

## Žádost o změnu v pojistné smlouvě FLEXI rizikové životní pojištění

**Z5149**

Tato žádost slouží **výhradně pro pojistné smlouvy FLEXI rizikové životní pojištění.**

Číslo pojistné smlouvy **4 8 0**

Čísla předchozích smluv (návaznost 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

### Identifikační údaje

Pohlaví  muž  žena, platný průkaz totožnosti \_\_\_\_\_ č. \_\_\_\_\_,

doba platnosti do \_\_\_\_\_, vydán státem \_\_\_\_\_ orgánem \_\_\_\_\_.





**Část B. Žádost o změnu - 1. pojištěný****Upozornění:**

**Pokud žádáte změnu v rozsahu pojištění, uvádějte pouze změny požadované oproti současnému stavu pojištění. Jednotlivá pojištění a pojistné částky, které nepožadujete touto žádostí změnit nebo zrušit, zůstávají zachovány v rozsahu sjednaném v pojistné smlouvě, příp. jejich dodatcích.**

změna osoby  změna rozsahu pojištění  změna kontaktních údajů

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>	
Ulice	Č.p. PSČ
Obec	Stát

**Doplnění/změna rozsahu pojištění/zrušení**

Základní pojištění smrti (v případě dvojice platí pro obě pojištěné osoby)					Zrušení		
pojistná částka	varianta klesání	individuální konec	pojištění	individu. konce			
_____ Kč	-	_____ let	-	<input type="checkbox"/>			
Doplňkové pojištění smrti					Zrušení		
pojistná částka	varianta klesání	individuální konec	pojištění	individu. konce			
konstantní _____ Kč	-	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
klesající _____ Kč	<input type="checkbox"/> lineárně* <input type="checkbox"/> anuitně* úrok úvěru _____, _____ % p. a.	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Pojištění vážných nemocí a úrazů					Zrušení		
pojistná částka	varianta pojištění	varianta klesání	Připojištění na novotvary in situ	individuální konec	Připojištění na novotvary in situ	pojištění	individu. konce
konstantní _____ Kč	<input type="checkbox"/> kompletní* <input type="checkbox"/> základní*	-	<input type="checkbox"/>	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
klesající _____ Kč	<input type="checkbox"/> kompletní* <input type="checkbox"/> základní*	<input type="checkbox"/> lineárně* <input type="checkbox"/> anuitně* úrok úvěru _____, _____ % p. a.	<input type="checkbox"/>	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče					Zrušení		
pojistná částka	varianta pojištění	varianta klesání	individuální konec	pojištění	individu. konce		
konstantní 3. st. _____ Kč 	<input type="checkbox"/> úraz nebo nemoc* <input type="checkbox"/> úraz*	-	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. st. _____ Kč						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. st. _____ Kč						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
klesající 3. st. _____ Kč 	<input type="checkbox"/> úraz nebo nemoc* <input type="checkbox"/> úraz*	<input type="checkbox"/> lineárně* <input type="checkbox"/> anuitně* úrok úvěru _____, _____ % p. a.	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. st. _____ Kč						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. st. _____ Kč						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pojištění úvěru			Zrušení	
pojistná částka	varianta klesání	individuální konec	pojištění	individ. konce
<b>Pojištění smrti</b> <b>Pojištění invalidity 3. stupně</b> <b>nebo dlouhodobé péče</b> <b>(stupeň závislosti II a vyšší)</b> <input type="checkbox"/> 2. stupeň invalidity <input type="checkbox"/> 1. stupeň invalidity	anuitně klesající úrok úvěru _____ % p. a.	_____ let	<input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pojištění pracovní neschopnosti – úraz, nemoc od 1. dne</b> (PN min. 29 dnů) _____ Kč/den	-		<input type="checkbox"/>	
Pojištění	Doplnění/změna rozsahu pojištění		Zrušení	
	pojistná částka	individuální konec	pojištění	individ. konce
<b>Zdravotní a sociální infolinka MAJÁK*</b>	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-
<b>Konzultační a asistenční služby MAJÁK+*</b>	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-
<b>Pojištění zproštění od placení pojistného z důvodu invalidity nebo dlouhodobé péče</b>	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-
<b>Pojištění pozůstalostního důchodu (platí vždy pro dvojici pojištěných)</b>	_____ Kč/měsíc	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pojištění smrti následkem úrazu</b>	_____ Kč	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pojištění trvalých následků úrazu – s progresí od 0,5 % těl. poškození**</b> <input type="checkbox"/> 4násobná progresse* <input type="checkbox"/> 10násobná progresse Plus*	_____ Kč	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pojištění denního odškodného – úraz (min. doba léčeni 8 dnů) **</b>	_____ Kč/den <input type="checkbox"/> s progresí	_____ let	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění <input type="checkbox"/> zrušení progresse	<input type="checkbox"/>
<b>Pojištění denního odškodného – úraz (min. doba léčeni 29 dnů)**</b>	_____ Kč/den <input type="checkbox"/> s progresí		<input type="checkbox"/> zrušení pojištění <input type="checkbox"/> zrušení progresse	
<b>Pojištění hospitalizace úraz nebo nemoc**</b>	_____ Kč/den	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pojištění hospitalizace úraz**</b>	_____ Kč/den	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pojištění ošetřování – úraz nebo nemoc</b>	_____ Kč/den	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pojištění trvalých následků nemoci</b>	_____ Kč	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pojištění pracovní neschopnosti – nemoc</b> <input type="checkbox"/> PN15 (následně od <b>15. dne</b> )** <input type="checkbox"/> PN29** <input type="checkbox"/> následně od <b>29. dne</b> * <input type="checkbox"/> od <b>1. dne</b> * <input type="checkbox"/> PN57 (následně od <b>57. dne</b> )**	_____ Kč/den _____ Kč/den _____ Kč/den	_____ let	<input type="checkbox"/> PN15 (následně od <b>15. dne</b> ) <input type="checkbox"/> PN29 <input type="checkbox"/> PN57 (následně od <b>57. dne</b> )	<input type="checkbox"/>
<b>Připojištění úrazu k pracovní neschopnosti</b>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	-
<b>Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s výplatou doživotní renty</b>	_____ Kč/měsíc		<input type="checkbox"/>	-
Pojištění	Změna rozsahu pojištění		Zrušení	
	pojistná částka	individuální konec	pojištění	individ. konce
<b>Pojištění trvalých následků úrazu – s 10násobnou progresí od 0,5 % těl. poškození</b>	_____ Kč	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pojištění trvalých následků úrazu – s 10násobnou progresí od 10 % těl. poškození</b>	_____ Kč		<input type="checkbox"/>	

\*Zvolte vždy pouze jednu variantu. \*\* Lze zvolit více variant zároveň.

**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 4x 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 (transitorní 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 lázních či léčebně na doporučení lékaře?

NE ANO

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?

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

5. Měl/a jste v minulosti úraz, který zanechal trvalé následky? Např. poškození kloubů, omezení hybnosti, ochrnutí, ztráta končetin nebo orgánu, pakloub, ztráta zraku nebo sluchu apod.

NE ANO

6. Měl/a jste v posledních 7 letech úraz? Např. zlomenina, podvrtnutí, vykloubení, poranění vazů a šlach, popálení, otřes mozku apod.

NE ANO

K žádosti o změnu doložím:  úplný zdravotní dotazník  výpis ze zdravotnické dokumentace  interní lékařskou prohlídku  
 laboratorní vyšetření krve a moči  potvrzení příjmu  finanční dotazník

**Dotazník pro slevu za zdravý životní styl**

**Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemné dotazy pojišťovny v tomto dotazníku jsou pravdivé a úplné a uvádím všechny informace. Jsem si vědom/a toho, že v důsledku porušení mojí povinnosti oznámit vám při sjednávání pojištění pravdivé údaje, můžete pojistné plnění snížit. Rozumím tomu, že snížení provedete v poměru pojistného, které jste obdrželi, a pojistného, které jste při neporušení této povinnosti obdržet měli.**

Kritérium	Upřesnění
Index tělesné hmotnosti (tzv. BMI) dle zadané výšky a váhy:	<input type="checkbox"/> Méně než 19
Výška _____ cm      Váha _____ kg	<input type="checkbox"/> 19–27
	<input type="checkbox"/> Více než 27–35
	<input type="checkbox"/> Více než 35
Kouříte nebo jste kouřil/a v posledních 2 letech?	<input type="checkbox"/> Ne
Kouřením rozumíme užívání tabáku nebo elektronických cigaret.	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano
Užíváte nebo jste užíval/a drogy, návykové látky?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano
Kolik hodin průměrně denně spíte?	<input type="checkbox"/> Méně než 6 hodin <input type="checkbox"/> 6 až 9 hodin <input type="checkbox"/> Více než 9 hodin
Jak často se věnujete pohybu?	<input type="checkbox"/> Vůbec nebo velmi zřídka <input type="checkbox"/> Nepravidelně, v průměru 1× týdně <input type="checkbox"/> Pravidelně min. 2× týdně
Jak často chodíte na preventivní lékařské prohlídky k praktickému lékaři?	<input type="checkbox"/> Minimálně 1× za 2 roky <input type="checkbox"/> Méně často než 1× za 2 roky <input type="checkbox"/> Vůbec

**Část C. Žádost o změnu – 2. pojištěný**
 doplnění/změna osoby   
 změna rozsahu pojištění   
 změna kontaktních údajů   
 zrušení 2. pojištěného

Příjmení, jméno, titul	
Rodné číslo	
Povolání	OSVČ    zrušení OSVČ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Riziková skupina    Sportovní/Zájmová činnost	
E-mail	Telefon
<b>Kontaktní adresa</b>	
Ulice	Č.p.    PSČ
Obec	Stát

**Doplnění/změna rozsahu pojištění/zrušení**

Základní pojištění smrti (v případě dvojice platí pro obě pojištěné osoby)					Zrušení		
pojistná částka	varianta klesání	individuální konec	pojištění	individ. konce			
(v případě dvojice platí pojistná částka uvedená u 1. pojištěného pro obě pojištěné osoby)							
Doplňkové pojištění smrti					Zrušení		
pojistná částka	varianta klesání	individuální konec	pojištění	individ. konce			
konstantní _____ Kč	-	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
klesající _____ Kč	<input type="checkbox"/> lineárně* <input type="checkbox"/> anuitně*    úrok úvěru _____ % p. a.	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Pojištění vážných nemocí a úrazů					Zrušení		
pojistná částka	varianta pojištění	varianta klesání	Připojištění na novotvary in situ	individuální konec	Připojištění na novotvary in situ	pojištění	individ. konce
konstantní _____ Kč	<input type="checkbox"/> kompletní* <input type="checkbox"/> základní*	-	<input type="checkbox"/>	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
klesající _____ Kč	<input type="checkbox"/> kompletní* <input type="checkbox"/> základní*	<input type="checkbox"/> lineárně* <input type="checkbox"/> anuitně* úrok úvěru _____ % p. a.	<input type="checkbox"/>	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pojistění invalidity nebo dlouhodobé péče				Zrušení	
pojistná částka	varianta pojištění	varianta klesání	individuální konec	pojištění	individ. konce
konstantní 3. st. _____ Kč 	<input type="checkbox"/> úraz nebo nemoc* <input type="checkbox"/> úraz*	-	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. st. _____ Kč				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. st. _____ Kč				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
klesající 3. st. _____ Kč 	<input type="checkbox"/> úraz nebo nemoc* <input type="checkbox"/> úraz*	<input type="checkbox"/> lineárně* <input type="checkbox"/> anuitně*   _____, _____ % p. a.   úrok úvěru	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. st. _____ Kč				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. st. _____ Kč				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pojistění úvěru				Zrušení	
pojistná částka	varianta klesání		individuální konec	pojištění	individ. konce
 <b>Pojistění smrti</b> <b>Pojistění invalidity 3. stupně</b> <b>nebo dlouhodobé péče</b> <b>(stupeň závislosti II a vyšší)</b> _____ Kč <input type="checkbox"/> 2. stupeň invalidity <input type="checkbox"/> 1. stupeň invalidity	anuitně klesající   úrok úvěru _____, _____ % p. a.		_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pojistění pracovní neschopnosti – úraz, nemoc od 1. dne</b> (PN min. 29 dnů)   _____ Kč/den	-			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pojištění	Doplnění/změna rozsahu pojištění		Zrušení		
	pojistná částka	individuální konec	pojištění	individ. konce	
<b>Pojistění pozůstalostního důchodu (platí vždy pro dvojici pojištěných)</b>	<i>(pojistná částka a doba trvání uvedená u 1. pojištěného platí pro obě pojištěné osoby)</i>		<i>(při zrušení dochází automaticky ke zrušení pojištění u obou pojištěných)</i>		
<b>Pojistění smrti následkem úrazu</b>	_____ Kč 	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Pojistění trvalých následků úrazu – s progresí od 0,5 % těl. poškození**</b>	<input type="checkbox"/> 4násobná progresě*	_____ Kč	_____ let	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 10násobná progresě Plus*			<input type="checkbox"/>	
<b>Pojistění trvalých následků úrazu – s progresí od 10 % těl. poškození**</b>	<input type="checkbox"/> 4násobná progresě*	_____ Kč	_____ let	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 10násobná progresě Plus*			<input type="checkbox"/>	
<b>Pojistění denního odškodného – úraz (min. doba léčení 8 dnů)**</b>	_____ Kč/den <input type="checkbox"/> s progresí	_____ let	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/>	
<b>Pojistění denního odškodného – úraz (min. doba léčení 29 dnů)**</b>	_____ Kč/den <input type="checkbox"/> s progresí		<input type="checkbox"/> zrušení progresě		
<b>Pojistění hospitalizace úraz nebo nemoc**</b>	_____ Kč/den	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Pojistění hospitalizace úraz**</b>	_____ Kč/den	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Pojistění ošetřování – úraz nebo nemoc</b>	_____ Kč/den	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Pojistění trvalých následků nemoci</b>	_____ Kč	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Pojistění pracovní neschopnosti – nemoc</b>					
<input type="checkbox"/> PN15 (následně od <b>15. dne</b> )**	_____ Kč/den	_____ let	<input type="checkbox"/> PN15 (následně od <b>15. dne</b> )	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> PN29** <input type="checkbox"/> následně od <b>29. dne</b> *	_____ Kč/den		<input type="checkbox"/> PN29		
<input type="checkbox"/> od <b>1. dne</b> *	_____ Kč/den		<input type="checkbox"/> PN57 (následně od <b>57. dne</b> )		
<b>Přípojištění úrazu k pracovní neschopnosti</b>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	-	

<b>Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s výplatou doživotní renty</b>	<input type="text"/> Kč/měsíc	<input type="checkbox"/>	-
Pojištění	Změna rozsahu pojištění		Zrušení
	pojistná částka	individuální konec	pojištění individ. konec
<b>Pojištění trvalých následků úrazu – s 10násobnou progresí od 0,5% těl. poškození</b>	<input type="text"/> Kč	<input type="text"/> let	<input type="checkbox"/>
<b>Pojištění trvalých následků úrazu – s 10násobnou progresí od 10% těl. poškození</b>	<input type="text"/> Kč		<input type="checkbox"/>

\*Zvolte vždy pouze jednu variantu. \*\* Lze zvolit více variant zároveň.

Dotazník na zdravotní stav pojištěného			
Praktický lékař (jméno, příjmení, adresa)			
<b>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.</b>			
Výška (cm)	<input type="text"/>	Váha (kg)	<input type="text"/>
Kouříte nebo jste kouřil/a v posledních 2 letech? Kouřením rozumíme užívání tabáku nebo elektronických cigaret.			NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pijete nebo jste pil/a alkohol v množství větším než 1 l piva, 0,6 l vína nebo 0,08 l lihovin častěji než 4x týdně?			NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Užíváte nebo jste užíval/a drogy, návykové látky?			NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. Jste nebo byl/a jste vyšetřován/a nebo léčen/a u lékaře pro:			NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Rakovinu, cystu, lymfom, leukémii nebo znaménka, bulky nebo výrůstky jakéhokoli druhu?</li> <li>Pozitivní test na hepatitidu B, hepatitidu C nebo HIV?</li> <li>Infarkt, onemocnění srdce, anginu pectoris/bolest na hrudi, bušení srdce, vrozenou vadu srdce nebo operaci srdce?</li> <li>Cévní mozkovou příhodu (mrtvici), malou mrtvici (tranzitorní ischemickou ataku TIA), epilepsii, Alzheimerovu nemoc, roztroušenou sklerózu nebo jiná neurologická onemocnění?</li> <li>Úzkost, deprese, autismus, Downův syndrom nebo jakoukoli duševní chorobu?</li> <li>Nemoci krve, chudokrevnost, poruchu srážlivosti krve nebo hemofilii?</li> <li>Cukrovku nebo cukr v moči?</li> </ul>			
2. Jste nebo jste byl/a v posledních 7 letech vyšetřována/a, sledován/a nebo léčen/a lékařem pro níže uvedené zdravotní potíže?			NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Vysoký krevní tlak nebo cholesterol?</li> <li>Astma, bronchitidu, chronickou obstrukční plicní nemoc, plicní fibrózu nebo jiné respirační onemocnění?</li> <li>Onemocnění nebo vrozené vady jícnu, žaludku, nebo střev, Crohnovu chorobu, ulcerózní kolitidu nebo jakékoli onemocnění nebo poruchy jater, žlučníku nebo slinivky břišní (pankreas)?</li> <li>Onemocnění ledvin nebo močového měchýře, vrozené vady ledvin, močového měchýře nebo močových cest?</li> <li>Pro ženy: Nález na mamografu, bulku v prsu, pozitivní nález ve stěru z děložního čípku nebo jiné gynekologické potíže?</li> <li>Pro muže: Onemocnění prostaty?</li> <li>Infekční nemoci, hepatitidu typu A (žloutenka), mononukleózu, boreliózu (lymeskou nemoc), encefalitidu, meningitidu nebo jiná infekční nebo zánětlivá onemocnění?</li> <li>Bolesti zad nebo šíje, onemocnění páteře, Bechtěrevovu nemoc (ankylozující spondylitidu), dnu, artritidu, artrózu nebo jakoukoli poruchu kloubů nebo pohybového aparátu (včetně vrozených vad)?</li> <li>Onemocnění štítné žlázy?</li> <li>Lupénku, ekzém nebo jiné onemocnění kůže?</li> <li>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)?</li> </ul>			
3. Jste v současné době ve stavu nemocných nebo v pracovní neschopnosti?			NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Byl/a jste v posledních 7 letech operován/a nebo hospitalizován/a v nemocnici? Pobýval/a jste v posledních 7 letech v lázních 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?			
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 orgánu, 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"/>
K žádosti o změnu doložím: <input type="checkbox"/> úplný zdravotní dotazník <input type="checkbox"/> výpis ze zdravotnické dokumentace <input type="checkbox"/> interní lékařskou prohlídku			
<input type="checkbox"/> laboratorní vyšetření krve a moči <input type="checkbox"/> potvrzení příjmu <input type="checkbox"/> finanční dotazník			



**Dotazník pro slevu za zdravý životní styl**

**Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemné dotazy pojišťovny v tomto dotazníku jsou pravdivé a úplné a uvádím všechny informace. Jsem si vědom/a toho, že v důsledku porušení mojí povinnosti oznámit vám při sjednávání pojištění pravdivé údaje, můžete pojistné plnění snížit. Rozumím tomu, že snížení provedete v poměru pojistného, které jste obdrželi, a pojistného, které jste při neporušení této povinnosti obdržet měli.**

Kritérium	Upřesnění
Index tělesné hmotnosti (tzv. BMI) dle zadané výšky a váhy:  Výška _____ cm      Váha _____ kg	<input type="checkbox"/> Méně než 19 <input type="checkbox"/> 19-27 <input type="checkbox"/> Více než 27-35 <input type="checkbox"/> Více než 35
Kouříte nebo jste kouřil/a v posledních 2 letech? Kouřením rozumíme užívání tabáku nebo elektronických cigaret.	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> 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 4x týdně?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano
Užíváte nebo jste užíval/a drogy, návykové látky?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano
Kolik hodin průměrně denně spíte?	<input type="checkbox"/> Méně než 6 hodin <input type="checkbox"/> 6 až 9 hodin <input type="checkbox"/> Více než 9 hodin
Jak často se věnujete pohybu?	<input type="checkbox"/> Vůbec nebo velmi zřídka <input type="checkbox"/> Nepravidelně, v průměru 1x týdně <input type="checkbox"/> Pravidelně min. 2x týdně
Jak často chodíte na preventivní lékařské prohlídky k praktickému lékaři?	<input type="checkbox"/> Minimálně 1x za 2 roky <input type="checkbox"/> Méně často než 1x za 2 roky <input type="checkbox"/> Vůbec

**Část D. Žádost o změnu – pojištění dětí**

<input type="checkbox"/> doplnění dítěte do smlouvy	<input type="checkbox"/> změna rozsahu pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění dítěte	Příjmení, jméno _____			Rodné číslo _____
<b>Pojištění vážných nemocí a úrazů</b> _____ Kč <input type="checkbox"/> Připojištění na novotvary in situ <input type="checkbox"/> zrušení pojištění		<b>Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče</b> _____ Kč <input type="checkbox"/> zrušení pojištění		<b>Pojištění trvalých následků úrazu – se 4násobnou progresí od 0,5 % těl. poškození</b> _____ Kč <input type="checkbox"/> zrušení pojištění		
<b>Pojištění smrti</b> _____ Kč <input type="checkbox"/> zrušení pojištění		<b>Pojištění denního odškodného – úraz (min. doba léčení 8 dnů)</b> _____ Kč/den <input type="checkbox"/> s progresí <input type="checkbox"/> zrušení pojištění <input type="checkbox"/> zrušení progresie		<b>Pojištění hospitalizace – úraz nebo nemoc</b> _____ Kč/den <input type="checkbox"/> zrušení pojištění		
		<b>Pojištění ošetřování – úraz nebo nemoc</b> _____ Kč/den <input type="checkbox"/> zrušení pojištění		<input type="checkbox"/> <b>Prodloužení doby trvání pojištění do 30 let pojištěného dítěte</b> <input type="checkbox"/> zrušení prodloužení doby		

**Dotazník na zdravotní stav pojištěného**

Praktický lékař (jméno, příjmení, adresa)	
<b>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.</b>	
Výška (cm)	Váha (kg)
Kouříte nebo jste kouřil/a v posledních 2 letech? Kouřením rozumíme užívání tabáku nebo elektronických cigaret.	
NE ANO	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Pijete nebo jste pil/a alkohol v množství větším než 1 l piva, 0,6 l vína nebo 0,08 l lihovin častěji než 4x týdně?	
NE ANO	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Užíváte nebo jste užíval/a drogy, návykové látky?	
NE ANO	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

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

- Rakovinu, cystu, lymfom, leukémií 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 lázních či léčebně na doporučení lékaře?

NE ANO

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?

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

5. Měl/a jste v minulosti úraz, který zanechal trvalé následky? Např. poškození kloubů, omezení hybnosti, ochrnutí, ztráta končetin nebo orgánu, pakloub, ztráta zraku nebo sluchu apod.

NE ANO

6. Měl/a jste v posledních 7 letech úraz? Např. zlomenina, podvrtnutí, vykloubení, poranění vazů a šlach, popálení, otřes mozku apod.

NE ANO

K žádosti o změnu doložím:  úplný zdravotní dotazník  výpis ze zdravotnické dokumentace  interní lékařskou prohlídku  
 potvrzení příjmu  finanční dotazník

 doplnění dítěte do smlouvy  změna rozsahu pojištění  zrušení pojištění dítěte

Příjmení, jméno

Rodné číslo

Pojištění vážných nemocí a úrazů

 Kč Připojištění na novotvary in situPojištění invalidity nebo dlouhodobé péče  Kč

Pojištění trvalých následků úrazu – se 4násobnou progresí od 0,5 % těl. poškození

 Kč zrušení pojištění zrušení připojištění zrušení pojištění zrušení pojištění

Pojištění smrti

 Kč

Pojištění denního odškodného – úraz (min. doba léčeni 8 dnů)

 Kč/den  s progresí

Pojištění hospitalizace – úraz nebo nemoc

 Kč/den

Pojištění ošetřování – úraz nebo nemoc

 Kč/den Prodloužení doby trvání pojištění do 30 let pojištěného dítěte zrušení pojištění zrušení pojištění zrušení progresse zrušení pojištění zrušení pojištění zrušení prodloužení doby**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, leukémií 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 vyšetřován/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 lázních či léčebně na doporučení lékaře?

NE ANO

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?

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

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

6. Měl/a jste v posledních 7 letech úraz? Např. zlomenina, podvrtnutí, vykloubení, poranění vazů a šlach, popálení, otřes mozku apod.

NE ANO

 K žádosti o změnu doložím:  úplný zdravotní dotazník  výpis ze zdravotnické dokumentace  interní lékařskou prohlídku  
 potvrzení příjmu  finanční dotazník doplnění dítěte do smlouvy  změna rozsahu pojištění  zrušení pojištění dítěte

Příjmení, jméno

Rodné číslo

Pojištění vážných nemocí a úrazů

 Kč  Připojištění na novotvary in situPojištění invalidity nebo dlouhodobé péče  Kč

Pojištění trvalých následků úrazu – se 4násobnou progresí od 0,5 % těl. poškození

 Kč zrušení pojištění zrušení připojištění zrušení pojištění zrušení pojištění

Pojištění smrti

 Kč

Pojištění denního odškodného – úraz (min. doba léčeni 8 dnů)

 Kč/den  s progresí

Pojištění hospitalizace – úraz nebo nemoc

 Kč/den

Pojištění ošetřování – úraz nebo nemoc

 Kč/den Prodloužení doby trvání pojištění do 30 let pojištěného dítěte zrušení pojištění zrušení pojištění zrušení progresí zrušení pojištění zrušení pojištění zrušení prodloužení doby**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, leukémií 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 lázních či léčebně na doporučení lékaře?

NE ANO

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?

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

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

6. Měl/a jste v posledních 7 letech úraz? Např. zlomenina, podvrtnutí, vykloubení, poranění vazů a šlach, popálení, otřes mozku apod.

NE ANO

K žádosti o změnu doložím:  úplný zdravotní dotazník  výpis ze zdravotnické dokumentace  interní lékařskou prohlídku  
 potvrzení příjmu  finanční dotazník

 doplnění dítěte do smlouvy  změna rozsahu pojištění  zrušení pojištění dítěte

Příjmení, jméno

Rodné číslo

Pojištění vážných nemocí a úrazů

 Kč Připojištění na novotvary in situPojištění invalidity nebo dlouhodobé péče  Kč

Pojištění trvalých následků úrazu – se 4násobnou progresí od 0,5 % těl. poškození

 Kč zrušení pojištění zrušení připojištění zrušení pojištění zrušení pojištění

Pojištění smrti

 Kč

Pojištění denního odškodného – úraz (min. doba léčeni 8 dnů)

 Kč/den  s progresí

Pojištění hospitalizace – úraz nebo nemoc

 Kč/den

Pojištění ošetřování – úraz nebo nemoc

 Kč/den Prodloužení doby trvání pojištění do 30 let pojištěného dítěte zrušení pojištění zrušení pojištění zrušení progresse zrušení pojištění zrušení pojištění zrušení prodloužení doby**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, leukémií 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 lázních či léčebně na doporučení lékaře?

NE ANO

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?

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

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

6. Měl/a jste v posledních 7 letech úraz? Např. zlomenina, podvrtnutí, vykloubení, poranění vazů a šlach, popálení, otřes mozku apod.

NE ANO

K žádosti o změnu doložím:  úplný zdravotní dotazník  výpis ze zdravotnické dokumentace  interní lékařskou prohlídku  
 potvrzení příjmu  finanční dotazník

 doplnění dítěte do smlouvy  změna rozsahu pojištění  zrušení pojištění dítěte

Příjmení, jméno

Rodné číslo

Pojištění vážných nemocí a úrazů

 Kč  Připojištění na novotvary in situ
Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče 
 Kč

Pojištění trvalých následků úrazu – se 4násobnou progresí od 0,5 % těl. poškození

 Kč
 zrušení pojištění zrušení připojištění zrušení pojištění zrušení pojištění

Pojištění smrti

 Kč

Pojištění denního odškodného – úraz (min. doba léčeni 8 dnů)

 Kč/den  s progresí

Pojištění hospitalizace – úraz nebo nemoc

 Kč/den

Pojištění ošetřování – úraz nebo nemoc

 Kč/den

 Prodloužení doby trvání pojištění do 30 let pojištěného dítěte
 zrušení pojištění zrušení pojištění zrušení progresí zrušení pojištění zrušení pojištění zrušení prodloužení doby**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 lázních či léčebně na doporučení lékaře?

NE ANO

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?

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

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

6. Měl/a jste v posledních 7 letech úraz? Např. zlomenina, podvrtnutí, vykloubení, poranění vazů a šlach, popálení, otřes mozku apod.

NE ANO

K žádosti o změnu doložím:  úplný zdravotní dotazník  výpis ze zdravotnické dokumentace  interní lékařskou prohlídku  
 potvrzení příjmu  finanční dotazník



při dopravní nehodě pojistné plnění ve výši dvojnásobku dle pravidel stanovených v SPP

## SMLUVNÍ UJEDNÁNÍ

Po přezkoumání žádosti o změnu, zdravotnické dokumentace a následném ocenění námi přejímaného rizika může dojít k úpravě pojistného pojišťovnou max. do výše 150 Kč měsíčně. Pokud navrhovaná úprava pojistného přesáhne 150 Kč měsíčně, požádáme Vás o její odsouhlasení.

### 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.

### 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

1. Beru na vědomí, že žádost o změnu je vyhotovena v listinné podobě ve dvou stejnopisech. Já a vy obdržíme vždy jeden stejnopis.
2. 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.
3. Zmocňuji vás k zjišťování či ověřování mého zdravotního stavu a zdravotního stavu nezletilých pojištěných dětí, jejichž jsem zákonným zástupcem/opatrovníkem/poručníkem/pěstounem (dále jen „zástupce nezletilých dětí“), pro účely změny pojistné smlouvy, seřazení 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.
4. 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 vám mlčenlivosti od státním rozsahu, v jakém jste oprávněni požadovat informace či dokumenty podle předchozího odstavce a dále podle toho, jak je povinen je poskytovat pacientovi podle § 31 a následujících citovaného zákona.
5. Prohlašuji, že jsem byl seznámen a převzal jsem Výňatek z ujednání Speciálních pojistných podmínek pro FLEXI rizikové životní pojištění 07/2021 (dále jen „výňatek“)
  - a) pro níže uvedené pojištění dospělé osoby a podmínky produktu: klesající pojistná částka, doplňkové pojištění smrti, pojištění vážných nemocí a úrazů, připojištění na novotvary in situ, pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče, pojištění zproštění nebo placení pojistného z důvodu invalidity nebo dlouhodobé péče, pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s výplatou doživotní renty, pojištění smrti následkem úrazu, pojištění trvalých následků úrazu, pojištění trvalých následků nemoci, pojištění denního odškodného – úraz, pojištění hospitalizace, pojištění ošetřování – úraz nebo nemoc, pojištění pracovní neschopnosti – nemoc, připojištění úrazu k pracovní neschopnosti, pojištění úvěru, zdravotní a sociální infolinka MAJÁK, konzultační a asistenční služby MAJÁK+ a pojištění pozůstalostního důchodu,

b) pro níže uvedená pojištění dětí: pojištění vážných nemocí a úrazů, připojištění na novotvary in situ, pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče, pojištění smrti, pojištění denního odškodného – úraz, pojištění hospitalizace a pojištění ošetřování – úraz nebo nemoc.

Souhlasím s tím, že dnem účinnosti požadované změny pojistné smlouvy FLEXI rizikové životní pojištění 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.

- Prohlašuji, že mám pojistný zájem na pojištění pojištěných osob a nezletilých pojištěných dětí a jsem si vědom 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.

## B. PROHLÁŠENÍ POJIŠTĚNÉHO

- Jako pojištěný vás zmocňuji ke zjišťování či ověřování mého zdravotního stavu a zdravotního stavu 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, porízení 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 vám mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém jste oprávněni 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 webových stránkách [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 vaším 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 modelace, 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 webových stránkách [www.koop.cz](http://www.koop.cz) v sekci „O pojišťovně Kooperativa“.

- souhlasím 1. pojištěný       souhlasím 2. pojištěný
- souhlasím 1. pojištěné dítě       souhlasím 2. pojištěné dítě       souhlasím 3. pojištěné dítě       souhlasím 4. pojištěné dítě
- souhlasím 5. pojištěné dítě

#### 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:

- zasílání 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 zasílání 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 zasílány 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 modelace, 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 síť nebo telefonicky) nebo klasickým dopisem či osobně od zaměstnanců pojišťovny.

Proti takovému zpracování máte jako pojištník právo kdykoli podat námitku. Pokud si nepřejete, aby vás pojišťovna oslovovala s jakýmikoli 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 případné 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 modelace, 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 pojištníka nebo pojištěného bere na vědomí, že její identifikační a kontaktní údaje pojišťovna zpracovává na základě **oprávněného zájmu** pro účely modelace, 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 pojištníka 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 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 obmyšlené 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 trvání 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 (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 (uveďte 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

Identifikace partnera (HR) / Ziskatelské číslo

Identifikace poradce / Osobní číslo spolupracovníka ziskatele

Telefon

E-mail

V

dne

podpis poradce / spolupracovníka ziskatele

# Výňatek z ujednání Speciálních pojistných podmínek pro FLEXI rizikové životní pojištění – verze 07/2021

Tento Výňatek z ujednání Speciálních pojistných podmínek pro FLEXI rizikové životní pojištění (dále jen „výňatek“) ode dne účinnosti vámi požadované změny pojistné smlouvy FLEXI rizikové životní pojištění doplňuje a v rozsahu v něm obsažených ujednání má přednost a nahrazuje příslušná ustanovení speciálních pojistných podmínek, které jste obdržel při sjednání nabídky na uzavření této pojistné smlouvy.

## ZÁKLADNÍ POJMY

### Pojistná smlouva produktu FLEXI rizikové životní pojištění

- smlouva s volitelným rozsahem pojištění, kterou s vámi uzavíráme nejdříve ve věku od dovršených 18 let a nejpозději v roce, ve kterém se dožijete věku 75 let; minimální pojistnou dobu jsme stanovili na 3 roky

Smlouvu můžete uzavřít pro max. dvě dospělé osoby se vstupním věkem od dovršených 18 let do 75 let (včetně), maximálně do roku, ve kterém se pojištěný (mladší z dvojice) dožije 85 let.

## SLEVA

### Sleva za zdravý životní styl

Slevu za zdravý životní styl můžeme přiznat, pokud máte na smlouvě nárok na slevu za komplexní rozsah pojištění, vyplníte Dotazník pro slevu za zdravý životní styl a zároveň splníte námi stanovená kritéria pro získání slevy.

Slevu za zdravý životní styl uplatníme na rizikové pojistné námi stanovených jednotlivých pojištění sjednávaných pro dospělé pojištěné osoby. Sleva je pro všechna tato pojištění ve stejné výši.

Konkrétní výčet jednotlivých pojištění, na která se sleva vztahuje, je uveden v PPPP. Uvedené parametry můžeme v průběhu trvání pojištění měnit.

### Sleva za pojištění úvěru

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

Podmínky pro přiznání ostatních slev zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI rizikové životní pojištění bez jakýchkoliv změn.

## DOSPĚLÝ POJIŠTĚNÝ

### DOPLŇKOVÁ A ÚRAZOVÁ SLOŽKA POJIŠTĚNÍ

#### DOPLŇKOVÉ POJIŠTĚNÍ SMRTI

##### Popis pojištění

Pojištění můžete sjednat pro osoby ve věku od dovršených 18 do 75 let. Pojištění končí nejdříve s ukončením smlouvy (max. v roce, ve kterém se pojištěný dožije 85 let).

Kromě doplňkového pojištění smrti můžete sjednat také **pojištění pozůstalostního důchodu**. Pojištění pozůstalostního důchodu můžete sjednat vždy jen pro dvojici pojištěných se stejnou pojistnou částkou a dobou trvání pojištění.

Doplňkové pojištění smrti můžete sjednat s konstantní a/nebo klesající pojistnou částkou (dále jen „varianta pojistné částky“).

Pro doplňkové pojištění smrti (pro obě varianty pojistné částky) i pro pojištění pozůstalostního důchodu můžete sjednat individuální konec. U pojištění pozůstalostního důchodu musí být individuální konec u obou pojištěných stejný (dle staršího ze dvojice pojištěných).

#### Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplaty

Pojistnou událostí je smrt pojištěného anebo terminální stadium onemocnění, pokud k pojistné události došlo v době trvání pojištění a zároveň došlo ke splnění všech podmínek stanovených ve smlouvě. Pojištění pozůstalostního důchodu se na terminální stadium onemocnění nevztahuje.

V případě úmrtí pojištěného vyplatíme obmyslenému pojistnou částkou platnou ke dni úmrtí, není-li dále uvedeno jinak. V případě úmrtí pojištěného budeme z pojištění pozůstalostního důchodu obmyslenému po sjednanou dobu (12 měsíců), počínaje kalendářním měsícem následujícím po měsíci, ve kterém pojištěný zemřel, vyplácet měsíčně důchod ve výši platné ke dni úmrtí pojištěného.

Po dvou letech od počátku pojištění považujeme za pojistnou událost i smrt v důsledku onemocnění a úrazů, která nastaly, byly diagnostikovány nebo jakkoliv léčeny přede dnem počátku pojištění. Pojistné plnění vyplatíme v souladu se smlouvou.

Pokud je pojistnou událostí terminální stadium onemocnění, má pojištěný právo na výplatu zálohy na pojistné plnění (dále jen „záloha“) ve výši 60% z pojistné částky doplňkového pojištění smrti platné ke dni vzniku pojistné události.

Po vyplacení zálohy za terminální stadium onemocnění již nemůžete pojistnou částku zvyšovat ani měnit variantu pojistné částky, způsob klesání či prodloužovat dobu trvání pojištění. Pojistné platíte i nadále za původně sjednanou pojistnou částku, nikoliv za její zbyvajících část po odečtení zálohy.

Ve všech případech, kdy dojde v době trvání pojištění k následnému úmrtí pojištěného, doplatíme obmyslené osobě pojistnou částkou platnou ke dni úmrtí poníženou o již vyplacenou zálohu.

Zvýšíte-li pojistnou částku doplňkového pojištění smrti v posledních dvou letech přede dnem, kdy lékař potvrdil terminální stadium onemocnění, stanovíme výši zálohy z pojistné částky doplňkového pojištění smrti platné před jejím zvýšením. Při následném úmrtí pojištěného pak vyplatíme pojistnou částkou platnou k datu úmrtí sníženou o již vyplacenou zálohu.

Nárok na výplatu pojistného plnění za terminální stadium onemocnění vzniká pouze jednou za celou dobu trvání pojištění, a to za podmínky platnosti tohoto pojištění k datu vzniku pojistné události.

#### Datum vzniku pojistné události

Datem vzniku pojistné události je den úmrtí pojištěného nebo den, kdy lékař pojištěnému potvrdil terminální stadium onemocnění.

#### Výluky a omezení plnění

Doplňkové pojištění smrti nebo pojištění pozůstalostního důchodu zanikne bez výplaty pojistného plnění a bez nároku na vrácení zaplaceného pojistného, dojde-li k pojistné události způsobené přímo či nepřímo válečnými událostmi, vojenskými nebo bojovými akcemi jakéhokoliv druhu (války, invaze, nepřátelské nebo válečné operace, občanské války).

Pojistné plnění nevyplatíme v případě úmrtí do dvou let od počátku pojištění v důsledku onemocnění a úrazů, které nastaly, byly diagnostikovány nebo jakkoliv léčeny přede dnem počátku pojištění.

Dojde-li ke smrti následkem sebevraždy pojištěného:

- do dvou let od počátku pojištění, zaniká pojištění bez výplaty pojistného plnění a bez nároku na vrácení zaplaceného pojistného,
- po dvou letech od počátku pojištění, vyplatíme pojistnou částku nebo začneme vyplácet pozůstalostní důchod ve výši platné ke dni úmrtí,
- v případech, kdy došlo v průběhu posledních 2 let před sebevraždou ke zvýšení pojistné částky doplňkového pojištění smrti nebo pojištění pozůstalostního důchodu, vyplatíme pojistnou částku nebo budeme vyplácet důchod po zůstalosti ve výši platné před tímto zvýšením. Pojistné plnění vyplatíme obmyslenému.

Pojistné plnění za terminální stadium onemocnění nevyplatíme, nastane-li pojistná událost v období:

- dvou let ode dne počátku pojištění nebo
- kratším dvou let před koncem doby trvání tohoto pojištění.

#### Zánik pojištění

Doplňkové pojištění smrti zaniká smrtí pojištěného.

Pojištění pozůstalostního důchodu zaniká pro oba pojištěné smrtí jednoho z nich.

#### POJIŠTĚNÍ VÁŽNÝCH NEMOCÍ A ÚRAZŮ

##### Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplaty

Pojistnou událostí je potvrzení diagnózy některé z vážných nemocí nebo podstoupení některé z operací, k nimž došlo během trvání pojištění, zároveň se příznaky neprojeví před počátkem pojištění ani v čekací době, a které splňují podmínky stanovené ve smlouvě. V kompletní variantě pojištění poskytneme pojistné plnění maximálně za jednu pojistnou událost z každé skupiny diagnóz, která nastane v průběhu trvání pojištění, a to vždy ve výši 100 % pojistné částky platné ke dni vzniku pojistné události.

Pokud jste sjednal nabídku na uzavření pojistné smlouvy FLEXI rizikové životní pojištění do 30. 4. 2020, pak je změnou oproti SPP FLEXI rizikové životní pojištění, které jste při sjednání obdržel, že jsme zrušili dobu 12 měsíců mezi daty potvrzení diagnózy, resp. daty provedení operačního zákroku pro jednotlivé pojistné události, kdy jsme neposkytlí pojistné plnění.

#### 1. skupina – selhání důležitých orgánů

**Totální ledvinové selhání** – konečné stadium ledvinového selhávání následkem chronického a nezvratného selhání funkce obou ledvin; pojištěný musí podstupovat pravidelnou dialýzu nebo být po transplantaci ledviny.

Nárok na pojistné plnění vzniká i v případě čevních komplikací v návaznosti na diabetes mellitus, při splnění všech definovaných podmínek.

**Zařazení do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci životně důležitých orgánů** – životně důležitými orgány pro účely pojištění rozumíme srdce, plíce, játra, ledviny, slinivku břišní, střeva, kdy příjemcem orgánu je pojištěný. Povinnost plnit vzniká dnem zařazení do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci, přičemž transplantace musí být z lékařského hlediska nezbytně nutná a musí být objektivně potvrzeno selhání funkce příslušného orgánu odborným lékařem.

#### 6. skupina – ostatní

**HIV** – nákaza virem lidské imunitní nedostatečnosti (Human Immunodeficiency Virus – HIV) nebo syndrom získaného selhání imunity (Acquired Immune Deficiency Syndrom – AIDS).

Pojistnou událostí je HIV infekce nastala při:

- transfúzi infikované krve nebo krevních produktů z transfúzní stanice, která je oficiálně registrována a užívána zdravotnickými úřady po datu počátku pojištění;
- náhodném poranění jehlou, ke kterému došlo při plnění běžných profesních povinností osoby jako lékaře / zubního lékaře, zdravotní sestry, zdravotníka, hasiče nebo policisty;
- příjmu transplantovaného orgánu, kdy byl tento orgán dříve infikován virem HIV;
- fyzickém napadení;
- poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě.

Každá událost, která vede k potenciálnímu nároku, musí nastat během trvání pojištění a musíte nám ji doložit negativními testem na protilátky proti HIV provedeným do 7 dnů po této události (vyjma transfúze). Sérokonverze na infekci HIV musí proběhnout do 6 měsíců od události.

Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem.

Ke každé události musí být doloženo nahlášení příslušným orgánům činným v dané věci a řádné vyšetření v souladu s uznávanými metodami a dále u:

- transfúze krve nám musíte předložit buď písemně uznání odpovědnosti instituce, která provedla transfúzi, nebo soudní rozhodnutí s doložkou právní moci, která takovou odpovědnost potvrzuje;
- fyzického napadení nebo poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě nám musíte výsledek vyšetřování doložit formou zprávy.

Pojišťovna musí mít volný přístup ke všem vzorkům krve pojištěného a je oprávněna nechat provést nezávislé testy těchto vzorků.

Pojistnou událostí není onemocnění za přítomnosti hemofilie, dále jakékoli infekce jiného druhu a ostatní zdroje nákazy HIV (nitrozilní užívání drog či přenos pohlavním stykem a podobně).

#### Čekací doba

U pojištění vážných nemocí a úrazů uplatňujeme pro vznik pojistné události čekací dobu dva měsíce ode dne počátku tohoto pojištění. Čekací doba se nevztahuje na případy, kdy došlo k vážné nemoci vylučně v důsledku úrazu vzniklého nejdříve v den počátku pojištění. V případech, kdy jste v posledních dvou měsících před pojistnou událostí zvýšil pojistnou částku pojištění vážných nemocí a úrazů, vyplatíme pojistnou částkou platnou před jejím zvýšením.

#### Zánik pojištění

Zánikem pojištění všech skupin, zaniká pojištění kompletní varianty vážných nemocí a úrazů.

Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z pojištění vážných nemocí a úrazů zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI rizikové životní pojištění bez jakýchkoliv změn.

#### POJIŠTĚNÍ ÚVĚRU

##### Popis pojištění

Pojištění můžete sjednat pro osoby ve věku od dovršených 18 do 65 let. Pojištění končí nejpозději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technického období, ve kterém se pojištěný dožije 70 let.

Jedná se o soubor pojištění, v rámci kterého sjednate jako povinné pojištění smrti a invalidity 3. stupně nebo dlouhodobé péče ve stupni závislosti II a vyšším následkem úrazu nebo nemoci a jako volitelné pojištění invalidity 2. a 1. stupně následkem úrazu nebo nemoci a pojištění pracovní neschopnosti – úraz, nemoc s plněním od 1. dne (PN min. 29 dnů).

**Pojištění smrti a invalidity (všech sjednaných stupňů)** sjednáváte na stejnou pojistnou částku. Pojistná částka je vždy anuitně klesající.

Pro pojištění úvěru můžete sjednat individuální konec, který platí pro všechna pojištění tohoto souboru pojištění.

**Pojištění pracovní neschopnosti** v rámci pojištění úvěru můžete sjednat, pro osoby, které jsou v pracovním poměru nebo vykonávají práci na základě dohody o pracovní činnosti nebo mají pravidelné příjmy ze samostatné výdělečné činnosti.

Pracovní neschopnosti se ve smyslu těchto podmínek rozumí situace, kdy pojištěný nemůže dle lékařského rozhodnutí žádným způsobem, a to ani přechodně, vykonávat a ani nevykonává své obvyklé povolání nebo jakoukoliv jinou samostatně výdělečnou, popř. řídicí nebo kontrolní činnost, a dále jsou dodrženy ostatní podmínky smlouvy stanovené pro pojištění pracovní neschopnosti. Na základě tohoto lékařského rozhodnutí pak byl pojištěnému v souladu s platnými právními předpisy vystaven doklad o pracovní neschopnosti.

#### **Pojistná událost, podmínky plnění a jeho výplata**

**U pojištění smrti** je pojistnou událostí smrt pojištěného, pokud k pojistné události došlo v době trvání pojištění a zároveň došlo ke splnění všech podmínek stanovených ve smlouvě. V případě úmrtí pojištěného vyplátíme obmyšlenému pojistnou částku platnou ke dni úmrtí, není-li dále uvedeno jinak.

Po dvou letech od počátku pojištění považujeme za pojistnou událost i smrt v důsledku onemocnění a úrazu, které nastaly, byly diagnostikovány nebo jakkoliv léčeny přede dnem počátku pojištění. Pojistné plnění vyplátíme v souladu se smlouvou.

**Pro pojištění invalidity** je pojistná událost popsána ve Speciálních pojistných podmínkách FLEXI rizikové životní pojištění, které jste obdržel při uzavření pojistné smlouvy.

**U pojištění pracovní neschopnosti** sjednaného v rámci pojištění úvěru je pojistnou událostí úraz nebo nemoc, v jejichž důsledku je pojištěný z lékařského hlediska práce neschopen a je nutné léčení, jehož průběh je lékařsky potvrzen vystavenou pracovní neschopností.

Pojistné plnění vyplátíme zpětně od 1. dne pracovní neschopnosti, a to za každý den pracovní neschopnosti, včetně sobot, nedělí a svátků, v případě splnění podmínky trvání pracovní neschopnosti min. 29 dnů. Za každý den pracovní neschopnosti vyplátíme pojištěnému pojistnou částku platnou ke dni vzniku úrazu nebo nemoci.

Pro osoby samostatně výdělečně činné (dále jen „OSVČ“) – neplátce nemocenského pojištění je maximální počet dnů, za které vyplátíme pojistné plnění v rámci jedné pojistné události, 548 dnů.

Z pojištění pracovní neschopnosti poskytneme plnění za organické duševní poruchy (diagnozy F00 – F09 dle MKN 10) a také za diagnózu schizofrenie (F20), které jsou dle vyšetření jednoznačně prokazatelné.

Pojistnou událostí je také pracovní neschopnost z důvodu komplikací po kosmetických operacích, které jsou prokazatelně nezaviněné pojištěným.

Pojistné plnění poskytneme také za pracovní neschopnost v důsledku těhotenských komplikací.

Maximální počet dnů, za které poskytneme plnění v průběhu jednoho těhotenství, je 30 dnů. Pro OSVČ – neplátce nemocenského pojištění dále platí, že pokud se nemoc nebo úraz, kvůli kterému byla pracovní neschopnost vystavena, opakovaně vyskytne nejdrívě po 7 letech od vyléčení, považujeme je za novou pojistnou událost, za kterou poskytneme pojistné plnění v součtu opět za max. 548 dnů. Vyléčením rozumíme stav, kdy se příznaky nemoci nebo úrazu neprojeví způsobem, který by bylo nutné zaznamenat do zdravotnické dokumentace, nebo způsobem, který by vyžadoval léčbu u vystavení pracovní neschopnosti.

V případě dlouhodobé pracovní neschopnosti můžeme pojištěnému na základě hlášení pojistné události pro zálohové plnění poskytnout opakované zálohové plnění. O takové plnění nás může pojištěný požádat nejdrívě po jednom měsíci od vzniku pojistné události. Opakované zálohové plnění můžeme poskytnout za každý ukončený měsíc pracovní neschopnosti.

Bude-li vystavená pracovní neschopnost ve srovnání s průměrnou délkou léčení pro uvedeny úraz nebo onemocnění neúměrně dlouhá, upravíme celkový rozsah pojistného plnění na základě relevantních informací od našeho smluvního lékaře.

V případě vzniku nového úrazu, resp. nové nemoci v době trvání pracovní neschopnosti je toto novou pojistnou událostí pouze v případě, kdy nový úraz, resp. nová nemoc není v žádné příčinné souvislosti s úrazem, resp. nemocí již diagnostikovanou. Pokud došlo současně k pracovní neschopnosti pro více úrazů, resp. nemocí, vyplátíme pojistné plnění maximálně do výše celkové doby léčení, po kterou vznikl nárok na plnění, a to pouze jednou. V případě, že dojde k souběhu pracovní neschopnosti z důvodu nemoci a úrazu, započítává se souběžná doba léčení v pracovní neschopnosti pouze jednou.

Opakované léčení totožné diagnózy úrazu nebo nemoci, pro kterou byla v průběhu trvání pojištění vystavena pracovní neschopnost, je považováno za jednu pojistnou událost.

Pokud nemoc, pro kterou byla pracovní neschopnost vystavena, nastala v době trvání pracovního poměru, resp. v době, kdy byl pojištěný aktivní OSVČ, vyplátíme pojistné plnění i v případě, že došlo v průběhu trvání pracovní neschopnosti k ukončení pracovního poměru, resp. k přerušení provozování živnosti. Pojistné plnění poskytneme dle potvrzené doby trvání pracovní neschopnosti, max. však po dobu 30 dnů od data ukončení pracovního poměru, resp. od data přerušení provozování živnosti.

V případě, kdy bude pojištěnému vystavena pracovní neschopnost z důvodu jedné z nemocí jmenovaných ve Speciálních pojistných podmínkách FLEXI rizikové životní pojištění, které jste obdržel při uzavření pojistné smlouvy, poskytneme pojistné plnění za celou potvrzenou dobu trvání pracovní neschopnosti (u OSVČ – neplátce nemocenského pojištění poskytneme pojistné plnění za dobu léčení potvrzenou lékařem).

Pokud k úrazu, pro který byla pracovní neschopnost vystavena, došlo v době trvání pracovního poměru, resp. v době, kdy byl pojištěný aktivní OSVČ, vyplátíme pojistné plnění i v případě, že došlo v průběhu trvání pracovní neschopnosti k ukončení pracovního poměru, resp. k přerušení provozování živnosti. Pojistné plnění poskytneme dle potvrzené doby trvání pracovní neschopnosti, max. však dle Očenovací tabulky plnění za léčení úrazu platné v době vzniku úrazu.

Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění, vyjma ukončení uplynutím doby trvání pojištění.

#### **Datum vzniku pojistné události**

**U pojištění smrti** je datem vzniku pojistné události den úmrtí pojištěného.

**U pojištění invalidity** je popsáno ve Speciálních pojistných podmínkách FLEXI rizikové životní pojištění, které jste obdržel při uzavření pojistné smlouvy.

**U pojištění pracovní neschopnosti** je datem vzniku pojistné události den, kdy byla pojištěnému lékařsky potvrzena pracovní neschopnost.

#### **Čekací doba**

**U pojištění pracovní neschopnosti** sjednaného v pojištění úvěru je základní čekací doba pro nemoc dva měsíce od počátku tohoto pojištění.

Zvláštní čekací doba pro nemoc v délce osmi měsíců je stanovena pro pracovní neschopnost z důvodu těhotenství, včetně těhotenských komplikací, zubního ošetření, zhotovení zubních náhrad a úkonů chirurgie a ortopedie celisti.

Pokud pojištěný zvýší pojistnou částku tohoto pojištění, běží pro navýšenou část ode dne účinnosti změny nová čekací doba. V případě navýšení pojistné částky budeme za onemocnění, které nastalo, bylo diagnostikováno nebo prvotně léčeno již před tímto navýšením, plnit ve výši pojistné částky platné ke dni vzniku onemocnění. V případě navýšení pojistné částky budeme za úraz, který nastal již před tímto navýšením, plnit ve výši pojistné částky platné ke dni vzniku úrazu.

Nárok na výplatu pojistného plnění za pracovní neschopnost z důvodu preventivních léčebných zákroků z důvodu genetických předpokladů rakoviny vzniká nejdrívě po dvou letech od počátku tohoto pojištění.

#### **Povinnosti pojištěného**

Pro výplatu pojistného plnění z **pojištění pracovní neschopnosti** je povinností pojištěného předložit:

– řádně vyplněné hlášení pojistné události,  
– kopii dokladu o pracovní neschopnosti, popř. potvrzení správy sociálního zabezpečení o čerpání nemocenských dávek nebo o odhlášení z placení nemocenského pojištění. Pokud pojištěný není poplatníkem nemocenského pojištění, prokazuje nám nárok na pojistné plnění potvrzením lékaře o době léčení, na kterou by jinak pracovní neschopnost vystavena byla, vč. potvrzení příslušné správy sociálního zabezpečení, že není účasten nemocenského pojištění.

Osoby na rodičovské dovolené a starobní důchodci dokládají navíc potvrzení o aktivním podnikání ke dni vzniku pojistné události.

OSVČ, které nejsou plátcí nemocenského pojištění, jsou povinny na naši výzvu prokázat (například prostřednictvím faktur či pokladních dokladů) skutečnosti týkající se jejich samostatně výdělečné činnosti před pojistnou událostí, v jejím průběhu a po jejím ukončení. Pojištěný je povinen co možná nejdříve zajistit zaslání všech dokladů, které si od něj vyžádáme (v českém jazyce – u originálů porizovaných v cizím jazyce s opatřením překladu úředně uznávanou osobou).

Pojištěný je povinen dodržovat stanovený léčebný režim, rady lékaře a všemi způsoby napomáhat svému celkovému uzdravení.

Na požádání je pojištěný povinen podrobit se dodatečnému vyšetření u našeho smluvního lékaře.

Pojištěný je povinen nám nahlásit změnu nebo ukončení pracovního poměru, samostatně výdělečné činnosti, popř. odchod do starobního důchodu, invalidního důchodu nebo uznání invalidity, a to do 15 dnů od data, kdy některý z výše uvedených důvodů nastal. Spolu s každým hlášením pojistné události musí pojištěný doložit potvrzení lékaře o trvání léčení diagnostikované nemoci v pracovní neschopnosti.

#### **Výluky a omezení plnění**

**Pojištění smrti** zanikne bez výplaty pojistného plnění a bez nároku na vrácení zaplaceného pojistného, dojde-li k pojistné události způsobené přímo či nepřímo válečnými událostmi, vojenskými nebo bojovými akcemi jakéhokoliv druhu (vátky, invaze, nepřátelské nebo válečné operace, občanské války).

Dojde-li ke smrti následkem sebevraždy:

– do dvou let od počátku pojištění, zaniká pojištění bez výplaty pojistného plnění a bez nároku na vrácení zaplaceného pojistného,

– po dvou letech od počátku pojištění, vyplátíme pojistnou částku platnou ke dni úmrtí, – v případech, kdy došlo v průběhu posledních 2 let před sebevraždou ke zvýšení pojistné částky pojištění smrti, vyplátíme pojistnou částku platnou před tímto zvýšením. Pojistné plnění vyplátíme obmyšlenému nebo v souladu se zákonem.

**U pojištění invalidity** jsou výluky popsány ve Speciálních pojistných podmínkách FLEXI rizikové životní pojištění, které jste obdržel při uzavření pojistné smlouvy.

**U pojištění pracovní neschopnosti** jsou výluky popsány v části **DOSPĚLÝ POJIŠTĚNÝ** – **Pojištění pracovní neschopnosti** – nemoc tohoto vřátku a ve Speciálních pojistných podmínkách FLEXI rizikové životní pojištění, které jste obdržel při uzavření pojistné smlouvy.

#### **Zánik pojištění**

K datu uznání pojistného invalidním (jakéhokoliv ze sjednaných stupňů), nebo k datu přiznání příspěvku na péči, nebo smrti pojištěného zanikají všechna sjednaná pojištění tohoto souboru pojištění. V případě plnění z pojištění pracovní neschopnosti žádné pojištění nezaniká.

#### **POJIŠTĚNÍ ZPROŠTĚNÍ OD PLACENÍ POJISTNÉHO Z DŮVODU INVALIDITY NEBO DLOUHODOBÉ PĚČE**

##### **Popis pojištění**

Pojištění zproštění od placení pojistného si sjednáváte pro případ invalidity 2. nebo 3. stupně nebo pro případ závislosti na dlouhodobé péči ve stupni II a vyšším (dále jen „příspěvek na péči“).

##### **Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplata**

Pojistnou událostí je:

a) uznání invalidity 2. nebo 3. stupně ČSSZ ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení a ustanovení smlouvy, ke kterému došlo v průběhu trvání pojištění, nebo  
b) přiznání příspěvku na péči v souladu se zákonem o sociálních službách, ke kterému došlo v průběhu trvání pojištění.

Podmínkou výplaty pojistného plnění je, že k uznání invalidity 2. nebo 3. stupně nebo přiznání příspěvku na péči dojde v důsledku onemocnění nejdrívě po jednom roce od počátku tohoto pojištění.

Splnění podmínky jednoho roku nevyžadujeme, pokud nám jednoznačně prokážete, že onemocnění, pro které jste byl uznán invalidním 2. nebo 3. stupně, resp. pro které vám byl přiznán příspěvek na péči, nastalo a bylo diagnostikováno po počátku pojištění. O splnění těchto podmínek máme právo rozhodnout na základě odborné lékařské expertizy. Pokud zvýšíte běžné pojistné a jste uznán invalidním nebo je vám přiznán příspěvek na péči výlučně v důsledku úrazu, budete zproštěn v rozsahu pojistného platného ke dni vzniku úrazu. Od placení vás zprostité i v případě uznání invalidity 2. nebo 3. stupně nebo přiznání příspěvku na péči z důvodu diagnózy F00 – F99 (poruchy duševní a poruchy chování dle MKN 10).

##### **Datum vzniku pojistné události**

Datem vzniku pojistné události je den, od kterého jste byl ČSSZ uznán invalidním 2. nebo 3. stupně, a to ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení a těchto pojistných podmínek, nebo vám byl přiznán příspěvek na péči.

##### **Povinnosti pojištěného**

Na naši žádost jste povinen prokázat, že jste stále invalidní 2. nebo 3. stupně nebo že stále pobíráte příspěvek na péči.

##### **Výluky a omezení plnění**

Od placení vás nezprostité v případě invalidity 2. nebo 3. stupně nebo dlouhodobé péče z důvodu diagnózy F00 – F99 vzniklé v příčinné souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo psychoaktivních látek.

Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z pojištění zproštění od placení pojistného z důvodu invalidity nebo dlouhodobé péče zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI rizikové životní pojištění bez jakýchkoliv změn.

#### **POJIŠTĚNÍ TRVALÝCH NÁSLEDKŮ NEMOCI**

##### **Ztráta schopnosti řídit automobil**

Pojistnou událostí je také ztráta schopnosti řídit automobil z důvodu organické duševní poruchy (diagnozy F00 – F09 dle MKN 10) a také z důvodu diagnózy schizofrenie (F20). Tyto diagnózy musí být dle vyšetření jednoznačně prokazatelné.

Pojistnou událostí není:

– ztráta schopnosti řídit automobil v důsledku organické duševní poruchy (diagnozy F00 – F09 dle MKN 10) nebo schizofrenie (F20) vzniklé v příčinné souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo psychoaktivních látek a dále poruchy duševní a poruchy chování (diagnozy F10 – F99 dle MKN 10), vyjma schizofrenie (F20)

Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z pojištění trvalých následků nemoci zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI rizikové životní pojištění bez jakýchkoliv změn.



## POJIŠTĚNÍ SMRTI NÁSLEDKEM ÚRAZU

Pojištění můžete sjednat pro osoby ve věku od dovršených 18 do 75 let. Pojištění končí nejdříve s ukončením smlouvy (max. v roce, ve kterém se pojištěný dožije 85 let). Pro toto pojištění můžete sjednat individuální konec.

Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z pojištění smrti následkem úrazu zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI rizikové životní pojištění bez jakýchkoliv změn.

## POJIŠTĚNÍ TRVALÝCH NÁSLEDKŮ ÚRAZU

Pojištění můžete sjednat pro osoby ve věku od dovršených 18 do 75 let. Pojištění končí nejdříve s ukončením smlouvy (max. v roce, ve kterém se pojištěný dožije 85 let). Pro toto pojištění můžete sjednat individuální konec, který platí pro všechny sjednané varianty na smlouvě.

Pojištění trvalých následků úrazu sjednáváme ve variantě s progresivním plněním od 0,5 % tělesného poškození a/nebo ve variantě s progresivním plněním od 10 % tělesného poškození. Každou z těchto variant můžete sjednat se čtyřnásobnou progresí, nebo desetinásobnou progresí Plus.

Se zahrnutím desetinásobné progresie Plus vám vyplatíme pojistné plnění podle příslušného % tělesného poškození takto:

- od 0,5 % a/nebo od 10 % do 20 % včetně – z jednonásobku pojistné částky,
- nad 20 % do 30 % včetně – z dvojnásobku pojistné částky,
- nad 30 % do 40 % včetně – z trojnásobku pojistné částky,
- nad 40 % do 50 % včetně – z čtyřnásobku pojistné částky,
- nad 50 % do 60 % včetně – z pětinasobku pojistné částky,
- nad 60 % do 70 % včetně – z šestinasobku pojistné částky,
- nad 70 % do 80 % včetně – z sedminásobku pojistné částky,
- nad 80 % do 90 % včetně – z osminásobku pojistné částky,
- nad 90 % do 99,99 % včetně – z devítinasobku pojistné částky,
- 100 % – z desetinásobku pojistné částky.

Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z pojištění trvalých následků úrazu zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI rizikové životní pojištění bez jakýchkoliv změn.

## POJIŠTĚNÍ DENNÍHO ODŠKODNĚHO – ÚRAZ

Pojištění můžete sjednat pro osoby ve věku od dovršených 18 do 75 let. Pojištění končí nejdříve s ukončením smlouvy (max. v roce, ve kterém se pojištěný dožije 85 let). Pro toto pojištění můžete sjednat individuální konec, který platí pro všechny sjednané varianty na smlouvě.

Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z pojištění denního odškodného – úraz zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI rizikové životní pojištění bez jakýchkoliv změn.

## POJIŠTĚNÍ HOSPITALIZACE

### Popis pojištění

Pojištění hospitalizace – úraz nebo nemoc můžete sjednat pro osoby ve věku od dovršených 18 do 70 let. Pojištění hospitalizace – úraz můžete sjednat pro osoby ve věku od dovršených 18 do 75 let.

Pojištění hospitalizace – úraz končí nejdříve s ukončením smlouvy (max. v roce, ve kterém se pojištěný dožije 85 let). Pro toto pojištění můžete sjednat individuální konec, který může být pro každou z variant rozdílný.

### Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplaty

V případě hospitalizace poskytneme plnění za organické duševní poruchy (diagnózy F00 – F09 dle MKN 10), a také za diagnózu schizofrenie (F20). Tyto diagnózy musí být dle vyšetření jednoznačně prokazatelné.

### Čekací doba

Pokud je příčinou pojistné události jiné akutní onemocnění, u kterého se jednoznačně prokáže, že nemůže mít příčinou souvislost s onemocněním, obtížemi nebo projevy, které se vyskytly před počátkem pojištění, může pojišťovna rozhodnout o poskytnutí pojistného plnění i v případě vzniku pojistné události v čekací době.

### Výluky a omezení plnění

Pojistné plnění z pojištění hospitalizace se nevztahuje na:

- organické duševní poruchy (diagnózy F00 – F09 dle MKN 10) a také na diagnózu schizofrenie (F20), které vznikly v příčinné souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo psychoaktivních látek,
- poruchy duševní a poruchy chování z důvodu nemoci dle MKN 10 diagnózy F10 – F99, vyjma schizofrenie (F20).

Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z pojištění hospitalizace zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI rizikové životní pojištění bez jakýchkoliv změn.

## POJIŠTĚNÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI – NEMOC

### Popis pojištění

Pojištění můžete sjednat ve variantě (dále jen „varianta plnění“):

PN15 (s plněním následně od 15. dne)

a/ nebo PN29:

- a) s plněním následně od 29. dne nebo
- b) s plněním od 1. dne

a/ nebo PN57 (s plněním následně od 57. dne).

Pro zvolené varianty plnění můžete sjednat stejnou či různou pojistnou částku.

### Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplaty

Pojistné plnění vyplatíme za každou zvolenou variantu plnění, a to za každý den pracovní neschopnosti včetně sobot, nedělí a svátků. Pojistné plnění vyplatíme pojištěnému ve vyšší pojistné částky platné ke dni vzniku nemoci.

Pro osoby samostatně výdělečně činné (dále jen „OSVČ“) – neplátce nemocenského pojištění je maximální počet dnů, za které vyplatíme pojistné plnění v rámci jedné pojistné události, 548. Pro OSVČ – neplátce nemocenského pojištění dále platí, že pokud se nemoc, kvůli které byla pracovní neschopnost vystavena, opakovaně vyskytne nejdříve po 7 letech od vyléčení, považujeme ji za novou pojistnou událost, za kterou poskytneme pojistné plnění v součtu opět za max. 548 dnů. Vyléčením rozumíme stav, kdy se příznaky nemoci neprojevily způsobem, který by bylo nutné zaznamenat do zdravotnické dokumentace, nebo způsobem, který by vyžadoval léčbu a vystavení pracovní neschopnosti.

Z pojištění pracovní neschopnosti poskytneme plnění za organické duševní poruchy (diagnózy F00 – F09 dle MKN 10) a také za diagnózu schizofrenie (F20), které jsou dle vyšetření jednoznačně prokazatelné.

Pokud pojistná událost nastala v době trvání pracovního poměru, resp. v době, kdy byl pojištěný aktivní OSVČ, vyplatíme pojistné plnění i v případě, že došlo v průběhu trvání pracovní neschopnosti k ukončení pracovního poměru, resp. k přerušení provozování živnosti.

### Povinnosti pojištěného

Pro výplatu pojistného plnění z pojištění pracovní neschopnosti je povinností pojištěného předložit:

- řádně vyplněné hlášení pojistné události,
- kopii dokladu o pracovní neschopnosti, popř. potvrzení správy sociálního zabezpečení o čerpání nemocenských dávek nebo o odhlášení z placení nemocenského pojištění.

### Výluky a omezení plnění

Pojištění pracovní neschopnosti se nevztahuje na:

- organické duševní poruchy (diagnózy F00 – F09 dle MKN 10) a také na diagnózu schizofrenie (F20), které vznikly v příčinné souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo psychoaktivních látek,
- poruchy duševní a poruchy chování z důvodu nemoci dle MKN 10 diagnózy F10 – F99, vyjma schizofrenie (F20).

Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z pojištění pracovní neschopnosti – nemoc zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI rizikové životní pojištění bez jakýchkoliv změn.

### Přípojištění úrazu k pracovní neschopnosti

Pro OSVČ – neplátce nemocenského pojištění je maximální počet dnů, za které pojištěnému vyplatíme pojistné plnění v rámci jedné pojistné události, 548. Pro OSVČ – neplátce nemocenského pojištění dále platí, že pokud se úraz, kvůli kterému byla pracovní neschopnost vystavena, opakovaně vyskytne nejdříve po 7 letech od vyléčení, považujeme ho za novou pojistnou událost, za kterou poskytneme pojistné plnění v součtu opět za max. 548 dnů. Vyléčením rozumíme stav, kdy se příznaky úrazu neprojevily způsobem, který by bylo nutné zaznamenat do zdravotnické dokumentace, nebo způsobem, který by vyžadoval léčbu a vystavení pracovní neschopnosti.

Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z přípojištění úrazu k pracovní neschopnosti zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI rizikové životní pojištění bez jakýchkoliv změn.

## POJIŠTĚNÍ OŠETŘOVÁNÍ – ÚRAZ NEBO NEMOC

Pro toto pojištění můžete sjednat individuální konec.

Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z pojištění ošetřování – úraz nebo nemoc zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI rizikové životní pojištění bez jakýchkoliv změn.

## ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ INFOLINKA MAJÁK

### Popis pojištění

Pojištění můžete sjednat pouze pro jednoho dospělého pojištěného a až 5 osob jemu blízkých (ve smyslu § 22 občanského zákoníku). Odchylně od ustanovení příslušných Všeobecných pojistných podmínek pro FLEXI rizikové životní pojištění nevyžadujeme u těchto blízkých osob, aby nabídku či žádost o změnu podepsali, pokud se na ně vztahuje pouze toto pojištění.

Pojištění můžete sjednat pro osobu ve věku od dovršených 18 do 75 let. Pojištění končí nejpozději posledním dnem měsíce předcházejícího pojistné-technického období, ve kterém se pojištěný dožije 85 let.

### Pojistná událost a podmínky pojistného plnění

Pojistným plněním z tohoto pojištění jsou následující služby:

#### a) Rychlé informace z oblasti zdravotnictví

- informace o poskytovatelích zdravotních služeb včetně těch, kteří zajišťují pohotovost (adresa, rozsah poskytované péče, provozní doba, kontakty na jednotlivá oddělení nebo lékaře),
- informace o lékárnách (adresa, provozní doba, kontakty),
- informace o veřejném zdravotním pojištění (rozsah pojištění, výše pojistného, spoluúčasti, systém výběru poskytnutého, adresy a kontakty na zdravotní pojišťovny),
- informace o nároku účastníků veřejného zdravotního pojištění na zdravotní nebo kompenzační pomůcky a lepší léky ze zdravotního pojištění a o možnosti zapůjčení těchto pomůcek.

#### b) Lékař na telefonu

- konzultace zdravotního stavu oprávněné osoby – postup při zdravotních potížích, vysvětlení příznaků a příčin onemocnění, doporučení dalšího postupu,
- vysvětlení běžně užívaných pojmů ve zdravotnictví, odborných medicínských výrazů, latinských pojmů, diagnóz a jejich zkratk užívaných ve zdravotnické dokumentaci,
- vysvětlení nálezů z odborných vyšetření, účelu jednotlivých vyšetření, vysvětlení výsledků laboratorních vyšetření (informace o rozmezí jednotlivých hodnot jednotlivých ukazatelů),
- konzultace lékařských postupů – vysvětlení obecných postupů léčby, základní informace o časové náročnosti léčby jednotlivých onemocnění,
- informace o lécích a jejich účincích – účinné látky v lécích obsažené, možné nežádoucí účinky, informace o doplácích na léky,
- doporučení pojištěnému, na jakého odborného lékaře se má s daným problémem obrátit,
- poradna pro těhotné ženy a matky po porodu – doporučení vhodného postupu v dané situaci, jaká vyšetření je vhodné provést a z jakých příčin,
- informace před cestou do zahraničí – doporučení nutného očkování a poučení o zdravotních rizicích pro danou lokalitu.

#### c) Rychlé informace a konzultace z oblasti sociálních věcí

- informace o nárocích plynoucích z důchodového pojištění (starobní, invalidní a pozůstalostní důchody),
- informace o nároku na příspěvek na bydlení, příspěvek na péči, příspěvek v hmotné nouzi (příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení a mimořádná okamžitá pomoc),
- informace o sociálních dávkách a průkazech mimořádných výhod osobám zdravotně postiženým (příspěvek na opatření zdravotních pomůcek, příspěvek na úpravu bytu, zakoupení vozidla atd.),
- informace o možných poskytovatelích sociálních služeb dle situace v místě bydliště oprávněné osoby (poradenské, terénní, asistenční, denní stacionáře, domovy pro seniory, pečovatelské domy atd.),
- kontakty na poskytovatele sociálních služeb,
- pomoc se zjištěním podmínek pro umístění do vhodného zařízení pro seniory (čekací doba, finanční náklady, zdravotní předpoklady atd.),
- zprostředkování kontaktu na odborníky, kteří navrhnou ergonomicky nejlepší řešení přestavby bytu nebo jeho části,
- informace o formuláři potřebných pro podání žádosti o sociální dávky,
- informace o tom, jak obvykle probíhá dědicové řízení.

Informace o nárocích z veřejného zdravotního pojištění a ze sociálního systému jsou určeny výhradně osobám, které jsou oprávněny tyto nároky čerpat podle platné právní úpravy. Pojistné plnění poskytneme ve formě služeb uvedených v tomto bodě, pokud během trvání tohoto pojištění nastane potřeba oprávněné osoby získat tyto služby z důvodu nemoci, úrazu nebo jiné skutečnosti související s jejím zdravotním stavem.

### Čekací doba

Pro toto pojištění není stanovena žádná čekací doba.

### Povinnosti pojištěného

Po zavolání na infolinku poskytovatele služeb uvedenou v **kartičce zdravotní a sociální infolinky MAJÁK** musí oprávněná osoba na vyzvání operátora sdělit číslo pojistné smlouvy, nebo jméno a datum narození pojištěného, k němuž se toto pojištění vztahuje.

### Výluky a omezení plnění

Pojistné plnění neposkytneme v případech uvedených v ustanovení příslušných Všeobecných pojistných podmínek pro FLEXI rizikové životní pojištění. Odchylně od ustanovení příslušných Všeobecných pojistných podmínek pro FLEXI rizikové životní pojištění se toto pojištění vztahuje pouze na území České republiky.

## Zánik pojištění

Toto pojištění zaniká způsoby uvedenými v ustanovení příslušných Všeobecných pojistných podmínek pro FLEXI rizikové životní pojištění.

## Poskytovatel služeb

Služby popsané výše pro nás zajišťuje náš smluvní partner, společnost GLOBAL ASSISTANCE a.s., se sídlem Dopraváků 749/3, 184 00 Praha 8, IČO 271 81 898, a její smluvní partneri.

Asistenční centrum poskytovatele služeb je dostupné 24 hodin denně 7 dní v týdnu.

Služby poskytované z tohoto pojištění je třeba vyžádat telefonicky – kontakt na poskytovatele služeb je uveden v **kartičce zdravotní a sociální infolinky MAJÁK**.

## KONZULTAČNÍ A ASISTENČNÍ SLUŽBY MAJÁK+

### Popis pojištění

Pojištění můžete sjednat pouze pro jednoho dospělého pojištěného a až 5 osob jemu blízkých (ve smyslu § 22 občanského zákoníku). Odchylně od ustanovení příslušných Všeobecných pojistných podmínek pro FLEXI rizikové životní pojištění nevycházíme u těchto blízkých osob, aby nabídku či žádost o změnu podepsali, pokud se na ně vztahuje pouze toto pojištění.

Pojištění můžete sjednat pro osobu ve věku od dovršených 18 do 75 let. Pojištění končí nejpozději posledním dnem měsíce předcházejícího pojistně-technického období, ve kterém se pojištěný dožije 85 let.

### Pojistná událost a podmínky pojistného plnění

Pojistným plněním z tohoto pojištění jsou následující konzultační a asistenční služby:

#### a) Rychlé informace z oblasti zdravotnictví

- informace o poskytovatelích zdravotních služeb včetně těch, kteří zajišťují pohotovost (adresa, rozsah poskytované péče, provozní doba, kontakty na jednotlivá oddělení nebo lékaře),
- informace o lékárnách (adresa, provozní doba, kontakty),
- informace o veřejném zdravotním pojištění (rozsah pojištění, výše pojistného, spoluúčasti, systém výběru pojistného, adresy a kontakty na zdravotní pojišťovny),
- informace o nároku účastníků veřejného zdravotního pojištění na zdravotní nebo kompenzační pomůcky a lepší léky ze zdravotního pojištění a o možnosti zapůjčení těchto pomůcek);
- tuto službu poskytujeme 24 hodin denně.

#### b) Lékař na telefonu

- konzultace zdravotního stavu oprávněné osoby – postup při zdravotních potížích, vysvětlení příznaků a příčin onemocnění, doporučení dalšího postupu,
- vysvětlení běžně užívaných pojmů ve zdravotnictví, odborných medicínských výrazů, latinských pojmů, diagnóz a jejich zkratkách užívaných ve zdravotnické dokumentaci,
- vysvětlení nálezů z odborných vyšetření, účelu jednotlivých vyšetření, vysvětlení výsledků laboratorních vyšetření (informace o rozmezí jednotlivých hodnot jednotlivých ukazatelů),
- konzultace lékařských postupů – vysvětlení obecných postupů léčby, základní informace o časové náročnosti léčby jednotlivých onemocnění,
- informace o lécích a jejich účincích – účinné látky v lécích obsažené, možné nežádoucí účinky, informace o doplácích na léky,
- doporučení pojištěnému, na jakého odborného lékaře se má s daným problémem obrátit,
- poradna pro těhotné ženy a matky po porodu – doporučení vhodného postupu v dané situaci, jaká vyšetření je vhodné provést a z jakých příčin,
- informace před cestou do zahraničí – doporučení nutného očkování a poučení o zdravotních rizicích pro danou lokalitu;
- tuto službu poskytujeme 24 hodin denně.

#### c) Rychlé informace a konzultace z oblasti sociálních věcí

- informace o nárocích plynoucích z důchodového pojištění (starobní, invalidní a pozůstalostní důchody),
- informace o nároku na příspěvek na bydlení, příspěvek na péči, příspěvek v hmotné nouzi (příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení a mimořádná okamžitá pomoc),
- informace o sociálních dávkách a průkazech mimořádných výhod osobám zdravotně postiženým (příspěvek na opatření zdravotních pomůcek, příspěvek na úpravu bytu, zakoupení vozidla atd.),
- informace o možných poskytovatelích sociálních služeb dle situace v místě bydliště oprávněné osoby (poradenské, terénní, asistenční, denní stacionáře, domovy pro seniory, pečovatelské domy atd.),
- kontakty na poskytovatele sociálních služeb,
- pomoc se zajištěním podmínek pro umístění do vhodného zařízení pro seniory (čekací doba, finanční náklady, zdravotní předpoklady atd.),
- zprostředkování kontaktu na odborníky, kteří navrhnou ergonomicky nejlepší řešení přestavby bytu nebo jeho části,
- informace o formulářích potřebných pro podání žádosti o sociální dávky;
- tuto službu poskytujeme 24 hodin denně.

#### d) Právní konzultace

- obecné informace o právních předpisech a jejich znění,
- obecné informace o vztahu občan a soud (např. informace o věcné a místní příslušnosti soudu, náležitosti podání, zastupování, nákladech soudního jednání, odměnách znalců, tlumočnicků, advokátů),
- informace o adresách a kontaktech na instituce a služby (např. soudy, finanční a obecní úřady, katastrální úřady, stavební úřady, advokáty a exekutory, notáře a matřky, soudní znalce, odhadce, tlumočníky a překladatele),
- poskytnutí kontaktu na advokáta za účelem právního zastoupení nebo sepsování smluv; **poskytnuté služby advokáta v tomto případě hradíte vy**,
- právní poradenství k základním možnostem řešení životní situace pojištěného v oblasti rodinného práva (např. manželství, rodičovství, opatrovnictví), dědického práva (např. závět, dědická smlouva, vyděnění, výměnek), závazkových smluvních vztahů a vztahů k movitým věcem (např. darování, koupě, nájem) a pracovních právních vztahů (např. dluhy pracovních poměrů, výpověď, dovolená);
- tuto službu poskytujeme v pracovní dny v rozmezí 9–17 hodin.

#### e) Konzultace a podpora při psychologických potížích

- akutní jednorázová nebo krátkodobá podpůrná terapie při krizových životních situacích a po traumatizujících událostech (jako je dopravní nehoda, ztráta zaměstnání, domácí násilí a týrání, ztráta domova, přírodní katastrofy),
- psychologické poradenství ke konkrétnímu problému, pomoc s orientací v něm a doporučení dalšího postupu,
- podpora při krizových situacích, jakými mohou být například zásadní životní změny (rozvod, odchod do důchodu, ztráta blízkého), zdravotní potíže a vyrovnávání se s nimi (vlastní nebo z pozice pečujícího), mezilidské vztahy a konflikty aj.;
- tuto službu poskytujeme v pracovní dny v rozmezí 9–17 hodin.

#### f) Domácí asistence v případě nouzové situace v domácnosti

- nouzovou situací se rozumí náhla a nepředvídatelná havárie, porucha nebo obdobná událost, která vyvolává nebezpečí vzniku nebo zvětšení rozsahu následků škody či jiné vám hroziící újmy a současně vyžaduje neprodlené zprostředkování provedení prací v oboru elektrikář, instalatér, plynář, topenář, sklenář, zámečnický, pokrývač, komíník (dále jen „řemeslné práce“),

- nouzovou situací se rozumí i zabouchnutí nebo mechanické zablokování vjezdových vrat garáže či vjezdových vrat a vstupních branek, vstupních nebo interiérových dveří, jakož i situace, kdy se nemovitost nebo její část stane nepřístupnou z důvodu ztráty klíčů; pojištění se nevztahuje na opravu poruchy funkce elektrických či hydraulických pohonů vrat, bran či branek,
- nouzovou situací se rozumí také závažná a bezprostřední hrozba způsobená hlodavci, hmyzem, včetně včel, vos či sršní, vyvolávající potřebu odchytnu nebo likvidace hlodavců či potřeby likvidace včelího roje, vosího nebo sršního hnízda. V případě této nouzové situace vám zajistíme zprostředkování a úhradu účelně vynaložených nákladů na deratizaci, dezinfekci, odchytnu nebo likvidaci. Činnost osoby provádějící tyto úkony se pro účely těchto pojistných podmínek považuje rovněž za řemeslnou práci definovanou výše v tomto písmenu f).
- v případě vzniku nouzové situace máte právo, abychom prostřednictvím našeho smluvního partnera zprostředkovali provedení řemeslných prací nezbytných k odstranění nouzové situace a uhradili účelně vynaložené náklady spojené s provedením uvedených prací v rozsahu nákladů na:
  - dopravu osoby provádějící řemeslné práce do místa provedení prací a zpět,
  - práci osoby provádějící řemeslné práce,
  - drobný materiál nezbytný k odstranění nouzové situace,
  - uvedení místa provedení řemeslných prací do stavu umožňujícího řádné užívání, včetně úklidu místa provádění prací.Tuto službu poskytujeme 24 hodin denně.

#### g) Domácí asistence v případě potřeby IT konzultace

- IT konzultací se rozumí řešení úplné nebo částečné nefunkčnosti hardware nebo software bránící využití stolního počítače, notebooku, tabletu nebo routeru (dále souhrnně jen „počítač“), který vlastníte nebo pro svou potřebu oprávněně užíváte, s výjimkou zařízení sloužících k plnění pracovních úkolů nebo výkonu jiné výdělečné činnosti,
- v případě potřeby IT konzultace máte právo, abychom vám prostřednictvím našeho smluvního partnera poskytli telefonické konzultace s IT technikem nebo opravy či úpravy software počítače prováděné IT technikem cestou vzdáleného připojení realizovaného prostřednictvím internetové sítě bez osobní přítomnosti technika,
- v případě zjištění IT technika, že nefunkčnost počítače není řešitelná cestou vzdáleného připojení nebo cestou telefonické konzultace, vám poskytneme informaci o místně dostupných odborných servicech. **Z pojištění nevzniká právo na úhradu nákladů na opravu počítače.** Tuto službu poskytujeme v pracovní dny v rozmezí 9–17 hodin.

#### h) Hodinový manžel

- pro účely těchto pojistných podmínek se tím rozumí služba pro domácnost, která nabízí všestranné zručné řemeslníky, kteří ovládají základní práce týkající se fungování domácnosti,
- v případě potřeby poskytnutí této služby máte právo, abychom vám prostřednictvím našeho smluvního partnera zajistili poskytnutí této služby v rozsahu:
  - jednoduchá údržbářská činnost v domácnosti (např. výměna nebo jednoduchá oprava vodovodní baterie, odpadu, protékajícího záchodu, výměna silikonu kolem sanity, výměna nebo jednoduchá oprava zámků, vložek a kování apod.),
  - drobné montážní činnosti (jako je pověšení obrazů a zrcadel, vrtání políček, garnyží a závěsných systémů, montáž svítidel, montáž sprchové zástěny, vany, nebo sprchového koutu, montáž nábytku apod.),
  - drobné stěhovací činnosti,
  - zapojení a zprovoznění elektrických spotřebičů, včetně svítidel, bez nutnosti zásahu do elektrické rozvodné sítě,
  - malování pokojů,a to vše za podmínek dále uvedených v tomto článku.
- V případě poskytnutí služby Hodinový manžel máte právo, abychom prostřednictvím našeho smluvního partnera zprostředkovali provedení vámi požadovaných prací a uhradili účelně vynaložené náklady spojené s provedením uvedených prací v rozsahu nákladů na:
  - dopravu osoby provádějící vyžádané práce do místa provedení prací a zpět,
  - práci osoby provádějící vyžádané práce,
  - drobný materiál nezbytný k provedení vyžádané práce,
  - uvedení místa provedení vyžádané práce do stavu umožňujícího řádné využívání, včetně úklidu místa provádění prací.Tuto službu poskytujeme v pracovní dny v rozmezí 9–17 hodin, a to nejpozději do 7 dnů od nahlášení požadavku na asistenční centrum.

Informace o nárocích z veřejného zdravotního pojištění a ze sociálního systému jsou určeny výhradně osobám, které jsou oprávněné tyto nároky čerpat podle platné právní úpravy. Pojistné plnění poskytneme ve formě služeb uvedených v tomto bodě, pokud během trvání tohoto pojištění nastane potřeba některé z oprávněných osob získat tyto služby z důvodu nemoci, úrazu nebo jiné skutečnosti související s jejím zdravotním stavem, případně nastane-li potřeba pojištěného řešit jinou životní nebo nouzovou situaci popsanou v tomto bodě.

**Pojem domácnost:** za domácnost se pro účely služeb Domácí asistence v případě nouzové situace v domácnosti, IT konzultace a služby Hodinový manžel považuje soubor majetku, který slouží k účelům bydlení na adrese pojištěného; za domácnost se považuje i chata nebo jiný rekreační objekt, který je ve vlastnictví pojištěného, výjma služby Hodinový manžel, kterou poskytujeme pouze na jedné adrese bydliště pojištěného.

#### Čekací doba

Pro toto pojištění není stanovena žádná čekací doba.

#### Povinnosti pojištěného

Po zavolání na infolinku poskytovatele služeb uvedenou v **kartičce konzultační a asistenční služby MAJÁK+** musí oprávněná osoba na vyžádání operátora sdělit číslo pojistné smlouvy, nebo jméno a datum narození pojištěného, k němuž se toto pojištění vztahuje.

#### Výluky a omezení plnění

Pojistné plnění neposkytneme v případech uvedených v ustanovení příslušných Všeobecných pojistných podmínek pro FLEXI rizikové životní pojištění. Odchylně od ustanovení příslušných Všeobecných pojistných podmínek pro FLEXI rizikové životní pojištění se toto pojištění vztahuje pouze na území České republiky.

Domácí asistenci neposkytneme v případě nouzové situace vzniklé následkem:

- a) zásahu státní moci nebo veřejné správy,
  - b) požití alkoholu nebo aplikace návykových látek pojištěným,
  - c) neoprávněného nebo neodborného zásahu provedeného pojištěným nebo jinou osobou bez příslušné odborné kvalifikace se souhlasem pojištěného,
  - d) škod vzniklých v souvislosti s prováděním oprav či úprav,
  - e) trestného činu pojištěného nebo jiné osoby z jeho podnětu.
- Domácí asistenci neposkytneme v případě nouzové situace vzniklé ve společných prostorech bytového domu.
- Nezprostředkujeme a neuhradíme náklady na domácí asistenci na:
- a) opravářské, údržbářské, rekonstrukční a obdobné práce, které nejsou nezbytné k odstranění nouzové situace, ledaže by šlo o práce poskytované v rámci služby Hodinový manžel,
  - b) odstranění nouzové situace vzniklé v budovách ve výstavbě.

Spočívá-li nouzová situace v zabouchnutí nebo mechanickém zablokování vstupních dveří (vjezdových vrat či bran nebo vstupních branek a garážových vrat do nemovitosti), nevzniká vám právo na poskytnutí domácí asistence spočívající ve zpřístupnění nemovitosti, existující-li pochybnosti o vašem právu vstoupit do nemovitosti.

Neposkytneme službu Domácí asistence v případě potřeby IT konzultace spočívající v prolomení hesla či jiných zabezpečovacích prvků sloužících k zamezení neoprávněného přístupu do počítače.

Bude-li vyžadáno poskytnutí konzultačních nebo asistenčních služeb v případě, kdy nejsou splněny podmínky pro vznik práva na jejich poskytnutí, je osoba, která si jejich poskytnutí vyžádala, povinná uhradit náklady s tím spojené.

Neuhradíme náklady na konzultační a asistenční služby, které si oprávněná osoba zajistí sama, bez předchozího výslovného souhlasu asistenčního centra poskytovatele služeb uvedeného v kartičce konzultační a asistenční služby MAJÁK+.

Právní konzultaci, konzultaci a podporu při psychických potížích, domácí asistenci v případě nouzové situace a IT konzultaci poskytneme v celkovém rozsahu 6 zásahů za rok, bez ohledu na druh služby.

Za jeden zásah při poskytnutí právní konzultace, konzultace a podpory při psychických potížích a IT konzultace se považuje konzultace v rozsahu maximálně 60 minut na jeden zásah vyplývající z jedné příčiny nebo z více příčin, které spolu přímo souvisejí.

Na úhradu nákladů za jeden zásah při poskytnutí domácí asistence v případě nouzové situace v domácnosti poskytneme plnění maximálně do výše 5 000 Kč za jeden asistenční zásah. Za jeden zásah se považuje zprostředkování provedení řemeslných prací a úhrada nákladů spojených s jejich provedením na základě jedné situace, které spolu přímo souvisejí.

Službu Hodinový manžel poskytneme v rozsahu 2 zásahů za rok v částce do 1 800 Kč za jeden zásah. Za jeden asistenční zásah se považuje zprostředkování provedení prací hodinového manžela a úhrada nákladů spojených s jejich provedením na základě jedné situace.

Náklady spojené s konzultačními a asistenčními službami poskytnutými na vaši výslovnou žádost **nad rámec stanovených limitů hradíte vy.**

#### Zánik pojištění

Toto pojištění zaniká způsoby uvedenými v ustanovení příslušných Všeobecných pojistných podmínek pro FLEXI rizikové životní pojištění.

#### Poskytovatel služeb

Služby popsané výše pro nás zajišťuje náš smluvní partner, společnost GLOBAL ASSISTANCE a.s., se sídlem Dopraváků 749/3, 184 00 Praha 8, IČO 271 81 898, a její smluvní partneri. Asistenční centrum poskytovatele služeb je dostupné 24 hodin denně 7 dní v týdnu.

Služby poskytované z tohoto pojištění je třeba vyžádat telefonicky – kontakt na poskytovatele služeb je uveden v **kartičce konzultační a asistenční služby MAJÁK+.**

## DĚTSKÁ POJIŠTĚNÍ

### POJIŠTĚNÍ VÁŽNÝCH NEMOCÍ A ÚRAZŮ

#### Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplaty

Pojistnou událostí je potvrzení diagnózy některé z vážných nemocí nebo podstoupení některé z operací, k němuž došlo během trvání pojištění, zároveň se příznaky neprojeví před počátkem pojištění ani v čekací době a které splňuje podmínky stanovené ve smlouvě. Pojistné plnění poskytneme maximálně za jednu pojistnou událost z každé skupiny diagnóz, která nastane v průběhu trvání pojištění, a to vždy ve výši 100 % pojistné částky platné ke dni vzniku pojistné události.

Pokud jste sjednal nabídku na uzavření pojistné smlouvy FLEXI rizikové životní pojištění do 30. 4. 2020, pak je změnou oproti SPP FLEXI rizikové životní pojištění, které jste při sjednání obdržel, že jsme zrušili dobu 12 měsíců mezi daty potvrzení diagnózy, resp. daty provedení operačního zákroku pro jednotlivé pojistné události, kdy jsme neposkytli pojistné plnění.

#### 1. skupina – selhání důležitých orgánů

**Totální ledvinové selhání** – konečné stadium ledvinového selhávání následkem chronického a nezvratného selhání funkce obou ledvin; pojištěné dítě musí podstupovat pravidelnou dialýzu nebo být po transplantaci ledviny.

Nárok na pojistné plnění vzniká i v případě cévních komplikací v návaznosti na diabetes mellitus, při splnění všech definovaných podmínek.

**Zařazení do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci životně důležitých orgánů** – životně důležitými orgány pro účely pojištění rozumíme srdce, plíce, játra, ledviny, slinivku břišní, střevo, kdy příjemcem orgánu je pojištěný. Povinnost plnit vzniká dnem zařazení do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci, přičemž transplantace musí být z lékařského hlediska nezbytně nutná a musí být objektivně potvrzeno selhání funkce příslušného orgánu odborným lékařem.

#### 6. skupina – ostatní

**HIV** – nákaza virem lidské imunitní nedostatečnosti (Human Immunodeficiency Virus – HIV) nebo syndrom získaného selhání imunity (Acquired Immune Deficiency Syndrom – AIDS). Pojistnou událostí je HIV infekce nastalá při:

- transfúzi infikované krve nebo krevních produktů z transfúzní stanice, která je oficiálně registrována a uznávána zdravotnickými úřady po datu počátku pojištění;
- náhodném poranění jehlou, ke kterému došlo při plnění běžných profesních povinností osoby jako lékaře / zubního lékaře, zdravotní sestry, zdravotníka, hasiče nebo policisty;
- příjmu transplantovaného orgánu, kdy byl tento orgán dříve infikován virem HIV;
- fyzickém napadení;
- poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě.

Každá událost, která vede k potenciálnímu nároku, musí nastat během trvání pojištění a pojištěné dítě nám ji musí doložit negativním testem na protilátky proti HIV provedeným do 7 dnů po této události (vyjma transfúze). Sérokonverze na infekci HIV musí proběhnout do 6 měsíců od události.

Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem.

Ke každé události musí být doloženo nahlášení příslušným orgánům činným v dané věci a řádné vyšetření v souladu s uznávanými metodami a dále u:

- transfúze krve nám pojištěné dítě musí předložit buď písemné uznání odpovědnosti instituce, která provedla transfúzi, nebo soudní rozhodnutí s doložkou právní moci, která takovou odpovědnost potvrzuje;
- fyzického napadení nebo poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě nám pojištěné dítě musí výsledek vyšetřování doložit formou zprávy.

Pojišťovna musí mít volný přístup ke všem vzorkům krve pojištěného dítěte a je oprávněna nechat provést nezávislé testy těchto vzorků.

Pojistnou událostí není onemocnění za přítomnosti hemofilie, dále jakékoli infekce jiného druhu a ostatní zdroje nákazy HIV (nitrožilní užívání drog či přenos pohlavním stykem a podobně).

#### Čekací doba

U pojištění vážných nemocí a úrazů uplatňujeme pro vznik pojistné události čekací dobu dva měsíce ode dne počátku tohoto pojištění. Čekací doba se nevztahuje na případy, kdy došlo k vážné nemoci výlučně v důsledku úrazu vzniklého nejdříve v den počátku pojištění. V případě, kdy jste v posledních dvou měsících před pojistnou událostí zvýšil pojistnou částku pojištění vážných nemocí a úrazů, vyplatíme pojistnou částku platnou před jejím zvýšením.

#### Zánik pojištění

Zánikem pojištění všech výše uvedených skupin, zaniká pojištění vážných nemocí a úrazů.

Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z pojištění vážných nemocí a úrazů zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI rizikové životní pojištění bez jakýchkoliv změn.

#### POJIŠTĚNÍ HOSPITALIZACE – ÚRAZ NEBO NEMOC

Pokud je dítě opakovaně hospitalizováno v lázních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, psychiatrických léčebnách a zařízeních z důvodu jedné z diagnóz vážných nemocí a úrazů definovaných výše, považujeme v případě doprovodu tyto opakované hospitalizace za jednu pojistnou událost.

Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z pojištění hospitalizace zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI rizikové životní pojištění bez jakýchkoliv změn.

## RIZIKOVÉ SKUPINY

#### 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. skupiny, včetně vojáků z povolání.

#### 4. riziková skupina

Všechny práce nebo činnosti s extrémním, velmi vysokým stupněm ohrožení zdraví, např. činnosti při zajištění motorových vozidel a jejich typových zkouškách, tovární jezdi motorových vozidel nebo plavidel a všechna sportovní odvětví vykonávaná profesionálně.

Pokud jste sjednal nabídku na uzavření pojistné smlouvy FLEXI rizikové životní pojištění do 30. 4. 2020, pak je změnou oproti SPP FLEXI rizikové životní pojištění, které jste při sjednání obdržel, že je zrušena 3. riziková skupina.

Ostatní podmínky týkající se všech rizikových skupin zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI rizikové životní pojištění bez jakýchkoliv změn.