## PŘIPOJIŠTĚNÍ K DENNÍMU ODŠKODNĚMU DÍTĚTE

Od 1. 10. 2012 není možné sjednat připojištění k dennímu odškodnému pojištěného dítěte.

Ostatní podmínky pro priznání nároku na plnění z připojištění k dennímu odškodnému zůstávají v platnosti dle SPP.

## RIZIKOVÉ SKUPINY

**(platí pro pojištění sjednaná od 1. 1. 2005)**

Pojistitel má právo určit osoby se zvýšeným rizikem v závislosti na vykonávané pracovní, sportovní nebo jiné zájmové činnosti nebo zdravotním stavu.

Vykonává-li dospělý pojištěný povolání, sportovní nebo jinou zájmovou činnost se zvýšeným rizikem úrazu, je pojistné za úrazové pojištění upraveno podle stupně nebezpečnosti vykonávané činnosti.

Pojištěný se může sám rozhodnout, jestli chce být zařazen do rizikové skupiny odpovídající jeho vykonávané sportovní či jiné zájmové činnosti; v rámci povolání není možné se rozhodnout. Konečně rozhodnutí o zařazení do rizikové skupiny je v naší kompetenci.

V případě, že dojde k úrazu a pojištěný je zařazen do nižší rizikové skupiny, než která náleží ke sportovní či jiné zájmové činnosti, při které k úrazu došlo, snižujeme pojistné plnění za dané riziko v poměru pojistného, které za něj má být placeno, a pojistného, které za něj bylo placeno.

### 1. riziková skupina

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

### 2. riziková skupina

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

### 4. riziková skupina

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

Motorové vozidlo je pro účely pojištění považováno za dopravní prostředek pouze při použití na pozemní komunikaci. V případě pojistné události je nutné doložit usnesení policie o dopravní nehodě.