

Speciální pojistné podmínky flexibilního životního pojištění s připojištěním FŽP

Tyto speciální pojistné podmínky (dále jen „SPP“) se řídí občanským zákoníkem (dále jen „OZ“) a Všeobecnými pojistnými podmínkami pojištění osob OSO 3 ze dne 1. ledna 2004 (dále jen „VPP“) a jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy (dále jen „smlouva“).

ČLÁNEK 1 Základní pojmy

Pro tyto SPP se vymezení následující pojmy:

- Flexibilní životní pojištění: komplexní spojení životního pojištění, úrazových pojištění, doplňkových připojištění a investic do kapitálové hodnoty smlouvy. Pojistné částky jsou pevně dány smlouvou a částka určená k výplatě po dožití konce pojištění, resp. v případě ukončení smlouvy, je dána aktuální výší kapitálové hodnoty smlouvy.
- Kapitálová hodnota smlouvy: pojistná rezerva stanovená platnými pojistně-technickými postupy pro jednotlivou smlouvu, vyjádřená v Kč; za předpokladu řádně placeného pojištění ve smluvně dohodnutých obdobích, zaručuje pojistitel uzavřením smlouvy pravidelný růst kapitálové hodnoty ve výši minimálně 2 % ročně.
- Pojistně-technické období: časové období, ve kterém platí parametry smlouvy; ve flexibilním životním pojištění (dále jen „FŽP“) je pojistně-technickým obdobím kalendářní měsíc.
- Pojistné období: dohodnuté časové období, za které se platí pojistné.
- Pojistná částka: částka uvedená ve smlouvě, která bude minimálně vyplacena v případě smrti pojištěného, popř. jiných událostí uvedených ve smlouvě.
- Běžné pojistné: částka uvedená ve smlouvě, kterou má pojistník pravidelně platit ve sjednaných pojistných obdobích.
- Mimořádné pojistné: jednorázové uhrazené pojistné zaplacené mimo rámec běžného placení pojistného.

ČLÁNEK 2 Pojistné plnění

- Při smrti pojištěného vyplátí pojistitel pojistnou částku platnou ke dni úmrtí nebo kapitálovou hodnotu smlouvy platnou ke dni nahlášení pojistné události, je-li vyšší. V případě pojištění dvou osob a smrti jedné z nich, bude vyplacena pojistná částka platná ke dni úmrtí ve prospěch oprávněných osob, kterým vzniklo právo na pojistné plnění, a pojištění druhé osoby pokračuje. Dojde-li ke smrti obou pojištěných, bude vyplacena pojistná částka platná ke dni úmrtí a částka vyšší hodnoty vycházející z porovnání pojistné částky platné ke dni úmrtí a kapitálové hodnoty smlouvy ke dni nahlášení pojistné události.
- Celkové pojistné plnění v případě výplaty pojistné částky, bude sníženo o mimořádné výplaty provedené po datu úmrtí. V případě, že je v případě smrti pojistná částka vyšší než kapitálová hodnota smlouvy, bude vyplacena pojistná částka snížená o částečné výplaty provedené po dni úmrtí (resp. nahlášení úmrtí). Pokud bude kapitálová hodnota smlouvy vyšší než pojistná částka, bude vyplacena kapitálová hodnota snížená o částečné výplaty provedené po dni úmrtí (resp. nahlášení úmrtí). Jestliže nebude pojistná událost uznána pojistitelem za likvidní, bude ve prospěch pojistníka, resp. oprávněných osob vyplacena kapitálová hodnota smlouvy.
- FŽP smrti pojištěného (jednotlivého pojištěného), popř. smrti obou pojištěných (v pojištění dvojic) zaniká.
- Po dožití se sjednaného konce FŽP bude pojištěnému vyplacena kapitálová hodnota smlouvy.

ČLÁNEK 3 Výjimky z pojištění plnění

Na rozdíl od ustanovení VPP, Zvláštních ustanovení I. – životní pojištění, čl. 7, odst. 1 se na FŽP, vzhledem k podstatě pojištění, nevztahuje právo pojistníka být v případě plné invalidity zproštěn od povinnosti platit běžné pojistné. Toto právo vznikne pojistníkovi za předpokladu, že je současně i pojištěným 1, pouze za předpokladu sjednání zvláštního připojištění zproštěn od placení běžného pojistného.

ČLÁNEK 4 Pojistné

- Pojistník je povinen platit běžné pojistné sjednané ve smlouvě za pojistné období. Pojistné období může být měsíční, čtvrtletní, pololetní nebo roční.
- Pojistník si může kdykoliv v době trvání smlouvy předplatit běžné pojistné, tj. zaplatit najednou jednu nebo více splátek běžného pojistného před datem jejich splatnosti. K předplacení plátek běžného pojistného slouží účet a variabilní symbol, který je určen k platbám běžného pojistného.
- Pojistník může kdykoliv v době trvání smlouvy zaplatit mimořádné pojistné v minimální výši stanovené pojistitelem. Mimořádné pojistné zvyšuje kapitálovou hodnotu smlouvy. Zaplacení mimořádného pojistného nemá vliv na povinnost pojistníka platit sjednané běžné pojistné. Pojistitel je oprávněn použít část vkladu na pokrytí dlužného běžného pojistného k datu připsání mimořádného pojistného na účet pojistitele. Mimořádné pojistné je možno uhradit na základě pokynů uvedených ve smlouvě. K provedení mimořádného vkladu je určen zvláštní variabilní symbol. Pojistitel je oprávněn odmítnout mimořádné pojistné zaplacené pod stanovenou minimální hranici.
- Běžné i mimořádné pojistné se používá podle platných pojistně-technických pravidel k navýšení kapitálové hodnoty smlouvy.
- Ze škody vzniklou uvedením chybného čísla účtu, resp. variabilního symbolu pojistitel neodpovídá. Rozhodným dnem pro zúčtování zaplaceného pojistného je den, kdy pojistitel vystavil předpis pojistného.

ČLÁNEK 5 Důsledky neplacení pojistného

- Nebylo-li zaplaceno běžné pojistné za první pojistné období do tří měsíců od jeho splatnosti, běžné pojistné za následující pojistné období v prvním roce trvání pojištění do šesti měsíců od jeho splatnosti, zaniká pojištění bez náhrady.
- Bylo-li zaplaceno běžné pojistné alespoň za jeden rok trvání pojištění (popř. bylo-li zaplaceno mimořádné pojistné) a současně nebylo zaplaceno následné běžné pojistné do šesti měsíců od jeho splatnosti, bude uplynutím této lhůty FŽP automaticky převedeno do redukováného stavu s účinností od následujícího pojistně-technického období za předpokladu kladné kapitálové hodnoty smlouvy.
- Pokud dojde k ukončení pojistné smlouvy a výše kapitálové hodnoty smlouvy je záporná, má pojistitel právo na zaplacení dlužného pojistného v absolutní výši této hodnoty.

ČLÁNEK 6

Pojištění v redukováném stavu

- Na žádost pojistníka (dle čl. 8 těchto SPP), popř. z jiných důvodů (čl. 5 těchto SPP), může být pojištění převedeno do redukováného stavu.
- Od prvního dne následujícího pojistně-technického období po provedení změny – převedení smlouvy do redukováného stavu, je pojistná částka pro případ smrti nulová. Tímto dnem zanikají všechna sjednaná připojištění.
- Pokud je pojištění v redukováném stavu, má pojistník právo zaplatit kdykoliv mimořádné pojistné, požadovat zrušení pojištění s výplatou odkupní hodnoty nebo požádat o odredukování pojistné smlouvy.
- Po dobu trvání pojištění v redukováném stavu bude kapitálová hodnota smlouvy dále snižována o technické poplatky za náklady pojistitele. Nebude-li postačovat kapitálová hodnota k pokrytí těchto poplatků, zanikne pojištění v redukováném stavu bez náhrady.

ČLÁNEK 7

Použití kapitálové hodnoty smlouvy

Pojistitel bude za každé pojistně-technické období snižovat kapitálovou hodnotu smlouvy o částku potřebnou ke krytí sjednaného rozsahu pojištěného rizika a o technické poplatky kalkulované podle platných pojistně-technických zásad pojistitele (měsíční administrativní poplatky, procentní poplatek z pojistného, snížená tvorba kapitálové hodnoty v období prvních 24 měsíců trvání smlouvy, technický poplatek za správu kapitálové hodnoty a inkasní poplatek v případě měsíčních plateb a plateb postovny poukazkou – viz platný sazebník poplatků).

ČLÁNEK 8

Výpověď ze strany pojistníka

- Pojistník má právo v případě běžné placeného pojistného kdykoliv po jednom roce trvání pojištění písemně požádat o ukončení smlouvy s výplatou odkupní hodnoty. Podmínka jednoho roku trvání pojištění neplatí v případě zaplacení mimořádného pojistného.
- Do doby dvou let od počátku pojištění je odkupní hodnota rovna 90 % kapitálové hodnoty smlouvy. Po uplynutí této doby je rovna kapitálové hodnotě smlouvy.
- Výpovědní lhůta je čtyřlletá a začíná běžet od následujícího dne po doručení výpovědi pojistiteli. Pojištění končí, odchýlně od článku 10, bodu 6 VPP, posledním dnem pojistně-technického období po uplynutí této lhůty.

ČLÁNEK 9

Změny ve smlouvě

- Pojistník může kdykoliv požádat o zvýšení nebo snížení běžného pojistného.
- Pojistník má možnost kdykoliv požádat o zvýšení, popř. snížení pojistné částky. Při zvýšení pojistné částky má pojistitel právo provést dodatečné zdravotní posouzení pojištěného.
- Pojistník může požádat pojistitele o dočasné přerušení placení pojistného. K dočasnému přerušení placení pojistného může dojít pouze v případě takového stavu kapitálové hodnoty smlouvy, který bude postačovat na pokrytí technických poplatků (viz čl. 7 těchto SPP) a rizikového pojistného po dobu přerušení placení pojistného. Dočasné přerušení placení pojistného vstupuje v platnost prvním dnem pojistného období následujícího po pojistném období, za které bylo naposledy zaplacené běžné pojistné.
- Pojistník může požádat pojistitele o výplatu části kapitálové hodnoty smlouvy (zálohy na pojistné plnění), pokud tato částka dosáhne minimální výše stanovené pojistitelem. Podmínkou uskutečnění této výplaty je postačitelnost výše běžné placeného pojistného a zůstatku kapitálové hodnoty smlouvy pro pokrytí sjednaného rizikového pojistného a technických poplatků za správu smlouvy do konce trvání smlouvy. Při splnění výše uvedených podmínek bude provedena výplata. Při splnění výše uvedených podmínek bude provedena výplata kapitálové hodnoty nejpozději do čtyřech týdnů od doručení žádosti pojistiteli. Pojistitel je oprávněn při provádění výplaty z kapitálové hodnoty účtovat pojistníkovi pojistně-technický poplatek (viz platný sazebník poplatků).
- K FŽP si může pojistník dodatečně sjednat, popř. z něj vyloučit doplňková, úrazová a nemocenská připojištění nebo doplnit, popř. vyřadit pojištěnou osobu nebo dítě. Případný přeplatek pojištěného je ponechán v kapitálové hodnotě smlouvy.
- Pojistník může kdykoliv požádat o změnu doby trvání pojištění. Minimální doba trvání pojištění je 5 let, maximální konec pojištění je v 75 letech pojištěného.
- Všechny změny provedené na základě písemné žádosti pojistníka vstupují v platnost prvním dnem následujícího pojistně-technického období po vystavení dodatku ke smlouvě.
- V souvislosti s výše uvedenými změnami má pojistitel právo zvýšit, popř. snížit výši pojistné částky nebo zvýšit, popř. snížit běžné pojistné na úroveň danou platnými pojistně-technickými pravidly. Změna v pojistné částce vstupuje v platnost prvním dnem následujícího pojistně-technického období po provedení změny. Ke změně v běžném pojistném dojde od prvního dne následujícího pojistného období po provedení změny.
- Pojistitel je oprávněn za provedené změny účtovat pojistníkovi pojistně-technický poplatek (viz platný sazebník poplatků).

ČLÁNEK 10

Rozsah doplňkových pojištění

V rámci FŽP sjednává pojistitel tato doplňková pojištění:

A. Pojištění velmi vážných onemocnění
Pojistné krytí končí nejpozději dosažením 65 let věku pojištěného.

1. Předmet a rozsah pojištění

V pojištění velmi vážných onemocnění se vymezení následující pojmy:

- infarkt myokardu** – nezratné poškození části srdeční svaloviny (transmurální infarkt), které je způsobeno nedostatečným krevním zásobením dané oblasti; diagnóza se zakládá na následujících kritériích:
 - čerstvé změny na EKG,
 - charakteristická lokalizace bolesti a
 - zvýšení hladiny srdečních enzymů.Angina pectoris je z pojištění plnění vyloučena.
- rakovina** – přítomnost nekontrolovaného růstu a rozšiřování maligních buněk a jejich invaze do tkáně, termín „rakovina“ také zahrnuje leukémie, lymfomy a Hodgkinovu chorobu. Vyloučeny jsou:
 - neinvasivní karcinomy in situ
 - lokalizované neinvasivní tumory vykazující jen rané maligní změny (dysplazie cervixu, rakovina cervixu klasifikace CIN-1-3, rakovina prstů klasifikace T1a nebo T1b)

– všechny typy rakoviny kůže včetně maligního melanomu

– klasifikace IA

– všechny typy rakoviny za přítomnosti HIV infekce.

- náhlá cévní mozková příhoda** – jakákoli cévní mozková příhoda, která má za následek patologický neurologický nálezní trvání déle než 24 hodin, včetně:
 - infarktu mozkové tkáně,
 - krvácení z nitrolebního čv a
 - embolizace z extrakraniálního (mimolebního) zdroje.Musí být přítomen důkaz trvalého neurologicky prokazatelného poškození. Diagnóza musí být potvrzena čerstvými změnami na CT nebo MRI. Vyloučeny jsou náhlé cévní mozkové příhody vzniklé důsledkem úrazu a tranzitního ischemického ataku.

- totální ledvinové selhání** – konečné stadium ledvinového selhání následkem chronického a nezvratného selhání funkce obou ledvin; pojištěný musí podstoupit pravidelnou dialýzu nebo být po transplantaci ledviny. Vyloučena je pouze jednostranná nefrektomie a přechodná dialýza z důvodu akutního ledvinového selhání.

- transplantace životně důležitých orgánů** – nezbytně nutná a lékařským náleznem indikovaná transplantace srdce, srdce a plic, jater, ledvin, kdy je příjemcem pojištěný. Operace musí být provedena na území České republiky lékařským pracovištěm, které je oprávněno tyto operace provádět. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem provedení operace, pokud k ní došlo po uplynutí tříměsíční doby odkladu od počátku pojištění a zahrnuje pouze transplantace výše uvedených orgánů. Transplantace musí být z lékařského hlediska nezbytná a musí být objektivně potvrzeno selhání funkce příslušného orgánu.

- operace aorty** – operační výkon na aortě provedený v důsledku jejího roztržení, vzniku výdutě nebo jejího vroženého zúžení; vyloučeny jsou operace na větvích aorty nebo by-passy vystupující z aorty a vedoucí krev do periferního řečiště a operační výkon na aortě provedené v důsledku úrazu. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem provedení operace, pokud k ní došlo na území České republiky a po uplynutí tříměsíční doby odkladu od počátku pojištění.

- nitrolební (intrakraniální) nádor** – nitrolební (intrakraniální) nádory s klinickou symptomatologií, které je nutno řešit chirurgicky otevřeným přístupem (z kraniotomie), eventuálně stereotaktickým zákrokem. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem rozhodnutí odborného lékaře (neurologa, neurochirurga) o nutnosti (indikaci) operativního zákroku, eventuálně rozhodnutí o neoperabilnosti nitrolebního nádorového procesu.

- slepta** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta zraku obou očí v důsledku onemocnění nebo úrazu; diagnóza musí být klinicky potvrzena odborným lékařem pojistitele
- hluchota** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta sluchu obou uší v důsledku onemocnění nebo úrazu; diagnóza musí být klinicky potvrzena odborným lékařem pojistitele
- paraplegie, tetraplegie** – úplná a trvalá ochrnutí obou dolních, obou horních nebo všech končetin s úplným a trvalým přerušением vodivosti míchy pro vláčna zajišťující hybnost. Povinnost pojistitele plnit vzniká nejdříve 6 měsíců od počátku onemocnění po stanovení diagnózy paraplegie nebo tetraplegie příslušným klinickým pracovištěm.

- koma** – stav hlubokého bezvědomí bez reakce na vnější či vnitřní podněty, který trvá nepřetržitě nejméně 96 hodin. Během této doby musí být uměle udržována některá ze základních životních funkcí. Následkem musí být trvale prokazatelné poškození v klinickém neurologickém náleznem. Povinnost pojistitele plnit začíná dnem potvrzení diagnózy a trvalého neurologického poškození příslušným klinickým pracovištěm. Vyloučena je koma vzniklé následkem zneužívání alkoholu nebo drog.

- demence včetně Alzheimerovy choroby** – výrazný úbytek nebo úplná ztráta mentálních a sociálních schopností důsledkem nevratného selhání funkce mozku. Zdravotní stav nemocného musí vyžadovat trvalý dohled. Diagnóza musí být potvrzena standardními psychodiagnostickými testy a dotazníky pro diagnózu Alzheimerovy choroby nebo jiných druhů demence a dále musí být potvrzena odborným klinickým neurologickým pracovištěm. Vyloučena je demence v důsledku zneužívání alkoholu a drog, demence v důsledku choroby AIDS a demence následkem úrazu.

- Bylo-li ve smlouvě sjednáno pojištění pro případ velmi vážného onemocnění, je pojistitel povinen vyplatit, v případě splnění podmínek a vzniku pojistné události uvedených čl. 10 těchto SPP, pojistné plnění ve výši sjednaného pojistného pojištění velmi vážných onemocnění, nezávisle na případném dalším plnění za základní životní pojištění nebo jakékoliv jiné pojištění sjednané ve smlouvě.**

- 2. Pojistná událost v pojištění velmi vážných onemocnění**
Pojistné plnění bude pojištěnému vyplaceno pouze za předpokladu jeho přežití alespoň 30 kalendářních dnů od potvrzení lékařské diagnózy jednoho z velmi vážných onemocnění (čl. 10, odst. 1, bod a – d, g – l), resp. od data operace choroby (čl. 10, odst. 1, body e, f).

- V pojištění velmi vážných onemocnění není pojistitel povinen plnit v případě potvrzené lékařské diagnózy, resp. data operace jednoho z velmi vážných onemocnění u pojištěného do doby tří měsíců ode dne počátku tohoto pojištění. Onemocnění je pojištěný, popř. oprávněná osoba povinná, bez zbytečného odkladu nahlásit, a to nejdříve do jednoho měsíce od data potvrzené lékařské diagnózy onemocnění. Při nahlášení onemocnění po tomto termínu bude vyplaceno pojistné plnění pouze v odůvodněných případech. Vyplacením pojistného plnění z doplňkového pojištění velmi vážných onemocnění toto pojištění končí.

- Jestliže před výplatou pojistného plnění z pojištění velmi vážných onemocnění pojištěný zemřel a vznikl nárok na pojistné plnění, vyplatí pojistitel pojistné plnění oprávněným osobám.

- 3. Možnost změny v pojištění velmi vážných onemocnění**
a) V době trvání připojištění je pojistitel oprávněn změnit definice velmi vážných onemocnění uvedených v těchto speciálních pojistných podmínkách, například z důvodu vývoje a poznání lékařské vědy, a to nejdříve po 5 letech od data schválení těchto speciálních pojistných podmínek. Další změny definic je možné provést vždy nejdříve 5 let od poslední změny definic.

- Změna speciálních pojistných podmínek podle odst. a) se týká všech smluv, které byly sjednány do data platnosti této změny.
- Pojistitel je oprávněn změnit pojistné sazby, což bude mít za následek snížení nebo zvýšení pojistného za toto připojištění, jestliže se změni pravděpodobnosti onemocnění za nemoci uvedené v těchto speciálních pojistných podmínkách v české populaci v průměru o více než 20 %.

B. Pojištění plné invalidity

- Byli pojištěnému během trvání pojištění, nejdříve však po dvou letech trvání od počátku pojištění, přiznán ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení plný invalidní důchod, vyplati pojistitel sjednanou pojistnou částku pro případ plné invalidity a pojištění plné invalidity skončí.
- Splnění podmínky dvou let podle odst. 1 tohoto článku se nevyžaduje, pokud byl invalidní důchod přiznán výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo nejdříve v den počátku pojištění.
- Pojištění plné invalidity se nevztahuje na onemocnění, která byla diagnostikována před počátkem pojištění.
- Jestliže před výplatou pojistného plnění z pojištění plné invalidity pojištěný zemřel a vznikl nárok na pojistné plnění, vyplati pojistitel pojistné plnění oprávněným osobám.

C. Pojištění zproštění od placení pojistného

- V případě sjednání pojištění zproštění od placení pojistného ve FZP je pojistník, pokud je současně i pojištěným 1, zproštěn od povinnosti platit běžné pojistné, jestliže během trvání pojištění, nejdříve však po dvou letech od počátku pojištění, mu byl přiznán ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení plný invalidní důchod.
- Pojištění zproštění od placení pojistného nemůže být sjednáno a nárok na zproštění od placení nevzniká, jsou-li pojistník a pojištěný různé osoby.
- Splnění podmínky dvou let podle odst. 1 tohoto článku se nevyžaduje, pokud byl invalidní důchod přiznán výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo nejdříve v den počátku pojištění.
- V případě ukončení zproštění od placení pojistného (pojištěnému byl odejmut plný invalidní důchod), může pojistník, pokud je současně i pojištěným 1, písemně požádat o opětovné sjednání pojištění zproštění od placení.
- Platnost a rozsah pojištění zproštění od placení se dále řídí ustanoveními VPP, Zvláštní ustanovení I. – Životní pojištění, čl. 7, odst. 4–8.

D. Pojištění kapitálové hodnoty

- Pojistná částka pro připojištění kapitálové hodnoty je ve stejné výši jako základní pojistná částka, sjednaná pro flexibilní životní pojištění.
- V případě smrti poslední pojištěné dospělé osoby na smlouvě, pojistitel vyplati kapitálovou hodnotu smlouvy ke dni nahlášení pojistné události, maximálně však do výše pojistné částky ke dni úmrtí.

E. Úrazové pojištění

V úrazovém pojištění, které je součástí FZP, sjednává pojistitel:

1. Pojištění smrti způsobené úrazem

Nastane-li smrt následkem úrazu, vyplati pojistitel sjednanou částku pro případ smrti úrazem.

2. Pojištění trvalých následků úrazu

Utrpí-li pojištěný úraza, jehož trvalé následky dosáhnou minimálně dohodnutého procenta trvalého poškození zdraví (ve FZP u dospělých minimálně 0, 5 %, u dětí minimálně 0, 5 %) podle „Oceňovací tabulky plnění za trvalé následky úrazu“, vyplati pojistitel po ustálení těchto následků příslušné procento ze sjednané pojistné částky trvalých následků úrazu.

Progresivní plnění v trvalých následcích úrazu

Součástí rozsahu pojistného krytí trvalých následků úrazu je výplata pojistného plnění v závislosti na rozsahu trvalého tělesného poškození takto:
od min. limitu do 25 % včetně – příslušné % z jedno násobku pojistné částky,
nad 25 % do 50 % včetně – příslušné % z dvojnásobku pojistné částky,
nad 50 % do 75 % včetně – příslušné % z trojnásobku pojistné částky nebo
nad 75 % do 100 % včetně – příslušné % z čtyřnásobku pojistné částky.

3. Pojištění denního odškodného

při pobytu v nemocnici následkem úrazu, včetně následné doby léčeni v pracovní neschopnosti (v případě pojištění dětí celkové doby léčeni)

- Denní odškodné je vypláceno od prvního dne trvání léčeni úrazu, a to za podmínky prvotní hospitalizace pojištěného v nemocnici dosahující minimálně 24 hodin. Pokud nedojde v důsledku úrazu k hospitalizaci pojištěného, vyplácí se pojistné plnění trvá-li doba léčeni úrazu v době trvání pojištění alespoň 8 dnů. Za dobu hospitalizace pojištěného je pojistné plnění vypláceno ve výši dvojnásobku sjednané částky denního odškodného.
- Pojistnou událostí se v pojištění denního odškodného rozumí úraz pojištěného specifikovaný VPP a ohodnocený v tabulce „Maximální hodnoty plnění denního odškodného za dobu léčeni úrazu v pracovní neschopnosti“ (dále jen „oceňovací tabulce DO“), ke kterému došlo v době platnosti smlouvy. Každý pojištěný je povinen (s výjimkou pojištěných uvedených v čl. 7, bodu 3, odst. j) VPP – Zvláštní ustanovení II – Úrazové pojištění), předložit kopii dokladu o pracovní neschopnosti potvrzenou zaměstnavatelem, popř. potvrzení OSSZ o čerpání nemocenských dávek.
- Výplata denního odškodného končí nejpозději se zánikem pojištění.

Zánik pojištění

Při zániku úrazového pojištění podle VPP a dalších ustanovení těchto SPP, zaniká toto pojištění bez náhrady.

Zvláštní ujednání

- V úrazovém pojištění dětí platí do posledního dne roku, ve kterém dítě dovrší 10 let věku, odlišné od VPP – Zvláštní ustanovení II. – Úrazové pojištění, čl. 3 bod 1 b) ustanovení, že za pojistné události jsou u dětí považovány i otravy v důsledku požití pevných nebo kapalných látek polknutými, s výjimkou otrav způsobených potravinami.
- Pojistná plnění z úrazového pojištění dětí jsou vyplácena vždy ve prospěch pojistníka.
- Na jedné pojistné smlouvě nelze sjednat pro pojištěné dítě dětský úrazový tarif a současně pro toto dítě úrazový tarif dospělé osoby.

Rizikové skupiny

Vykonává-li pojištěný zaměstnání, sportovní nebo jinou zájmovou činnost se zvýšeným rizikem úrazu, je pojistné za úrazové pojištění upraveno podle stupně nebezpečnosti vykonávané činnosti. Bez ohledu na to, při jaké činnosti k úrazu došlo, pojistitel nebude pojistné plnění zvyšovat, jestliže pojištěný již nevykonával zaměstnání, sportovní nebo jinou zájmovou činnost, kvůli které byl zařazen do vyšší rizikové skupiny a současně platil vyšší pojistné než měl platit. Přepřelacené pojistné se nevrací. Pojistitel nebude snižovat pojistné plnění podle VPP – Zvláštní ustanovení II. – úrazové pojištění, čl. 6, bodu 2, pokud došlo následkem úrazu ke smrti pojištěného.

- riziková skupina veškerá povolání v výrobní oblasti, popř. ve výrobní oblasti s podobnými riziky úrazu a osoby s převažující duševní činností, popř. malým podílem manuální práce
- riziková skupina všechna povolání ve výrobní oblasti a oblasti s převažujícím podílem manuální práce, popř. se zvýšeným rizikem úrazu
- riziková skupina zaměstnání, sportovní nebo jiná zájmová činnost s velmi vysokým rizikem úrazu
Konečně rozhodnutí o zařazení do rizikové skupiny je v kompetenci pojistitele.

F. Nemocenské pojištění

V nemocenském pojištění, které je součástí FZP, sjednává pojistitel:

Pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti vč. pojištění pobytu v nemocnici

1. Předmět a rozsah pojištění

- V pojištění denní dávky vyplácí pojistitel v případě pracovní neschopnosti v důsledku nemoci denní dávku ve smluvně stanoveném denním rozsahu následně od 15. dne trvání. V případě pracovní neschopnosti v důsledku úrazu vyplácí pojistitel denní dávku ve smluvně stanoveném denním rozsahu od prvního dne trvání léčeni úrazu, a to za podmínky prvotní hospitalizace pojištěného v nemocnici dosahující minimálně 24 hodin. Pokud nedojde v důsledku úrazu k hospitalizaci pojištěného, vyplácí se pojistné plnění, trvá-li doba léčeni úrazu v době trvání pojištění alespoň 15 dnů. Limit 15 dnů není vyžadován v případě hospitalizace pojištěného v nemocnici v důsledku úrazu nebo nemoci. Za dobu hospitalizace pojištěného je pojistné plnění vypláceno ve výši dvojnásobku sjednané částky denní dávky.
- Pojištění pobytu v nemocnici zahrnuje v případě pojistné události výplatu denní dávky za každý započatý den z lékařského hlediska nutné hospitalizace. Podmínkou výplaty je hospitalizace dosahující minimálně 24 hodin.
V případě hospitalizace při porodu je pojistné plnění omezeno na 7 dní, v důsledku těhotenských komplikací na 14 dní.
- Maximální doba trvání pracovní neschopnosti, resp. hospitalizace pojištěného pro každou pojistnou událost, za kterou se poskytuje plnění, je 365 dnů. Výše denní dávky se sjednává ve smlouvě a je omezena maximálním limitem stanoveným pojistitelem.
- Výplata denní dávky končí nejpозději se zánikem pojištění.
- Pokud je vystavena pracovní neschopnost ve srovnání s průměrnou délkou léčeni pro uvedenou onemocnění nebo následek úrazu neúměrně dlouhá, stanoví konečný celkový rozsah pojistného plnění lékař pojistitele.
- Jestliže před výplatou denní dávky pojištěný zemřel, vyplati pojistitel oprávněným osobám částku odpovídající celkovému počtu dní léčeni, resp. hospitalizace.

2. Pojistná událost

Pojistnou událostí je nemoc nebo úraz, jejichž důsledkem je z lékařského hlediska nutné léčení pojištěného, jehož průběh je lékařsky potvrzen vystavenou pracovní neschopností.

- 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 zaměstnání nebo jakoukoliv jinou samostatnou výdělečnou, popř. řídicí nebo kontrolní činnost. Na základě tohoto lékařského rozhodnutí mu byl v souladu s platnými předpisy zřizován doklad o pracovní neschopnosti.
- Nárok na pojistné plnění vzniká dnem vystavení pracovní neschopnosti, resp. počátkem z lékařského hlediska nezbytné hospitalizace pojištěného na lůžkové části nemocnice důsledkem nemoci nebo úrazu, a končí dnem, kdy podle lékařského rozhodnutí pracovní neschopnost končí, resp. již není hospitalizace nezbytná.
- V případě vzniku nové nemoci, popř. nového úrazu v době trvání pracovní neschopnosti pojištěného a vystavení nové pracovní neschopnosti, resp. prodloužení hospitalizace, je tato pojistnou událostí pouze v případě, kdy nová nemoc, popř. nový úraz není v žádné příčinné souvislosti s již diagnostikovanou nemocí, popř. úrazem. Pokud došlo současně k pracovní neschopnosti, resp. hospitalizaci pro více nemocí nebo úrazů, vyplati pojistitel denní dávku maximálně do výše celkové doby léčeni, a to pouze jednou.
- Maximální doba léčeni úrazu v pracovní neschopnosti je stanovena oceňovací tabulkou DO (viz VPP – Zvláštní ustanovení II. – Úrazové pojištění, čl. 7, bod 3a).
- Pojištění, které nemá nárok na výplatu dávek nemocenského za dobu léčeni v pracovní neschopnosti (nejsou platící sociálního pojištění), prokazují nárok na pojistné plnění potvrzením lékaře o době léčeni, pro které by byla jinak pracovní neschopnost vystavena. Osoby samostatně výdělečně činné dále musí doložit potvrzení správy sociálního zabezpečení, že nemají nárok na výplatu dávek nemocenského.
- Nemocné se ve smyslu těchto podmínek rozumí státní, popř. soukromé zařízení s platnou koncesí zabývající se péčí a ošetřováním nemocných a zraněných osob, disponující dostatečnými diagnostickými, chirurgickými a terapeutickými zařízeními, nepřetržitou ošetrovatelskou službou a pracující dle všeobecně uznávaných poznatků vědy.

3. Pojistná doba, pojištěné osoby, zánik pojištění

- Pojištění denní dávky se sjednává na dobu jednoho roku. Pokud žádná ze smluvních stran pojištění denních dávek písemně nevyponí nejpозději 6 týdnů před uplynutím jednoho roku, prodlužuje se sjednaná doba trvání automaticky vždy o rok, maximálně však do posledního dne měsíce předcházejícího pojistné technickému období, ve kterém se pojištěný dožije 70 let.
- Pojištění denní dávky sjednané ve FZP zaniká automaticky také při odchodu pojištěného do starobního důchodu nebo přiznáním plného invalidního důchodu.
- Pojištění denní dávky může být sjednáno pouze pro osoby ve věku od 18 do 60 let, které jsou v trvalém pracovním poměru nebo mají pravidelné příjmy ze samostatné výdělečné činnosti.

4. Čekací lhůta

- Pojistitel plní pouze za pojistné události, které nastaly po uplynutí čekací lhůty. Čekací lhůta začíná běžet dnem počátku pojištění.
- Základní čekací lhůta trvá dva měsíce, není-li ve smlouvě uvedeno jinak.
- V případě úrazu čekací lhůta odpadá; pojistitel však není povinen plnit za úrazy vzniklé po počátku pojištění, avšak před datem vystavení pojistky.
- V pojištění denních dávek při pobytu nemocnici je stanovena zvláštní čekací lhůta v délce 9 měsíců pro případ hospitalizace výlučně z důvodu:
 - těhotenství nebo porodu
 - zubního ošetření, zhotovení zubních náhrad a úkonů chirurgie a ortopedie čelisti
- Pokud dojde ke zvýšení denní dávky, platí ode dne změny ustanovení o nové čekací lhůtě (body b, c, d tohoto článku) pro dodatečnou část zvýšeného pojistného krytí.

5. Výluku z pojištění plnění denních dávek

Pojistitel neplní v případě:

- onemocnění a následků úrazů, které nastaly, byly diagnostikovány nebo léčeny před počátkem pojištění
- léčebných pobytů v lázních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, psychiatrických léčebnách nebo zařízeních, zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie nebo závislosti, a to včetně následné pracovní neschopnosti, s výjimkou případů, kdy pojistitel s tímto typem léčby vyjádřil předem písemně souhlas
- hospitalizace související pouze s pečovatelskou péčí, jakož i ve speciálních dětských zařízeních a ústavech sociální péče
- pokusů o sebevraždu nebo úmyslného sebepoškození
- poruchy duševní a poruchy chování – MKN 10 (mezinárodní klasifikace nemocí) – diagnózy F00 – F99
- při těhotenství, porodu, předčasném porodu, přerušení těhotenství, hrozícím potratu nebo potratu s výjimkou pojistného plnění za dobu hospitalizace
- doby, kdy pojištěný pobírá rodičovský příspěvek nebo peněžitou pomoc v mateřství (s výjimkou pojistných událostí vzniklých výhradně následkem úrazu a pojistných plnění za dobu hospitalizace)
- pojistných událostí vzniklých v souvislosti s válečnými událostmi, občanskou válkou, občanskými nepokoji nebo v přímé souvislosti s nimi
- zároků a zásahů z lékařského hlediska ne nezbytných, které si pojištěný nechal provést na svém těle, jako např. zubní ošetření, chirurgii či ortopedii čelisti, kosmetických zákrocích, a to jak v případě pobytu v nemocnici, tak i při pracovní neschopnosti

Pojistitel je oprávněn snížit plnění o jednu polovinu, pokud skutečnosti uvedené v bodech a), b) tohoto odstavce přispívají ke vzniku pracovní neschopnosti, popř. mají podstatný vliv na její pokračování:

- při zjištění, že pojištěný během pracovní neschopnosti, resp. hospitalizace nedodržoval lékařem stanovený léčebný režim;
- v případě pracovní neschopnosti nebo hospitalizace, k níž došlo následkem požití alkoholu nebo vědomou aplikací návykových látek, nebo pokud k ní došlo v souvislosti s požíváním alkoholu nebo návykových látek;

6. Povinnosti pojištěného

- Hlášení o pracovní neschopnosti, včetně kopie dokladu o pracovní neschopnosti potvrzené zaměstnavatelem, popř. potvrzení správy sociálního zabezpečení o čerpání nemocenských dávek nebo o odhlášení z placení nemocenského pojištění a potvrzení hospitalizace, je pojištěný povinen předložit pojistiteli bez zbytečných průtahů nejpозději do 15. dne po počátku této neschopnosti, resp. hospitalizace, pokud to stav pojištěného objektivně umožňuje. Ukončení pracovní neschopnosti, resp. hospitalizace pojištěný oznamuje pojistiteli do tří dnů od skončení této neschopnosti.
- Pojištěný je povinen zabezpečit a postarat se, aby všechny doklady vyžadované pojistitelem byly vyhotoveny a zaslány co možná nejdříve, je povinen dodržovat stanovený léčebný režim, rady lékaře a všemi způsoby napomáhat svému celkovému uzdravení.
- Pojištěný je povinen se na požádání podrobit dodatečnému vyšetření u smluvního lékaře pojistitele.
- Pojištěný je povinen nahlásit pojistiteli ukončení trvalého pracovního poměru, samostatné výdělečné činnosti, popř. odchod do starobního nebo plného invalidního důchodu, a to do 15. dnů od data, kdy některý z výše uvedených důvodů nastal.