

Speciální pojistné podmínky skupinového pojištění UNI ze dne 1. března 2020



Pro život jaký je

UNI

Pojištění se řídí pojistnou smlouvou, Všeobecnými pojistnými podmínkami pojištění osob OSOŽIV 16 ze dne 1. března 2020 (dále jen „VPP“) a těmito speciálními pojistnými podmínkami (dále jen „SPP“). Pojištění je dále upraveno zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), a dalšími obecně závaznými právními předpisy České republiky.

Obsah

ČLÁNEK 1 – Pojištěné osoby	2
ČLÁNEK 2 – Druhy pojištění, tarify	2
ČLÁNEK 3 – Pojistné a placení pojistného	2
ČLÁNEK 4 – Životní pojištění	2
ČLÁNEK 5 – Úrazová pojištění	3
ČLÁNEK 6 – Doplnkové pojištění	7
ČLÁNEK 7 – Závěrečná ustanovení	8

ČLÁNEK 1

Pojištěné osoby

1. Skupinové pojištění UNI (dále jen „pojištění UNI“) se uzavírá pro minimálně 5 osob, není-li ve smlouvě dohodnuto jinak.
2. Pojistná smlouva pojištění UNI může být uzavřena s uvedením jmenného seznamu nebo bez uvedení tohoto seznamu (tzn. pouze počtem a specifikací pojištěných). Pojištěny jsou všechny osoby uvedené ve jmenném seznamu nebo jednoznačně náležící k přesně vymezené skupině. Pojistné částky jsou uvedeny v nabídce, není-li ve smlouvě dohodnuto jinak.
3. Pojistník je povinen ihned při předložení nabídky pojistné smlouvy doložit jmenný seznam pojištěných nebo počet a přesnou specifikaci pojištěných a doložit potřebné podklady pro vyúčtování pojistného. Pojistník odpovídá za správnost a úplnost údajů uvedených v seznamech a za správnost údajů nutných pro poskytnutí pojistných plnění.
4. Pojistník může písemně zažádat o zahrnutí nových osob do pojištění, resp. o vyřazení již pojištěných osob z pojištění.

ČLÁNEK 2

Druhy pojištění, tarify

1. Pojistitel vyplatí pojistné plnění v souladu s VPP a SPP, a to v rozsahu a za podmínek stanovených pojistnou smlouvou. Pojistné plnění se vyplácí v případě smrti, smrti následkem úrazu, trvalých následků úrazu, invalidity z důvodu úrazu, denního odškodného, pracovní neschopnosti z důvodu nemoci, dlouhodobé pracovní neschopnosti z důvodu úrazu nebo nemoci, popř. v jiných případech uvedených v pojistné smlouvě.
2. Pojistnou událostí je smrt, úraz nebo nemoc pojištěného, uznání pojištěného invalidním 3. stupně z důvodu úrazu, vymezená VPP a SPP.
3. Pojištění lze sjednat na 24 hodin (tarif DOA, DIA), na pracovní dobu, popř. vymezenou sportovní, zájmovou nebo jinou činnost (tarif DOB, DIB) nebo na pracovní dobu se zahrnutím cesty do zaměstnání a zpět, popř. vymezenou sportovní, zájmovou nebo jinou činnost (tarif DOC).
4. Pojistitel neposkytne pojistné plnění, dojde-li ke smrti, úrazu nebo nemoci pojištěného v době nebo při činnosti, která není zahrnuta do pojištění.

ČLÁNEK 3

Pojistné a placení pojistného

1. Pojistné za pojištění UNI hradí pojistník na příslušný účet Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group.
2. Při nevyčerpání sjednané doby trvání pojištění se nespotřebované pojistné nevrací.

ČLÁNEK 4

Životní pojištění

V životním pojištění lze sjednat:

Pojištění smrti (S)

Pojištění smrti lze sjednat pouze v tarifu „DOA“.

Pojistná událost

V případě smrti pojištěného je pojistitel povinen vyplatit obmyšlenému (v případě, že v době pojistné události není určen nebo nenabude-li práva na pojistné plnění, postupuje pojistitel dle článku 16 odst. 3 VPP) sjednanou pojistnou částku pojištění smrti.

ČLÁNEK 5

Úrazová pojištění

V úrazovém pojištění lze sjednat:

A. Pojištění smrti následkem úrazu (PS)

Nastane-li u pojištěného smrt následkem úrazu, vyplatí pojistitel sjednanou pojistnou částku pojištění smrti následkem úrazu.

Pojistná událost

- Byla-li úrazem způsobena pojištěnému smrt, která nastala nejpozději do tří let ode dne úrazu, vyplatí pojistitel obmyšlenému (v případě, že v době pojistné události není určen nebo nenabude-li práva na pojistné plnění, postupuje pojistitel dle článku 16 odst. 3 VPP) pojistnou částku pojištění smrti následkem úrazu.
- Nastane-li v důsledku úrazu smrt pojištěného, je obmyšlený povinen to ohlásit bez zbytečného odkladu pojistiteli, a to i v případě, že úraz již byl ohlášen.

B. Pojištění trvalých následků úrazu

1. Předmět a rozsah pojištění

V rámci pojištění trvalých následků úrazu lze sjednat:

- Pojištění trvalých následků úrazu s progresivním plněním od 0,5 % trvalého tělesného poškození (ZPTP)**
- Pojištění trvalých následků úrazu s progresivním plněním od 5,1 % trvalého tělesného poškození (PTP)**
- Pojištění trvalých následků úrazu s plněním od 10 % trvalého tělesného poškození (PT)**

2. Pojistná událost

- Utrpí-li pojištěný úraz, jehož trvalé následky dosáhnou minimálně sjednaného procenta trvalého tělesného poškození podle „Oceňovací tabulky plnění za trvalé následky úrazu“ (dále jen „oceňovací tabulka“), vyplatí pojistitel po ustálení těchto následků příslušné procento ze sjednané pojistné částky pro případ trvalých následků úrazu (se zahrnutím progresivního plnění) v závislosti na rozsahu trvalého tělesného poškození.
- Se zahrnutím progresu je pojistné plnění vypláceno takto:
 - od min. sjednaného % do 25 % včetně – příslušné % z jednonásobku pojistné částky,
 - nad 25 % do 50 % včetně – příslušné % z dvojnásobku pojistné částky,
 - nad 50 % do 75 % včetně – příslušné % z trojnásobku pojistné částky,
 - nad 75 % do 100 % včetně – příslušné % ze čtyřnásobku pojistné částky.
- Výši pojistného plnění za trvalé následky úrazu určuje pojistitel podle dále uvedených zásad a podle oceňovací tabulky platné v době vzniku pojistné události (úrazu). Oceňovací tabulka, kterou má pojistitel právo doplňovat a měnit, je součástí pojistné smlouvy a je k dispozici na internetových stránkách pojistitele. Nejsou-li jakékoliv trvalé následky úrazů obsaženy v oceňovací tabulce, je pojistitel oprávněn stanovit výši pojistného plnění v součinnosti se smluvním lékařem pojistitele. K určení celkové výplaty pojistného plnění použije pojistitel hodnoty uvedené v oceňovací tabulce pro trvalé následky, které jsou daným trvalým následkům svou povahou nejbližší.
- Zanechá-li úraz pojištěnému trvalé následky, vyplatí pojistitel z pojistné částky (se zahrnutím progresu) tolik procent, kolika procentům v souhrnu odpovídá pro jednotlivá tělesná poškození podle oceňovací tabulky rozsah trvalých následků po jejich ustálení, a v případě, že se neustálily do tří let ode dne úrazu, kolika procentům v souhrnu odpovídá jejich stav ke konci této tříleté lhůty; pojistitel nezohledňuje další změny ve zdravotním stavu pojištěného, které nastanou po ukončení této tříleté lhůty s výjimkou případů, kdy pojištěný porušil ustanovení VPP v článku 9, odst. 2, písm. a) až f). Stanoví-li oceňovací tabulka procentní rozpětí, určí pojistitel výši plnění tak, aby v rámci daného rozpětí odpovídalo plnění povaze a rozsahu tělesného poškození způsobeného úrazem.
- Po ustálení trvalých následků (nejpozději však před uplynutím promlčecí doby) je pojištěný povinen nahlásit pojistnou událost pojistiteli, termín ohodnocení rozsahu trvalých následků stanoví pojistitel. Pojištěný je povinen o zajištění ohodnocení požádat pojistitele v termínu určeném pojistitelem.
- Opakované ohodnocení trvalých následků lze provést pouze u smluvního lékaře, kterého určí pojistitel, a to na náklady pojištěného. Pokud je to nezbytné, získává pojistitel relevantní informace na základě odborné lékařské expertizy od smluvního lékaře. Smluvní lékař vyhotoví odbornou lékařskou expertizu, tj. zjištění zdravotního stavu nebo příčiny smrti na základě dodaných lékařských zpráv nebo zdravotnické dokumentace od ošetřujících lékařů a v případě potřeby i prohlídkou nebo vyšetřením. Konečná výše rozsahu trvalých následků úrazu je stanovena pojistitelem.
- K ustálení trvalých následků úrazu dochází obvykle nejdříve po jednom roce ode dne úrazu, s výjimkou případů, kdy je rozsah trvalého tělesného poškození jednoznačně zřejmý před uplynutím této doby. Nemůže-li pojistitel plnit proto, že trvalé následky úrazu nejsou po uplynutí jednoho roku ode dne úrazu ještě ustáleny, avšak je již znám jejich minimální rozsah po ustálení a tento odpovídá min. sjednanému procentu, může pojistitel poskytnout pojištěnému na základě jeho písemné žádosti přiměřenou zálohu; pojistitel poskytne k jedné pojistné události maximálně jednu zálohu.

Jestliže pojištěný zemře následkem úrazu do jednoho roku ode dne, kdy k úrazu došlo, a doposud nebylo vyplaceno pojistné plnění, nárok na plnění za trvalé následky úrazu zaniká.

- h) Týkají-li se trvalé následky úrazu části těla nebo orgánů, které byly poškozeny již před úrazem, sníží pojistitel své pojistné plnění za trvalé následky o tolik procent, kolika procentům odpovídalo předcházející poškození, určené též podle oceňovací tabulky.
- i) Způsobí-li jediný úraz pojištěnému několik trvalých následků, hodnotí pojistitel celkové trvalé následky součtem procent pro jednotlivé následky, nejvýše však do výše 100 %.
- j) Týkají-li se jednotlivé trvalé následky po jednom nebo více úrazech téhož údu, orgánu nebo jejich částí, hodnotí je pojistitel jako celek, a to nejvýše procentem stanoveným v oceňovací tabulce pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného údu, orgánu nebo jejich částí.
- k) Jestliže před výplatou pojistného plnění za trvalé následky úrazu pojištěný zemře, nikoliv však na následky tohoto úrazu, nebo pokud zemře po uplynutí jednoho roku od úrazu z jakékoliv příčiny a pokud vznikl nárok na plnění za trvalé následky úrazu, vyplatí pojistitel částku, která odpovídá rozsahu trvalých následků úrazu pojištěného v době jeho smrti. Není-li možno zpětně získat relevantní informace nutné k posouzení trvalých následků, nárok na pojistné plnění za trvalé následky úrazu nevzniká.

C. Pojištění denního odškodného

1. Předmět a rozsah pojištění

V rámci pojištění denního odškodného lze sjednat:

a) **Pojištění denního odškodného za dobu nezbytného léčení úrazu a za pobyt v nemocnici (hospitalizaci) v důsledku úrazu (ZLH1)**

Pokud je celková doba léčení kratší než 8 dnů, pojistné plnění za dobu nezbytného léčení úrazu (dále jen „doba léčení“) se nevyplácí s výjimkou případů, kdy byl pojištěný v prvních 8 dnech hospitalizován min. 24 hod. V takovém případě se pojistné plnění za dobu léčení vyplácí od prvního dne léčení úrazu (včetně sobot, nedělí a svátků) a pojistné plnění za pobyt v nemocnici v důsledku úrazu se vyplácí za každý den hospitalizace.

Pokud je celková doba léčení alespoň 8 dnů, vyplatí se denní odškodné za dobu léčení dle skutečného počtu dnů léčení, maximálně však do výše dle oceňovací tabulky DO. K tomu navíc za hospitalizaci vyplatí pojistitel pojistné plnění za každý den hospitalizace, která nastane v prvních třech letech ode dne zahájení léčení úrazu, a to bez ohledu na oceňovací tabulku DO.

Nezbytným léčením se rozumí doba léčení odborným lékařem, který s obvyklou frekvencí realizuje adekvátní a nezbytné úkony a terapie, z odborného hlediska nutné ke zlepšení zdravotního stavu.

b) **Pojištění denního odškodného za dobu nezbytného léčení úrazu (L15)**

Pokud je celková doba léčení kratší než 15 dnů, pojistné plnění za dobu nezbytného léčení úrazu se nevyplácí. Pokud je celková doba léčení alespoň 15 dnů, vyplatí se denní odškodné za dobu léčení dle skutečného počtu dnů léčení (včetně sobot, nedělí a svátků), maximálně však do výše dle oceňovací tabulky DO.

c) **Pojištění denního odškodného za dobu nezbytného léčení úrazu (L29)**

Pokud je celková doba léčení kratší než 29 dnů, pojistné plnění za dobu nezbytného léčení úrazu se nevyplácí. Pokud je celková doba léčení alespoň 29 dnů, vyplatí se denní odškodné za dobu léčení dle skutečného počtu dnů léčení (včetně sobot, nedělí a svátků), maximálně však do výše dle oceňovací tabulky DO.

d) **Pojištění denního odškodného za pobyt v nemocnici (hospitalizaci) v důsledku úrazu (H1)**

Z lékařského hlediska nutná hospitalizace pojištěného v nemocnici důsledkem úrazu. Pojistitel vyplatí pojistné plnění za každý den hospitalizace (hospitalizace musí trvat minimálně 24 hodin), maximálně však do výše dle oceňovací tabulky DO.

2. Pojistná událost

Výši a rozsah pojistného plnění určuje pojistitel podle dále uvedených zásad.

- a) Úrazy, za které pojistitel poskytuje pojistné plnění, jsou přesně specifikovány v „Oceňovací tabulce max. plnění denního odškodného“ (dále jen „oceňovací tabulka DO“) platné v době vzniku pojistné události (úrazu). Oceňovací tabulka DO, kterou má pojistitel právo doplňovat a měnit, je součástí pojistné smlouvy a je k dispozici na internetových stránkách pojistitele.
- b) Není-li jakékoliv tělesné poškození obsaženo v oceňovací tabulce DO, je pojistitel oprávněn stanovit výši pojistného plnění v součinnosti se smluvním lékařem pojistitele. K určení celkové výplaty pojistného plnění použije pojistitel hodnoty uvedené v oceňovací tabulce DO, které jsou danému poškození svou povahou nejbližší.
- c) V oceňovací tabulce DO je uveden maximální počet dnů, za které bude sjednané denní odškodné pro příslušnou diagnózu vyplaceno v rámci jedné pojistné události. Celkový počet dnů, za které bude pojistné plnění v rámci jedné pojistné události vyplaceno, se stanoví na základě lékařské zprávy o úrazu, maximálně však v počtu dnů uvedených v oceňovací tabulce DO.

- d) Maximální počet dnů, za které poskytne pojistitel pojistné plnění v rámci jedné pojistné události, je 365 dnů.
- e) V případě souběhu doby léčení více úrazů se započítává souběžná doba léčení pouze jednou.
- f) Bylo-li pojištěnému způsobeno jedním úrazem několik tělesných poškození různých druhů, plní pojistitel pouze za dobu léčení u nejzávažnějšího úrazu dle oceňovací tabulky DO, s výjimkou plnění za polytraumata, kde pojistitel postupuje dle konkrétního kódu uvedeného v oceňovací tabulce DO.
- g) V případě dlouhodobého léčení úrazu, lze-li jednoznačně určit, že vznikne nárok na pojistné plnění, a lze-li určit jeho minimální výši, může pojistitel poskytnout pojištěnému na základě jeho písemné žádosti přiměřenou zálohu; pojistitel poskytne k jedné pojistné události maximálně dvě zálohy, a to nejdříve po třech měsících od vzniku pojistné události.
- h) V případech, kdy se jedná o krátkodobá pojištění (tj. kratší než jeden rok), nekončí v případě pojistné události výplata pojistného plnění z denního odškodného zánikem pojištění, ale pojistitel plní po dobu léčení úrazu i po skončení pojištění, maximálně však po dobu stanovenou v oceňovací tabulce DO.

D. Pojištění invalidity z důvodu úrazu

V případě uznání pojištěného invalidním 3. stupně následkem úrazu, který se stal během trvání pojištění, vyplatí pojistitel pojištěnému pojistné plnění ve výši pojistné částky aktuálně platné k datu vzniku úrazu.

1. Předmět a rozsah pojištění

Předpoklady pro uznání invalidity:

Pojištěný je ve smyslu tohoto pojištění invalidní, jestliže z důvodu nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 70 % (jedná se o invaliditu 3. stupně).

Pracovní schopností se rozumí schopnost pojištěného vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem. Poklesem pracovní schopnosti se rozumí pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových a duševních schopností ve srovnání se stavem, který byl u pojištěného před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

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

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

2. Pojistná událost

Pojistitel poskytne pojistné plnění, dojde-li ke splnění následujících podmínek:

- a) Pojištěný byl uznán invalidním 3. stupně, a to ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení a těchto pojistných podmínek.
- b) K úrazu, jehož následkem se klient stal invalidním 3. stupně, došlo v průběhu trvání pojištění.
- c) Pojistné plnění ve výši pojistné částky platné k datu vzniku úrazu bude vyplaceno pojištěnému. Pojištěný je povinen na požádání pojistitele vyvinout přiměřenou a potřebnou součinnost. Pojistitel má právo pozastavit šetření pojistné události odložením věci v případě neposkytnutí potřebné součinnosti pojištěného při řešení pojistné události až do doby poskytnutí součinnosti.
- d) Posledním dnem měsíce, ve kterém nastala pojistná událost, pojištění končí. Ostatní pojištění, pokud byla sjednána, zůstávají v platnosti.
- e) Pojistitel neplní v případě poruchy duševní a poruchy chování – MKN 10 (mezinárodní klasifikace nemocí) – diagnózy F00 – F99.

E. Dětské úrazové pojištění

Dítě může vstoupit do pojištění od věku 0 let do dovršených 18 let a v případě, že je studující (doloží potvrzení o studiu), může vstoupit do pojištění až do vstupního věku 24 let. Pojistné krytí končí nejpozději v 25 letech pojištěného dítěte.

V rámci dětského úrazového pojištění lze sjednat:

- pojištění smrti následkem úrazu (PSJ)
- pojištění trvalých následků úrazu (ZPTJ)
- pojištění denního odškodného (ZLH1J, L15J, L29J a H1J)

Pro dětské úrazové pojištění platí zásady uvedené v bodech A až C tohoto článku.

Pro dětské úrazové pojištění se dále sjednává:

- a) Do posledního dne roku, ve kterém dítě dovrší 10 let věku, platí odchylně ustanovení čl. 15, odst. 12, písm. d) VPP, že pojistitel může poskytnout pojistné plnění z úrazové složky i za otravy v důsledku požití pevných nebo kapalných látek polknutím.
- b) Při pojistné události z pojištění smrti následkem úrazu dítěte postupuje pojistitel při výplatě pojistného plnění dle posloupnosti uvedené v zákoně.
- c) Pojistitel poskytne pojistné plnění z pojištění denního odškodného i v případě hospitalizace pojištěného dítěte z důvodu nemoci (pro toto pojistné plnění platí obdobně podmínky uvedené v článku 6 těchto SPP).
- d) Pojištění sjednané na celých 24 hodin (DIA) se vztahuje na všechny případy hospitalizace, která nastane z důvodu úrazu či onemocnění a jejich následků v době trvání pojištění.
Pojištění sjednané pouze na vymezenou činnost (DIB) se vztahuje na všechny případy hospitalizace z důvodu úrazu a jejich následků a zároveň na všechny případy hospitalizace z důvodu onemocnění či onemocnění následkem úrazu, které nastalo a bylo v příčinné souvislosti s činností vykonávanou v době trvání pojištění.
- e) Maximální počet dnů, za které poskytne pojistitel pojistné plnění v rámci jedné pojistné události, je 180 dnů.

F. Rizikové skupiny

Vykonává-li dospělý pojištěný povolání, sportovní nebo jinou zájmovou činnost se zvýšeným rizikem úrazu, je pojistné za úrazové / nemocenské pojištění (omezený, základní, úrazový, nemocenský a kombinovaný tarif) upraveno podle stupně nebezpečnosti vykonávané činnosti.

1. riziková skupina

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

2. riziková skupina

Všechna povolání ve výrobní oblasti a v oblasti s převažujícím podílem manuální práce, popř. se zvýšeným rizikem úrazu, která nepatří do 1. ani 3. rizikové skupiny, včetně vojáků z povolání. Patří sem např. dělník, hasič, instalatér, pokrývač, příslušník policie. Patří sem sporty vykonávané registrovaně ve sportovních organizacích a zároveň aktivně (pojištěná osoba je nejen registrovaná ve sportovní organizaci, ale zároveň daný sport vykonává). Dále sem patří sporty vykonávané profesionálně, u kterých není zvýšené riziko úrazu (např. bowling, golf, šachy).

3. riziková skupina

Povolání s velmi vysokým rizikem úrazu (např. artista, člen jednotky rychlého nasazení, osoba pracující ve výškách, důlní práce, potápěč, práce s jedy nebo výbušninami, výhybkář apod.).

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 jezdcí motorových vozidel, plavidel, kaskadéři a všechna sportovní odvětví vykonávaná profesionálně. Za profesionálního sportovce je považován klient, který má se sportovním klubem či jiným subjektem v této oblasti sepsanou profesionální smlouvu a/nebo vykonává sportovní činnost za úplatu, která je hlavním nebo převažujícím příjmem, a/nebo vykonává sportovní činnost min. 28 hodin týdně (včetně víkendu), včetně tréninku. Nepatří sem profesionální sporty spadající do 2. RS.

Do 4. rizikové skupiny patří také služba v ozbrojených silách mimo území ČR a činnost, ke které je vystaveno zvláštní ujednání (odchylky od VPP, SPP).

Odchylně od ustanovení VPP se úrazové pojištění vztahuje i na pojistné události nastalé při přímé či nepřímé účasti pojištěného na válečných událostech, vojenských nebo bojových akcích nebo vnitrostátních nepokojích všeho druhu, ke kterým došlo při plnění služby v Armádě ČR nebo u Policie ČR za předpokladu, že pojištěný je zařazen ve 4. rizikové skupině, a dále za předpokladu, že služba v Armádě ČR nebo u Policie ČR bezprostředně souvisí s výkonem povolání nebo pracovní činností pojištěného mimo území ČR, a zároveň jsou součástí mezinárodní mise autorizované/organizované NATO, OSN, EU nebo OBSE, nebo musí být výjezd schválený mandátem vlády ČR, popř. Ministerstvem obrany ČR nebo Ministerstvem zahraničních věcí ČR či jiným způsobem nebo ve spolupráci s jinou organizací předem potvrzenou a odsouhlasenou pojistitelem.

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

ČLÁNEK 6

Doplňkové pojištění

1. Předmět a rozsah pojištění

V doplňkovém pojištění lze sjednat:

a) **Pojištění pracovní neschopnosti z důvodu nemoci a pojištění pobytu v nemocnici z důvodu nemoci (ZPN)**

V tomto pojištění vyplácí pojistitel v případě pracovní neschopnosti v důsledku nemoci pojistné plnění ve smluvně stanoveném denním rozsahu následně od 15. dne trvání pracovní neschopnosti.

Pojištění pobytu v nemocnici zahrnuje v případě pojistné události výplatu pojistného plnění za každý započatý den z lékařského hlediska nutné hospitalizace. Podmínkou výplaty je hospitalizace dosahující minimálně 24 hodin.

Pokud je celková doba léčení kratší než 15 dnů, pojistné plnění za dobu pracovní neschopnosti z důvodu nemoci (dále jen „pracovní neschopnost“) se nevyplácí. Je-li však v takovém případě pojištěný hospitalizován, vyplátí se za dobu pobytu v nemocnici z důvodu nemoci (dále jen „hospitalizace“) dvojnásobek sjednané pojistné částky dle počtů dnů hospitalizace.

Pokud je celková doba léčení alespoň 15 dnů, vyplátí se pojistné plnění následně od 15. dne pracovní neschopnosti za každý den pracovní neschopnosti, včetně sobot, nedělí a svátků (za prvních 14 dnů pojistitel pojistné plnění za pracovní neschopnost neposkytuje). K tomu navíc za hospitalizaci jednonásobek sjednané pojistné částky, a to za každý den hospitalizace nebo dvojnásobek za období hospitalizace, které spadá do prvních 14 dnů pracovní neschopnosti.

b) **Pojištění dlouhodobé pracovní neschopnosti z důvodu úrazu nebo nemoci (N29)**

V tomto pojištění vyplácí pojistitel v případě pracovní neschopnosti v důsledku úrazu nebo nemoci pojistné plnění ve smluvně stanoveném denním rozsahu následně od 29. dne trvání pracovní neschopnosti.

Pokud je celková doba léčení v pracovní neschopnosti kratší než 29 dnů, pojistné plnění za dobu pracovní neschopnosti z důvodu úrazu nebo nemoci (dále jen „pracovní neschopnost“) se nevyplácí.

Pokud je celková doba léčení v pracovní neschopnosti alespoň 29 dnů, vyplátí se pojistné plnění následně od 29. dne pracovní neschopnosti za každý den pracovní neschopnosti, včetně sobot, nedělí a svátků (za prvních 28 dnů pojistitel pojistné plnění za pracovní neschopnost neposkytuje).

c) **Pojištění pracovní neschopnosti (resp. pobytu v nemocnici) může být sjednáno pro osoby ve věku od 18 do 64 let, které jsou v trvalém pracovním poměru nebo mají pravidelné příjmy ze samostatné výdělečné činnosti.**

d) **Pojištění sjednané na celých 24 hodin (DOA) se vztahuje na všechna onemocnění a jejich následky (včetně úrazů u tarifů N29), které nastanou v době trvání pojištění. Pojištění sjednané pouze na vymezenou činnost (DOB, DOC) se vztahuje na všechna onemocnění či onemocnění následkem úrazu (včetně úrazů u tarifu N29), která nastala a byla v příčinné souvislosti s činností vykonávanou v době trvání pojištění.**

2. Pojistná událost

a) **Pojistnou událostí je nemoc (resp. úraz), která prvotně nastala po sjednané čekací době a jejímž důsledkem je z lékařského hlediska nutné léčení pojištěného, jehož průběh je lékařsky potvrzen vystavenou pracovní neschopností.**

b) **Pracovní neschopností se ve smyslu těchto podmínek rozumí situace, kdy pojištěný nemůže dle lékařského rozhodnutí žádným způsobem, a to ani přechodně, vykonávat a ani nevykonává své obvyklé povolání nebo jakoukoliv jinou samostatně výdělečnou, popř. řídicí nebo kontrolní činnost. Na základě tohoto lékařského rozhodnutí mu byl v souladu s platnými právními předpisy vystaven doklad o pracovní neschopnosti.**

c) **Základní čekací doba pro nemoc je dva měsíce od počátku tohoto pojištění. Zvláštní čekací doba pro případ hospitalizace je stanovena v délce tří měsíců výlučně z důvodu těhotenství, v délce osmi měsíců výlučně z důvodu porodu a zubního ošetření, zhotovení zubních náhrad a úkonů chirurgie a ortopedie čelisti. V případě hospitalizace při porodu je pojistné plnění omezeno na 7 dnů, v důsledku těhotenských komplikací v průběhu jednoho těhotenství na max. 28 dnů v rámci jedné pojistné události.**

d) **Pokud dojde ke zvýšení pojistné částky tohoto pojištění, platí ode dne změny ustanovení o nové čekací době (písm. c) výše) pro dodatečnou část zvýšeného pojistného krytí. V případě navýšení pojistné částky bude za onemocnění, které nastalo, bylo diagnostikováno nebo prvotně léčeno již před tímto navýšením, plněno ve výši původně sjednané pojistné částky.**

e) **Opakované léčení totožné diagnózy nemoci/úrazu, pro kterou byla v průběhu trvání pojištění vystavena pracovní neschopnost, je považováno za jednu pojistnou událost. Maximální počet dnů, za které poskytne pojistitel pojistné plnění v rámci jedné pojistné události, je 365 dnů.**

f) **Pokud je vystavená pracovní neschopnost ve srovnání s průměrnou délkou léčení pro uvedené onemocnění neúměrně dlouhá, stanoví konečný celkový rozsah pojistného plnění pojistitel na základě relevantních informací**

získaných od smluvního lékaře.

- g) V případě vzniku nového úrazu nebo nemoci v době trvání pracovní neschopnosti pojištěného, resp. prodloužení hospitalizace, je toto pojistnou událostí pouze v případě, kdy nový úraz nebo nemoc není v žádné příčinné souvislosti s již diagnostikovaným úrazem nebo nemocí. Pokud došlo současně k pracovní neschopnosti, resp. hospitalizaci, pro více úrazů nebo nemocí, vyplatí pojistitel pojistné plnění maximálně do výše celkové doby léčeni, po kterou vznikl nárok na plnění, a to pouze jednou.
- h) Pojištěný je povinen předložit pojistiteli řádně vyplněné hlášení pojistné události, včetně kopie dokladu o pracovní neschopnosti potvrzené zaměstnavatelem, popř. potvrzení správy sociálního zabezpečení o čerpání nemocenských dávek nebo o odhlášení z placení nemocenského pojištění. V případě hospitalizace i potvrzení doby hospitalizace.
- i) Pojištění, kteří nemají nárok na výplatu dávek nemocenského pojištění za dobu léčeni v pracovní neschopnosti (nejsou poplatníky nemocenského pojištění), prokazují nárok na pojistné plnění potvrzením lékaře o době léčeni, na kterou by jinak pracovní neschopnost vystavena byla. Osoby samostatně výdělečně činné dále musí doložit potvrzení správy sociálního zabezpečení, že nemají nárok na výplatu dávek nemocenského, osoby na rodičovské dovolené a starobní důchodci musí navíc doložit potvrzení o aktivním podnikání.
- j) Pojištěný je povinen zabezpečit a postarat se, aby všechny doklady vyžádané pojistitelem byly vyhotoveny a zaslány co možná nejdříve v českém jazyce (originální dokumenty pořízené v cizím jazyce aby byly opatřeny překladem úředně uznávanou osobou); je povinen dodržovat stanovený léčebný režim, rady lékaře a všemi způsoby napomáhat svému celkovému uzdravení.
- k) Pojištěný je povinen se na požádání podrobit dodatečnému vyšetření u smluvního lékaře pojistitele.
- l) Pojištěný je povinen nahlásit pojistiteli změnu/ukončení pracovního poměru, samostatné výdělečné činnosti, popř. odchod do starobního důchodu, invalidního důchodu, příp. skutečnost, že byl znám invalidním, a to do 15 dnů od data, kdy některý z výše uvedených důvodů nastal.
- m) V případech, kdy se jedná o krátkodobá pojištění (tj. kratší než jeden rok), nekončí v případě pojistné události výplata pojistného plnění z pojištění pracovní neschopnosti zánikem pojištění, ale pojistitel plní po dobu léčeni i po skončení pojištění.

3. Výluky z pojistného plnění

Pojistitel neplní v případě:

- a) léčebných pobytů v lázních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, psychiatrických léčebnách nebo zařízeních, zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie nebo závislostí, a to včetně následné pracovní neschopnosti, s výjimkou případů, kdy pojistitel s tímto typem léčby vyjádřil předem písemně souhlas,
- b) pobytů v zařízeních souvisejících s pečovatelskou službou, jakož i ve speciálních dětských zařízeních a ústavech sociální péče,
- c) pokusu o sebevraždu nebo úmyslného sebepoškozování,
- d) poruchy duševní a poruchy chování – MKN 10 (mezinárodní klasifikace nemocí) – diagnózy F00 – F99,
- e) těhotenství, porodu, předčasném porodu, přerušení těhotenství, hrozícím potratu nebo potratu s výjimkou pojistného plnění za dobu hospitalizace,
- f) doby, kdy pojištěný není v pracovním poměru, a to i v případě, že pojistná událost vznikla v ochranné lhůtě dle zákona o nemocenském pojištění, nebo nevykonává práci na základě dohody o pracovní činnosti nebo není aktivní OSVČ ke dni vzniku pojistné události (např. osoby na rodičovské dovolené, nezaměstnaní, důchodci, studenti) – s výjimkou pojistných plnění za dobu hospitalizace z důvodu úrazu nebo nemoci; OSVČ, které nejsou plátcí nemocenského pojištění, jsou povinny na výzvu pojistitele věrohodně prokázat (například prostřednictvím faktur či pokladních dokladů) skutečnosti týkající se jejich samostatné výdělečné činnosti před pojistnou událostí, v jejím průběhu a po jejím ukončení;
- g) zákroků a zásahů z lékařského hlediska ne nezbytných, které si pojištěný nechal provést na svém těle, jako např. zubní ošetření, chirurgie či ortopedie čelisti, kosmetické zákroky, a to jak v případě pobytu v nemocnici, tak i při pracovní neschopnosti.

ČLÁNEK 7

Závěrečná ustanovení

1. Pojistná smlouva nabývá účinnosti v 00.00 hodin dne uvedeného jako počátek pojištění a končí ve 24.00 hodin dne uvedeného jako konec pojištění.
2. Pojistná smlouva se uzavírá na dobu 1 roku, maximálně na dobu 5 let, není-li ve smlouvě dohodnuto jinak. Ve vybraných obchodních případech je možné smlouvu uzavřít na dobu kratší než 1 rok.
3. Veškeré změny do pojistné smlouvy mohou být provedeny pouze na základě písemné žádosti pojistníka.

Pojistitel změnu potvrdí písemným vystavením dodatku.

4. Případné pojistné plnění pojistitele v průběhu pojistné doby v žádném případě nepřevyší částky stanovené smlouvou.
5. Pro účely úrazového a doplňkového pojištění se nemocnicí ve smyslu těchto podmínek rozumí státní, popř. soukromé zařízení s platnou registrací 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.