



Dovolujeme si Vás upozornit, že ne všechny části tohoto souboru pro Vás musí být relevantní. Vždy se prosím řiďte především tím, jaká konkrétní pojištění máte v pojistné smlouvě sjednána. V určitých případech můžeme snížit pojistné plnění nebo ho vůbec neposkytnout. Věnujte proto prosím pozornost zejména výlukám z pojištění a omezením pojistného plnění, které jsou uvedeny v příslušných ustanoveních pojistných podmínek. V rychlejší orientaci v tomto souboru Vám pomůže obsah.

Obsah:

Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění osob

Článek 1	Úvodní ustanovení	5
Článek 2	Vznik pojištění, pojistná doba, vznik a zánik předběžného pojištění	5
Článek 3	Změna pojištění	5
Článek 4	Zánik pojištění	5
Článek 5	Pojistný zájem	6
Článek 6	Pojištění cizího pojistného nebezpečí a pojištění ve prospěch třetí osoby	6
Článek 7	Pojistné	6
Článek 8	Obecné výluky z pojištění	7
Článek 9	Pojistné plnění a šetření pojistné události	7
Článek 10	Oceňovací tabulky	8
Článek 11	Povinnosti pojistitele	8
Článek 12	Povinnosti pojistníka, pojištěného a jiné osoby, která uplatňuje právo na pojistné plnění	8
Článek 13	Důsledky porušení povinností, omezení pojistného plnění	9
Článek 14	Právo pojistitele zjišťovat zdravotní stav	9
Článek 15	Stanovení průměrného měsíčního příjmu	9
Článek 16	Vinkulace a zástavní právo k pohledávkám z pojištění	10
Článek 17	Forma jednání	10
Článek 18	Doručování	10
Článek 19	Rozhodné právo a rozhodování sporů	11
Článek 20	Výklad pojmů	11

Zvláštní pojistné podmínky pro životní pojištění PERSPEKTIVA

Článek 1	Úvodní ustanovení	12
Článek 2	Rozsah pojištění	12
Článek 3	Pojistná událost, pojistná nebezpečí	12
Článek 4	Čekací doba	12
Článek 5	Pojistné	12
Článek 6	Změny pojištění	12
Článek 7	Zánik pojištění	13
Článek 8	Fondy a realokační programy	13
Článek 9	Ceny podílových jednotek	13
Článek 10	Účet pojistníka	14

Obsah:

Článek 11	Rizikové pojistné a poplatky	14
Článek 12	Mimořádné pojistné	14
Článek 13	Vkladový fond	15
Článek 14	Změna nabídky fondů či realokačních programů pojistitelem	15
Článek 15	Přesun podílových jednotek	15
Článek 16	Automatický přesun podílových jednotek	15
Článek 17	Prodej podílových jednotek	15
Článek 18	Pojištění ve stavu bez placení pojistného	16
Článek 19	Odkupné	16
Článek 20	Podíl na zisku	16
Článek 21	Automatické snížení pojistné částky	16
Článek 22	Předběžné pojištění	16
Článek 23	Pojistné plnění v případě dožití ze základního pojištění	17
Článek 24	Pojistné plnění v případě smrti ze základního pojištění	17
Článek 25	Riziková pojištění a jejich podmínky	17
Článek 26	Pojištění, u nichž se zjišťuje příjem pojištěného	18
Článek 27	Bonusové pojištění	19
Článek 28	Prémie za bezeškodní průběh	19
Článek 29	Přehled poplatků a parametrů pojištění	19
Článek 30	Výklad pojmů	19

Zvláštní pojistné podmínky pro úrazové pojištění

Článek 1	Úvodní ustanovení	21
Článek 2	Pojistná událost, pojistná nebezpečí	21
Článek 3	Rozsah a stanovení výše pojistného plnění	21
Článek 4	Výluky z pojištění	21
Článek 5	Společná ustanovení k pojistnému plnění za tělesné poškození způsobené úrazem a za pracovní neschopnost následkem úrazu	22
Článek 6	Pojistné plnění z pojištění pro případ tělesného poškození ve formě procentního podílu z pojistné částky	22
Článek 7	Pojistné plnění z pojištění pro případ tělesného poškození ve formě denního odškodného	22
Článek 8	Pojistné plnění z pojištění pro případ trvalých následků úrazu	23
Článek 9	Pojistné plnění z pojištění pro případ pracovní neschopnosti následkem úrazu	23
Článek 10	Zánik pojištění pro případ pracovní neschopnosti následkem úrazu	24
Článek 11	Pojistné plnění z pojištění pro případ pobytu v nemocnici následkem úrazu	24
Článek 12	Pojistné plnění z pojištění pro případ invalidity následkem úrazu s výplatou pojistné částky	24
Článek 13	Pojistné plnění z pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu s výplatou důchodu	25
Článek 14	Zánik pojištění pro případ invalidity následkem úrazu	25
Článek 15	Pojistné plnění z pojištění pro případ smrti následkem úrazu	25
Článek 16	Pojistné plnění z pojištění pro případ úrazu při dopravní nehodě	25
Článek 17	Povinnosti pojistníka a pojištěného	25
Článek 18	Výklad pojmů	25

Obsah:

Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění pro případ nemoci

Část 1 – Společná ustanovení	27
Článek 1 Úvodní ustanovení	27
Článek 2 Pojistná událost, pojistná nebezpečí	27
Článek 3 Čekací doba	27
Článek 4 Oprávněná osoba	27
Část 2 – Pojištění pro případ pracovní neschopnosti	27
Článek 5 Pojistná událost	27
Článek 6 Pojistné plnění	27
Článek 7 Povinnosti pojištěného	28
Článek 8 Výluky z pojištění	28
Článek 9 Zánik pojištění	28
Část 3 – Pojištění pro případ pobytu v nemocnici	29
Článek 10 Pojistná událost	29
Článek 11 Pojistné plnění	29
Článek 12 Výluky z pojištění	29
Část 4 – Pojištění pro případ vážných onemocnění	29
Článek 13 Pojistná událost	29
Článek 14 Seznam vážných onemocnění	31
Článek 15 Pojistné plnění	38
Článek 16 Výluky z pojištění	38
Článek 17 Zánik pojištění	38
Část 5 – Pojištění pro případ ošetřování dítěte	39
Článek 18 Pojistná událost	39
Článek 19 Pojistné plnění	39
Článek 20 Výluky z pojištění	39
Článek 21 Zánik pojištění	39
Část 6 – Pojištění pro případ péče o zdravotně postižené dítě	39
Článek 22 Pojistná událost	39
Článek 23 Pojistné plnění	39
Článek 24 Povinnosti oprávněné osoby	40
Článek 25 Výluky z pojištění	40
Článek 26 Zánik pojištění	40
Část 7 – Závěrečná ustanovení	40
Článek 27 Výklad pojmů	40
Článek 28 Vysvětlení použitých zkratk	41

Obsah:

Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění pro případ invalidity

Článek 1	Úvodní ustanovení	42
Článek 2	Pojistná událost, pojistná nebezpečí	42
Článek 3	Čekací doba	42
Článek 4	Změna pojištění	42
Článek 5	Zánik pojištění	42
Článek 6	Pojistné plnění	42
Článek 7	Výplata jednorázového pojistného plnění	42
Článek 8	Výplata důchodu	43
Článek 9	Zproštění od placení pojistného	43
Článek 10	Povinnosti pojištěného	43
Článek 11	Výluky z pojištění	43
Článek 12	Výklad pojmů	43

Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění pro případ zajištění zdravotní péče

Článek 1	Úvodní ustanovení	45
Článek 2	Pojistná událost, pojistná nebezpečí	45
Článek 3	Zánik pojištění	45
Článek 4	Pojistné plnění	45

Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění osob

Článek 1

Úvodní ustanovení

- ▶ 1) Pojištění osob se řídí pojistnou smlouvou, těmito Všeobecnými pojistnými podmínkami pro pojištění osob (dále jen „**všeobecné pojistné podmínky**“) a zvláštními pojistnými podmínkami uvedenými v pojistné smlouvě, zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „**občanský zákoník**“) a dalšími příslušnými právními předpisy.
- ▶ 2) Tyto všeobecné pojistné podmínky obsahují ustanovení společná pro životní pojištění, úrazové pojištění a pojištění pro případ nemoci; podmínky těchto pojištění jsou podrobněji upraveny v příslušných zvláštních pojistných podmínkách.
- ▶ 3) Tyto všeobecné pojistné podmínky i příslušné zvláštní pojistné podmínky jsou součástí pojistné smlouvy a v pojistné smlouvě se od nich lze odchýlit. V případě, že je jakékoli ustanovení pojistných podmínek v rozporu s ustanovením pojistné smlouvy, má přednost příslušné ustanovení pojistné smlouvy.

Článek 2

Vznik pojištění, pojistná doba, vznik a zánik předběžného pojištění

- ▶ 1) Pojištění se sjednává na pojistnou dobu, která je vymezena dnem počátku pojištění a v případě pojištění na dobu určitou i dnem konce pojištění.
- ▶ 2) Pojištění vzniká dnem počátku pojištění, který je uveden v pojistné smlouvě, nejdříve však dnem uzavření pojistné smlouvy. Není-li den počátku pojištění v pojistné smlouvě uveden, považuje se za něj den bezprostředně následující po uzavření pojistné smlouvy. V případě pojištění na dobu určitou je den konce pojištění uveden v pojistné smlouvě.
- ▶ 3) V pojistné smlouvě je možné sjednat předběžné pojištění za podmínky, že jeho pojistná doba bezprostředně předchází dni počátku pojištění a nepřesahuje 31 dnů. Je-li v pojistné smlouvě předběžné pojištění sjednáno, vznikne dnem následujícím po dni uzavření pojistné smlouvy a zanikne dnem bezprostředně předcházejícím dni počátku pojištění uvedenému v pojistné smlouvě.

Článek 3

Změna pojištění

- ▶ 1) Pojistnou smlouvu lze změnit dohodou pojistníka a pojistitele (například dodatkem k pojistné smlouvě). Pro uzavření takové dohody platí stejná pravidla jako pro uzavření pojistné smlouvy. Den účinnosti změny pojistné smlouvy je uveden v dohodě o její změně.
- ▶ 2) Není-li v dohodě o změně pojistné smlouvy uveden den její účinnosti, nabývá tato dohoda účinnosti a) prvním dnem pojistného období bezprostředně následujícího po pojistném období, ve kterém došlo k uzavření takové dohody, v případě pojistných smluv s běžným pojistným nebo b) dnem uzavření takové dohody v případě pojistných smluv s jednorázovým pojistným.
- ▶ 3) V souvislosti se změnou pojistné smlouvy nedochází ke změně výročního dne počátku pojištění. To platí i v případě, že dohodou o změně pojistné smlouvy je sjednáno nové pojištění, které nahrazuje původně sjednané pojištění.

- ▶ 4) Je-li obsahem dohody o změně pojistné smlouvy změna podmínek pro vznik práva na pojistné plnění či jeho výše, budou se tyto nové podmínky vztahovat až na pojistné události, které nastanou po účinnosti dohody o změně pojistné smlouvy, popřípadě po uplynutí čekací doby podle následujícího odstavce.
- ▶ 5) Dojde-li v souvislosti se změnou pojistné smlouvy ke zvýšení pojistné částky či pojistného, zkrácení karenční doby nebo rozšíření rozsahu pojištění o další pojistná nebezpečí, platí pro pojištění, kterých se taková změna týká, nové čekací doby nebo jiná omezení podle příslušných zvláštních pojistných podmínek; tyto čekací doby nebo jiné lhůty ujednané u jednotlivých pojištění počínají běžet dnem účinnosti příslušné dohody o změně pojistné smlouvy. Pokud během těchto dob dojde k pojistné události, poskytne pojistitel pojistné plnění ve výši a za podmínek platných před touto změnou.
- ▶ 6) Je-li v pojistné smlouvě pro pojištěného sjednáno pojištění, které bezprostředně navazuje na pojištění téhož pojištěného sjednané v jiné pojistné smlouvě a které svým charakterem a rozsahem je s tímto pojištěním totožné, počítá se běh čekací doby nebo jiných lhůt ujednaných u jednotlivých pojištění ode dne počátku původního pojištění; to neplatí v případech, kdy takové pojištění bylo sjednáno u jiného pojistitele.

Článek 4

Zánik pojištění

- ▶ 1) Pojištění zanikne v případech stanovených v pojistné smlouvě, pojistných podmínkách či v občanském zákoníku. Pojištění zanikne zejména:
 - a) posledním dnem sjednané pojistné doby,
 - b) dnem zániku pojistného zájmu nebo zániku pojistného nebezpečí,
 - c) smrtí pojištěného; smrtí hlavního pojištěného zanikají všechna pojištění sjednaná v pojistné smlouvě, smrtí jiného než hlavního pojištěného zanikají všechna pojištění pouze tohoto pojištěného, avšak pojištění ostatních pojištěných zůstávají nedotčena,
 - d) dnem smrti pojistníka či dnem zániku pojistníka (právnícké osoby) bez právního nástupce, jde-li o skupinové pojištění,
 - e) dnem výplaty odkupného pojistitelem na žádost pojistníka.
- ▶ 2) Pojištění dále zanikne v případě prodloužení pojistníka s úhradou pojistného, a to marným uplynutím dodatečně lhůty k zaplacení dlužného pojistného stanovené pojistitelem v upomínce pojistníkovi.
- ▶ 3) Pojistník i pojistitel mohou pojištění ukončit výpovědí:
 - a) k poslednímu dni každého pojistného období, jde-li o pojištění s běžným pojistným; tato výpověď musí být druhé straně doručena nejméně 6 týdnů před koncem pojistného období, v opačném případě pojištění zanikne až ke konci následujícího pojistného období, pro které je 6 týdnů dodrženo; pojistitel však takto nemůže vypovědět životní pojištění,
 - b) doručenou druhé straně do 2 měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy; pojištění zanikne uplynutím osmidenní výpovědní doby,
 - c) doručenou druhé straně do 3 měsíců ode dne oznámení vzniku pojistné události pojistiteli; pojištění zanikne uplynutím měsíční výpovědní doby; pojistitel však takto nemůže vypovědět životní pojištění.Pojistitel se vzdává svého zákonného práva vypovědět podle písm. a) a c) pojištění pro případ vážných onemocnění a pojištění pro případ invalidity.
- ▶ 4) Pojistitel dále může pojištění ukončit výpovědí bez výpovědní doby v případě, že pojistník či pojištěný poruší svou povinnost oznámit pojistiteli zvýšení pojistného rizika; pojištění zanikne dnem doručení výpovědi pojistníkovi.

- ▶ 5) Pojistitel může od pojistné smlouvy či dohody o její změně odstoupit zejména v případech, že pojistník či pojištěný úmyslně či z nedbalosti nezodpoví pravdivě a úplně písemné dotazy pojistitele v souvislosti s uzavíráním pojistné smlouvy či dohody o její změně, pokud by pojistitel při pravdivém a úplném zodpovězení takových dotazů pojistnou smlouvu či dohodu o její změně neuzavřel.
- ▶ 6) Pojistník může od pojistné smlouvy či dohody o její změně odstoupit v případech a za podmínek uvedených v občanském zákoníku.
- ▶ 7) Odstoupením podle odst. 5) a 6) se pojistná smlouva zrušuje od počátku a smluvní strany jsou povinny si vrátit vše, co již bylo ze smlouvy plněno.
- ▶ 8) Odmítne-li pojistitel poskytnout pojistné plnění podle článku 13 odst. 5), zanikne pojištění dnem doručení oznámení pojistitele o odmítnutí pojistného plnění.
- ▶ 9) Pojištění lze ukončit i dohodou smluvních stran, ve které bude stanoveno vyrovnání práv a povinností z ukončovaného pojištění.
- ▶ 10) Zánik pojištění se řídí příslušnými ustanoveními občanského zákoníku, není-li v pojistných podmínkách nebo pojistné smlouvě uvedeno jinak.

Článek 5 Pojistný zájem

- ▶ 1) Pojistný zájem je oprávněná potřeba ochrany před následky pojistné události a jeho existence je podmínkou vzniku a trvání pojištění. Pojistník má vždy pojistný zájem na vlastním životě a zdraví. Pojistník má pojistný zájem i na životě a zdraví jiné osoby, pokud tento zájem vyplývá ze vztahu k této osobě nebo dal-li pojištěný k pojištění souhlas.
- ▶ 2) Dojde-li k uzavření pojistné smlouvy, přestože v době jejího uzavření neexistoval pojistný zájem, může být pojistná smlouva v případech stanovených občanským zákoníkem neplatná. Pokud pojistník uzavřel pojistnou smlouvu bez pojistného zájmu vědomě a pojistitel o této skutečnosti nevěděl ani nemohl vědět, náleží pojistiteli odměna odpovídající pojistnému až do dne, kdy se o takové neplatnosti dozvěděl.
- ▶ 3) Pojistník a pojištěný jsou povinni neprodleně oznámit pojistiteli, že došlo k zániku pojistného zájmu. Toto oznámení musí být učiněno v písemné formě a musí v něm být uvedeny informace a k němu přiloženy dokumenty, ze kterých bude zánik pojistného zájmu vyplývat. Pojistník je dále povinen neprodleně oznámit pojistiteli, že pojištěný odvolal svůj souhlas k pojištění pro účely prokázání pojistného zájmu.

Článek 6 Pojištění cizího pojistného nebezpečí a pojištění ve prospěch třetí osoby

- ▶ 1) Pokud pojistník uzavírá pojistnou smlouvu vztahující se na pojistné nebezpečí pojištěného, který je osobou odlišnou od pojistníka, je povinen pojištěného seznámit s obsahem takové pojistné smlouvy a s Informacemi pro klienta, včetně informací o zpracování osobních údajů.
- ▶ 2) Není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak, má právo na pojistné plnění pojištěný, respektive obmyšlený, je-li pojistnou událostí smrt pojištěného.
- ▶ 3) Bylo-li pojištění sjednáno ve prospěch pojistníka, může pojistník uplatnit právo na pojistné plnění pouze tehdy, pokud prokáže, že:
 - a) seznámil pojištěného s obsahem pojistné smlouvy a
 - b) pojištěný si je vědom toho, že pojistné plnění nabude namísto něj pojistník, a souhlasí s tím, aby pojistník pojistné

plněni přijal; tento souhlas však není třeba, je-li pojištěný potomkem pojistníka a zároveň pojistník je zákonným zástupcem pojištěného, který není plně svéprávný.

- ▶ 4) Neprokáže-li pojistník souhlas pojištěného nebo zákonného zástupce podle předchozího odstavce do dne, kdy nastane pojistná událost, má právo na související pojistné plnění pojištěný, respektive obmyšlený, je-li pojistnou událostí smrt pojištěného.
- ▶ 5) Pokud je tak sjednáno v pojistné smlouvě, může být pojištění sjednáno i ve prospěch třetí osoby odlišné od pojistníka i pojištěného. Taková oprávněná třetí osoba může projevit souhlas s pojistnou smlouvou i dodatečně při uplatnění práva na pojistné plnění. Právo na pojistné plnění však takové oprávněné třetí osobě vzniká, pouze pokud s přijetím pojistného plnění takovou osobou dal souhlas pojištěný, je-li osobou odlišnou od pojistníka.
- ▶ 6) Nejedná-li se o skupinové pojištění, vstupuje dnem smrti pojistníka nebo dnem jeho zániku bez právního nástupce pojištěný do pojištění namísto pojistníka. Oznámí-li však pojištěný pojistiteli v písemné formě do 30 dnů ode dne smrti pojistníka nebo ode dne jeho zániku bez právního nástupce, že na trvání pojištění nemá zájem, zanikne pojištění dnem smrti pojistníka nebo dnem jeho zániku bez právního nástupce.

Článek 7 Pojistné

- ▶ 1) Pojistník je povinen řádně a včas platit pojistné. Pojistné nelze platit v hotovosti.
- ▶ 2) Pojistné se sjednává jako běžné, není-li v pojistné smlouvě uvedeno, že se jedná o jednorázové pojistné.
- ▶ 3) Jednorázové pojistné se sjednává za celou pojistnou dobu. Běžné pojistné se sjednává za jednotlivá pojistná období, jejichž délka je uvedena v pojistné smlouvě. Není-li dohodnuto jinak, je pojistným obdobím jeden měsíc. První pojistné období začíná dnem počátku pojištění.
- ▶ 4) Není-li dohodnuto jinak, je běžné pojistné splatné vždy první den příslušného pojistného období a jednorázové pojistné dnem počátku pojištění.
- ▶ 5) Pojistné se považuje za zaplacené včas, je-li nejpozději v den jeho splatnosti připsáno na bankovní účet pojistitele s variabilním symbolem stanoveným pojistitelem.
- ▶ 6) Pojistné zaplacené pod variabilním symbolem určeným pojistitelem se považuje za uhrazené pojistníkem či jinou osobou s jeho souhlasem.
- ▶ 7) Pokud pojistné nebylo zaplaceno včas a ve sjednané výši, je pojistitel oprávněn požadovat úrok z prodlení a náklady spojené s vymáháním tohoto pojistného.
- ▶ 8) V úrazovém pojištění, pojištění pro případ pracovní neschopnosti, pojištění pro případ pobytu v nemocnici, pojištění pro případ ošetřování dítěte a pojištění pro případ zajištění zdravotní péče může pojistitel vždy k výročnímu dni počátku pojištění jednostranně upravit výši běžného pojistného, změní-li se podmínky rozhodné pro stanovení výše pojistného, zejména:
 - a) změní-li se obecně závazné právní předpisy nebo ustálená soudní praxe, které mají vliv na stanovení výše pojistného nebo pojistného plnění nebo
 - b) změní-li se obecně závazné právní předpisy, které ukládají pojistiteli dodatečné výdaje (například odvody do státního rozpočtu), k nimž v době uzavření pojistné smlouvy nebyl pojistitel povinen nebo
 - c) na základě porovnání předpokládaného a skutečného škodního průběhu pojistné smlouvy nebo

d) na základě porovnání předpokládaného a skutečného škodního průběhu příslušného pojistného odvětví nebo pojistného produktu u úrazového pojištění.

- ▶ 9) Pojistitel je povinen sdělit pojistníkovi upravenou výši pojistného podle předchozího odstavce nejpozději 2 měsíce předem splatnosti pojistného za pojistné období, za které má být takové upravené pojistné poprvé zapláceno.
- ▶ 10) Svůj nesouhlas s jednostrannou změnou pojistného podle odst. 8) musí pojistník pojistiteli oznámit v písemné formě nejpozději do jednoho měsíce ode dne, kdy se o takové změně dozvěděl; v takovém případě pojištění buď zanikne uplynutím pojistného období, za které bylo zapláceno pojistné, nebo se pojistitel může s pojistníkem dohodnout, že pojištění z takového důvodu nezanikne, ale pojistitel upraví výši souvisejících pojistných částek podle pojistněmatematických metod.
- ▶ 11) Pojistné je rovněž možné změnit na základě dohody pojistitele s pojistníkem.
- ▶ 12) Pojistitel je oprávněn odečíst od pojistného plnění i od jakéhokoli jiného plnění z pojištění splatné pohledávky pojistného nebo své jiné pohledávky z pojištění.
- ▶ 13) V případě nezaplacení pojistného se pojištění nepřerušuje.

Článek 8

Obecné výluky z pojištění

- ▶ 1) Pojištění se nevztahuje na jakékoli události, které vznikly v důsledku:
 - a) války, invaze, nepřátelské nebo jiné válečné operace (bez ohledu na to, zda byla vyhlášena válka) nebo občanské války,
 - b) povstání včetně vojenského povstání, vzpoury, revoluce, uchvácení moci, stanného práva nebo stavu obležení; tato výluka však neplatí v případě, že se pojištěný těchto událostí účastnil jako člen ozbrojených složek státu v rámci plnění svých služebních povinností na území České republiky,
 - c) občanských nepokojů, tj. regionálních protizákonných skupinových násilných vystoupení občanů vedoucích ke vzniku škod na životě a zdraví jiných občanů a škod na majetku, pokud se pojištěný na takových občanských nepokojích aktivně podílel,
 - d) teroristických činů, tj. násilných činů poškozujících lidský život, majetek či infrastrukturu s úmyslem ovlivnit vládu nebo zastrašovat veřejnost nebo její část, pokud se pojištěný na teroristickém činu aktivně podílel,
 - e) obecného ohrožení vlivem působení jaderné energie, chemické nebo biologické kontaminace [viz článek 20 písm. b), d) a p)].
- ▶ 2) Pokud však v důsledku události podle předchozího odstavce dojde ke smrti pojištěného, poskytne pojistitel pojistné plnění ze životního pojištění ve výši rezervy pojistného vytvořené ke dni úmrtí pojištěného, včetně podílu na zisku přiznaného k tomuto dni, není-li v příslušných zvláštních pojistných podmínkách uvedeno jinak.
- ▶ 3) Není-li v příslušných zvláštních pojistných podmínkách ujednáno jinak, pojištění se dále nevztahuje na události, ke kterým došlo v důsledku úmyslného sebepoškození pojištěného, jeho sebevraždy nebo pokusu o sebevraždu.
- ▶ 4) Na pojištění se mohou vztahovat ještě další výluky uvedené v příslušných zvláštních pojistných podmínkách.

Článek 9

Pojistné plnění a šetření pojistné události

- ▶ 1) V případě pojistné události poskytne pojistitel oprávněné osobě jednorázové nebo opakované pojistné plnění ve výši a za podmínek stanovených pojistnou smlouvou, těmito

všeobecnými pojistnými podmínkami a příslušnými zvláštními pojistnými podmínkami.

- ▶ 2) Pojistné plnění pojistitel stanoví podle parametrů pojištění platných ke dni vzniku pojistné události. Toto platí i pro pojištění, u kterého je pojistná částka stanovena pro jeden den (například pojistné plnění z úrazového pojištění za tělesné poškození ve formě denního odškodného, pojistné plnění z pojištění pro případ pracovní neschopnosti a pobytu v nemocnici), i když po vzniku pojistné události došlo ke změně pojistné částky.
- ▶ 3) Oprávněnou osobou (tj. osobou, která má právo na pojistné plnění z pojištění) je pojištěný, není-li v pojistné smlouvě nebo v ostatních ustanoveních těchto všeobecných pojistných podmínek nebo v příslušných zvláštních pojistných podmínkách uvedeno jinak; oprávněnou osobou v případě smrti pojištěného je obmyšlený.
- ▶ 4) Pojistné plnění i jakákoli jiná plnění z pojištění budou hrazena v tuzemské měně, pokud z právních předpisů, včetně mezinárodních dohod, kterými je Česká republika vázána, nebo z pojistné smlouvy nevyplývá povinnost plnit v jiné měně. Pro účely stanovení výše plnění z pojištění se pro přepočtení měn použije kurz vyhlášený Českou národní bankou ke dni provedení příslušné platby. Pro vyloučení pochybností se uvádí, že pojistitel nenese jakékoli kurzové riziko související s přepočtem měn.
- ▶ 5) Pojistitel zahájí šetření pojistné události bez zbytečného odkladu po obdržení oznámení o takové události a pokračuje v něm tak, aby bylo skončeno nejpozději do 3 měsíců po obdržení takového oznámení. Nebude-li možné šetření pojistné události v této lhůtě ukončit, je pojistitel povinen sdělit osobě, která uplatnila právo na pojistné plnění, důvody této skutečnosti.
- ▶ 6) Do doby šetření se nezapočítává doba, po kterou probíhá řízení před orgánem veřejné moci (zejména občanskoprávní nebo trestní soudní řízení, přestupkové nebo jiné správní řízení), jehož výsledek je rozhodný pro stanovení povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění, nebo řízení ve věci trestního oznámení pro podezření z pojistného podvodu, které bylo podáno z důvodu nepravdivých nebo zamlčených údajů v souvislosti s oznámenou událostí. Po tuto dobu není pojistitel v prodlení s plněním své povinnosti vyplatit pojistné plnění ani zálohu na pojistné plnění.
- ▶ 7) Šetření pojistné události dále nemůže být skončeno v případě, že pojištěný nepodstoupí lékařskou prohlídku vyžádanou pojistitelem či neposkytne pojistiteli nezbytnou součinnost při zajištění informací o svém zdravotním stavu.
- ▶ 8) Pojistné plnění je splatné do 15 dnů ode dne skončení šetření pojistitele nutného ke zjištění existence a rozsahu jeho povinnosti plnit. Šetření je skončeno sdělením jeho výsledků osobě, která uplatnila právo na pojistné plnění.
- ▶ 9) V případě, že nelze ukončit šetření pojistné události do 3 měsíců ode dne jejího oznámení, poskytne pojistitel na písemnou žádost osoby, která uplatnila právo na pojistné plnění, přiměřenou zálohu na pojistné plnění. Při stanovení výše zálohy pojistitel zohlední zejména dosavadní výsledky šetření a výši dosud prokázané a doložené újmy. Pojistitel zálohu neposkytne, je-li rozumný důvod její poskytnutí odepřít, zejména:
 - a) není-li z výsledků dosavadního šetření jisté, zda se na šetřenou událost bude pojištění vztahovat nebo kdo je oprávněnou osobou,
 - b) porušil-li pojistník, pojištěný nebo jiná osoba jakoukoli povinnost související s uplatněním práva na pojistné plnění a šetřením pojistné události, zejména je-li pojistitel v souvislosti se šetřením pojistné události sdělen jakýkoli nepravdivý nebo hrubě zkreslený údaj týkající se této události (například v hlášení této události nebo jiném dokumentu

- předloženém pojistiteli za účelem jejího šetření) nebo je-li takový údaj zamlčen,
- c) existuje-li důvodné podezření, že při uplatnění práva na pojistné plnění došlo ke spáchání trestného činu, přičemž o důvodné podezření o spáchání trestného činu jde vždy, když je v souvislosti s takovým uplatněním práva na pojistné plnění podáno trestní oznámení na pojistníka, pojištěného, oprávněnou osobu, osobu, která uplatnila právo na pojistné plnění, nebo jinou osobu jednající z jejich podnětu nebo je proti nim v této souvislosti vedeno trestní řízení.

- ▶ 10) Pojistitel je oprávněn započíst proti plnění z pojištění svoji pohledávku vůči osobě, která má právo na plnění z pojištění, i pokud pohledávka za touto osobou vznikla z jiného pojištění.

Článek 10

Oceňovací tabulky

- ▶ 1) V případě pojištění, u kterých se pojistné plnění či jeho maximální výše stanoví podle Oceňovacích tabulek, se použijí Oceňovací tabulky platné ke dni, kdy bylo pojistiteli doručeno oznámení o příslušné pojistné události.
- ▶ 2) Pojistitel může Oceňovací tabulky během trvání pojištění jednostranně měnit v závislosti na vývoji poznatků medicíny a zjištění pojistitele při vyřizování pojistných událostí. Pokud dojde k jejich změně, oznámí to pojistitel pojistníkovi písemně a novou verzi Oceňovacích tabulek zveřejní na svých internetových stránkách. Pojistník může pojištění dotčené změnou Oceňovacích tabulek vypovědět, a to nejpozději do jednoho měsíce od obdržení takového oznámení; příslušné pojištění v tomto případě zanikne ke konci pojistného období po doručení výpovědi pojistiteli.
- ▶ 3) V případě stanovení pojistného plnění za trvalé následky úrazu pojistitel odchylně od odst. 1) použije Oceňovací tabulky platné ke dni, kdy bylo pojištění pro případ trvalých následků úrazu, z něhož pojištěný uplatnil právo na pojistné plnění, sjednáno. Podle odst. 1) může pojistitel postupovat pouze tehdy, není-li hodnocen trvalý následků, které pojištěnému zanechal příslušný úraz, podle Oceňovacích tabulek uvedených v tomto odstavci nižší.

Článek 11

Povinnosti pojistitele

- ▶ 1) Pojistitel je povinen dodržovat povinnosti stanovené v pojistné smlouvě, těchto všeobecných pojistných podmínkách či příslušných zvláštních pojistných podmínkách a v občanském zákoníku či jiných právních předpisech.
- ▶ 2) Vedle povinností stanovených v ostatních ustanoveních těchto všeobecných pojistných podmínek je pojistitel povinen:
 - a) zodpovědět pravdivě a úplně písemné dotazy, které zájemce o pojištění nebo pojistník položil při jednání o uzavření či změně pojistné smlouvy,
 - b) zachovávat mlčenlivost o skutečnostech týkajících se pojištění a dodržovat platné předpisy týkající se ochrany osobních údajů,
 - c) vydat pojistníkovi pojistku nebo na jeho žádost druhopis pojistky,
 - d) vydat pojistníkovi na jeho písemnou žádost kopii pojistné smlouvy,
 - e) vrátit originály dokladů osobě, která je pojistiteli předložila, a to na její žádost, pokud není nezbytné, aby tyto originály zůstaly součástí spisové dokumentace pojistné smlouvy nebo pojistné události,
 - f) na svých internetových stránkách zveřejnit Oceňovací tabulky a Přehled poplatků a parametrů pojištění.

Článek 12

Povinnosti pojistníka, pojištěného a jiné osoby, která uplatňuje právo na pojistné plnění

- ▶ 1) Pojistník, pojištěný a jiná osoba, která uplatňuje právo na pojistné plnění, jsou povinni dodržovat povinnosti stanovené v pojistné smlouvě, těchto všeobecných pojistných podmínkách či příslušných zvláštních pojistných podmínkách a v občanském zákoníku či jiných právních předpisech.
- ▶ 2) Vedle povinností stanovených v ostatních ustanoveních těchto všeobecných pojistných podmínek a zvláštních pojistných podmínkách jsou pojistník a pojištěný povinni:
 - a) zodpovědět pravdivě a úplně dotazy vznesené pojistitelem v písemné formě ohledně skutečností souvisejících se sjednáváním pojištění včetně informací týkajících se zdravotního stavu pojištěného,
 - b) oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu jakékoli změny podstatných skutečností, které sdělili pojistiteli podle písm. a) tohoto odstavce nebo které jsou uvedeny v pojistné smlouvě, včetně změny osobních údajů (jména, adresy vč. elektronické), změnu pracovní a zájmové činnosti, ztrátu zaměstnání, ukončení nebo přerušování samostatné činnosti,
 - c) nečinit bez souhlasu pojistitele nic, co zvyšuje či by mohlo zvýšit pojistné riziko, a neumožnit takové jednání třetí osobě; zvýšení pojistného rizika je pojištěný povinen bez zbytečného odkladu písemně oznámit pojistiteli,
 - d) vynaložit veškeré úsilí, které po nich lze rozumně požadovat, aby předešli vzniku pojistné události a případně aby byly minimalizovány následky již existující pojistné události,
 - e) předložit pojistiteli originály dokumentů, které si pojistitel vyžádá v souvislosti s uzavíráním či změnou pojistné smlouvy nebo v rámci šetření pojistné události, a poskytnout mu v této souvislosti veškerou další požadovanou součinnost; dodatečně vyhotovené dokumenty (například lékařské zprávy, prohlášení pojistníka či pojištěného), které se neshodují s autentickou dokumentací, pojistitel nemusí uznat.
- ▶ 3) Pojistník, pojištěný a jiná osoba, která uplatňuje právo na pojistné plnění, jsou v souvislosti s uplatněním práva na pojistné plnění zejména povinni:
 - a) na příslušném formuláři oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu, že nastala událost, se kterou spojují právo na pojistné plnění, a při uplatnění tohoto práva postupovat v souladu s pokyny pojistitele; pojistnou událost lze rovněž oznámit on-line na internetových stránkách pojistitele,
 - b) podat pojistiteli pravdivě a úplně vysvětlení o vzniku (okolnostech vzniku, zúčastněných osobách a podobně) a rozsahu následků události, se kterou spojují právo na pojistné plnění, předat pojistiteli veškeré dokumenty, ze kterých tyto skutečnosti vyplývají, a poskytnout pojistiteli v této souvislosti jakoukoli další potřebnou součinnost; u dokumentů v jiném než českém, anglickém nebo německém jazyce musí být zajištěn jejich ověřený překlad do českého jazyka; pro vyloučení pochybností se uvádí, že náklady na splnění povinností podle tohoto odstavce nese příslušná osoba, nikoli pojistitel,
 - c) v případě úrazu nebo nemoci vyhledat bez zbytečného odkladu v době, kdy jsou přítomny objektivní příznaky poranění nebo onemocnění, lékařské ošetření, léčit se podle pokynů lékaře, dodržovat léčebný režim stanovený lékařem, tj. zejména respektovat pokyny lékaře při léčbě, nečinit nic, co by mohlo bránit či zpomalit uzdravení, a poskytovat pojistiteli součinnost při kontrole průběhu léčebného procesu,
 - d) nést náklady spojené s kontrolní lékařskou prohlídkou nebo vyšetřením, které si příslušná osoba sama vyžádala; tyto náklady pojistitel uhradí pouze tehdy, poskytne-li na základě kontrolního vyšetření další pojistné plnění.

Článek 13

Důsledek porušení povinností, omezení pojistného plnění

- ▶ 1) Pojistitel může snížit pojistné plnění úměrně tomu, jaký je poměr pojistného, které obdržel, k pojistnému, které měl obdržet, pokud:
 - a) bylo v důsledku porušení povinností pojistníka nebo pojištěného při jednání o uzavření pojistné smlouvy nebo dohody o její změně dohodnuto nižší pojistné,
 - b) pojistník nebo pojištěný porušil povinnost oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu změny týkající se skutečností, na které byl pojistitelem písemně tázán nebo které jsou uvedeny v pojistné smlouvě, a pojistitel v důsledku toho nemohl stanovit novou výši pojistného či pojistné částky,
 - c) pojistník nebo pojištěný porušil povinnost oznámit zvýšení pojistného rizika a nastala-li po této změně pojistná událost.
- ▶ 2) Pojistitel může snížit pojistné plnění, pokud porušení povinností pojistníka, pojištěného nebo jiné oprávněné osoby mělo podstatný vliv na vznik pojistné události, její průběh, na zvětšení rozsahu jejích následků nebo na zjištění či určení výše pojistného plnění, a to úměrně tomu, jaký vliv mělo takové porušení povinností na rozsah pojistitelovy povinnosti plnit. Pojistitel má v takovém případě právo pojistné plnění neposkytnout či v případě opakovaného plnění pozastavit jeho výplatu až do splnění povinností.
- ▶ 3) Pojistitel může pojistné plnění snížit až na polovinu, pokud k pojistné události došlo v důsledku jednání pojistníka, pojištěného či oprávněné osoby (včetně obmyšleného) pod vlivem alkoholu či návykové látky s výjimkou případů, kdy tyto látky byly obsaženy v léčích, které taková osoba užíla způsobem předepsaným lékařem, a zároveň nebyla lékařem upozorněna nebo v příbalovém letáku nebylo uvedeno, že v době působení takového léku nesmí být vykonávána činnost, v jejímž důsledku došlo k pojistné události. Pokud však v důsledku jednání pojištěného podle tohoto odstavce došlo k jeho smrti, sníží pojistitel pojistné plnění jen tehdy, jestliže pojištěný tímto svým jednáním současně jiné osobě způsobil těžkou újmu na zdraví nebo její smrt.
- ▶ 4) Pojistitel může pojistné plnění
 - a) snížit až na polovinu, pokud k pojistné události došlo v souvislosti s trestným činem pojištěného či oprávněné osoby, pro který byly tyto osoby pravomocně odsouzeny,
 - b) zamítnout, pokud k pojistné události došlo v souvislosti s úmyslným trestným činem pojištěného či oprávněné osoby.
- ▶ 5) Pojistitel může dále odmítnout poskytnutí pojistného plnění, pokud je příčinou pojistné události skutečnost, o které se pojistitel dozvěděl až po vzniku pojistné události a kterou nemohl dříve zjistit vzhledem k tomu, že pojistník či pojištěný úmyslně či z nedbalosti odpověděli nepravdivě či neúplně na dotazy pojistitele v písemné formě při uzavírání pojistné smlouvy či dohody o její změně, pokud by pojistitel pojistnou smlouvu či dohodu o její změně neuzavřel, popřípadě ji uzavřel za jiných podmínek, kdyby o této skutečnosti věděl při jejím uzavření.
- ▶ 6) Pojistitel neposkytne pojistné plnění, pokud
 - a) oprávněná osoba uvedla při uplatňování práva na pojistné plnění vědomě nepravdivé nebo hrubě zkreslené údaje týkající se rozsahu pojistné události nebo podstatné údaje týkající se této události zamlčela,
 - b) pojistnou událost úmyslně způsobil oprávněná osoba, pojištěný nebo pojistník či z jejich podnětu jiná osoba.
- ▶ 7) Pojistitel má právo na náhradu:
 - a) nákladů vynaložených na šetření skutečností týkajících se pojistné události, o nichž mu byly oznámeny vědomě nepravdivé nebo hrubě zkreslené údaje nebo o nichž mu takové údaje byly zamlčeny,
 - b) nákladů vynaložených na šetření pojistné události, pokud je vyvolal pojistník, pojištěný nebo jiná osoba, která uplatňuje právo na pojistné plnění, porušením své povinnosti,

- c) újmy vzniklé v důsledku porušení povinností pojistníka, pojištěného nebo jiné osoby, která uplatňuje právo na pojistné plnění, a náhradu zbytečně vynaložených nákladů, včetně nákladů na vedení soudního sporu vzniklých z téhož důvodu.

Článek 14

Právo pojistitele zjišťovat zdravotní stav

- ▶ 1) Pojištěný je povinen předat pojistiteli veškerou zdravotnickou dokumentaci nezbytnou pro uzavření pojistné smlouvy či dohody o její změně nebo pro šetření pojistné události, popřípadě mu umožnit, aby si ji sám zajistil.
- ▶ 2) Pojištěný je dále povinen se na základě žádosti pojistitele v souvislosti s uzavíráním pojistné smlouvy či dohody o její změně nebo šetřením pojistné události podrobit vyšetření lékařem určeným pojistitelem; je-li takové vyšetření vyžádáno pojistitelem v souvislosti se šetřením pojistné události, uhradí pojistitel náklady na takové vyšetření (včetně souvisejících nákladů na dopravu k takovému lékaři obvyklým hromadným dopravním prostředkem v rámci České republiky). Pro vyloučení pochybností se uvádí, že pojistitel není povinen hradit náklady na jakékoli jiné lékařské prohlídky či vyšetření.
- ▶ 3) Pojištěný souhlasí s tím, aby pojistitel předával informace o pojištěném a jeho zdravotním stavu svým odborným konzultantům nebo znalcům, pokud budou ve vztahu k těmto informacím vázáni povinnostmi mlčenlivosti.

Článek 15

Stanovení průměrného měsíčního příjmu

- ▶ 1) Pojištění, u kterých pojistitel zjišťuje příjem pojištěného, jsou specifikována v příslušných zvláštních pojistných podmínkách.
- ▶ 2) Průměrný měsíční příjem pojištěného se stanoví, pokud jde o:
 - a) zaměstnance: z průměrné měsíční částky čistých příjmů ze závislé činnosti podle zákona o daních z příjmů (zejména mzdy, platu či odměny z Dohody o pracovní činnosti) za poslední 3 měsíce,
 - b) osobu samostatně výdělečně činnou: z jedné třetiny příjmů ze samostatné činnosti podle zákona o daních z příjmů, které připadají na jeden měsíc za poslední zdaňovací období.
- ▶ 3) Příjmy pro účely stanovení průměrného měsíčního příjmu dokládá zaměstnanec potvrzením svého zaměstnavatele a popřípadě i pracovní smlouvou či mzdovým výměrem a osoba samostatně výdělečně činná kopíí svého příznání k dani z příjmů fyzických osob opatřenou razítkem podatelny příslušného finančního úřadu; pojištěný je povinen takto doložit příjmy vždy při sjednávání či změně pojištění, u kterých se podle příslušných zvláštních pojistných podmínek zjišťuje příjem pojištěného, a v souvislosti s pojistnou událostí z takového pojištění nebo v jiných případech na žádost pojistitele.
- ▶ 4) Je-li pojištěný zaměstnán u více zaměstnavatelů, může doložit příjmy od všech takových zaměstnavatelů nebo jen od některého či některých z nich.
- ▶ 5) Má-li pojištěný současně příjmy ze zaměstnání nebo jiné závislé činnosti i příjmy ze samostatné činnosti jako osoba samostatně výdělečně činná, vypočítá se celkový průměrný měsíční příjem jako součet průměrného měsíčního příjmu zaměstnance stanoveného podle odst. 2) písm. a) a průměrného měsíčního příjmu osoby samostatně výdělečně činné stanoveného podle odst. 2) písm. b).
- ▶ 6) Pojištěný je povinen oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu (nejpozději však do 3 měsíců) a v písemné formě skutečnost, že již nemá žádné příjmy ze závislé činnosti nebo

samostatné činnosti, z nichž se stanoví průměrný měsíční příjem podle odst. 2).

Článek 16

Vinkulace a zástavní právo k pohledávkám z pojištění

- ▶ 1) Pojistné plnění lze vinkulovat; pokud je však pojistník odlišný od pojištěného, může pojistné plnění vinkulovat pouze se souhlasem pojištěného. Pojistné plnění pro případ smrti může pojistník vinkulovat bez souhlasu obmyšleného. Účinnost vinkulace nastává dnem, kdy se pojistitel a pojistník na vinkulaci dohodnou.
- ▶ 2) Pohledávky na plnění z pojištění (například pojistné plnění, odkupné nebo vrácení přeplatku na pojistném) včetně budoucích pohledávek lze zastavit nebo postoupit; pokud je pojistník odlišný od pojištěného, může takovou pohledávku zastavit nebo postoupit pouze se souhlasem pojištěného (s výjimkami stanovenými občanským zákoníkem).
- ▶ 3) Zástavní dlužník či postupitel (tj. pojistník, pojištěný, oprávněná osoba nebo jiná osoba, které vznikne pohledávka na plnění z pojištění) musí pojistiteli oznámit vznik zástavního práva či existenci postoupení pohledávky podle předchozího odstavce, neprokáže-li mu ji příslušný zástavní věřitel či postupník.

Článek 17

Forma jednání

- ▶ 1) Pojistná smlouva musí být uzavřena v písemné formě, nestanoví-li občanský zákoník jinak.
- ▶ 2) V případě, že bude přijet návrh pojistitele (dále jen „nabídka“) na uzavření pojistné smlouvy či dohody o její změně ze strany pojistníka shledáno neplatným z důvodu nedodržení písemné formy nebo jiného důvodu, a pojistník přesto uhradí první pojistné či jeho splátku ve výši a lhůtě uvedené v nabídce (není-li lhůta v nabídce uvedena, do jednoho měsíce od doručení nabídky), považuje se nabídka za přijatou zaplacením tohoto prvního pojistného či jeho splátky.
- ▶ 3) Právní jednání, oznámení a žádosti vyžadují písemnou formu, mají-li vliv na:
 - a) trvání a zánik pojištění,
 - b) změny pojistného,
 - c) změny rozsahu pojištění,
 - d) změny obmyšleného.
- ▶ 4) Právní jednání, pro které je nutná písemná forma, je platné, zejména je-li vlastnoručně podepsáno jednajícím osobou, je-li učiněno prostřednictvím datové schránky, je-li opatřeno zaručeným elektronickým podpisem podle zvláštního zákona či je-li učiněno prostřednictvím internetové aplikace pojistitele se zabezpečeným přístupem.
- ▶ 5) Právní jednání, oznámení a žádosti neuvedené v odst. 3) mohou být učiněny písemně, telefonicky, e-mailem, prostřednictvím internetové aplikace pojistitele nebo prostřednictvím datové schránky, pokud pojistitel doručování do datové schránky umožňuje. To platí zejména pro hlášení pojistné události, pro oznámení pojistníka nebo pojištěného ohledně změny příjmení, adresy bydliště, korespondenční adresy a dalších kontaktních údajů, uvedených ve smlouvě, a žádost pojistníka o změnu způsobu placení běžného pojistného (vyjma placení pojistného na základě souhlasu s inkasem z účtu). Právní jednání, oznámení a žádosti dle tohoto odstavce učiněné jinak než v písemné formě musí být dodatečně doplněny písemnou formou, vyžádá-li si to pojistitel.
- ▶ 6) V záležitostech pojistného vztahu, zejména v souvislosti se správou pojištění a řešením pojistných událostí, je pojistitel oprávněn kontaktovat ostatní účastníky pojištění

i elektronickými nebo jinými technickými prostředky (například telefon, SMS, e-mail, zpráva doručená do datové schránky), pokud není dohodnuto jinak. Pojistitel při volbě formy komunikace přihlíží k povinnostem stanoveným příslušnými právními předpisy a k charakteru sdělovaných informací.

- ▶ 7) Právní jednání, oznámení a žádosti jsou účinné vůči druhé smluvní straně, jakmile jí byly doručeny.

Článek 18

Doručování

- ▶ 1) Písemnosti doručované prostřednictvím držitele poštovní licence budou zaslány:
 - a) pojistiteli na adresu **Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Brněnská 634, 664 42 Modřice**, popřípadě jinou adresu, kterou pojistitel pojistníkovi oznámí,
 - b) pojistitelem na korespondenční adresu příslušné osoby (adresáta) uvedenou v pojistné smlouvě či jinak oznámenou pojistiteli. Není-li korespondenční adresa v pojistné smlouvě uvedena či pojistiteli dodatečně oznámena, budou písemnosti zaslány na adresu uvedenou ve smlouvě nebo oznámenou pojistiteli jako bydliště nebo trvalý pobyt, popřípadě sídlo takové osoby.
- ▶ 2) Pojistník je povinen oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu jakoukoli změnu korespondenční adresy a adresy svého trvalého pobytu, bydliště nebo sídla. Pokud pojistník zmaří doručení písemnosti tím, že pojistiteli řádně neoznámí změnu své korespondenční adresy, adresy svého trvalého pobytu, bydliště či sídla, platí, že zásilka řádně došla 3. pracovní den po odeslání, a jde-li o doručování na adresu v jiném státu než České republice, pak 15. pracovní den po odeslání.
- ▶ 3) Nejde-li o doručení podle odst. 4) až 6), je písemnost odeslaná pojistitelem doporučenou zásilkou s dodejkou považována za doručenu dnem uvedeným jako den přijetí písemnosti na dodejce (doručence) a písemnost odeslaná pojistitelem doporučenou zásilkou bez dodejky, popřípadě odeslaná obyčejnou zásilkou, 3. pracovní den po odeslání, a jde-li o doručování na adresu v jiném státu než České republice, pak 15. pracovní den po odeslání.
- ▶ 4) Zmaří-li adresát dojití písemnosti tím, že ji odepře převzít, platí, že řádně došla dnem, kdy adresát písemnost odepřel převzít.
- ▶ 5) Zmaří-li adresát dojití písemnosti tím, že si nepřevzme písemnost (odeslanou pojistitelem doporučenou zásilkou nebo doporučenou zásilkou s dodejkou) uloženou na poště v úložní lhůtě, platí, že řádně došla dnem uplynutí úložní lhůty.
- ▶ 6) Zmaří-li adresát dojití písemnosti jinak, než je uvedeno v předchozích odstavcích (například tím, že neoznačí poštovní schránku svým jménem a příjmením nebo názvem), platí, že řádně došla dnem jejího vrácení pojistiteli.
- ▶ 7) Písemnost odeslaná pojistitelem doporučenou zásilkou nebo doporučenou zásilkou s dodejkou se považuje za doručenu i v případě, že ji namísto adresáta převezme jiná osoba (například rodinný příslušník), jemuž pošta doručila zásilku v souladu s právními předpisy o poštovních službách.
- ▶ 8) Pokud není dohodnuto jinak, lze písemnosti doručovat i elektronicky (například prostřednictvím datové schránky, internetové aplikace pojistitele, elektronickou zprávou, popřípadě elektronickou zprávou opatřenou zaručeným elektronickým podpisem), a to na kontaktní údaje poskytnuté za účelem elektronické komunikace. Písemnost odeslaná pojistitelem elektronicky na poslední adresátem poskytnutý kontaktní údaj se považuje za doručenu 10. den po jejím odeslání, nelze-li datum jejího doručení zjistit nebo není-li v příslušných právních

předpisech stanoveno jinak, i když se adresát o jejím obsahu nedozvěděl, pokud to právní předpis nevyklučuje.

- ▶ 9) Písemnosti může doručovat rovněž zaměstnanec pojistitele nebo jiná pojistitelem pověřená osoba, a to zejména na adresy podle odst. 1) písm. b), ale i na jakékoli jiné místo, kde bude adresát ochoten písemnost převzít. Takto doručovaná písemnost se považuje za doručenu dnem jejího převzetí.

Článek 19

Rozhodné právo a rozhodování sporů

- ▶ 1) Pojistná smlouva a právní vztahy z ní vyplývající či s ní související se řídí příslušnými českými právními předpisy v platném znění. Spory vyplývající z pojistné smlouvy či s ní související budou předloženy k rozhodnutí příslušnému soudu v České republice, ledaže z mezinárodní smlouvy nebo přímo použitelného předpisu Evropské unie, od nichž se nelze dohodou smluvních stran odchýlit, vyplývá jinak.
- ▶ 2) Subjektem věcně příslušným k mimosoudnímu řešení spotřebitelských sporů ze životního pojištění je Finanční arbitř, Legerova 1581/69, 110 00 Praha 1, www.financniarbitr.cz. Subjektem věcně příslušným k mimosoudnímu řešení spotřebitelských sporů z úrazového pojištění a pojištění pro případ nemoci je Česká obchodní inspekce, Štěpánská 567/15, 120 00 Praha 2, www.coi.cz.

Článek 20

Výklad pojmů

- ▶ Nevyplyvá-li z kontextu jinak nebo není-li jinak uvedeno v příslušných zvláštních pojistných podmínkách, mají následující pojmy v textu těchto všeobecných pojistných podmínek i zvláštních pojistných podmínek tento význam:
 - a) **aktuální věk** znamená věk pojištěného stanovený jako rozdíl mezi aktuálním kalendářním rokem a rokem narození pojištěného,
 - b) **biologická kontaminace** znamená například nákazu potravin jejich oslizenutím, hnilobou, napadením plísněmi nebo zapařením, jejichž konzumací může být ohroženo lidské zdraví,
 - c) **čekací doba** znamená dobu uvedenou v pojistné smlouvě či v příslušných zvláštních pojistných podmínkách; čekací doba běží ode dne počátku pojištění nebo ode dne účinnosti příslušné dohody o změně pojištění; nastane-li během čekací doby událost, která by jinak byla pojistnou událostí, nárok na pojistné plnění nevznikne,
 - d) **chemická kontaminace** znamená například kontaminaci zemědělské půdy jako součásti životního prostředí a její vliv na kvalitu pěstovaných plodin a z nich vyráběných potravin, jejichž konzumací může být ohroženo lidské zdraví,
 - e) **klesající pojistná částka** znamená pojistnou částku, která se během trvání pojištění (ode dne vzniku pojištění nebo ode dne účinnosti dohody o jeho změně) snižuje, a to vždy měsíčně v závislosti na sjednané pojistné době, přičemž pojistná částka může klesat pravidelně (lineárně) nebo průběh jejího klesání je nelineární, tj. kopíruje anuitní splácení úvěru podle úrokové míry sjednané v pojistné smlouvě,
 - f) **konstantní pojistná částka** znamená pojistnou částku, která se během pojistné doby nemění,
 - g) **návykové látky** znamenají omamné látky, psychotropní látky a ostatní látky způsobitelné nepříznivě ovlivnit psychiku člověka či jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování,
 - h) **obmyšlený** znamená osobu určenou pojistníkem v pojistné smlouvě, které vznikne právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného,
 - i) **Oceňovací tabulky** znamenají oceňovací tabulky pojistitele pro likvidaci pojistných událostí z úrazového pojištění a z pojištění pro případ pracovní neschopnosti, podle nichž pojistitel stanoví maximální výši pojistného plnění za příslušná tělesná poškození způsobená úrazem, trvalé následky úrazu a za pracovní neschopnost následkem úrazu nebo nemoci,

- j) **pojistník** znamená osobu, která uzavřela s pojistitelem pojistnou smlouvu,
- k) **pojistná částka** znamená částku či důchod stanovené v pojistné smlouvě nebo ve zvláštních pojistných podmínkách, ze kterých se stanoví výše pojistného plnění v případě pojistné události,
- l) **pojistné období** znamená období, za které se platí běžné pojistné a které je uvedeno v pojistné smlouvě nebo v těchto všeobecných pojistných podmínkách,
- m) **právní jednání** znamenají taková jednání (konání i opomenutí) účastníků pojištění, se kterými jsou spojeny právní následky, zejména uzavření pojistné smlouvy, její změna, zánik pojištění, uplatnění a vyřízení nároků z pojištění a podobně,
- n) **předběžné pojištění** znamená pojištění, které je sjednané na období přede dnem uvedeným v pojistné smlouvě jako den počátku pojištění,
- o) **předčasné ukončení pojistné smlouvy** znamená zánik či ukončení všech pojištění sjednaných v pojistné smlouvě:
 - i) výplatou odkupného na základě žádosti pojistníka o výplatu odkupného,
 - ii) dohodou,
 - iii) výpovědí ze strany pojistníka,
 - iv) pro nezaplacení pojistného, pokud pojištění nepřejde do stavu bez placení pojistného,
- p) **události, které vznikly v důsledku působení jaderné energie**, znamenají události vzniklé:
 - i) kontaminací radioaktivitou z jaderného paliva nebo jaderného odpadu anebo ze spalování jaderného paliva,
 - ii) z radioaktivních, toxických nebo jinak riskantních anebo kontaminujících vlastností nukleárního zařízení, reaktoru nebo nukleární montáže nebo nukleárního komponentu,
 - iii) z působení zbraně využívající atomové nebo nukleární štěpení, syntézu nebo jinou podobnou reakci, radioaktivní síly nebo materiály,
- q) **věk** pro účely pojištění znamená věk pojištěného stanovený jako rozdíl mezi kalendářním rokem počátku pojištění a rokem narození pojištěného,
- r) **výroční den počátku pojištění** znamená den, který se číslem a měsícem shoduje se dnem počátku pojištění; není-li takový den v měsíci, je výročním dnem poslední den příslušného měsíce,
- s) **zákon o daních z příjmů** znamená zákon číslo 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů.

Zvláštní pojistné podmínky pro životní pojištění PERSPEKTIVA

Článek 1

Úvodní ustanovení

- ▶ 1) Životní pojištění PERSPEKTIVA je životním pojištěním pro případ dožití se stanoveného věku nebo dřívější smrti hlavního pojištěného vázaným na investiční podíly (dále jen „**základní pojištění**“). K základnímu pojištění mohou být sjednána riziková pojištění.
- ▶ 2) V rámci základního pojištění dochází k investování pojistného do fondů a realokačních programů. Pojistník volbou jednotlivých fondů či realokačních programů a poměru, ve kterém do nich bude pojistné investováno, rozhoduje o investiční strategii a také sám nese investiční riziko. Investiční riziko lze minimalizovat investicemi do Garantovaného nebo Vkladového fondu.
- ▶ 3) Na základní pojištění se vztahují všeobecné pojistné podmínky a tyto zvláštní pojistné podmínky. V případě odchýlného ujednání v těchto zvláštních pojistných podmínkách a všeobecných pojistných podmínkách má přednost ujednání v těchto zvláštních pojistných podmínkách. Na riziková pojištění se vztahují všeobecné pojistné podmínky a zvláštní pojistné podmínky, jejichž výčet je uveden v článku 25.
- ▶ 4) Základní pojištění a riziková pojištění s výjimkou pojištění pro případ zajištění zdravotní péče se sjednávají jako obnosová. Pojištění pro případ zajištění zdravotní péče je pojištěním škodovým.
- ▶ 5) Pro pojistné smlouvy uzavřené od 1. 12. 2016 se neuplatní snížení hodnoty účtu pojistníka o celé neuhrazené počáteční náklady podle článku 17 odst. 1), článku 18 odst. 1) a článku 19 odst. 1) a 2).

Článek 2

Rozsah pojištění

- ▶ 1) V pojistné smlouvě se sjednává vždy základní pojištění hlavního pojištěného.
- ▶ 2) Vedle základního pojištění mohou být pro jakéhokoli pojištěného sjednána i riziková pojištění, jejichž výčet i podmínky jsou uvedeny v článku 25; pokud je však pojištěným dítě, určitá pojištění nelze sjednat (například pojištění pro případ pracovní neschopnosti).
- ▶ 3) K základnímu pojištění je v pojistné smlouvě vždy sjednáno jedno z následujících bonusových pojištění:
 - a) pojištění pro případ smrti následkem úrazu,
 - b) pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu s jednorázovým pojistným plněním,
 - c) pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu se zproštěním od placení pojistného.
- ▶ 4) Bonusové pojištění se vztahuje na hlavního pojištěného; pokud je hlavním pojištěným dítě, vznikne bonusové pojištění teprve ve výroční den počátku základního pojištění v roce, v němž se dítě dožije 18 let.
- ▶ 5) Za bonusové pojištění není pojistníkovi účtováno žádné dodatečné rizikové pojistné. Bonusové pojištění nelze během trvání pojištění měnit ani předčasně ukončit.

Článek 3

Pojistná událost, pojistná nebezpečí

- ▶ 1) V případě základního pojištění je pojistnou událostí dožití se stanoveného věku hlavním pojištěným nebo jeho dřívější smrt. Základní pojištění se sjednává pro případ smrti v důsledku jakéhokoli pojistného nebezpečí s výjimkou uvedenou v odst. 3).
- ▶ 2) Pojistné události a pojistná nebezpečí pro riziková pojištění jsou uvedeny v článku 25 nebo v příslušných zvláštních pojistných podmínkách s výjimkou uvedenou v odst. 3).
- ▶ 3) V případě předběžného pojištění je pojistnou událostí u základního pojištění smrt hlavního pojištěného a u rizikových pojištění pojistné události uvedené v příslušných zvláštních pojistných podmínkách. Pojistným nebezpečím je však v obou případech pouze úraz, jak je definován v příslušných zvláštních pojistných podmínkách.

Článek 4

Čekací doba

- ▶ 1) Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění ze základního pojištění podle článku 24 ani z pojištění pro případ smrti podle článku 25 A), zemře-li pojištěný ve dvouměsíční čekací době ode dne počátku pojištění, s výjimkou smrti následkem úrazu.
- ▶ 2) Zemře-li pojištěný do 2 let ode dne počátku pojištění následkem sebevraždy nebo pokusu o sebevraždu,
 - a) poskytne pojistitel ze základního pojištění pojistné plnění ve výši podle článku 24 odst. 5),
 - b) z pojištění pro případ smrti a pojištění pro případ osvobození od placení pojistného není pojistitel povinen poskytnout pojistné plnění.
- ▶ 3) Zemře-li pojištěný následkem sebevraždy nebo pokusu o sebevraždu po uplynutí čekací doby podle odst. 2), poskytne pojistitel pojistné plnění v plné výši.

Článek 5

Pojistné

- ▶ Běžné pojistné lze bez souhlasu pojistitele zaplatit maximálně za pojistné období, které začíná do 2 měsíců ode dne zaplacení takového pojistného; běžné pojistné za pojistné období, které začíná později, může být zaplaceno pouze se souhlasem pojistitele. V případě, že je takové běžné pojistné zaplaceno bez souhlasu pojistitele, může pojistitel takovou platbu vrátit a příslušné běžné pojistné se nepovažuje za zaplacené.

Článek 6

Změny pojištění

- ▶ 1) Na základě žádosti pojistníka v písemné formě se mohou pojistník a pojistitel dohodnout na změnách pojištění, zejména pokud se týká:
 - a) běžného pojistného,
 - b) pojistných částek,
 - c) sjednání či ukončení rizikových pojištění,
 - d) varianty pojistného plnění pro případ smrti hlavního pojištěného podle článku 24 odst. 1),
 - e) pojistné doby; pojistnou dobu však nelze zkrátit,
 - f) alokačního poměru.
- ▶ 2) Změnou pojištění podle odst. 1) písm. b) až f) nemusí vždy nutně dojít ke změně výše běžného pojistného.
- ▶ 3) V případě smrti pojistníka, který je osobou odlišnou od hlavního pojištěného, nebo jeho zániku bez právního nástupce vstupuje do pojištění namísto pojistníka hlavní pojištěný.

Článek 7

Zánik pojištění

- ▶ 1) Základní pojištění zaniká zejména uplynutím pojistné doby nebo smrtí hlavního pojištěného a dalšími způsoby uvedenými ve všeobecných pojistných podmínkách.
- ▶ 2) V případě prodlení pojistníka s placením pojistného zanikne základní pojištění marným uplynutím lhůty stanovené v upomínce pojistitele k jeho zaplacení, pokud však nepřejde do stavu bez placení pojistného podle článku 18.
- ▶ 3) Pokud je evidován akumulovaný dluh déle než po dobu uvedenou v Přehledu nebo je-li pojištění ve stavu bez placení pojistného a hodnota účtu pojistníka již nestačí k pokrytí rizikového pojistného či poplatků, o které má být hodnota účtu snížena podle těchto zvláštních pojistných podmínek, zanikne základní pojištění též posledním dnem kalendářního měsíce následujícího po měsíci, ve kterém pojistitel upozorní pojistníka na možnost zániku pojištění z tohoto důvodu.
- ▶ 4) Základní pojištění dále zanikne dnem výplaty odkupného podle článku 19 odst. 1) nebo dnem dřívějšího poskytnutí pojistného plnění pro případ dožití podle článku 23 odst. 3) a 4).
- ▶ 5) Spolu se základním pojištěním zanikají vždy i všechna sjednaná riziková pojištění všech pojištěných a bonusové pojištění.
- ▶ 6) Smrtí druhého pojištěného nebo smrtí dítěte zanikají všechna riziková pojištění takového pojištěného, avšak ostatní pojištění zůstávají nedotčena.
- ▶ 7) Následující riziková pojištění zaniknou nejpozději dnem bezprostředně předcházejícím výročnímu dni počátku základního pojištění v roce, v němž se příslušný pojištěný dožije 80 let:
 - a) pojištění pro případ smrti s výplatou pojistné částky,
 - b) pojištění pro případ smrti s výplatou důchodu pro pozůstalé,
 - c) úrazové pojištění s výjimkou pojištění pro případ:
 - i) pracovní neschopnosti následkem úrazu,
 - ii) invalidity následkem úrazu,
 - iii) pracovní neschopnosti následkem úrazu při dopravní nehodě,
 - iv) invalidity následkem úrazu při dopravní nehodě,
 - d) pojištění pro případ pobytu v nemocnici,
 - e) pojištění pro případ osvobození od placení pojistného,
 - f) pojištění pro případ zajištění zdravotní péče.
- ▶ 8) Ostatní riziková pojištění sjednaná v pojistné smlouvě zaniknou nejpozději dnem bezprostředně předcházejícím výročnímu dni počátku základního pojištění v roce, v němž se příslušný pojištěný dožije 65 let.
- ▶ 9) Riziková pojištění dítěte zaniknou nejpozději dnem bezprostředně předcházejícím výročnímu dni počátku základního pojištění v roce, v němž se pojištěné dítě dožije 26 let. Pokud je dítě hlavním pojištěným, pojištění pro případ zajištění zdravotní péče však zanikne nejpozději dnem bezprostředně předcházejícím výročnímu dni počátku základního pojištění v roce, v němž se dožije 80 let.
- ▶ 10) Bonusové pojištění zanikne nejpozději dnem, kdy nastane pojistná událost, na kterou se toto bonusové pojištění vztahuje.
- ▶ 11) Zaniknou-li pojištění sjednaná v pojistné smlouvě z důvodu smrti hlavního pojištěného, mohou si ostatní pojištěné osoby sjednat nové pojištění bez zkoumání zdravotního stavu se shodným rozsahem pojistné ochrany (tj. stejná pojištění, stejná pojistná částka a stejná pojistná doba) a při zachování stejných zdravotních přírůstků a výluků, jaké platily pro jejich původně sjednané pojištění. Pro toto nové pojištění se započítá čekací doba z původního pojištění.

- ▶ 12) Opci na sjednání nového pojištění podle předchozího odstavce může každá z původně pojištěných osob využít v období až 3 měsíců od úmrtí hlavního pojištěného.

Článek 8

Fondy a realokační programy

- ▶ 1) Pojistitel nabízí standardní fondy kolektivního investování a vnitřní fondy pojistitele, které jsou složeny z různých typů podkladových aktiv lišících se předpokládanými výnosy a rizikovostí. U standardního fondu kolektivního investování nabývá pojistitel do svého vlastnictví podílové listy či akcie příslušného fondu, u vnitřního fondu pojistitele vlastní pojistitel podkladová aktiva i výnosy z nich plynoucí.
- ▶ 2) Pojistitel se zavazuje vést v nabídce fondů Garantovaný fond.
- ▶ 3) Pro účely životního pojištění PERSPEKTIVA dělí pojistitel fondy na tzv. podílové jednotky stejné hodnoty, které reprezentují poměrnou část fondu. U standardního fondu kolektivního investování odpovídá podílová jednotka investičnímu podílu na daném fondu pro jeden podílový list či jednu akci.
Pro vyloučení pochybností se uvádí, že tyto podílové jednotky nejsou investičními instrumenty (například podílovými listy příslušného standardního fondu kolektivního investování) a není s nimi spojeno žádné právo pojistníka ve vztahu k podkladovým investičním nástrojům.
- ▶ 4) Vedle jednotlivých fondů může pojistník zvolit i realokační program. Realokační programy slouží k automatické volbě fondu s příslušným investičním profilem – tzv. „linie“, do které lze investovat pouze v rámci realokačního programu. Jednotlivé linie daného realokačního programu se liší poměrem zastoupení rizikovějších a potenciálně výnosnějších investičních instrumentů a konzervativnějších investičních instrumentů s očekávanými nižšími výnosy. S blížícím se sjednaným koncem pojištění se podílové jednotky automaticky přesunují z rizikovějších linií do méně rizikových linií a i za zaplacené pojistné jsou připisovány podílové jednotky těchto méně rizikových linií, a to podle pravidel daného realokačního programu.
- ▶ 5) Výnosy plynoucí z podkladových aktiv jsou zahrnuty v cenách podílových jednotek. Pouze u Garantovaného a Vkladového fondu se výnosy převyšující garantované nebo vyhlášené zhodnocení přerozdělují pomocí podílu na zisku podle článku 20.
- ▶ 6) Písemné informace o jednotlivých fondech a realokačních programech jsou pojistníkovi poskytnuty před uzavřením pojistné smlouvy; jakékoli změny těchto informací jsou zveřejňovány na internetových stránkách pojistitele.
- ▶ 7) Pojistitel může v Přehledu stanovit pravidla pro připisování podílových jednotek fondů a realokačních programů za běžné i mimořádné pojistné.

Článek 9

Ceny podílových jednotek

- ▶ 1) Prodejní a nákupní ceny podílových jednotek jednotlivých fondů stanovuje pojistitel nejméně jednou za kalendářní týden a zveřejňuje je na svých internetových stránkách. Takto stanovené ceny jsou platné až do následujícího oceňovacího dne.
- ▶ 2) Prodejní cenu podílové jednotky
 - a) Garantovaného fondu a Vkladového fondu stanovuje pojistitel tak, aby růst prodejní ceny podílové jednotky příslušného fondu odpovídal výši uvedené v Přehledu,
 - b) jiného vnitřního fondu stanovuje pojistitel nebo jím pověřený správce fondu na základě hodnoty fondu a počtu jeho podílových jednotek,

c) standardního fondu kolektivního investování stanovuje pojistitel v závislosti na hodnotě jeho podílového listu či akcie.

- ▶ 3) Nákupní cenu podílové jednotky jednotlivých fondů stanovuje pojistitel tak, aby výše rozdílu mezi nákupní a prodejní cenou odpovídala výši uvedené v Přehledu. Rozdíl mezi nákupní a prodejní cenou podílové jednotky v konkrétní den může činit maximálně 5 % nákupní ceny.

Článek 10 Účet pojistníka

- ▶ 1) Ke každé pojistné smlouvě vede pojistitel po dobu trvání základního pojištění účet pojistníka, který slouží ke stanovení plnění a dalších nároků plynoucích ze základního pojištění. Na tomto účtu jsou evidovány podílové jednotky připsané za zaplacené běžné pojistné podle alokačního poměru zvoleného pojistníkem i podílové jednotky připsané za zaplacené mimořádné pojistné.
- ▶ 2) Podílové jednotky za zaplacené pojistné se připisují na účet pojistníka za nákupní cenu platnou nejpozději ke dni, kdy tuto operaci pojistitel zpracuje ve svém informačním systému, a to bez zbytečného odkladu, nejdříve však v den, kdy je pojistné zaplacené a pojistitelem přiřazeno na účet pojistníka ke konkrétní pojistné smlouvě. Bylo-li pojistné zaplacené před počátkem pojištění, připíše se podílové jednotky na účet pojistníka nejdříve ke dni počátku pojištění.
- ▶ 3) V případě, že pojistné není zaplacené na správný účet či je chybně identifikováno (například nesprávným variabilním nebo specifickým symbolem, popřípadě tyto identifikátory chybí), připíše pojistitel podílové jednotky na účet pojistníka bez zbytečného odkladu poté, co platbu identifikuje.
- ▶ 4) Existuje-li akumulovaný dluh, jsou veškeré podílové jednotky nově připsané na účet pojistníka okamžitě odepsány a použity na jeho snížení.
- ▶ 5) Pojistitel snižuje hodnotu účtu pojistníka podle článku 11 a v případě prodeje podílových jednotek podle článku 17.
- ▶ 6) Pojistitel je povinen alespoň jednou ročně informovat pojistníka o stavu účtu pojistníka.

Článek 11 Rizikové pojistné a poplatky

- ▶ 1) Hodnota účtu pojistníka se pravidelně snižuje o následující částky ve výši stanovené v Přehledu:
 - a) měsíční poplatek na úhradu počátečních nákladů, pokud počáteční náklady nebyly dosud v plné výši uhrazeny,
 - b) měsíční poplatek za vedení účtu pojistníka,
 - c) měsíční rizikové pojistné,
 - d) další pravidelné poplatky uvedené v Přehledu.
- ▶ 2) Z hodnoty účtu pojistníka mohou být dále odečítány jednorázové poplatky stanovené v Přehledu související se změnami pojištění či jinými skutečnostmi iniciovanými pojistníkem.
- ▶ 3) Bylo-li sjednáno předběžné pojištění, bude z hodnoty účtu pojistníka v prvním měsíci trvání základního pojištění odečteno i rizikové pojistné za takové předběžné pojištění.
- ▶ 4) V případě zvýšeného zdravotního rizika pojištěného při uzavření pojistné smlouvy či dohody o její změně a v jiných případech uvedených ve všeobecných pojistných podmínkách nebo příslušných zvláštních pojistných podmínkách může být rizikové pojistné navýšeno na základě pojistněmatematických metod.
- ▶ 5) Odečtení jakýchkoli částek z účtu pojistníka podle tohoto článku či jiného ustanovení těchto zvláštních pojistných

podmínek bude provedeno odepsáním příslušného počtu podílových jednotek z účtu pojistníka.

- ▶ 6) Nebude-li hodnota účtu pojistníka dostatečná pro odečtení jednorázového poplatku za předčasné ukončení pojistné smlouvy podle Přehledu, je pojistník povinen tento poplatek pojistiteli uhradit, a to i po zániku základního pojištění.
- ▶ 7) Zanikne-li životní pojištění PERSPEKTIVA, má pojistitel nárok na poplatky a rizikové pojistné za celý měsíc, v němž došlo k zániku pojištění.

Článek 12 Mimořádné pojistné

- ▶ 1) V průběhu trvání základního pojištění je možné zaplatit vedle běžného pojistného i mimořádné pojistné. Pojistitel v Přehledu stanoví minimální výši mimořádného pojistného a dále maximální výši mimořádného pojistného, která může být zaplacená bez předchozího oznámení pojistiteli.
- ▶ 2) Má-li pojistník zájem zaplatit mimořádné pojistné ve výši přesahující maximální částku mimořádného pojistného podle Přehledu, je povinen tuto skutečnost předem v písemné formě oznámit pojistiteli.
- ▶ 3) Pojistitel může platbu mimořádného pojistného odmítnout, a to i v případě, že splňuje všechny podmínky uvedené v tomto článku. V takovém případě vrátí pojistitel platbu bez zbytečného odkladu.
- ▶ 4) Mimořádné pojistné musí být zaplacené na zvláštní účet pojistitele a tato platba označena specifickým symbolem stanoveným pojistitelem, podle kterého budou za mimořádné pojistné připisovány na účet pojistníka podílové jednotky příslušného fondu (specifické symboly jsou odlišné pro jednotlivé fondy a realokační programy a dále také pro platbu pojistníkem a zaměstnavatelem); informace o tomto čísle účtu a specifických symbolech předá pojistitel pojistníkovi v písemné formě před uzavřením pojistné smlouvy a jejich změny zveřejňuje na svých internetových stránkách.
- ▶ 5) Pokud bude platba mimořádného pojistného označena nesprávným specifickým symbolem, popřípadě nebude obsahovat žádný specifický symbol, budou podílové jednotky za mimořádné pojistné připisovány podle aktuálního alokačního poměru; to platí i v případě, že platba bude označena specifickým symbolem začínajícím číslicemi 9999. Nesplňuje-li alokační poměr pojistitelem stanovená pravidla pro připisování podílových jednotek za mimořádné pojistné, vrátí pojistitel celé zaplacené mimořádné pojistné nebo jeho příslušnou část bez zbytečného odkladu.
- ▶ 6) Po připisání podílových jednotek za zaplacené mimořádné pojistné již nelze operaci zrušit a připisat podílové jednotky fondů v jiném poměru.
- ▶ 7) Podílové jednotky za zaplacené mimořádné pojistné podle tohoto článku připíše pojistitel na účet pojistníka bez zbytečného odkladu. V případě, že mimořádné pojistné nebude zaplacené na správný účet či bude jinak chybně identifikováno (například bude uveden nesprávný variabilní symbol, popřípadě bude chybět jakýkoli další nezbytný identifikátor), připíše pojistitel podílové jednotky na účet pojistníka bez zbytečného odkladu poté, co platbu identifikuje.
- ▶ 8) Zaplacení mimořádného pojistného nezabavuje pojistníka povinností řádně platit běžné pojistné. Pro vyloučení pochybností se uvádí, že v souvislosti se zaplacením mimořádného pojistného se nezvyšují jakékoli pojistné částky. Pojistitel však může použít mimořádné pojistné na zaplacení dlužného běžného pojistného, je-li pojistník se zaplacením

běžného pojistného v prodlení.

Článek 13 Vkladový fond

- ▶ 1) Podílové jednotky Vkladového fondu lze připsat pouze za zaplacené mimořádné pojistné.
- ▶ 2) Za běžné pojistné se připisují podílové jednotky Vkladového fondu pouze v případě, že předchozím odepsáním podílových jednotek Vkladového fondu byl snížen akumulovaný dluh nebo byly uhrazeny poplatky či rizikové pojistné, a to až do výše hodnoty takto odepsaných podílových jednotek.
- ▶ 3) Do Vkladového fondu ani z něj nelze přesouvat podílové jednotky, a to ani v rámci jejich automatického přesunu podle článku 16.

Článek 14 Změna nabídky fondů či realokačních programů pojistitelem

- ▶ 1) Pojistitel může během trvání základního pojištění měnit nabídku fondů a realokačních programů.
- ▶ 2) Vyřazení fondu či realokačního programu z nabídky pojistitele zveřejní pojistitel alespoň 30 dnů předem na svých internetových stránkách. Dotčené podílové jednotky přesune pojistitel podle pravidel pro přesun podílových jednotek stanovených v článku 15 do konkrétního fondu či realokačního programu uvedeného pojistitelem v oznámení o vyřazení fondu či realokačního programu z nabídky. Podílové jednotky lze takto přesunout pouze do fondu či realokačního programu s obdobnou investiční strategií, který je navázaný na investiční instrumenty s obdobnou úrovní regulace a kvalitou obhospodařovatele jako u vyřazeného fondu či realokačního programu.
- ▶ 3) V případě, kdy pojistník oznámí pojistiteli do zveřejněného data vyřazení fondu či realokačního programu, že chce podílové jednotky vyřazeného fondu či realokačního programu přesunout do jiného fondu či realokačního programu, než byl uvedený v oznámení podle předchozího odstavce, přesune pojistitel podílové jednotky podle požadavku pojistníka.
- ▶ 4) Náklady na přesun podílových jednotek v případě vyřazení fondu či realokačního programu z nabídky nese pojistitel.

Článek 15 Přesun podílových jednotek

- ▶ 1) Přesunem podílových jednotek se rozumí směna podílových jednotek zvoleného konkrétního fondu či linie zvoleného realokačního programu evidovaných na účtu pojistníka za podílové jednotky jiného konkrétního fondu či příslušné linie jiného realokačního programu ve stejné hodnotě; směnu pojistitel provede odepsáním a následným připsáním odpovídajícího počtu podílových jednotek dotčených fondů tak, aby se hodnota účtu pojistníka touto směnou nezměnila.
- ▶ 2) Podílové jednotky z konkrétního fondu či realokačního programu mohou být přesunuty do jiného konkrétního fondu či realokačního programu nabízeného pojistitelem, pokud se tak pojistitel s pojistníkem dohodnou na základě žádosti pojistníka v písemné formě. Minimální hodnota podílových jednotek, které jsou přesouvány, a minimální hodnota podílových jednotek, které musí po přesunu podílových jednotek zůstat v původním fondu, může být stanovena v Přehledu.
- ▶ 3) Pokud pojistitel přijme žádost pojistníka podle předchozího odstavce, přesune podílové jednotky bez zbytečného odkladu, nejdříve však 3. pracovní den po obdržení výše uvedené

žádosti, a to za prodejní ceny platné ke dni zpracování této operace v informačním systému.

Článek 16 Automatický přesun podílových jednotek

- ▶ 1) V pojistné smlouvě je možné sjednat, že v průběhu trvání základního pojištění bude za účelem ochrany části dosaženého výnosu část podílových jednotek automaticky přesouvána do Garantovaného fondu. Automatický přesun lze na základě žádosti pojistníka v písemné formě dohodnout i dodatečně po uzavření pojistné smlouvy, popřípadě změnit jeho podmínky (zejména pokud jde o procento zhodnocení) či jej zrušit.
- ▶ 2) Automatický přesun podílových jednotek bude proveden, pouze pokud k vyhodnocovacímu dni uvedenému v Přehledu budou současně splněny následující podmínky:
 - a) základní pojištění trvalo alespoň jeden rok,
 - b) zhodnocení fondu od minulého vyhodnocovacího dne přesahuje sjednané procento,
 - c) hodnota podílových jednotek, k jejichž automatickému přesunu do Garantovaného fondu má dojít, dosahuje alespoň částky stanovené v Přehledu.
- ▶ 3) Je-li sjednán automatický přesun podílových jednotek a jsou-li splněny podmínky podle předchozího odstavce, dojde k příslušnému vyhodnocovacímu dni k přesunu podílových jednotek podle článku 15 odst. 1) z tohoto fondu do Garantovaného fondu v hodnotě části výnosu fondu od minulého vyhodnocovacího dne převyšující sjednané procento.
- ▶ 4) Automatický přesun podílových jednotek bude proveden za prodejní ceny platné k příslušnému vyhodnocovacímu dni.
- ▶ 5) Pravidla automatického přesunu podílových jednotek podle tohoto článku se vztahují i na jednotlivé linie realokačních programů.

Článek 17 Prodej podílových jednotek

- ▶ 1) Pojistník může požádat pojistitele v písemné formě o prodej části jeho podílových jednotek až do výše kladné hodnoty účtu pojistníka snížené o dosud neuhrazené počáteční náklady, pokud:
 - a) hodnota podílových jednotek, které mají být odepsány z účtu pojistníka, dosahuje alespoň částky uvedené v Přehledu a současně
 - b) hodnota účtu pojistníka po prodeji podílových jednotek postačuje na úhradu rizikového pojistného a veškerých poplatků alespoň na dobu stanovenou v Přehledu.
- ▶ 2) Prodejem podílových jednotek se rozumí snížení hodnoty účtu pojistníka a následná výplata plnění ve výši hodnoty odepsaných podílových jednotek.
- ▶ 3) Pojistitel odepíše příslušné podílové jednotky bez zbytečného odkladu, nejdříve však 3. pracovní den po obdržení výše uvedené žádosti, a to za prodejní ceny platné ke dni zpracování v informačním systému.
- ▶ 4) Jsou-li na účtu pojistníka podílové jednotky různých fondů, může pojistník v žádosti o prodej podílových jednotek současně uvést i konkrétní fond či realokační program, jehož podílové jednotky mají být odepsány, popřípadě více takových fondů či realokačních programů a výše hodnot podílových jednotek jednotlivých fondů či realokačních programů (částky určené k prodeji), které mají být odepsány.
- ▶ 5) Pokud pojistník neurčí konkrétní fond(y) či realokační program(y), jejichž podílové jednotky mají být odepsány, budou v souladu s předchozím odstavcem nejprve odepsány podílové

jednotky Vkladového fondu až do požadované hodnoty prodeje, a nebude-li prodej těchto podílových jednotek dostačující, budou následně odepsány i podílové jednotky ostatních fondů, a to podle aktuálního poměru hodnot podílových jednotek umístěných v takových fondech.

- ▶ 6) Při prodeji podílových jednotek pojistitel postupuje v souladu s právními předpisy upravujícími daň z příjmů. Plnění z prodeje podílových jednotek je jiným příjmem z pojištění osob, který není pojistným plněním a nezakládá zánik pojistné smlouvy.
- ▶ 7) Je-li v pojistné smlouvě sjednána varianta Maximum (ve smyslu článku 24), může pojistitel v souvislosti s prodejem podílových jednotek snížit sjednanou pojistnou částku pro případ smrti hlavního pojištěného v základním pojištění, a to maximálně o hodnotu dotčených podílových jednotek; tuto skutečnost je povinen oznámit pojistníkovi bez zbytečného odkladu. Pokud pojistník s takovou změnou nesouhlasí, může pojištění vypovědět nejpozději do jednoho měsíce ode dne takového oznámení; pojištění v tomto případě zanikne ke konci pojistného období, který nejbližší následuje po doručení takové výpovědi.
- ▶ 8) Při prodeji podílových jednotek z Vkladového fondu může pojistitel stanovit v Přehledu lhůtu pro prodej, při jejímž nedodržení může pojistitel snížit hodnotu účtu pojistníka o poplatek uvedený v Přehledu.

Článek 18

Pojištění ve stavu bez placení pojistného

- ▶ 1) Základní pojištění přejde do stavu bez placení pojistného:
 - a) dnem účinnosti dohody stran o přechodu pojištění do stavu bez placení pojistného uzavřené na základě žádosti pojistníka nebo
 - b) ode dne následujícího po marném uplynutí lhůty stanovené pojistitelem v upomínce k zaplacení dlužného pojistného, pokud hodnota účtu pojistníka ke dni přechodu pojištění do stavu bez placení pojistného snížena o celé neuhrazené počáteční náklady postačuje na úhradu rizikového pojistného a veškerých poplatků v následujících 13 měsících.
- ▶ 2) Pokud pojistné nebo jeho část platí za pojistníka jeho zaměstnavatel, musí být pojistné zaplaceno do dne přechodu pojištění do stavu bez placení pojistného.
- ▶ 3) Ke dni přechodu pojištění do stavu bez placení pojistného bude hodnota účtu pojistníka snížena o celé neuhrazené počáteční náklady; to neplatí pro pojistné smlouvy uzavřené od 1. 12. 2016.
- ▶ 4) Ode dne přechodu pojištění do stavu bez placení pojistného není pojistník povinen dále platit pojistné.
- ▶ 5) Přechodem pojištění do stavu bez placení pojistného není dotčeno žádné pojištění s výjimkou rizikového pojištění pro případ zproštění od placení pojistného a rizikového pojištění pro případ osvobození od placení pojistného, která dnem bezprostředně předcházejícím dni přechodu pojištění do stavu bez placení pojistného vždy zaniknou. Pojistník však může v žádosti o přechod pojištění do stavu bez placení pojistného požádat o ukončení ostatních rizikových pojištění.
- ▶ 6) Pojistník může kdykoli po přechodu pojištění do stavu bez placení pojistného požádat pojistitele v písemné formě o obnovení placení pojistného; pojistník bude v případě obnovení placení pojistného povinen platit běžné pojistné ode dne splatnosti běžného pojistného pro nejbližší pojistné období nebo ode dne splatnosti jakéhokoli následujícího běžného pojistného, je-li tak uvedeno v žádosti pojistníka.

Článek 19

Odkupné

- ▶ 1) Pojistník má právo, aby mu pojistitel vyplatil odkupné, jestliže hodnota účtu pojistníka snížena o celé neuhrazené počáteční náklady a poplatek za předčasné ukončení pojistné smlouvy podle Přehledu ke dni stanovení výše odkupného je kladná. U pojistných smluv uzavřených do 30. 11. 2016 včetně musí být současně splněna podmínka, že
 - a) bylo zaplaceno pojistné alespoň za 2 roky nebo
 - b) bylo zaplaceno mimořádné pojistné alespoň v minimální výši stanovené v Přehledu.
- ▶ 2) Výše odkupného se stanoví z hodnoty účtu pojistníka snížené o celé neuhrazené počáteční náklady a poplatek za předčasné ukončení pojistné smlouvy podle Přehledu.
- ▶ 3) Jsou-li splněny podmínky podle odst. 1), má pojistník právo na odkupné v souvislosti s předčasným ukončením pojistné smlouvy; výše odkupného se stanoví
 - a) v případě zániku pojištění na základě žádosti pojistníka o výplatu odkupného ke dni, kdy byla pojistiteli žádost doručena, nebo k jinému pozdějšímu dni uvedenému v žádosti,
 - b) v ostatních případech předčasného ukončení pojistné smlouvy ke dni zániku pojištění.
- ▶ 4) Odkupné je splatné do 3 měsíců:
 - a) ode dne, kdy byla pojistiteli doručena žádost pojistníka o jeho výplatu, nebo
 - b) od jiného pozdějšího dne uvedeného v žádosti pojistníka o výplatu odkupného anebo
 - c) ode dne zániku pojištění v případě uvedeném v odst. 3) písm. b).

Článek 20

Podíl na zisku

- ▶ K investicím do Garantovaného a Vkladového fondu může pojistitel přiznat podíl na zisku. Podílem na zisku se rozumí část investičního výnosu z podkladových aktiv těchto fondů převyšujícího garantované či vyhlášené zhodnocení. Podíl na zisku se připisuje na účet pojistníka formou zvýšení počtu podílových jednotek takového fondu.

Článek 21

Automatické snížení pojistné částky

- ▶ Je-li v pojistné smlouvě sjednáno automatické snížení pojistné částky, snižuje se pojistná částka pro případ smrti hlavního pojištěného k výročnímu dni počátku základního pojištění v roce, v němž hlavní pojištěný dosáhne věku uvedeného v pojistné smlouvě, na částku 10 000 Kč (bez ohledu na předchozí výši této pojistné částky).

Článek 22

Předběžné pojištění

- ▶ 1) Předběžné pojištění se sjednává v rozsahu pojištění pro případ smrti hlavního pojištěného v rámci základního pojištění a pro riziková pojištění sjednaná v pojistné smlouvě s výjimkou pojištění uvedených v odst. 2), vždy však výlučně pro pojistné nebezpečí úrazu. Ostatní parametry a podmínky těchto pojištění jsou pro předběžné pojištění stejné jako pro základní pojištění a příslušná riziková pojištění.
- ▶ 2) Předběžné pojištění se nevztahuje na tato riziková pojištění:
 - a) u dospělé osoby pojištění pro případ
 - i) invalidity následkem úrazu včetně invalidity následkem úrazu při dopravní nehodě,
 - ii) smrti s výplatou důchodu pro pozůstalé,
 - iii) vážných onemocnění,

- iv) invalidity s výplatou pojistné částky nebo důchodu,
 - v) zproštění a osvobození od placení pojistného,
 - vi) zajištění zdravotní péče,
 - vii) bonusového pojištění,
- b) u dítěte pojištění pro případ
- i) pobytu v nemocnici,
 - ii) vážných onemocnění,
 - iii) ošetřování dítěte,
 - iv) péče o zdravotně postižené dítě,
 - v) zajištění zdravotní péče.
- 3) Pojistné plnění z předběžného pojištění bude poskytnuto maximálně za dobu do zániku příslušného rizikového pojištění.

Článek 23

Pojistné plnění v případě dožití ze základního pojištění

- 1) Dožije-li se hlavní pojištěný dne konce základního pojištění, poskytne mu pojistitel pojistné plnění ve výši hodnoty účtu pojistníka ke dni konce pojištění.
- 2) Hlavní pojištěný se může s pojistitelem dohodnout, že mu místo poskytnutí jednorázového pojistného plnění bude pojistné plnění poskytováno formou důchodu. Výši důchodu stanoví pojistitel na základě pojistněmatematických metod a aktuálních výpočetních podkladů platných ke dni konce základního pojištění s tím, že výše důchodu na základě tohoto výpočtu musí dosahovat alespoň částky uvedené v Přehledu.
- 3) Pojistitel poskytne pojistníkovi, který je současně hlavním pojištěným, na základě jeho žádosti v písemné formě pojistné plnění pro případ dožití ze základního pojištění přede dnem konce pojištění, pokud jsou současně splněny následující podmínky:
- a) toto pojištění je sjednáno nejméně do věku 60 let,
 - b) toto pojištění je sjednáno alespoň na dobu 60 kalendářních měsíců
 - c) a zároveň
 - i) hlavnímu pojištěnému vznikl nárok na starobní důchod nebo byl uznán invalidním ve třetím stupni podle zákona o důchodovém pojištění (invalidita se prokazuje způsobem uvedeným v článku 2 odst. 2) a v článku 10 Zvláštních pojistných podmínek pro pojištění pro případ invalidity), nebo
 - ii) hlavní pojištěný dosáhl nejméně věku 60 let a základní pojištění trvalo alespoň 60 kalendářních měsíců.
- 4) Výši pojistného plnění podle předchozího odstavce stanoví pojistitel jako hodnotu účtu pojistníka sníženou o celé neuhrazené počáteční náklady ke dni obdržení žádosti pojistníka podle předchozího odstavce nebo k jinému pozdějšímu dni uvedenému v této žádosti.

Článek 24

Pojistné plnění v případě smrti ze základního pojištění

- 1) Pokud hlavní pojištěný zemře během trvání základního pojištění, poskytne pojistitel obmyšlenému pojistné plnění podle varianty sjednané v pojistné smlouvě ve výši:
- a) součtu pojistné částky pro případ smrti hlavního pojištěného a hodnoty účtu pojistníka (dále jen „**varianta Součet**“) nebo
 - b) pojistné částky pro případ smrti hlavního pojištěného nebo hodnoty účtu pojistníka, podle toho, která z těchto částek je vyšší (dále jen „**varianta Maximum**“).
- 2) Pro účely výpočtu pojistného plnění podle tohoto článku se použije výše pojistné částky platná v okamžiku smrti hlavního pojištěného a hodnota účtu pojistníka stanovená pojistitelem ke dni, kdy výplatu pojistného plnění zpracuje ve svém informačním systému po ukončení šetření ke zjištění rozsahu své povinnosti plnit. V případě varianty Maximum může pojistitel snížit celkové pojistné plnění o hodnotu prodeje podílových jednotek skutečného po smrti hlavního pojištěného.

- 3) Je-li hlavním pojištěným dítě, je pojistná částka pro případ smrti do výročního dne počátku základního pojištění v roce, v němž dítě dosáhne 18 let, nulová, od tohoto dne je automaticky rovna částce 10 000 Kč, nebude-li následně dohodnuto jinak.
- 4) Odchylně od článku 8 odst. 1) všeobecných pojistných podmínek se základní pojištění vztahuje i na smrt hlavního pojištěného v důsledku událostí uvedených v článku 8 odst. 1) všeobecných pojistných podmínek; na rozdíl od ustanovení článku 8 odst. 2) všeobecných pojistných podmínek poskytne pojistitel v tomto případě pojistné plnění ve výši hodnoty účtu pojistníka stanovené ke dni, kdy výplatu pojistného plnění zpracuje ve svém informačním systému, snížené o celé neuhrazené počáteční náklady.
- 5) Odchylně od článku 8 odst. 3) všeobecných pojistných podmínek se základní pojištění vztahuje i na smrt hlavního pojištěného, ke které dojde následkem sebevraždy do 2 let ode dne vzniku pojištění; pojistitel v tomto případě poskytne pojistné plnění ve výši hodnoty účtu pojistníka ke dni, kdy výplatu pojistného plnění zpracuje ve svém informačním systému, snížené o celé neuhrazené počáteční náklady.
- 6) Zemře-li hlavní pojištěný, poskytne pojistitel až do doby sjednání nového pojištění podle článku 7 odst. 11) z původního pojištění plnění, pokud nastane událost, která by jinak byla pojistnou událostí. Vznik nároku a výše plnění se posuzuje podle ujednání původní pojistné smlouvy. Vznik této události však musí původně pojištěná osoba oznámit pojistiteli do 3 měsíců od smrti hlavního pojištěného, jinak nárok na plnění nevznikne.

Článek 25

Riziková pojištění a jejich podmínky

- Pojistitel je oprávněn stanovit podmínky pro sjednávání rizikových pojištění, zejména přípustné kombinace pro jednoho pojištěného, a druhy pojištění, která je možné sjednat.

A) Pojištění pro případ smrti

- 1) Pojistnou událostí v pojištění pro případ smrti je **smrt** pojištěného v důsledku jakéhokoli pojistného nebezpečí.
- 2) Pojištění pro případ smrti lze sjednat:
- a) s výplatou pojistné částky ve variantách:
 - i) konstantní pojistná částka,
 - ii) lineární klesající pojistná částka,
 - iii) anuitně klesající pojistná částka podle úrokové míry stanovené v pojistné smlouvě,
 - b) s výplatou důchodu pro pozůstalé.
- 3) Je-li v pojistné smlouvě sjednáno rizikové pojištění pro případ smrti a zemře-li pojištěný během trvání tohoto pojištění, poskytne pojistitel obmyšlenému pojistné plnění buď ve výši pojistné částky, nebo formou pravidelného důchodu pro pozůstalé, podle toho, co je sjednáno v pojistné smlouvě.
- 4) Důchod pro pozůstalé bude poskytován měsíčně ve výši jedné dvanáctiny důchodu podle předchozího odstavce od kalendářního měsíce následujícího po měsíci, ve kterém pojištěný zemřel, do kalendářního měsíce, ve kterém uplyne sjednaná doba jeho výplaty, není-li dohodnuto jinak.
- 5) Sjednanou dobu poskytování důchodu pro pozůstalé nelze v průběhu trvání pojištění měnit. Po vzniku pojistné události se však obmyšlený a pojistitel mohou dohodnout na zkrácení nebo prodloužení doby poskytování důchodu pro pozůstalé nebo na poskytnutí jednorázového pojistného plnění namísto poskytování důchodu pro pozůstalé; v takovém případě pojistitel upraví výši důchodu nebo

důchod přepočítá na jednorázové pojistné plnění podle pojistněmatematických metod.

B) Úrazové pojištění

- ▶ Je-li v pojistné smlouvě sjednáno úrazové pojištění, poskytne pojistitel pojistné plnění ve výši a za podmínek stanovených v pojistné smlouvě a ve Zvláštních pojistných podmínkách pro úrazové pojištění.

C) Pojištění pro případ nemoci

- ▶ Je-li v pojistné smlouvě sjednáno pojištění pro případ nemoci, poskytne pojistitel pojistné plnění ve výši a za podmínek stanovených v pojistné smlouvě a ve Zvláštních pojistných podmínkách pro pojištění pro případ nemoci.

D) Pojištění pro případ invalidity

- ▶ Je-li v pojistné smlouvě sjednáno pojištění pro případ invalidity, poskytne pojistitel pojistné plnění ve výši a za podmínek stanovených v pojistné smlouvě a ve Zvláštních pojistných podmínkách pro pojištění pro případ invalidity.

E) Pojištění pro případ zproštění od placení pojistného

- ▶ 1) Je-li v pojistné smlouvě sjednáno pojištění pro případ zproštění od placení pojistného a stane-li se hlavní pojištěný invalidním pro invaliditu druhého, nebo třetího stupně podle zákona o důchodovém pojištění, poskytne pojistitel pojistníkovi pojistné plnění ve výši a za podmínek stanovených v pojistné smlouvě a ve Zvláštních pojistných podmínkách pro pojištění pro případ invalidity. Výše pojistného plnění je však omezena maximálním ročním pojistným pro zproštění od placení pojistného uvedeným v Přehledu.
- ▶ 2) Je-li v pojistné smlouvě sjednáno pojištění pro případ zproštění od placení pojistného a současně pojistníkem zvoleno bonusové pojištění pro případ plné invalidity hlavního pojištěného následkem úrazu se zproštěním od placení pojistného, zproští pojistitel pojistníka povinnosti platit pojistné podle pojištění pro případ zproštění od placení pojistného a bonusové pojištění zanikne dnem, od kterého je pojistník zproštěn povinnosti platit pojistné podle pojištění pro případ zproštění od placení pojistného.
- ▶ 3) Je-li v pojistné smlouvě sjednáno pojištění pro případ zproštění od placení pojistného a současně pojištění pro případ osvobození od placení pojistného podle článku 25 F), pojištění pro případ osvobození od placení pojistného zanikne dnem, od kterého je pojistník zproštěn povinnosti platit pojistné podle článku 9 Zvláštních pojistných podmínek pro pojištění pro případ invalidity.
- ▶ 4) Dojde-li ke snížení běžného pojistného podle článku 9 odst. 4) Zvláštních pojistných podmínek pro pojištění pro případ invalidity, může pojistitel ke dni vzniku práva na zproštění snížit pojistné částky sjednaných pojištění.

F) Pojištění pro případ osvobození od placení pojistného

- ▶ 1) Pojistnou událostí v pojištění pro případ osvobození od placení pojistného je **smrt druhého pojištěného** v důsledku jakéhokoli pojistného nebezpečí.
- ▶ 2) Je-li v pojistné smlouvě sjednáno pojištění pro případ osvobození od placení pojistného, poskytne pojistitel pojistníkovi v případě smrti druhého pojištěného a při splnění podmínek uvedených v tomto článku pojistné plnění ve formě placení běžného pojistného, které je pojistník povinen platit podle pojistné smlouvy (dále jen „**osvobození**“). Výše pojistného plnění je však omezena maximálním ročním pojistným pro osvobození od placení pojistného uvedeným

v Přehledu.

- ▶ 3) Právo na osvobození vznikne prvním dnem pojistného období následujícího po pojistném období, ve kterém druhý pojištěný zemřel, a zanikne posledním dnem pojistné doby pojištění pro případ osvobození od placení pojistného, nejpozději však dnem zániku základního pojištění.
- ▶ 4) Pojištění pro případ osvobození od placení pojistného zanikne nejpozději dnem bezprostředně předcházejícím výročnímu dni počátku pojištění v roce, v němž se pojištěné dítě, které je zároveň hlavním pojištěným, dožije 26 let.
- ▶ 5) Právo na osvobození vznikne pouze za podmínky, že:
 - a) pojistné podle pojistné smlouvy je zapláceno za celou dobu ode dne počátku pojištění až do posledního dne pojistného období, ve kterém druhý pojištěný zemřel,
 - b) ke smrti druhého pojištěného nedošlo v důsledku skutečností, s nimiž je spojeno právo pojistitele pojistné plnění snížit, odmítnout či neposkytnout z důvodu výluky.
- ▶ 6) Je-li v pojistné smlouvě sjednáno pojištění pro případ osvobození a současně i pojištění pro případ zproštění od placení pojistného podle článku 25 E), zanikne pojištění pro případ zproštění od placení pojistného dnem vzniku nároku na osvobození.
- ▶ 7) Vznikne-li právo na osvobození od placení pojistného v nižší částce, než kolik činí aktuální běžné pojistné ke dni vzniku práva na osvobození, sníží pojistitel běžné pojistné k tomuto dni na tuto nižší částku.
- ▶ 8) Dojde-li ke snížení běžného pojistného podle předchozího odstavce, může pojistitel ke dni vzniku práva na osvobození snížit pojistné částky sjednaných pojištění.

G) Pojištění pro případ zajištění zdravotní péče

- ▶ Je-li v pojistné smlouvě sjednáno pojištění pro případ zajištění zdravotní péče, poskytne pojistitel pojistné plnění ve výši a za podmínek stanovených v pojistné smlouvě a ve Zvláštních pojistných podmínkách pro pojištění pro případ zajištění zdravotní péče.

H) Jiná pojištění

- ▶ Je-li v pojistné smlouvě sjednáno jakékoli výše neuvedené pojištění, poskytne pojistitel pojistné plnění ve výši a za podmínek stanovených v pojistné smlouvě a ve zvláštních pojistných podmínkách uvedených v pojistné smlouvě, které se k tomuto pojištění vztahují.

Článek 26

Pojištění, u nichž se zjišťuje příjem pojištěného

- ▶ 1) Příjem pojištěného (dospělé osoby) se zjišťuje v souladu s článkem 15 všeobecných pojistných podmínek pro účely pojištění pro případ:
 - a) tělesného poškození následkem úrazu s pojistným plněním ve formě procentního podílu z pojistné částky nebo ve formě denního odškodného,
 - b) pracovní neschopnosti a pracovní neschopnosti následkem úrazu,
 - c) invalidity a invalidity následkem úrazu s výplatou pojistné částky nebo důchodu, kromě případů, kdy jakékoli z těchto pojištění bylo sjednáno jako pojištění pro případ úrazu při dopravní nehodě.
- ▶ 2) Oznamovací povinnost podle článku 15 odst. 6) všeobecných pojistných podmínek nemá pojištěný, u něhož pojistitel příjem při sjednání pojištění nebo jeho změně nezjišťuje.

Článek 27

Bonusové pojištění

- ▶ 1) Je-li v pojistné smlouvě sjednáno bonusové pojištění pro případ smrti hlavního pojištěného následkem úrazu a hlavní pojištěný zemře následkem úrazu, ke kterému došlo během trvání pojištění, a to nejpozději do 3 let ode dne, kdy k takovému úrazu došlo, poskytne pojistitel obmyšlenému pojistné plnění ve výši dvojnásobku ročního pojistného (24násobku měsíčního pojistného) platného ke dni, kdy došlo k úrazu.
- ▶ 2) Je-li v pojistné smlouvě sjednáno bonusové pojištění pro případ plné invalidity hlavního pojištěného následkem úrazu s jednorázovým pojistným plněním a hlavní pojištěný se následkem úrazu, ke kterému došlo během trvání pojištění, stane invalidním ve třetím stupni podle zákona o důchodovém pojištění, poskytne pojistitel hlavnímu pojištěnému pojistné plnění ve výši čtyřnásobku ročního pojistného (48násobku měsíčního pojistného) platného ke dni, kdy došlo k úrazu.
- ▶ 3) Je-li v pojistné smlouvě sjednáno bonusové pojištění pro případ plné invalidity hlavního pojištěného následkem úrazu se zproštěním od placení pojistného a hlavní pojištěný se následkem úrazu, ke kterému došlo během trvání pojištění, stane invalidním ve třetím stupni podle zákona o důchodovém pojištění (dále též „**plně invalidním**“), poskytne pojistitel pojistné plnění ve formě placení pojistného, které je pojistník povinen platit podle pojistné smlouvy (dále jen „**zproštění**“); pro zproštění platí, že:
 - a) pojistník není povinen platit pojistné od prvního dne pojistného období následujícího po pojistném období, ve kterém se hlavní pojištěný stal plně invalidním,
 - b) zproštění trvá po dobu 4 let ode dne jeho počátku podle předchozího odstavce, maximálně však do konce pojistné doby bonusového pojištění,
 - c) právo na zproštění vznikne pouze za podmínky, že pojistné podle pojistné smlouvy je zapláceno za celou dobu ode dne počátku pojištění až do posledního dne pojistného období, ve kterém se hlavní pojištěný stal plně invalidním,
 - d) pojistitel nebude v průběhu trvání zproštění přezkoumávat zdravotní stav, tj. zda hlavní pojištěný je po dobu trvání zproštění stále invalidním ve třetím stupni.
- ▶ 4) Právo na pojistné plnění z bonusového pojištění nevznikne, pokud příslušná událost nastane v době, kdy je pojištění ve stavu bez placení pojistného.
- ▶ 5) Ostatní parametry a podmínky sjednaného bonusového pojištění neuvedené v tomto článku se řídí příslušným článkem těchto zvláštních pojistných podmínek pro odpovídající rizikové pojištění.

Článek 28

Prémie za bezeškodní průběh

- ▶ 1) Dožije-li se hlavní pojištěný konce základního pojištění a během doby trvání základního pojištění nevznikne žádná pojistná událost z jakéhokoli rizikového pojištění, za kterou pojistitel poskytl pojistné plnění, s výjimkou pojistných událostí z pojištění pro případ zajištění zdravotní péče, zvýší pojistitel pojistné plnění pro případ dožití o prémie za bezeškodní průběh; nárok na tuto prémie vznikne i při výplatě pojistného plnění pro případ dožití přede dnem konce pojištění podle článku 23 odst. 3).
- ▶ 2) Výše prémie za bezeškodní průběh se stanoví jako procento uvedené v Přehledu z celkového rizikového pojistného, které bylo odečteno z účtu pojistníka za celou dobu trvání pojištění (včetně pojistného za předběžné pojištění), s výjimkou rizikového pojistného za pojištění pro případ zajištění zdravotní péče.
- ▶ 3) V případě, že po vyplacení prémie za bezeškodní průběh podle předchozího odstavce se pojistitel dozví o pojistné

události z jakéhokoli rizikového pojištění, za kterou je povinen poskytnout pojistné plnění, s výjimkou pojistné události z pojištění pro případ zajištění zdravotní péče, je hlavní pojištěný povinen vyplacenou prémie za bezeškodní průběh pojistiteli vrátit.

Článek 29

Přehled poplatků a parametrů pojištění

- ▶ 1) Pojistitel může během trvání základního pojištění jednostranně měnit poplatky, rizikové pojistné či parametry pojištění uvedené v Přehledu; rizikové pojistné lze takto měnit pouze v souvislosti se změnou právních předpisů, podstatnou změnou demografických parametrů, ustálené soudní praxe nebo na základě porovnání předpokládaného a skutečného škodního průběhu. Touto změnou není dotčena výše běžného pojistného.
- ▶ 2) Pokud dojde ke změně Přehledu, oznámí to pojistitel pojistníkovi písemně; nová verze Přehledu bude současně dostupná na internetových stránkách pojistitele. Pojistník může pojištění dotčené změnou vypovědět nejpozději do jednoho měsíce od obdržení takového oznámení; příslušné pojištění v tomto případě zanikne ke konci pojistného období po doručení vypovědi pojistiteli.
- ▶ 3) Poplatky, rizikové pojistné či parametry pojištění budou stanoveny podle verze Přehledu, která je aktuální v den, kdy se odečítají z účtu pojistníka, respektive aplikují.

Článek 30

Výklad pojmů

- ▶ Nevyplyvá-li z kontextu jinak, mají následující pojmy v textu těchto zvláštních pojistných podmínek tento význam:
 - a) **akumulovaný dluh** znamená součet rizikového pojistného a poplatků, o které nemohla být snížena hodnota účtu pojistníka podle článku 11 v důsledku jeho nedostatečnosti; akumulovaný dluh je evidován pouze tehdy, je-li kladný,
 - b) **alokační poměr** znamená procentuální poměr, ve kterém se za zaplacené běžné pojistné připisují podílové jednotky pojistníkem zvolených fondů na účet pojistníka; je stanovený v pojistné smlouvě či později jinak dohodnutý mezi pojistníkem a pojistitelem; v případě, že si pojistník zvolí investování prostřednictvím realokačního programu, udává se poměr pro tento program, konkrétní fondy (linie) jsou voleny podle pravidel daného programu,
 - c) **bonusové pojištění** znamená pojištění podle článku 2 odst. 3) sjednané v pojistné smlouvě,
 - d) **den konce základního pojištění** znamená den bezprostředně předcházející výročnímu dni počátku základního pojištění v roce, ve kterém se hlavní pojištěný dožije věku stanoveného v pojistné smlouvě,
 - e) **dítě** znamená fyzickou osobu, která v roce, ve kterém vzniklo pojištění, nedosáhne 18 let a která je jako pojištěné dítě označena v pojistné smlouvě,
 - f) **dospělá osoba** znamená fyzickou osobu, která v roce, ve kterém vzniklo pojištění, dosáhne alespoň 18 let,
 - g) **dožít se stanoveného věku** znamená skutečnost, že se pojištěný dožije 24:00 hodin dne konce pojištění,
 - h) **druhý pojištěný** znamená dospělou osobu, která je jako druhý pojištěný označena v pojistné smlouvě,
 - i) **fond** znamená portfolio investičních instrumentů, které jsou ve vlastnictví pojistitele nebo třetí osoby (například investiční společnosti),
 - j) **Garantovaný fond** znamená fond, u něhož pojistitel garantuje kladný roční růst prodejní ceny podílové jednotky ve výši uvedené v Přehledu,
 - k) **hlavní pojištěný** znamená osobu označenou v pojistné smlouvě jako hlavní pojištěný,
 - l) **hodnota podílových jednotek** znamená částku stanovenou jako součet násobků daného počtu podílových jednotek a jejich příslušné prodejní ceny ke konkrétnímu dni,
 - m) **hodnota účtu pojistníka** znamená částku stanovenou jako

- součet násobků všech podílových jednotek evidovaných na účtu pojistníka a jejich příslušné prodejní ceny ke konkrétnímu dni,
- n) **invalidita** znamená invaliditu příslušného stupně, jak je definována v článku 12 odst. 2) a dále upravena v článku 2 Zvláštních pojistných podmínek pro pojištění pro případ invalidity,
 - o) **mimořádné pojistné** znamená pojistné zaplacené během trvání pojištění nad rámec běžného pojistného sjednaného v pojistné smlouvě,
 - p) **nákupní cena podílové jednotky** znamená cenu, za kterou pojistitel připiše podílovou jednotku na účet pojistníka,
 - q) **oceňovací den** znamená den, ke kterému pojistitel stanovuje aktuální hodnotu nákupní a prodejní ceny podílových jednotek jednotlivých fondů,
 - r) **odkupné** znamená hodnotu pojištění, která je vyplacena v určitých případech zániku pojištění před koncem pojistné doby,
 - s) **počáteční náklady** znamenají náklady pojistitele související s uzavřením pojistné smlouvy (včetně pobídky poskytnuté v souvislosti s uzavřením pojistné smlouvy pojišťovacímu zprostředkovateli), případně související se zvýšením běžného pojistného během trvání pojištění,
 - t) **podílové jednotky** znamenají poměrné části, na které pojistitel dělí jednotlivé fondy za účelem evidence pohledávek a závazků z pojištění a které jsou definovány výhradně pro účely životního pojištění PERSPEKTIVA,
 - u) **pojištění** znamená základní pojištění, riziková pojištění a bonusové pojištění,
 - v) **pojištěný** znamená hlavního pojištěného, druhého pojištěného a pojištěné dítě,
 - w) **poplatky** znamenají poplatky ve výši stanovené v Přehledu, které jsou podle těchto zvláštních pojistných podmínek odečítány z účtu pojistníka, včetně poplatků na úhradu počátečních nákladů, poplatku za vedení účtu pojistníka a dalších jednorázových poplatků uvedených v Přehledu,
 - x) **prodejní cena podílové jednotky** znamená cenu, za kterou pojistitel odepíše podílovou jednotku z účtu pojistníka,
 - y) **Přehled** znamená Přehled poplatků a parametrů pojištění, jehož aktuální verze je uvedena na internetových stránkách pojistitele,
 - z) **realokační program** znamená investiční program definovaný pojistitelem, v jehož rámci dochází k automatické změně fondů (tzv. linií) v souladu s článkem 8 odst. 4),
 - aa) **riziková pojištění** znamenají riziková pojištění, jejichž výčet a podmínky jsou uvedeny v článku 25,
 - bb) **rizikové pojistné** znamená pojistné za pojištění pro případ smrti (v rámci základního pojištění) a pojistné za riziková pojištění ve výši uvedené v Přehledu,
 - cc) **účet pojistníka** znamená individuální účet vedený pojistitelem ke konkrétní pojistné smlouvě, na kterém jsou evidovány podílové jednotky jednotlivých fondů připsané za zaplacené běžné a mimořádné pojistné,
 - dd) **Vkladový fond** znamená fond, do kterého je možné investovat pouze mimořádné (nikoli běžné) pojistné a u něhož pojistitel garantuje, že neklesne prodejní cena podílové jednotky; aktuální roční růst prodejní ceny podílové jednotky je uveden v Přehledu.

Zvláštní pojistné podmínky pro úrazové pojištění

Článek 1

Úvodní ustanovení

- ▶ 1) Toto pojištění se řídí všeobecnými pojistnými podmínkami a těmito zvláštními pojistnými podmínkami. V případě odchýlného ujednání v těchto zvláštních pojistných podmínkách a všeobecných pojistných podmínkách má přednost ujednání v těchto zvláštních pojistných podmínkách.
- ▶ 2) Toto pojištění se sjednává jako pojištění obnosové.

Článek 2

Pojistná událost, pojistná nebezpečí

- ▶ 1) Dojde-li k pojistné události, poskytne pojistitel pojistné plnění v rozsahu a za podmínek stanovených níže.
- ▶ 2) Pojistnou událostí je **úraz** pojištěného, tj. neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly pojištěného nezávisle na jeho vůli, ke kterému došlo během trvání pojištění a kterým byly pojištěnému způsobeny smrt nebo tělesné poškození, pokud tělesné poškození bylo potvrzeno přítomností objektivních příznaků zjištěných při prvním lékařském ošetření.

Článek 3

Rozsah a stanovení výše pojistného plnění

- ▶ 1) Je-li příslušné pojištění sjednáno v pojistné smlouvě, poskytne pojistitel v případě úrazu pojištěného pojistné plnění za:
 - a) tělesné poškození způsobené úrazem,
 - b) trvalé následky úrazu,
 - c) pracovní neschopnost následkem úrazu,
 - d) pobyt v nemocnici následkem úrazu,
 - e) invaliditu následkem úrazu,
 - f) smrt pojištěného následkem úrazu.
- ▶ 2) Výše pojistného plnění podle předchozího odstavce je stanovena v pojistné smlouvě a dále se stanoví podle těchto zvláštních pojistných podmínek a pro pojistná plnění podle odst. 1) písm. a) až c) i podle Oceňovacích tabulek.
- ▶ 3) Pojistné plnění bude poskytnuto pojištěnému s výjimkou pojistného plnění za smrt pojištěného následkem úrazu, které bude poskytnuto obmyšlenému.

Článek 4

Výluky z pojištění

- ▶ 1) Úrazové pojištění se nevztahuje na následující tělesná poškození či jiné újmy na zdraví nebo lékařská vyšetření či zákroky:
 - a) patologické zlomeniny, tj. takové zlomeniny, které vzniknou v důsledku prvotního snížení pevnosti kosti (například vrozené kostní choroby, nádory kosti nebo osteoporóza) a k jejichž vzniku postačuje nižší intenzita působení vnějších sil či vlastní tělesné síly než u zlomeniny traumatické (zlomeniny zdravé kosti),
 - b) zlomeniny patologických výrůstků na kosti (například osteofyty, ostruhy),
 - c) únavové neboli stresové (námahové) zlomeniny, tj. zlomeniny vzniklé z přetížení, nikoli v důsledku pojistného nebezpečí (například pochodová, běžecká zlomenina),
 - d) opakující se vykloubení kloubu způsobené například volným kloubním pouzdem nebo insuficiencí (nedostatečností)

- kloubních vazů, atrofií kloubní hlavice nebo příliš plochou kloubní jamkou,
 - e) poškození svalů, šlach, vazů či kloubů, vzniklo-li takové poškození následkem přetěžování; tato výluka neplatí, pokud poškození vzniklo v důsledku neočekávaného a náhlého působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly pojištěného,
 - f) vznik či zhoršení kýl (hernií), nádorů všech druhů a jakéhokoli původu, bércových vředů, diabetických gangrén, aseptických zánětů pochev šlachových, svalových úponů, tíhových váčků nebo epikondylitid,
 - g) výřez meziobratlové ploténky, ploténkové páteřní syndromy a jiná onemocnění zad – dorzopatie (diagnózy M40 až M54 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí),
 - h) diagnostické, život zachraňující, léčebné nebo preventivní zákroky,
 - i) zákroky, které jsou provedeny na žádost pojištěného a které nejsou z lékařského hlediska nezbytné (například kosmetické zákroky),
 - j) jakoukoli nemoc, včetně infekční nemoci, a to i v případě, že k ní dojde v důsledku úrazu, včetně prvotního projevu obtíží majících původ v degenerativních změnách orgánů a anatomických částí těla, nebo jejího zhoršení,
 - k) poškození vzniklá v důsledku působení imunotoxických látek včetně alergických reakcí.
- ▶ 2) Pojištění pro případ úrazu při dopravní nehodě se nevztahuje na úrazy, k nimž dojde v těchto případech:
 - a) při vědomé trestné činnosti pojištěného,
 - b) pokud pojištěný řídil vozidlo
 - i) bez příslušného řídicího oprávnění; tato výluka neplatí, pokud se pojištěný učil vozidlo řídit nebo skládal zkoušku z řízení vozidla podle příslušných předpisů,
 - ii) a nebyl zdravotně nebo odborně způsobilý k řízení vozidla podle obecně platných právních předpisů,
 - iii) v době, kdy se na něho vztahoval trest zákazu řízení vozidla, případně bylo rozhodnuto o odnětí či pozastavení platnosti jeho řídicího oprávnění.
 - ▶ 3) Vedle výluk z pojištění podle předchozích odstavců se pojištění pro případ úrazu při dopravní nehodě dále nevztahuje na úraz, který pojištěný utrpí
 - a) v době, kdy jako řidič vozidla nebo chodec byl pod vlivem alkoholu, omamné nebo psychotropní látky včetně léků zakázaných při řízení vozidla,
 - b) jako řidič vozidla nebo chodec a odmítl-li se podrobit zkoušce nebo vyšetření na přítomnost alkoholu, návykových látek včetně léků zakázaných při řízení vozidla nebo znemožnil-li svým jednáním průkaznost této zkoušky nebo vyšetření,
 - c) v době, kdy je vozidlo provozováno jako pracovní stroj, například při vyklápění, nakládání nebo manipulaci vozidla s nákladem,
 - d) na místě nebo v části vozidla, které nejsou určeny k dopravě osob,
 - e) při aktivní účasti na závodech všeho druhu a při soutěžích s rychlostní vložkou, jakož i při oficiálních přípravných jízdách k závodům a soutěžím, jsou-li provozovány na pozemních komunikacích,
 - f) ve vozidle, které nespĺňuje podmínky provozu na pozemních komunikacích; tato výluka neplatí v případě, kdy je pojištěný cestujícím v jakémkoli prostředku veřejné hromadné dopravy, nebo v případě, kdy si pojištěný nemohl být vědom možných důsledků plynoucích z jednání řidiče takového dopravního prostředku,
 - g) při jízdě na jízdním kole, pokud nedojde ke srážce s jiným účastníkem nebo překážkou provozu na pozemních komunikacích anebo k nárazu do zařízení pro veřejnou dopravu (včetně dopravních značek) instalovaného podél pozemní komunikace,
 - h) při dopravě lanovkou; tato výluka neplatí, pokud jde o lanovku jezdící po kolejích, která je provozována jako prostředek veřejné hromadné dopravy.

- ▶ 4) Vedle výluk z pojištění podle odst. 1) a 2) se pojištění pro případ pracovní neschopnosti následkem úrazu dále nevztahuje na pracovní neschopnost v době, po kterou:
 - a) pojištěný pobývá v zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie, hráčské nebo jiné závislosti,
 - b) je pojištěný nezaměstnaným s výjimkou prvních 3 měsíců ode dne ukončení zaměstnání nebo ukončení (přerušení) samostatné výdělečné činnosti,
 - c) je pojištěný na mateřské či rodičovské dovolené; to neplatí u OSVČ, která je na mateřské nebo rodičovské dovolené, a přitom vykonává výdělečnou činnost, z níž má zdanitelné příjmy.
- ▶ 5) Pojistitel není povinen pojistné plnění z pojištění pro případ pracovní neschopnosti následkem úrazu poskytnout v případě, že pojistitel nebo příslušný orgán státní správy zjistil porušení léčebného režimu pojištěným.
- ▶ 6) Vedle výluk z pojištění podle odst. 1) a 2) se pojištění pro případ pobytu v nemocnici následkem úrazu dále nevztahuje na pobyt pojištěného v:
 - a) ústavech sociální péče nebo ve zvláštních dětských odborných léčebných zařízeních,
 - b) zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie, hráčské nebo jiné závislosti,
 - c) lázeňských léčebnách, ozdravných a sanatoriích, rehabilitačních zařízeních a ústavech, léčebnách pro dlouhodobě nemocné, hospicích, odděleních následné péče; tato výluka se neuplatní, pokud pobyt v těchto zařízeních časově (nejpozději do 365 dnů) navazuje na předchozí hospitalizaci a je z lékařského hlediska nezbytný za účelem doléčení následků úrazu; pojistné plnění za pobyt v těchto zařízeních pojistitel poskytne z jedné hospitalizace nejvýše za dobu 30 dnů,
 - d) nemocnici nebo jakémkoli jiném zařízení, pokud pojištěný pouze doprovází hospitalizovanou osobu.

Článek 5

Společná ustanovení k pojistnému plnění za tělesné poškození způsobené úrazem a za pracovní neschopnost následkem úrazu

- ▶ 1) Výše pojistného plnění za tělesné poškození způsobené úrazem a za pracovní neschopnost následkem úrazu se stanoví podle oceňovací tabulky označené jako OT pro TP, DO a PN; toto pojistné plnění bude poskytnuto buď ve formě procentního podílu z pojistné částky podle článku 6, nebo ve formě denního odškodného podle článku 7, podle toho, co je sjednáno v pojistné smlouvě. Podmínky pro poskytnutí pojistného plnění za pracovní neschopnost následkem úrazu jsou dále uvedeny v článku 9.
- ▶ 2) V případě tělesného poškození neuvedeného v oceňovací tabulce stanoví pojistitel výši pojistného plnění podle tělesného poškození, které je v oceňovací tabulce uvedeno a je s ním povahou a rozsahem nejvíce srovnatelné.
- ▶ 3) Za infrakce (s výjimkou žeber), fisury, odlomení hran kostí a malých úlomků, za subperiostální zlomeniny a odloučení epifysy (epifyseolysy) plní pojistitel v rozsahu uvedeném v příslušné oceňovací tabulce pro neúplné zlomeniny. Pokud není neúplná zlomenina v oceňovací tabulce uvedena, plní se za ni polovinou hodnocení stanoveného pro úplnou zlomeninu.
- ▶ 4) Pojistné plnění poskytne pojistitel jen tehdy, je-li první ošetření pojištěného provedeno v době, kdy jsou přítomny objektivní příznaky tělesného poškození způsobeného úrazem. Pojistitel si pro účely šetření může od pojištěného vyžádat lékařské zprávy z prvního ošetření a z celé doby léčení jednoznačně specifikující diagnózu, úrazový děj a objektivně zjištěné následky úrazu.
- ▶ 5) Poskytnutí pojistného plnění může být v příslušné oceňovací tabulce vázáno na splnění určité podmínky (například způsob

lечения); není-li taková podmínka splněna, pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění, popřípadě jej poskytne v nižší výši, podle pravidel stanovených v příslušné oceňovací tabulce.

- ▶ 6) Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění za tělesné poškození způsobené úrazem, zemře-li pojištěný na následky tohoto úrazu do 30 dnů ode dne vzniku pojistné události.

Článek 6

Pojistné plnění z pojištění pro případ tělesného poškození ve formě procentního podílu z pojistné částky

- ▶ 1) Pojistné plnění za tělesné poškození způsobené úrazem ve formě **procentního podílu** se stanoví z pojistné částky uvedené pro toto pojištění v pojistné smlouvě, a to jako procentní podíl stanovený pro příslušné tělesné poškození v oceňovací tabulce (OT pro TP, DO a PN).
- ▶ 2) Pokud následkem jednoho úrazu dojde na jedné části těla k více tělesným poškozením, procentní podíly za taková tělesná poškození se nesčítají, ale pojistitel poskytne pojistné plnění pouze za tělesné poškození s nejvyšším procentním podílem.
- ▶ 3) Pokud následkem jednoho úrazu dojde na různých částech těla k více tělesným poškozením, poskytne pojistitel pojistné plnění ve výši součtu procentních podílů za taková tělesná poškození, maximálně však ve výši 100 % pojistné částky uvedené pro toto pojistné plnění v pojistné smlouvě; to neplatí pro chirurgicky ošetřené rány, plošné abraze, popáleniny, poleptání, omrzliny, cizí tělíska a pohmoždění (včetně mnohočetných pohmoždění na různých částech těla), u nichž se vzhledem ke stejnému charakteru poškození procentní podíly nesčítají.
- ▶ 4) Je-li v pojistné smlouvě u tohoto pojištění sjednáno procento, od něhož vzniká právo na pojistné plnění, pojistitel poskytne pojistné plnění pouze tehdy, pokud procentní podíl za alespoň jedno z tělesných poškození stanovený v oceňovací tabulce dosáhne procenta sjednaného v pojistné smlouvě.
- ▶ 5) Pro vyloučení pochybností se uvádí, že dojde-li v době léčení tělesného poškození k dalšímu úrazu pojištěného, je takový úraz novou pojistnou událostí a pojistitel poskytne za tělesné poškození způsobené novým úrazem pojistné plnění nezávisle na pojistném plnění za tělesné poškození způsobené předchozím úrazem.

Článek 7

Pojistné plnění z pojištění pro případ tělesného poškození ve formě denního odškodného

- ▶ 1) Pojistné plnění za tělesné poškození způsobené úrazem ve formě **denního odškodného** se stanoví jako součin počtu dnů léčení tělesného poškození, maximálně však počtu dnů stanovených pro příslušné tělesné poškození v oceňovací tabulce (OT pro TP, DO a PN), a částky denního odškodného uvedené v pojistné smlouvě; pojistitel však poskytne pojistné plnění maximálně za 365 dnů.
- ▶ 2) Pokud následkem jednoho úrazu dojde k více tělesným poškozením, počty dnů za taková tělesná poškození se nesčítají, ale pojistitel poskytne pojistné plnění pouze za to tělesné poškození, pro které je v oceňovací tabulce stanoven nejvyšší počet dnů.
- ▶ 3) Pojistné plnění bude poskytnuto pouze za podmínky, že doba léčení a současně maximální počet dnů stanovený pro tělesné poškození v oceňovací tabulce přesáhnou karenční dobu uvedenou v pojistné smlouvě, která běží ode dne počátku doby léčení; v takovém případě pojistitel poskytne pojistné plnění od prvního dne doby léčení.
- ▶ 4) Pojistné plnění bude poskytnuto až po ukončení léčení

tělesného poškození nebo po uplynutí maximálního počtu dnů stanoveného pro příslušné tělesné poškození v oceňovací tabulce, podle toho, co nastane dříve. Pokud léčení tělesného poškození trvá déle než 2 měsíce, může pojistitel pojištěnému na základě jeho žádosti v písemné formě poskytnout průměrnou zálohu na pojistné plnění.

- ▶ 5) Pojistné plnění bude za dobu po zániku tohoto pojištění poskytnuto pouze v případě jeho zániku uplynutím pojistné doby.
- ▶ 6) Dojde-li v době léčení tělesného poškození k dalšímu úrazu pojištěného a doby léčení obou úrazů se překrývají, započítávají se do celkové doby léčení překrývající se dny souběžného léčení několika tělesných poškození jen jednou.
- ▶ 7) Poruší-li pojištěný při léčení tělesného poškození léčebný režim stanovený lékařem, bude mu pojistné plnění poskytnuto pouze za dobu léčení, po kterou byl léčebný režim dodržen (například pokud by pojištěný sportovec zahájil výkon sportovní činnosti ještě před ukončením léčení tělesného poškození tím, že se účastní zápasu, soutěže nebo tréninku, bude mu vyplaceno pojistné plnění odpovídající pouze době léčení do zahájení sportovní činnosti), a to i v případě, že lékařem potvrzená doba léčby takového tělesného poškození nadále trvá. Jakékoli pojistné plnění (nebo jeho část) poskytnuté v rozporu s tímto odstavcem je pojištěný povinen pojistiteli bez zbytečného odkladu vrátit.

Článek 8

Pojistné plnění z pojištění pro případ trvalých následků úrazu

- ▶ 1) Zanechá-li úraz pojištěnému nejpozději do 3 let některý z trvalých následků uvedený v „Oceňovací tabulce trvalých následků úrazu“ (dále též „OT pro TN“), pojistitel ohodnotí jednotlivé trvalé následky příslušným procentem podle této oceňovací tabulky a pojistné plnění vyplatí jako procentní podíl z pojistné částky uvedené pro toto pojištění v pojistné smlouvě. Toto procento ohodnocení trvalých následků musí odpovídat rozsahu trvalých následků úrazu po jejich ustálení, k němuž dochází zpravidla do 2 let ode dne úrazu s výjimkou případů, kdy je rozsah trvalého tělesného poškození jednoznačně zřejmý před uplynutím této doby. Pojistitel může ohodnocení trvalých následků posunout až ke 3 letům ode dne úrazu, a to vzhledem k charakteru tělesného poškození způsobeného úrazem a možnostem další léčby. Pokud se však trvalé následky neustálí ani do 3 let ode dne úrazu, pak se ohodnotí podle jejich stavu bezprostředně po uplynutí této lhůty. Je-li příslušný trvalý následek v OT pro TN ohodnocen procentním rozpětím, určí pojistitel příslušné procento trvalého tělesného poškození tak, aby v rámci daného rozpětí odpovídalo povaze a rozsahu trvalého tělesného poškození způsobeného úrazem.
- ▶ 2) Pojistné plnění bude poskytnuto pouze za podmínky, že ohodnocení trvalých následků úrazu dosáhne alespoň procenta pro vznik práva na pojistné plnění za trvalé následky úrazu uvedeného v pojistné smlouvě.
- ▶ 3) Je-li v pojistné smlouvě sjednáno progresivní pojistné plnění, zvyšuje se procento ohodnocení trvalých následků úrazu stanovené podle OT pro TN podle „Tabulky progresivního pojistného plnění za trvalé následky úrazu“, která je součástí OT pro TN, a to v závislosti na tom, jaká varianta progresivního pojistného plnění byla v pojistné smlouvě sjednána.
- ▶ 4) Rozsah trvalých následků úrazu zpravidla ohodnotí smluvní lékař pojistitele z příslušného oboru medicíny, a to na základě prohlídky pojištěného a podle OT pro TN. Konečné ohodnocení trvalých následků úrazu následně stanoví pojistitel po případné konzultaci se svým posudkovým lékařem.
- ▶ 5) Pokud jeden úraz zanechá pojištěnému více trvalých následků na různých částech těla, pojistitel stanoví celkové ohodnocení trvalých následků úrazu jako součet jejich procentního ohodnocení podle OT pro TN, maximálně však 100 %.

- ▶ 6) Pokud následkem jednoho úrazu či více úrazů vznikne více trvalých následků na jedné části těla (jedné končetině, orgánu nebo jejich části), stanoví pojistitel celkové ohodnocení trvalých následků úrazu při zohlednění všech takovýchto následků, maximálně však do výše procentního hodnocení stanoveného v OT pro TN pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušné končetiny či její části nebo orgánu.
- ▶ 7) V případě omezení rozsahu pohybu kloubu oproti jeho fyziologickému rozsahu se zkoumá stupeň takového omezení s tím, že jako lehký stupeň se hodnotí omezení hybnosti kloubu do 33 %, jako střední stupeň do 66 % a jako těžký stupeň nad 66 % odchylky od fyziologického rozsahu pohybu ve všech rovinách. U končetin se fyziologický rozsah pohybu stanoví jako rozsah pohybu zdravé (horní nebo dolní) končetiny.
- ▶ 8) Pojistné plnění nebude poskytnuto za trvalé poškození části těla nebo orgánu, které existovalo již před úrazem, tj. od celkového ohodnocení trvalých následků úrazu pojistitel odečte procentní ohodnocení tohoto již dříve existujícího trvalého tělesného poškození stanoveného podle OT pro TN.
- ▶ 9) Nejsou-li trvalé následky úrazu v době, kdy je pojištěný písemně oznámí pojistiteli, ještě ustáleny, ale bude alespoň zřejmý jejich minimální rozsah, může pojistitel pojištěnému vyplatit průměrnou zálohu na pojistné plnění; zálohu lze rovněž poskytnout kdykoli do doby konečného ohodnocení trvalých následků na základě předloženého oznámení pojistné události nebo písemné žádosti pojištěného. V případě vyplacení zálohy na pojistné plnění provede pojistitel konečné ohodnocení trvalých následků ke 3 letům od úrazu.

Článek 9

Pojistné plnění z pojištění pro případ pracovní neschopnosti následkem úrazu

- ▶ 1) Pracovní neschopnost znamená stav pojištěného, který odpovídá dočasné pracovní neschopnosti podle zákona o nemocenském pojištění nebo obdobného zákona platného v zahraničí, potvrzený příslušným lékařem na formuláři vystaveném podle uvedeného zákona (u pojištěných, kteří jsou účastníky nemocenského pojištění) nebo na formuláři pojistitele (u pojištěných, kteří nejsou účastníky nemocenského pojištění).
- ▶ 2) Za pojištěného se pro účely tohoto pojištění považuje:
 - a) osoba, která
 - i) pobírá příjmy z pracovněprávního, služebního nebo členského poměru (s výjimkou Dohody o provedení práce), v nichž při výkonu práce pro plátce příjmu je povinná dbát příkazů plátce (zaměstnanec) a zároveň
 - ii) se účastní na nemocenském pojištění,
 - b) osoba samostatně výdělečně činná (OSVČ) se zdanitelnými příjmy, která nepřerušila nebo neukončila výdělečnou činnost.
- ▶ 3) Pojistné plnění za pracovní neschopnost následkem úrazu se stanoví jako součin počtu dnů pracovní neschopnosti podle následujícího odstavce a pojistné částky uvedené pro toto pojištění v pojistné smlouvě.
- ▶ 4) Doba pracovní neschopnosti, za kterou pojistitel poskytne pojistné plnění, počíná dnem, který lékař stanovil jako její počátek, a končí dnem, kdy je pracovní neschopnost pojištěného z rozhodnutí lékaře ukončena, nejpozději však posledním dnem maximální doby pracovní neschopnosti podle příslušné oceňovací tabulky; pojistitel však poskytne pojistné plnění za všechny pracovní neschopnosti následkem jednoho úrazu maximálně za 365 dnů. Uvedená časová omezení platí i v případě, že pracovní neschopnost byla uznána pro více následků úrazu.
- ▶ 5) Pojistné plnění bude poskytnuto pouze za podmínky, že

pojištěný je práce neschopen následkem úrazu a po dobu pracovní neschopnosti podle předchozího odstavce nevykonává žádnou výdělečnou činnost.

- ▶ 6) Pokud následkem jednoho úrazu dojde k více tělesným poškozením, počty dnů pracovní neschopnosti za taková tělesná poškození se nesčítají, ale pojistitel poskytne pojistné plnění pouze za tělesné poškození s nejvyšším počtem dnů podle příslušné oceňovací tabulky.
- ▶ 7) Pojistné plnění bude poskytnuto pouze za podmínky, že doba pracovní neschopnosti a současně maximální počet dnů stanovený pro příslušné tělesné poškození v oceňovací tabulce přesáhne karenční dobu uvedenou v pojistné smlouvě, která běží ode dne počátku pracovní neschopnosti; v takovém případě pojistitel poskytne pojistné plnění od prvního dne pracovní neschopnosti. Tato podmínka musí být splněna ve vztahu ke každé pracovní neschopnosti, a to i v případě, že vzniknou následkem jednoho úrazu. Pokud je však pojištěný v den následující po ukončení jedné pracovní neschopnosti znovu uznán práce neschopným a tato pracovní neschopnost vznikla v důsledku stejného úrazu, považuje se tato pracovní neschopnost za pokračování předcházející pracovní neschopnosti.
- ▶ 8) Pojistné plnění bude poskytnuto až po ukončení pracovní neschopnosti nebo po uplynutí maximální doby pracovní neschopnosti podle příslušné oceňovací tabulky, podle toho, co nastane dříve. Pokud však pracovní neschopnost trvá déle než 2 měsíce, může pojistitel pojištěnému na základě jeho žádosti v písemné formě poskytnout přiměřenou zálohu na pojistné plnění.
- ▶ 9) Pojistné plnění bude za dobu po zániku tohoto pojištění poskytnuto pouze v případě jeho zániku uplynutím pojistné doby.

Článek 10

Zánik pojištění pro případ pracovní neschopnosti následkem úrazu

- ▶ Vedle případů zániku pojištění podle všeobecných pojistných podmínek a Zvláštních pojistných podmínek pro životní pojištění PERSPEKTIVA toto pojištění dále zaniká:
 - a) posledním dnem pojistného období, ve kterém byl pojistitel informován, že se pojištěný stal nezaměstnaným, včetně případů, kdy se tak stane z důvodu mateřské nebo rodičovské dovolené zaměstnance; pojištění takto zanikne pouze v případě, že pojištěný je stále nezaměstnaným i ke dni, kdy byl pojistitel o této skutečnosti informován,
 - b) posledním dnem pojistného období, ve kterém bylo pojištěnému vydáno rozhodnutí příslušného orgánu státní správy o invaliditě třetího stupně podle platného zákona o důchodovém pojištění, nebo ve kterém pojištěný pojistiteli prokáže, že mu byl přiznán starobní důchod, s výjimkou případu, kdy po přiznání starobního důchodu nadále vykonává výdělečnou činnost, která zakládá účast na nemocenském pojištění, nebo z níž mu plynou zdanitelné příjmy.

Článek 11

Pojistné plnění z pojištění pro případ pobytu v nemocnici následkem úrazu

- ▶ 1) Pobyt v nemocnici znamená pobyt pojištěného na lůžkovém oddělení nemocnice, pokud pojištěný musí být ošetřen nebo léčen v nemocnici vzhledem k závažnosti úrazu nebo charakteru jeho ošetření, vyšetření či léčení (dále též „**hospitalizace**“). Jednou hospitalizací se rozumí nepřetržitý pobyt v nemocnici.
- ▶ 2) Pojistné plnění z tohoto pojištění se stanoví tak, že se pojistná částka vynásobí upraveným počtem dnů hospitalizace. Upravený počet dnů hospitalizace pojistitel stanoví tak, že každý den hospitalizace vynásobí koeficientem navýšení podle následující tabulky a sečte dohromady.

Trvání hospitalizace	Koeficient navýšení
prvních 30 dnů	1
31.–90. den	1,5
91. a každý další den	2

- ▶ 3) Za den pobytu v nemocnici se považuje každá půlnoc, po kterou je pojištěný hospitalizovaný. Pojistitel však poskytne pojistné plnění za pobyt v nemocnici následkem jednoho úrazu pouze za dobu, po kterou je taková hospitalizace z lékařského hlediska nezbytná, a to i pokud je skutečná doba hospitalizace delší, maximálně však za 1 000 dnů.
- ▶ 4) Pojistné plnění bude poskytnuto až po ukončení hospitalizace, popřípadě poté, co tato hospitalizace přestane být z lékařského hlediska nezbytná. Pokud však hospitalizace trvá déle než 2 měsíce, může pojistitel pojištěnému na základě jeho žádosti v písemné formě poskytnout přiměřenou zálohu na pojistné plnění.
- ▶ 5) Pojistné plnění bude za dobu po zániku tohoto pojištění poskytnuto pouze v případě jeho zániku uplynutím pojistné doby.

Článek 12

Pojistné plnění z pojištění pro případ invalidity následkem úrazu s výplatou pojistné částky

- ▶ 1) Invalidita znamená pokles schopnosti pojištěného vykonávat výdělečnou činnost z důvodu jeho dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, který vznikl výlučně v důsledku úrazu bez vlivu předchozích onemocnění, a pro účely tohoto pojištění je označována jako invalidita I. stupně, II. stupně nebo III. stupně. Invalidita I. stupně znamená invaliditu, která odpovídá invaliditě prvního stupně podle zákona o důchodovém pojištění. Invalidita II. stupně znamená invaliditu, která odpovídá invaliditě druhého stupně podle zákona o důchodovém pojištění. Invalidita III. stupně (též **plná invalidita**) znamená invaliditu, která odpovídá invaliditě třetího stupně podle zákona o důchodovém pojištění.
- ▶ 2) Za **den vzniku** invalidity se považuje den uvedený v rozhodnutí příslušného orgánu státní správy, od kterého je pojištěný uznán invalidním podle zákona o důchodovém pojištění.
- ▶ 3) Za **den zániku** invalidity se považuje den uvedený v rozhodnutí příslušného orgánu státní správy, ke kterému byl pojištěnému snížen stupeň invalidity nebo ke kterému již přestal být invalidním.
- ▶ 4) Pojištění pro případ invalidity následkem úrazu s výplatou pojistné částky lze sjednat buď s konstantní pojistnou částkou, nebo s lineárně klesající pojistnou částkou.
- ▶ 5) Podle toho, co je sjednáno v pojistné smlouvě, je pojistným plněním z:
 - a) pojištění pro případ invalidity III. stupně:
 - i) pojistná částka nebo
 - ii) dvojnásobek pojistné částky, pokud zdravotní stav pojištěného ke dni vzniku invalidity III. stupně současně odpovídá snížené soběstačnosti podle článku 18 odst. 2) písm. k),
 - iii) důchod,
 - b) pojištění pro případ invalidity II. nebo III. stupně:
 - i) pojistná částka, pokud jde o invaliditu alespoň II. stupně,
 - ii) pojistná částka, pokud jde o invaliditu III. stupně, snížená o jakékoli případné pojistné plnění stanovené z tohoto pojištění v souvislosti s invaliditou II. stupně,
 - iii) dvojnásobek pojistné částky, pokud zdravotní stav pojištěného ke dni vzniku invalidity III. stupně současně odpovídá snížené soběstačnosti podle článku 18 odst. 2) písm. k),

- c) pojištění pro případ invalidity I., II. nebo III. stupně:
 - i) 25 % pojistné částky, pokud jde o invaliditu I. stupně,
 - ii) pojistná částka, pokud jde o invaliditu II. stupně,
 - iii) pojistná částka, pokud jde o invaliditu III. stupně, snížená o jakékoli případné pojistné plnění stanovené z tohoto pojištění v souvislosti s invaliditou II. stupně,
 - iv) dvojnásobek pojistné částky, pokud zdravotní stav pojištěného ke dni vzniku invalidity III. stupně současně odpovídá snížené soběstačnosti podle článku 18 odst. 2) písm. k).
- ▶ 6) Pojistitel poskytne pojistné plnění v jedné částce poté, co mu bude prokázáno, že je pojištěný invalidním následkem úrazu v příslušném stupni invalidity.

Článek 13

Pojistné plnění z pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu s výplatou důchodu

- ▶ 1) Pojistným plněním z pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu s výplatou důchodu je důchod ve výši uvedené v pojistné smlouvě.
- ▶ 2) Pojistitel bude každý měsíc vyplácet částku ve výši jedné dvanáctiny důchodu podle předchozího odstavce, a to počínaje prvním dnem kalendářního měsíce následujícího po měsíci, ve kterém se pojištěný stane invalidním, do posledního dne kalendářního měsíce, ve kterém pojištěný přestane být invalidním, nebo do posledního dne pojistné doby tohoto pojištění, podle toho, co nastane dříve.

Článek 14

Zánik pojištění pro případ invalidity následkem úrazu

- ▶ Vedle způsobů zániku pojištění podle všeobecných pojistných podmínek a Zvláštních pojistných podmínek pro životní pojištění PERSPEKTIVA toto pojištění dále zaniká:
 - a) dnem vzniku pojistné události v důsledku invalidity III. stupně; tím však nejsou dotčeny povinnosti pojištěného související s takovou pojistnou událostí ani povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění v souvislosti s takovou pojistnou událostí,
 - b) dnem vzniku invalidity druhého stupně podle zákona o důchodovém pojištění, pokud pojistitel za invaliditu II. stupně poskytl pojistné plnění,
 - c) dnem vzniku invalidity třetího stupně podle zákona o důchodovém pojištění, pokud pojistitel za invaliditu neposkytl pojistné plnění,
 - d) posledním dnem pojistného období, ve kterém pojištěný prokáže pojistiteli, že mu byl přiznán starobní důchod podle zákona o důchodovém pojištění.

Článek 15

Pojistné plnění z pojištění pro případ smrti následkem úrazu

- ▶ 1) Pojistným plněním za smrt následkem úrazu je pojistná částka uvedená pro toto pojištění v pojistné smlouvě.
- ▶ 2) Pojistné plnění bude poskytnuto pouze za podmínky, že pojištěný na následky úrazu zemře do 3 let ode dne, kdy k takovému úrazu došlo, bez ohledu na to, zda dosud trvalo toto pojištění.

Článek 16

Pojistné plnění z pojištění pro případ úrazu při dopravní nehodě

- ▶ 1) Dojde-li k úrazu pojištěného při dopravní nehodě, pojistitel poskytne pojistné plnění za takový úraz při splnění všech těchto podmínek:
 - a) pojištěný je ošetřen zdravotnickou záchrannou službou na místě takové dopravní nehody nebo nejpozději do 24 hodin po nehodě ve zdravotnickém zařízení,

- b) ošetření pojištěného bude pojistiteli doložena lékařská zpráva, v níž jsou popsány objektivní příznaky poranění a
- c) pojistiteli bude doložen záznam policie nebo jiného příslušného státního orgánu, který je pověřen šetřením těchto nehod, o výsledku šetření provedeného neprodleně na místě dopravní nehody ve smyslu příslušného zákona (nikoli záznam dodatečně sepsaný například na služebně policie).

- ▶ 2) Pojistné plnění z pojištění pro případ úrazu při dopravní nehodě se stanoví podle článků 5 až 9, 11, 12 a 15, a to podle toho, co je sjednáno v pojistné smlouvě.

Článek 17

Povinnosti pojistníka a pojištěného

- ▶ 1) Pojištěný je povinen oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu veškeré změny své výdělečné, sportovní nebo jiné zájmové činnosti.
- ▶ 2) Dojde-li u pojištěného ke změnám podle předchozího odstavce, může pojistitel odpovídajícím způsobem změnit zařazení pojištěného do rizikové skupiny, čímž může dojít ke změně pojistného.
- ▶ 3) Nesplní-li pojistník nebo pojištěný povinnost podle odst. 1), může pojistitel snížit pojistné plnění v poměru výše pojistného, které bylo placeno, k výši pojistného, které mělo být placeno.
- ▶ 4) Pojistník nebo pojištěný je povinen oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu změnu zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti pojištěného, včetně skutečnosti, že se pojištěný stal nezaměstnaným nebo invalidním podle zákona o důchodovém pojištění.
- ▶ 5) Pojištěný, který uplatní právo na pojistné plnění za pracovní neschopnost následkem úrazu, je povinen zajistit potvrzení lékaře o délce dočasné pracovní neschopnosti na formuláři uvedeném v článku 9 odst. 1).

Článek 18

Výklad pojmů

- ▶ 1) Definice pojmů uvedené ve všeobecných pojistných podmínkách a ve Zvláštních pojistných podmínkách pro životní pojištění PERSPEKTIVA platí i v těchto zvláštních pojistných podmínkách, není-li níže uvedeno či nevyplývá-li z kontextu jinak.
- ▶ 2) Nevyplývá-li z kontextu jinak, mají následující pojmy v textu těchto zvláštních pojistných podmínek následující význam:
 - a) **část těla** znamená oblast lidského těla, která byla postižena úrazem, například hlava, hrudník, břicho, páteř, horní končetina nebo dolní končetina,
 - b) **doba léčení** nebo též **počet dnů léčení** znamená dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem podle zpráv odborného lékaře, který s obvyklou pravidelnou frekvencí provádí adekvátní a nezbytné léčebné postupy a terapie, které jsou z odborného hlediska nutné ke zlepšení zdravotního stavu pojištěného; do doby nezbytného léčení není pojistitel povinen zahrnout občasná následné kontrolní prohlídky ani dobu rehabilitace, která nebyla předepsána lékařem, provedena ve zdravotnickém zařízení a hrazena zdravotní pojišťovnou. Rehabilitaci lze zahrnout do doby nezbytného léčení jen tehdy, je-li zdokumentována záznamy z doby jejího provádění, které popisují terapii a přiměřenou progresi léčby, a jde-li o fyzikální terapii prováděnou s obvyklou frekvencí odborným pracovníkem (fyzioterapeutem) nebo o úkony směřující k obnově objektivně měřitelných veličin (jako např. rozsahu pohybu a svalové síly); za nezbytné léčení se nepovažuje doba léčení, která je vyvolána (prodloužena) dřívějším poraněním či onemocněním části těla, která byla postižena daným úrazem,

- c) **dopravní nehoda** znamená událost v provozu na pozemních komunikacích, například havárii nebo srážku vozidla, která se stala nebo byla započata na pozemní komunikaci, a dále nehodu při veřejné hromadné dopravě na železnici, vodních tocích a v letadlech,
- d) **lékař** znamená příslušného praktického nebo odborného lékaře, který disponuje potřebnými licencemi (osoba, která je oprávněná ve smyslu všeobecně závazných právních předpisů poskytovat zdravotní služby) a který není pojistníkem, pojištěným, oprávněnou osobou nebo jejich osobou blízkou,
- e) **návykové látky** znamenají omamné látky, psychotropní látky a ostatní látky způsobivé nepříznivě ovlivnit psychiku člověka či jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování,
- f) **nemoc** znamená podle obecně uznávaného stavu lékařské vědy tělesnou nebo duševní poruchu zdravotního stavu pojištěného,
- g) **nemocnice** znamená poskytovatele lůžkové péče, který poskytuje základní a specializovanou diagnostickou a léčebnou péči na lůžkách akutní nebo neodkladné péče za účelem vyšetření, diagnostiky, ošetření nebo léčení pojištěného,
- h) **nezaměstnaný** znamená osobu bez zdanitelných příjmů nebo osobu výdělečně činnou (zaměstnanec nebo OSVČ), která přerušila nebo ukončila výdělečnou činnost, nebo která nemá z takovéto činnosti pravidelný příjem (například vykonává výdělečnou činnost pouze na základě Dohody o provedení práce), přestože její výkon neukončila či nepřerušila nebo osobu, která je vedena v evidenci uchazečů o zaměstnání na příslušném úřadu práce,
- i) **překážka provozu na pozemních komunikacích** znamená vše, co by mohlo ohrozit bezpečnost nebo plynulost provozu na pozemních komunikacích, například náklad, materiál nebo jiné předměty, vozidlo ponechané na pozemní komunikaci nebo závady ve sjízdnosti pozemní komunikace,
- j) **riziková skupina** znamená soubor činností pojištěného (pracovních, zájmových a sportovních) se srovnatelným rizikem úrazu,
- k) **snížená soběstačnost** znamená takový dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá déle než jeden rok a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládnutí základních životních potřeb. Za dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav se považuje tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované zdravotní postižení, jehož dopady činí pojištěného závislým na pomoci jiné osoby (nemusí však být podmíněn konkrétní diagnózou). Snížená soběstačnost musí být prokázána odborným vyšetřením včetně všech relevantních (laboratorních, klinických a jiných) nálezů a doložena příslušným rozhodnutím posudkového orgánu státní správy o **II., III. nebo IV. stupni** závislosti podle zákona číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a odbornými lékařskými zprávami, na základě kterých bylo toto rozhodnutí vydáno,
- l) **tělesné poškození** znamená poškození části těla, orgánu nebo údu v důsledku úrazu, bez ohledu na to, zda toto poškození zanechá nebo nezanechá trvalé následky,
- m) **trvalé následky úrazu** znamenají v čase neměnné poškození zdraví pojištěného následkem úrazu, které je prokázáno objektivním nálezem a zhodnoceno příslušným odborným lékařem,
- n) **účastník provozu na pozemních komunikacích** znamená osobu, která se přímým způsobem účastní provozu na pozemních komunikacích, například řidič vozidla, spolujezdec, chodec nebo cyklista,
- o) **úraz** znamená neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly pojištěného nezávisle na jeho vůli, ke kterému došlo během trvání pojištění a kterým byly pojištěnému způsobeny smrt nebo tělesné poškození, pokud tělesné poškození bylo potvrzeno přítomností objektivních příznaků zjištěných při prvním lékařském ošetření,
- p) **veřejná hromadná doprava** znamená dopravu osob

- hromadnými dopravními prostředky provozovanou na pravidelných linkách podle jízdních řádů,
- q) **vozidlo** znamená motorové vozidlo, nemotorové vozidlo nebo tramvaj; motorové vozidlo znamená nekolejové vozidlo poháněné vlastní pohonnou jednotkou a trolejbus, nemotorové vozidlo znamená vozidlo pohybující se pomocí lidské nebo zvířecí síly, například jízdní kolo, ruční vozík nebo potahové vozidlo,
- r) **zákon o důchodovém pojištění** znamená zákon číslo 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů,
- s) **zákon o nemocenském pojištění** znamená zákon číslo 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění pro případ nemoci

Část 1 – Společná ustanovení

Článek 1

Úvodní ustanovení

- ▶ 1) Toto pojištění se řídí všeobecnými pojistnými podmínkami a těmito zvláštními pojistnými podmínkami. V případě odchýlného ujednání v těchto zvláštních pojistných podmínkách a všeobecných pojistných podmínkách má přednost ujednání v těchto zvláštních pojistných podmínkách.
- ▶ 2) Toto pojištění se sjednává jako obnosové.

Článek 2

Pojistná událost, pojistná nebezpečí

- ▶ Toto pojištění se vztahuje na pojistné události uvedené v částech 2 až 6, které vzniknou během trvání pojištění v důsledku následujících pojistných nebezpečí, ke kterým dojde během trvání pojištění:
 - a) nemoc,
 - b) úraz,
 - c) jiná skutečnost související se zdravotním nebo osobním stavem pojištěného uvedená v pojistné smlouvě.

Článek 3

Čekací doba

- ▶ 1) Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění za pojistné události, ke kterým dojde v čekací době; čekací doba počíná běžet ode dne počátku pojištění a činí:
 - a) 2 měsíce u pojištění pro případ pracovní neschopnosti, pojištění pro případ pobytu v nemocnici a pojištění pro případ ošetřování dítěte, s výjimkou případů uvedených dále pod písm. c) a d),
 - b) 2 měsíce u pojištění pro případ vážných onemocnění, s výjimkou případů uvedených dále pod písm. d),
 - c) 6 měsíců u pojištění pro případ péče o zdravotně postižené dítě a pojištění pro případ pobytu v nemocnici, pokud jde o hospitalizaci z důvodu ošetření zubů, zhotovení zubních náhrad nebo provedení úkonů čelistní ortopedie, čelistní chirurgie anebo ortopedických náhrad,
 - d) 8 měsíců u pojištění pro případ pracovní neschopnosti, pojištění pro případ pobytu v nemocnici a pojištění pro případ vážných onemocnění, pokud jde o stavy a komplikace v souvislosti s těhotenstvím a porodem.
- ▶ 2) Čekací doba se však nevztahuje na pojistné události, ke kterým došlo následkem úrazu.

Článek 4

Oprávněná osoba

- ▶ Pojistné plnění bude poskytnuto pojištěnému s výjimkou pojistného plnění z pojištění pro případ vážných onemocnění za úmrtí rodičky při porodu ve variantě pojištění PRO NI, kdy pojistné plnění náleží obmyšlenému.

Část 2 – Pojištění pro případ pracovní neschopnosti

Článek 5

Pojistná událost

- ▶ 1) Pojistnou událostí je **pracovní neschopnost** pojištěného, což je stav pojištěného, který odpovídá dočasné pracovní neschopnosti podle zákona o nemocenském pojištění nebo obdobného zákona platného v zahraničí, potvrzený příslušným lékařem na formuláři vystaveném podle uvedeného zákona (u pojištěných, kteří jsou účastníky nemocenského pojištění) nebo na formuláři pojistitele (u pojištěných, kteří nejsou účastníky nemocenského pojištění).
- ▶ 2) Jednou pojistnou událostí je nepřetržitá pracovní neschopnost, a to bez ohledu na případnou změnu diagnózy během trvání pracovní neschopnosti. Pokud je pojištěný v den následující po ukončení jedné pracovní neschopnosti znovu uznán práce neschopným a tato pracovní neschopnost vznikla v důsledku stejné nemoci či úrazu, považuje se tato pracovní neschopnost za pokračování předcházející pracovní neschopnosti.
- ▶ 3) Za pojištěného se pro účely tohoto pojištění považuje:
 - a) osoba, která
 - i) pobírá příjmy z pracovněprávního, služebního nebo členského poměru (s výjimkou Dohody o provedení práce), v nichž při výkonu práce pro plátce příjmu je povinna dbát příkazů plátce (zaměstnanec) a zároveň
 - ii) se účastní na nemocenském pojištění,
 - b) osoba samostatně výdělečně činná (OSVČ) se zdanitelnými příjmy, která nepřerušila nebo neukončila výdělečnou činnost.
- ▶ 4) Délku dočasné pracovní neschopnosti z důvodu nemoci posuzuje pojistitel na základě lékařských zpráv o průběhu souvislého léčení. Pokud je pracovní neschopnost delší, než je obvyklá doba léčení příslušné diagnózy (standard léčení), a není-li v lékařské dokumentaci uvedeno dostatečné odborné odůvodnění, může pojistitel ve spolupráci se svým posudkovým lékařem délku pracovní neschopnosti přehodnotit.

Článek 6

Pojistné plnění

- ▶ 1) Pojistné plnění z tohoto pojištění se stanoví jako součin počtu dnů pracovní neschopnosti podle následujícího odstavce po odečtení příslušné karenční doby a pojistné částky uvedené pro toto pojištění v pojistné smlouvě.
- ▶ 2) Doba pracovní neschopnosti, za kterou pojistitel poskytne pojistné plnění, počíná dnem, který lékař stanovil jako její počátek, a končí dnem, kdy je pracovní neschopnost pojištěného z rozhodnutí lékaře ukončena, nejpozději však posledním dnem maximální doby pracovní neschopnosti podle příslušné oceňovací tabulky; pojistitel poskytne pojistné plnění pojištěnému, který je zaměstnancem, nebo OSVČ, která se účastní na nemocenském pojištění, bez omezení, a OSVČ, která se neúčastní na nemocenském pojištění, maximálně za 548 dnů. Uvedená časová omezení platí i v případě, že pracovní neschopnost byla uznána pro více následků úrazu či pro více nemocí.
- ▶ 3) Za pracovní neschopnost vystavenou v souvislosti s rizikovým těhotenstvím nebo stavy a komplikacemi souvisejícími s těhotenstvím, porodem a dále za z lékařského hlediska nezbytné umělé přerušování těhotenství nebo potrat poskytne pojistitel pojistné plnění nejvýše za 30 dnů pro každé těhotenství.
- ▶ 4) Pojistitel poskytne pojistné plnění i za pracovní neschopnost vystavenou pro trvalou organickou duševní poruchu (diagnózy F00 až F09 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí) a pro diagnózu F20 - schizofrenie, pokud nebyly vyvolány

vlastním chováním pojištěného spočívajícím v opakovaném nadměrném požívání alkoholu, zneužívání léků, aplikaci návykových látek nebo přípravků tyto látky obsahující, úmyslném sebepoškození nebo pokusu o sebevraždu. Každá z uvedených diagnóz musí být potvrzena lékařem specialistou v oboru psychiatrie včetně neurologického nálezu a nálezu provedených CT vyšetření hlavy a vyšetření mozku magnetickou rezonancí.

- ▶ 5) Pojistné plnění bude poskytnuto pouze za podmínky, že pojištěný je práce neschopen v důsledku pojistného nebezpečí podle článku 2 a po dobu pracovní neschopnosti podle odst. 2) nevykonává žádnou výdělečnou činnost.
- ▶ 6) Pokud v pracovní neschopnosti probíhá léčení pro více diagnóz, plní pojistitel za součet dob léčení všech těchto diagnóz s přihlédnutím k maximálním dobám pracovní neschopnosti podle příslušné oceňovací tabulky; pokud se doby léčení těchto diagnóz překrývají, započítávají se tyto překrývající se doby pouze jednou.
- ▶ 7) Pojistné plnění za pracovní neschopnost bude poskytnuto pouze za podmínky, že doba pracovní neschopnosti a současně maximální počet dnů stanovený pro příslušné tělesné poškození nebo onemocnění v příslušné oceňovací tabulce přesáhnou karenční dobu uvedenou v pojistné smlouvě.
- ▶ 8) Je-li pracovní neschopnost vystavena pro onemocnění, jehož prvotní příčinou byl úraz, karenční doba se z celkové doby pracovní neschopnosti odečítá.
- ▶ 9) Poskytnutí pojistného plnění může být v příslušné oceňovací tabulce vázáno na splnění určité podmínky (například způsob léčení); není-li taková podmínka splněna, pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění, popřípadě jej poskytne v nižší výši, a to podle pravidel stanovených v příslušné oceňovací tabulce.
- ▶ 10) Pojistné plnění bude poskytnuto až po ukončení pracovní neschopnosti. Pokud však pracovní neschopnost trvá déle než 2 měsíce, může pojistitel pojištěnému na základě jeho žádosti v písemné formě poskytnout přiměřenou zálohu na pojistné plnění.
- ▶ 11) Pojistné plnění bude za dobu po zániku tohoto pojištění poskytnuto pouze v případě jeho zániku uplynutím pojistné doby.

Článek 7

Povinnosti pojištěného

- ▶ 1) Pojištěný je povinen oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu, že:
 - a) přestal vykonávat výdělečnou činnost (bez ohledu na to, zda jde o zaměstnance nebo osobu samostatně výdělečně činnou), popřípadě že mu z takové činnosti nadále neplynou příjmy (včetně případů, kdy se tak stane z důvodu mateřské či rodičovské dovolené zaměstnance),
 - b) mu byl přiznán starobní důchod nebo byl uznán invalidním pro invaliditu třetího stupně podle zákona o důchodovém pojištění nebo
 - c) se stal či přestal být osobou samostatně výdělečně činnou, popřípadě že se stal nezaměstnaným nebo že je veden v evidenci uchazečů o zaměstnání u příslušného úřadu práce.
- ▶ 2) Pojištěný, který uplatní právo na pojistné plnění za pracovní neschopnost podle článku 6 a který není účastníkem nemocenského pojištění, je povinen zajistit potvrzení lékaře o délce dočasné pracovní neschopnosti na formuláři pojistitele. Nesplní-li pojištěný tuto povinnost, pojistitel může snížit pojistné plnění úměrně tomu, jaký vliv mělo takové porušení povinnosti na rozsah pojistitelovy povinnosti plnit.

Článek 8

Výluky z pojištění

- ▶ 1) Toto pojištění se nevztahuje na pracovní neschopnost v důsledku následujících nemocí, tělesných poškození či jiných újem na zdraví nebo lékařských vyšetření či zákroků a jakýchkoli jejich příčin, komplikací nebo následků:
 - a) nemocí, úrazů nebo jiných skutečností souvisejících se zdravotním stavem pojištěného, které vznikly či byly diagnostikovány před počátkem tohoto pojištění a pro které byl pojištěný před počátkem pojištění léčen či lékařsky sledován nebo jejichž příznaky se projeví před tímto dnem, pokud byly příčinou pracovní neschopnosti v době do 5 let od počátku tohoto pojištění, resp. od účinnosti jeho změn,
 - b) zákroku, který je proveden na žádost pojištěného a který není z lékařského hlediska nezbytný (například kosmetické zákroky, sterilizace, umělé přerušování těhotenství),
 - c) duševní poruchy nebo poruchy chování (je-li hlavní diagnózou pracovní neschopnosti některá z diagnóz F00 až F99 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí) s výjimkou diagnóz uvedených v článku 6 odst. 4),
 - d) onemocnění zad (diagnózy M40 až M54 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí) a s nimi související nemoci nervové soustavy (diagnózy označené v mezinárodní statistické klasifikaci nemocí písmenem G).
- ▶ 2) Výluka uvedená v písm. a) předchozího odstavce se neuplatní, pokud se v době 5 let před počátkem nebo změnou pojištění příznaky onemocnění nebo následky úrazu prokazatelně neprojeví tak, že by bylo nutné toto zaznamenat ve zdravotnické dokumentaci pojištěného, nebo způsobem, který by vyžadoval jejich léčení nebo sledování, a současně pojištěný neporušil léčebný režim stanovený lékařem.
- ▶ 3) Toto pojištění se dále nevztahuje na pracovní neschopnost v době, po kterou pojištěný pobývá v zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie, hráček nebo jiné závislosti.
- ▶ 4) Toto pojištění se rovněž nevztahuje na pracovní neschopnost v době, po kterou:
 - a) je pojištěný nezaměstnaným s výjimkou prvních 3 měsíců ode dne ukončení zaměstnání nebo ukončení (přerušování) samostatné výdělečné činnosti,
 - b) je pojištěný na mateřské či rodičovské dovolené; to neplatí u OSVČ, která je na mateřské nebo rodičovské dovolené, a přitom vykonává výdělečnou činnost, z níž má zdanitelné příjmy.
- ▶ 5) Pojistitel není povinen pojistné plnění z tohoto pojištění poskytnout v případě, že pojistitel nebo příslušný orgán státní správy zjistil porušení léčebného režimu pojištěným.

Článek 9

Zánik pojištění

- ▶ Vedle případů zániku pojištění podle všeobecných pojistných podmínek a podle Zvláštních pojistných podmínek pro životní pojištění PERSPEKTIVA toto pojištění dále zaniká:
 - a) posledním dnem pojistného období, ve kterém byl pojistitel informován, že se pojištěný stal nezaměstnaným, včetně případů, kdy se tak stane z důvodu mateřské nebo rodičovské dovolené zaměstnance; pojištění takto zanikne pouze v případě, že pojištěný je stále nezaměstnaným i ke dni, kdy byl pojistitel o této skutečnosti informován,
 - b) posledním dnem pojistného období, ve kterém bylo pojištěnému vydáno rozhodnutí příslušného orgánu státní správy o invaliditě třetího stupně podle platného zákona o důchodovém pojištění, nebo ve kterém pojištěný pojistiteli prokáže, že mu byl přiznán starobní důchod, s výjimkou případů, kdy po přiznání starobního důchodu nadále vykonává výdělečnou činnost, která zakládá účast na nemocenském pojištění, nebo z níž mu plynou zdanitelné příjmy.

Část 3 – Pojištění pro případ pobytu v nemocnici

Článek 10

Pojistná událost

- ▶ 1) Pojistnou událostí je **hospitalizace**, tj. pobyt pojištěného na lůžkovém oddělení nemocnice, pokud pojištěný musí být ošetřen nebo léčen v nemocnici za účelem vyšetření nebo stanovení diagnózy či pro závažnost úrazu, nemoci, těhotenství, potratu, porodu či jiné skutečnosti související s jeho zdravotním stavem, nebo charakteru jejich ošetření, vyšetření či léčení.
- ▶ 2) Jednou pojistnou událostí je nepřetržitá hospitalizace, a to bez ohledu na případnou změnu diagnózy během jejího trvání.

Článek 11

Pojistné plnění

- ▶ 1) Pojistné plnění z tohoto pojištění se stanoví tak, že se pojistná částka vynásobí upraveným počtem dnů hospitalizace. Upravený počet dnů hospitalizace pojistitel stanoví tak, že každý den hospitalizace vynásobí koeficientem navýšení podle následující tabulky a sečte dohromady.

Trvání hospitalizace	Koeficient navýšení
prvních 30 dnů	1
31.–90. den	1,5
91. a každý další den	2

- ▶ 2) Za den hospitalizace se považuje každá půlnoc, po kterou je pojištěný hospitalizovaný. Pojistitel však poskytne pojistné plnění za pobyt v nemocnici pouze za dobu, po kterou je taková hospitalizace z lékařského hlediska nezbytná, a to i pokud je skutečná doba hospitalizace delší, maximálně však za 1 000 dnů.
- ▶ 3) Pojistné plnění bude poskytnuto až po ukončení hospitalizace, popřípadě poté, co tato hospitalizace přestane být z lékařského hlediska nezbytná. Pokud však hospitalizace trvá déle než 2 měsíce, může pojistitel pojištěnému na základě jeho žádosti v písemné formě poskytnout přiměřenou zálohu na pojistné plnění.
- ▶ 4) Pojistné plnění bude za dobu po zániku tohoto pojištění poskytnuto pouze v případě jeho zániku uplynutím pojistné doby.
- ▶ 5) Vznikne-li nárok na pojistné plnění za hospitalizaci nezletilého pojištěného, který je při této hospitalizaci doprovázen zletilou osobou, stanoví pojistitel pojistné plnění podle odst. 1) z dvojnásobku pojistné částky uvedené pro toto pojištění v pojistné smlouvě, a to za dobu pobytu doprovázející osoby v nemocnici.
- ▶ 6) Pojistitel poskytne pojistné plnění i za hospitalizaci z důvodu trvalé organické duševní poruchy (diagnózy F00 až F09 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí) a pro diagnózu F20 - schizofrenie, pokud nebyly vyvolány vlastním chováním pojištěného spočívajícím v opakovaném nadměrném požívání alkoholu, zneužívání léků, aplikací návykových látek nebo přípravků tyto látky obsahujících, úmyslném sebepoškození nebo pokusu o sebevraždu. Každá z uvedených diagnóz musí být potvrzena lékařem specialistou v oboru psychiatrie včetně neurologického nálezu a nálezu provedených CT vyšetření hlavy a vyšetření mozku magnetickou rezonancí.

Článek 12

Výluky z pojištění

- ▶ 1) Toto pojištění se nevztahuje na hospitalizaci v důsledku následujících nemocí, tělesných poškození či jiných újem na zdraví nebo lékařských vyšetření či zákroků a jakýchkoli jejich

příčin, komplikací nebo následků:

- a) nemocí, úrazů nebo jiných skutečností souvisejících se zdravotním stavem pojištěného, které vznikly či byly diagnostikovány před počátkem tohoto pojištění a pro které byl pojištěný před počátkem pojištění léčen či lékařsky sledován nebo jejichž příznaky se projevíly před tímto dnem, pokud byly příčinou hospitalizace v době do 5 let od počátku tohoto pojištění, resp. od účinnosti jeho změn,
 - b) zákroku, který je proveden na žádost pojištěného a který není z lékařského hlediska nezbytný (například kosmetické zákroky, sterilizace, umělé přerušování těhotenství),
 - c) duševní poruchy nebo poruchy chování (je-li hlavní diagnózou hospitalizace některá z diagnóz F00 až F99 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí) s výjimkou diagnóz uvedených v článku 11 odst. 6).
- ▶ 2) Výluka uvedená v písm. a) předchozího odstavce se neuplatní, pokud se v době 5 let před počátkem nebo změnou pojištění příznaky onemocnění nebo následky úrazu prokazatelně neprojevíly tak, že by bylo nutné toto zaznamenat ve zdravotnické dokumentaci pojištěného, nebo způsobem, který by vyžadoval jejich léčení nebo sledování, a současně pojištěný neporušil léčebný režim stanovený lékařem.
 - ▶ 3) Toto pojištění se dále nevztahuje na pobyt pojištěného v:
 - a) ústavech sociální péče nebo ve zvláštních dětských odborných léčebných zařízeních,
 - b) zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomantie, hráčské nebo jiné závislosti,
 - c) lázeňských léčebnách, ozdravovnách a sanatoriích, rehabilitačních zařízeních a ústavech, léčebnách pro dlouhodobě nemocné, hospicích, odděleních následné péče; tato výluka se neuplatní, pokud pobyt v těchto zařízeních časově (nejpozději do 365 dnů) navazuje na předchozí hospitalizaci a je z lékařského hlediska nezbytný za účelem doléčení nemoci nebo následků úrazu; pojistné plnění za pobyt v těchto zařízeních pojistitel poskytne z jedné hospitalizace nejvýše za dobu 30 dnů,
 - d) nemocnici nebo jakémkoliv jiném zařízení, pokud pojištěný pouze doprovází hospitalizovanou osobu; to neplatí v případě hospitalizace rodičky nebo jejích pravidelných návštěv nemocnice, které lze považovat za alternativu hospitalizace v souvislosti s nezbytnou péčí o novorozence, pokud bezprostředně navazují na porod (pojistné plnění v takovém případě pojistitel poskytne nejvýše za dobu 20 dnů hospitalizace).

Část 4 – Pojištění pro případ vážných onemocnění

Článek 13

Pojistná událost

- ▶ 1) Pojištění pro případ vážných onemocnění lze sjednat v následujících variantách lišících se rozsahem pojištěných vážných onemocnění a stavů:
 - a) BASIC pro dospělé osoby / BASIC pro děti,
 - b) STANDARD pro dospělé osoby / STANDARD pro děti,
 - c) EXCLUSIVE pro dospělé osoby / EXCLUSIVE pro děti,
 - d) PRO NI – pro ženy,
 - e) PRO NĚ – pro muže.
- ▶ 2) Pojistnou událostí je **potvrzení diagnózy** některého z vážných onemocnění nebo **podstoupení některé z operací**, případně vznik další události – **životní situace** (dále jen „**vážné onemocnění**“), k němuž došlo během trvání pojištění a které je uvedeno v článku 14 Seznam vážných onemocnění (dále jen „**Seznam**“), splňuje podmínky v něm uvedené a odpovídá sjednané variantě pojištění.
- ▶ 3) Další podmínkou pro to, aby vážné onemocnění bylo pojistnou událostí, je skutečnost, že v důsledku tohoto vážného

onemocnění pojištěný nezemře do 30 dnů od potvrzení diagnózy nebo podstoupení operace; tato podmínka neplatí pro úmrtí rodičky při porodu.

- ▶ 4) Podle typu vážného onemocnění se za **den vzniku** pojistné události považuje den, kdy:
 - a) byla u pojištěného poprvé potvrzena diagnóza vážného onemocnění,
 - b) byl pojištěný zařazen na oficiální seznam čekatelů na transplantaci orgánu, do dialyzačního nebo dialyzačně-transplantačního programu,
 - c) byla pojištěnému provedena operace nebo transplantace orgánu,
 - d) se pojištěnému narodila vícetěčata,
 - e) rodička zemřela při porodu,
 - f) příslušný orgán státní správy vydal rozhodnutí o snížené soběstačnosti pojištěného.

VPP

ZPP PERSPEKTIVA

ZPP ÚRAZ

ZPP NEMOC

ZPP INVALIDITA

ZPP ZDRAVOTNÍ PÉČE

Seznam vážných onemocnění dětí

(varianta pojištění BASIC = B, STANDARD = S, EXCLUSIVE = E, ✓= je zahrnuto ve variantě)

Vážné onemocnění	Varianta pojištění			Popis	Dokumenty	Pojistné plnění v % z aktuální pojistné částky	Výluky z pojištění
	Název	B	S				
Kardiochirurgická operace	✓	✓	✓	na podkladě vrozené srdeční vady; toto onemocnění je považováno za vážné onemocnění, vyžaduje-li vrozená srdeční vada kardiochirurgickou intervenci; podmínkou pro splnění kritéria vážného onemocnění je projevení se prvních příznaků srdeční vady, jejich diagnostika a provedení operace v době trvání pojištění	potvrzení diagnózy a provedení operačního výkonu odborným lékařem v oboru kardiochirurgie včetně doložení operačního protokolu	100	- katetrizační vyšetření a ošetření srdce, např. radiofrekvenční ablace, rotablace, laserové techniky nebo jakékoliv jiné podobné procedury (tj. provedení zákroku bez otevření hrudníku)
Rakovina vykazující rané maligní změny (včetně Hodgkinova a Non Hodgkinova lymfomu I. klinického stadia a karcinomu in situ)	✓	✓	✓	přítomnost histologicky potvrzeného lokalizovaného maligního (zhoubného) nádoru odpovídajícího klasifikaci TNOMO, včetně Hodgkinova lymfomu, Non Hodgkinova lymfomu a maligního melanomu I. klinického stadia a histologicky potvrzeného karcinomu in situ	potvrzení diagnózy odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM nebo jiné klasifikace	30	- kožní karcinomy s výjimkou zhoubných melanomů – tumory, které jsou histologicky popsány jako prekancerosa - dysplazie děložního čípku CIN I, CIN II a CIN III
Rakovina	✓	✓	✓	přítomnost histologicky potvrzeného maligního (zhoubného) nádoru odpovídajícího klasifikaci vyšší než TNOMO, včetně maligního melanomu II. nebo vyššího klinického stadia	potvrzení diagnózy odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM nebo jiné klasifikace	100	- kožní karcinomy s výjimkou zhoubných melanomů – tumory, které jsou histologicky popsány jako prekancerosa - dysplazie děložního čípku CIN I, CIN II a CIN III - karcinom in situ
Nitrolební nádory	✓	✓	✓	benígní (nezhoubný) nádor mozku, mozkových blan a prodloužené míchy, který ohrožuje životní funkce útlakem okolní tkáně a který je nutno řešit chirurgickým zákrokem (otevřeným z kraniotomie, stereotaktickým, endonasálním apod.) a/nebo radioterapií a/nebo chemoterapií; v případě, že je nádor neoperabilní, musí způsobovat trvalé neurologické poškození	potvrzení diagnózy neurologickým vyšetřením a schválení neurochirurgickým pracovištěm k operačnímu zákroku; je-li nádor tímto pracovištěm hodnocen jako neoperabilní, musí objektivní neurologické vyšetření provedené lékařem specialistou v oboru neurologie prokázat trvalé neurologické poškození MRI nebo CT (případně PET) vyšetřením	100	
Lymfom	✓	✓	✓	zhoubné onemocnění lymfatického systému (Non Hodgkin lymfom) II. a vyššího klinického stadia onemocnění	potvrzení diagnózy a klinického stadia odborným lékařem v oboru hematologie včetně histologického nálezu	100	- Non Hodgkin lymfom I. klinického stadia
Hodgkinův lymfom	✓	✓	✓	zhoubné onemocnění lymfatického systému; diagnóza musí splňovat parametry II. a vyššího klinického stadia onemocnění	potvrzení diagnózy a klinického stadia odborným lékařem v oboru hematologie	100	- Hodgkinův lymfom I. klinického stadia
Leukemie	✓	✓	✓	zhoubné onemocnění krvetvorby	potvrzení diagnózy odborným lékařem v oboru hematologie	100	- chronická lymfatická leukemie s výjimkou pojistného plnění z varianty pojištění EXCLUSIVE
Totální selhání ledvin		✓	✓	konečné stadium selhávání ledvin vyznačující se nezvratným selháním funkce obou ledvin a nutností pravidelné dlouhodobé dialýzy a případného zařazení do integrovaného dialyzačně-transplantačního programu	potvrzení diagnózy odborným pracovištěm nefrologie včetně potvrzení o zařazení do dialyzační léčby	100	- selhání transplantovaných ledvin
Selhání jater		✓	✓	jaterní selhání v pokročilém stadiu (CHILD C) vyžadující transplantaci jater nebo štěpu, případně intenzivní eliminační léčbu (Prometheus, MARS, ...)	potvrzení diagnózy odborným lékařem hepatologem nebo internistou a potvrzení o zařazení do intenzivní eliminační léčby nebo na seznam čekatelů na transplantaci jater	100	- selhání jater následkem abúzu alkoholu nebo jiných návykových látek - selhání transplantovaných jater
Diabetes mellitus I. typu		✓	✓	onemocnění cukrovkou, při němž je pojištěný plně závislý na pravidelné aplikaci inzulínu	potvrzení diagnózy laboratorními testy a vyšetřením na odborném pracovišti diabetologie, respektive dětské endokrinologie	100	
Transplantace orgánů		✓	✓	životně nezbytná transplantace důležitých tělesných orgánů, tj. transplantace srdce, plic, jater, slinivky břišní, ledviny nebo kostní dřeně, při které je pojištěný příjemcem, včetně zařazení pojištěného dítěte na oficiální seznam čekatelů na transplantaci	propouštěcí zpráva z hospitalizace pro transplantaci orgánu nebo potvrzení o zařazení pojištěného dítěte na oficiální seznam čekatelů na transplantaci	100	- transplantace Langerhansových ostrůvků slinivky břišní (pankreatu) - transplantace nebo zařazení na čekací listinu z důvodu selhání transplantovaných orgánů

Vážné onemocnění	Varianta pojištění			Popis	Dokumenty	Pojistné plnění v % z aktuální pojistné částky	Výluky z pojištění
	B	S	E				
Příčná míšní léze (ochrnutí)		✓	✓	plegie charakterizovaná jako úplná a trvalá ztráta funkce (aktivního volného pohybu) dvou nebo více končetin po ochrnutí	potvrzení diagnózy lékařem specialistou v oboru neurologie i po uplynutí 3 měsíců po stanovení diagnózy	100	
Epilepsie typu Grand Mal		✓	✓	výskyt alespoň tří (a více) generalizovaných tonicko-klonických záchvatů (náhlá porucha vědomí s pádem a křečemi svalstva) v průběhu prvního roku od stanovení diagnózy, kdy pojištěný trvale užívá medikamenty, tzv. anti epileptika	potvrzení diagnózy, trvalé medikace a výskytu těchto záchvatů objektivním nálezem kontrolního neurologického vyšetření, včetně nálezu EEG a MR, provedeného nejdříve 1 rok po stanovení diagnózy	100	
Encefalitida		✓	✓	zánět mozku vedoucí k těžkým a trvalým poškozením centrální nervové soustavy	stanovení diagnózy objektivním nálezem odborného pracoviště neurologie a potvrzení existence trvalého neurologického poškození objektivním neurologickým nálezem i po uplynutí 3 měsíců od data stanovení diagnózy	100	
Meningitida		✓	✓	zánět mozkových blan vedoucí k těžkým a trvalým neurologickým poškozením	stanovení diagnózy objektivním nálezem odborného pracoviště neurologie a potvrzení existence trvalého neurologického poškození objektivním neurologickým nálezem i po uplynutí 3 měsíců od data stanovení diagnózy	100	
Klinicky potvrzená hluchota		✓	✓	úplná, trvalá a nenávratná ztráta sluchu obou uší, pokud ji nelze změnit lékařským zákrokem	klinické potvrzení diagnózy audiometrickým vyšetřením, tympanometrií a vyšetřením akustického reflexu odborným pracovištěm ORL	100	
Klinicky potvrzená slepota		✓	✓	úplná, trvalá a nenávratná ztráta zraku obou očí, kdy takový stav nelze změnit lékařským zákrokem, pokud je zraková ostrost podle tabulky Světové zdravotnické organizace 3/60 nebo méně na každé oko nebo omezení zorného pole (pod 10 stupňů)	potvrzení ztráty zraku lékařem specialistou v oboru očního lékařství	100	- prchavá slepota
Operace při komplikacích Crohnovy nemoci (Morbus Crohn)			✓	Operační chirurgický výkon provedený z důvodu komplikací Crohnovy nemoci, tj. zánětlivého střevního onemocnění, které postihuje různé úseky střeva (výjimečně jakýkoliv úsek trávicí trubice) s tvorbou píštěl, vředů a následným zúžením průsvitu střeva. Tyto komplikace základního onemocnění mohou v těžších formách vést k chirurgickému zákroku.	Prokázání diagnózy Crohnovy nemoci klinickým nálezem odborného lékaře v oboru gastroenterologie vč. nálezů provedených vyšetření. Operace a příčina operace musí být prokázána propouštěcí zprávou z nemocnice vč. uvedení typu a důvodu operace a nálezů histologického vyšetření ze vzorku odoperované tkáně. Za vážné onemocnění podle těchto podmínek se nepovažuje konzervativní léčba, tj. jiná než operační léčba.	100	
Celiakie			✓	autoimunitní onemocnění, při kterém je primárně postiženým orgánem tenké střevo a pojištěný je trvale odkázán na dodržování bezlepkové diety	potvrzení diagnózy včetně histologického nálezu z biopsického vyšetření postiženého orgánu a nutnosti dietního režimu objektivním nálezem odborného interního pracoviště gastroenterologie	100	
Juvenilní idiopatická artritida			✓	autoimunitní chronické zánětlivé onemocnění pohybového aparátu, pokud chybí odpověď organismu na dostupnou léčbu nebo je-li prokázáno funkční omezení jednoho či více kloubů nebo páteře	potvrzení diagnózy, refrakternosti a funkčního omezení kloubů či páteře nálezem odborného pracoviště dětské revmatologie i po uplynutí 6 měsíců po stanovení diagnózy	100	
Fulminantní meningokokové onemocnění			✓	náhle vzniklé onemocnění potvrzené odborným lékařským vyšetřením včetně bakteriologického vyšetření krve a mozkomíšního moku vedoucí k těžkým a trvalým poškozením nervového systému	stanovení diagnózy objektivním nálezem odborného pracoviště neurologie a potvrzení existence trvalého neurologického poškození objektivním neurologickým nálezem i po uplynutí 3 měsíců od data stanovení diagnózy	100	
Lymfická borelióza - pozdní stadium			✓	onemocnění v pozdním diseminovaném stadiu s přítomností klinických příznaků, které je potvrzeno sérologickým vyšetřením krve a dle lokalizace postižení vyšetřením mozkomíšního moku nebo kloubního punktátu	stanovení diagnózy objektivním nálezem odborného pracoviště (neurologie, infekční oddělení) s potvrzenou přítomností klinických příznaků, sérologickým vyšetřením krve a dle lokalizace postižení vyšetřením mozkomíšního moku nebo kloubního punktátu	100	
Idiopatická plicní fibróza			✓	zmnožení vazivové tkáně v oblasti plic bez zjevné příčiny v těžké formě s přítomnou plicní hypertenzí a respirační insuficiencí, pokud vyžaduje dlouhodobou domácí oxygenoterapii	potvrzení diagnózy odborným plicním lékařem včetně histologického nálezu z provedené biopsie tkáně	100	
Snížená soběstačnost (nemusí být podmíněna konkrétní diagnózou)			✓	takový dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá déle než 1 rok a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládání základních životních potřeb; za dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav se považuje tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované zdravotní postižení, jehož dopady činí pojištěného závislým na pomoci jiné osoby	prokázání snížené soběstačnosti odborným vyšetřením včetně všech relevantních (laboratorních, klinických a jiných) nálezů a doložení příslušných rozhodnutí posudkového orgánu státní správy o II., III. nebo IV. stupni závislosti podle zákona o sociálních službách a odborných lékařských zpráv, na základě kterých bylo toto rozhodnutí vydáno	100	

VPP

ZPP PERSPEKTIVA

ZPP ÚRAZ

ZPP NEMOC

ZPP INVALIDITA

ZPP ZDRAVOTNÍ PÉČE

Seznam vážných onemocnění dospělých osob

(varianta pojištění BASIC = B, STANDARD = S, EXCLUSIVE = E, ✓= je zahrnuto ve variantě)

Vážné onemocnění	Varianta pojištění			Popis	Dokumenty	Pojistné plnění v % z aktuální pojistné částky	Výluky z pojištění
	B	S	E				
Infarkt myokardu	✓	✓	✓	nezvratné poškození části srdeční svaloviny, které je způsobeno nedostatečným krevním zásobením dané oblasti	potvrzení diagnózy kardiologem v propouštěcí zprávě z hospitalizace při vzniku onemocnění (obtíž), EKG s popisem typických změn, příp. popis dalších použitých zobrazovacích metod (ECHO, koronarografie), zpráva z biochemického vyšetření prokazující zvýšení srdečních enzymů	100	- angína pectoris - tichý srdeční infarkt
Cévní mozková příhoda	✓	✓	✓	infarkt mozkové tkáně nebo krvácení z nitrolebních cév, jejichž následkem je trvalý patologický neurologický nálezn	prokázání existence trvalého neurologického poškození objektivním nálezem lékaře specialisty v oboru neurologie 1 po uplynutí 3 měsíců od data vzniku tohoto onemocnění	100	- krvácení do mozku vzniklé následkem úrazu - reverzibilní mozková ischemie - tranzitorní ischemické ataky - druhotné krvácení do již existující mozkové léze
Rakovina vykazující rané maligní změny (včetně Hodgkinova a Non Hodgkinova lymfomu I. klinického stadia a karcinomu in situ)	✓	✓	✓	přítomnost histologicky potvrzeného lokalizovaného maligního (zhoubného) nádoru odpovídajícího klasifikaci TNOMO, včetně Hodgkinova lymfomu, Non Hodgkinova lymfomu a maligního melanomu I. klinického stadia a histologicky potvrzeného karcinomu in situ	potvrzení diagnózy odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM nebo jiné klasifikace	30	- kožní karcinomy s výjimkou zhoubných melanomů - tumory, které jsou histologicky popsány jako prekancerosa - dysplazie děložního čípku CIN I, CIN II a CIN III
Rakovina	✓	✓	✓	přítomnost histologicky potvrzeného maligního (zhoubného) nádoru odpovídajícího klasifikaci vyšší než TNOMO, včetně maligního melanomu II. nebo vyššího klinického stadia	potvrzení diagnózy odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM nebo jiné klasifikace	100	- kožní karcinomy s výjimkou zhoubných melanomů - tumory, které jsou histologicky popsány jako prekancerosa - dysplazie děložního čípku CIN I, CIN II a CIN III - karcinom in situ
Nitrolební nádory	✓	✓	✓	benigní (nezhoubný) nádor mozku, mozkových blan a prodloužené míchy, který ohrožuje životní funkce útlakem okolní tkáně a který je nutno řešit chirurgickým zákrokem (otevřeným z kraniotomie, stereotaktickým, endonasálním apod.) a/nebo radioterapií a/nebo chemoterapií; v případě, že je nádor neoperabilní, musí způsobovat trvalé neurologické poškození	potvrzení diagnózy neurologickým vyšetřením a schválení neurochirurgickým pracovištěm k operačnímu zákroku; je-li nádor tímto pracovištěm hodnocen jako neoperabilní, musí objektivní neurologické vyšetření provedené lékařem specialistou v oboru neurologie prokázat trvalé neurologické poškození MRI nebo CT (případně PET) vyšetřením	100	
Lymfom	✓	✓	✓	zhoubné onemocnění lymfatického systému (Non Hodgkin lymfom) II. a vyššího klinického stadia onemocnění	potvrzení diagnózy a klinického stadia odborným lékařem v oboru hematologie včetně histologického nálezu	100	- Non Hodgkin lymfom I. klinického stadia
Hodgkinův lymfom	✓	✓	✓	zhoubné onemocnění lymfatického systému; diagnóza musí splňovat parametry II. a vyššího klinického stadia onemocnění	potvrzení diagnózy a klinického stadia odborným lékařem v oboru hematologie	100	- Hodgkinův lymfom I. klinického stadia
Leukemie	✓	✓	✓	zhoubné onemocnění krvetvorby	potvrzení diagnózy odborným lékařem v oboru hematologie	100	- chronická lymfatická leukemie s výjimkou pojistného plnění z varianty pojištění EXCLUSIVE
Akutní koronární syndrom		✓	✓	náhlé bolesti na hrudi, které vyžadují koronarografické vyšetření srdečních tepen, pokud je nalezena natolik významná stenóza koronárních artérií, že vyžaduje zavedení stentu nebo operaci s provedením aortokoronárního bypassu	propouštěcí zpráva z hospitalizace při vzniku onemocnění (obtíž), výsledek koronarografického vyšetření srdečních tepen, operační protokol	100	
Náhrada srdeční chlopně		✓	✓	náhrada jedné nebo více srdečních chlopní umělou chlopní z důvodu stenózy nebo nedomykavosti operační cestou; kardiochirurgický operační výkon zahrnuje náhradu aortální, mitrální, plicní nebo trikuspidální chlopně	potvrzení diagnózy a provedení operačního výkonu odborným lékařem v oboru kardiologie včetně doložení operačního protokolu	100	- výměny chlopníových protéz - valvulotomie, valvuloplastiky a jiné operativní korekce chlopně, při nichž nedojde k její náhradě - náhrady chlopně z důvodu infekční endokarditidy vzniklé z důvodu nitrožilního podávání drog

VPP

ZPP PERSPEKTIVA

ZPP ÚRAZ

ZPP NEMOC

ZPP INVALIDITA

ZPP ZDRAVOTNÍ PÉČE

Název	Varianta pojištění			Popis	Dokumenty	Pojistné plnění v % z aktuální pojistné částky	Výluky z pojištění
	B	S	E				
Operace věnčitých (koronárních) tepen		✓	✓	operační kardiologický výkon provedený z důvodu ischemické choroby srdeční, při němž je pojištěnému voperován tzv. koronární bypass (CABG, ACVB) s použitím transplantátu při otevřeném hrudníku pro funkčně významné postižení věnčitých tepen	potvrzení diagnózy a provedení operačního výkonu odborným lékařem v oboru kardiologie včetně doložení operačního protokolu	100	- angioplastika koronárních tepen (PTCA) - rotablace, laserové techniky nebo jakékoli jiné podobné procedury (tj. provedení zákroku bez otevření hrudníku)
Ruptura aneurysmatu mozkové tepny		✓	✓	protřžení výdutě mozkové tepny s následkem nitrolebního krvácení	prokázání existence trvalého neurologického poškození objektivním nálezem lékaře specialisty v oboru neurologie i po uplynutí 3 měsíců od data stanovení diagnózy	100	- reverzibilní mozková ischemie - tranzitorní ischemické ataky - druhotné krvácení do již existující mozkové léze
Příčná míšní léze (ochrnutí)		✓	✓	plegie charakterizovaná jako úplná a trvalá ztráta funkce (aktivního volního pohybu) dvou nebo více končetin po ochrnutí	potvrzení diagnózy lékařem specialistou v oboru neurologie i po uplynutí 3 měsíců od data stanovení diagnózy	100	
Demence včetně Alzheimerovy choroby		✓	✓	Chronické progresivní onemocnění nervové soustavy na základě degenerativního zániku neuronů s tvorbou charakteristických histopatologických změn. Alzheimerovou demencí se rozumí získaná porucha paměti a dalších kognitivních schopností, která je natolik závažná, že je na překážku běžným činnostem postiženého jedince. Toto pojištění se na toto onemocnění dále vztahuje pouze za podmínky, že zdravotní stav pojištěného vyžaduje trvalou pomoc a dohled druhé osoby při běžných denních osobních úkonech a že ke vzniku tohoto stavu došlo nejpozději v roce, kdy je pojištěnému 60 let.	diagnóza musí splňovat kritéria tzv. pravděpodobné Alzheimerovy nemoci (klinicky definována vzhledem k aktuálním poznatkům lékařské vědy), pokud je toto onemocnění současně potvrzeno klinickým vyšetřením psychologa, psychiatra i neurologa, a musí být vyloučena jiná onemocnění napodobující demenci (například depresivní pseudodemence) a dále doložena nálezem MMSE skóre či jiné neuropsychologické škály a nálezem CT nebo MR vyšetřením	100	- ostatní onemocnění napodobující demenci (např. depresivní pseudodemence)
Parkinsonova choroba		✓	✓	Progredující neurologické onemocnění způsobené úbytkem buněk produkujících přenašeč dopamin. Charakteristickými příznaky tohoto onemocnění jsou rigidita svalů, poruchy držení těla, svalový třes, zpomalení volních pohybů. Toto pojištění se na toto onemocnění vztahuje za podmínky, že ke vzniku tohoto onemocnění došlo nejpozději v roce, kdy je pojištěnému 60 let.	potvrzení diagnózy klinickým neurologickým vyšetřením včetně uvedení nálezu CT nebo MR a pomocí L-dopa testu, přičemž klinický stupeň závažnosti tohoto onemocnění splňuje podmínky třetího nebo vyššího stupně postižení dle stupnice Hoehn a Yahr, u pojištěného se denně (za předpokladu, že by byla vysazena terapie) vyskytuje hypokineze, rigidita svalů, klidový tremor nebo posturální instabilita a současně odpověď na dopaminergní terapii (L-dopa nebo jiné dopaminové agonisty)	100	- parkinsonský syndrom (sekundární parkinsonské příznaky)
Amyotrofická laterální skleróza		✓	✓	degenerativní onemocnění centrálního i periferního motorického neuronu projevující se rychlou progresí; s přítomností svalových obrn a atrofií svalových skupin končetin, trupu a polykacího svalstva	potvrzení diagnózy klinickým neurologickým vyšetřením včetně uvedení nálezu EMG vyšetření a nálezu MR mozku a krční míchy, eventuálně vyšetřením mozkomíšního moku	100	
Encefalitida		✓	✓	zánět mozku vedoucí k těžkým a trvalým poškozením centrální nervové soustavy	stanovení diagnózy objektivním nálezem odborného pracoviště neurologie a potvrzení existence trvalého neurologického poškození objektivním neurologickým nálezem i po uplynutí 3 měsíců od data stanovení diagnózy	100	
Meningitida		✓	✓	zánět mozkových blan vedoucí k těžkým a trvalým neurologickým poškozením	stanovení diagnózy objektivním nálezem odborného pracoviště neurologie a potvrzení existence trvalého neurologického poškození objektivním neurologickým nálezem i po uplynutí 3 měsíců od data stanovení diagnózy	100	
Systémový lupus erythematoses		✓	✓	multiórgánové autoimunitní onemocnění (difúzní onemocnění pojivové tkáně), které je charakterizováno tvorbou autoantilátek proti různým strukturám buněčného jádra, projevující se specifickým orgánovým postižením kůže, kloubů, plic, srdce, ledvin, mozku, krevetvorby, cév	potvrzení odborným lékařem revmatologem na podkladě důkazů čtyř nebo více klasifikačních kritérií ACR (American College of Rheumatology)	100	
Chronická glomerulonefritida		✓	✓	dlouhodobé zánětlivé onemocnění ledvinných klůbčků vznikající v důsledku aktivace imunitních mechanismů, které má za následek chronické selhání ledvin s nutností trvalé dialyzační léčby	potvrzení diagnózy odborným pracovištěm nefrologie včetně histologického nálezu na základě provedené biopsie ledvin a potvrzení o zařazení do dialyzační léčby	100	
Klinicky potvrzená hluchota		✓	✓	úplná, trvalá a nenávratná ztráta sluchu obou uší, pokud ji nelze změnit lékařským zákrokem	klinické potvrzení diagnózy audiometrickým vyšetřením, tympanometrií a vyšetřením akustického reflexu odborným pracovištěm ORL	100	

VPP

ZPP PERSPEKTIVA

ZPP ÚRAZ

ZPP NEMOC

ZPP INVALIDITA

ZPP ZDRAVOTNÍ PÉČE

Název	Varianta pojištění			Popis	Dokumenty	Pojistné plnění v % z aktuální pojistné částky	Výluky z pojištění
	B	S	E				
Totální selhání ledvin		✓	✓	konečné stadium selhávání ledvin vyznačující se nezvratným selháním funkce obou ledvin a nutností pravidelné dlouhodobé dialýzy a případného zařazení do integrovaného dialyzačně-transplantačního programu	potvrzení diagnózy odborným pracovištěm nefrologie včetně potvrzení o zařazení do dialyzační léčby	100	- selhání transplantovaných ledvin
Transplantace orgánů		✓	✓	životně nezbytná transplantace důležitých tělesných orgánů, tj. transplantace srdce, plic, jater, slinivky břišní, ledviny nebo kostní dřeně, při které je pojištěný příjemcem, včetně zařazení pojištěného na oficiální seznam čekatelů na transplantaci	propouštěcí zpráva z hospitalizace pro transplantaci orgánů nebo potvrzení o zařazení pojištěného na oficiální seznam čekatelů na transplantaci	100	- transplantace Langerhansových ostrůvků slinivky břišní (pankreatu) - transplantace nebo zařazení na čekací listinu z důvodu selhání transplantovaných orgánů
Klinicky potvrzená slepota		✓	✓	úplná, trvalá a nenávratná ztráta zraku obou očí, kdy takový stav nelze změnit lékařským zákrokem, pokud je zraková ostrost podle tabulky Světové zdravotnické organizace 3/60 nebo méně na každé oko nebo omezení zorného pole (pod 10 stupňů)	potvrzení ztráty zraku lékařem specialistou v oboru očního lékařství	100	- prchavá slepota
Operace aorty			✓	operační kardiokirurgický výkon na aortě provedený z důvodu chronického onemocnění aorty, vedoucího k jejímu roztržení nebo vzniku výdutě nebo na základě jejího vrozeného zúžení, kdy je nutno nahradit postiženou aortu umělou cévní náhradou	potvrzení diagnózy a provedení operačního výkonu odborným lékařem v oboru kardiokirurgie včetně doložení operačního protokolu	100	- operace na větvích aorty nebo bypassy vystupující z aorty a vedoucí krev do periferního řečiště - angioplastiky na aortě
Primární kardiomyopatie			✓	postižení srdečního svalu provázené poruchou jeho funkce bez průkazu jiné příčiny (onemocnění vzniká jako samostatná choroba), pokud odborným lékařem kardiologem klinicky potvrzená diagnóza, včetně nálezu vyšetření echokardiografie a MR srdečního svalu, tohoto onemocnění splňuje alespoň jedno z následujících kritérií: i) dilatace (rozšíření) a systolická dysfunkce levé nebo obou komor (dilatační kardiomyopatie), ii) neadekvátní hypertrofie myokardu (zbytnění, zvláště přepážky) s diastolickou dysfunkcí (hypertrofická kardiomyopatie), iii) těžká diastolická dysfunkce, především na podkladě amyloidosy (restrikční kardiomyopatie), iv) arytmogenní dysplasie pravé komory (nahrazování svaloviny pravé komory tukem a vazivem)	výsledek klinického vyšetření odborným lékařem kardiologem vč. nálezu vyšetření echokardiografie a MR srdečního svalu	100	- kardiomyopatie vznikající sekundárně následkem jiného onemocnění, jako je hypertenze, srdeční arytmie, chlopenní vady - kardiomyopatie při svalové dystrofii, v těhotenství, způsobené toxickými vlivy (např. léky) - alkoholické kardiomyopatie
Roztroušená skleróza			✓	autoimunitní víceložiskové chronické zánětlivé onemocnění centrálního nervového systému, které vede jak k demyelinizaci nervových vláken, tak k jejich přímé ztrátě	prokázání existence trvalého neurologického postižení objektivním nálezem lékaře specialisty v oboru neurologie (při splnění tzv. MacDonalдовых diagnostických kritérií včetně uvedení MR nálezu) i po uplynutí 3 měsíců od data vzniku prvních příznaků tohoto onemocnění	100	
Lymfská borelióza - pozdní stadium			✓	onemocnění v pozdním diseminovaném stadiu s přítomností klinických příznaků, které je potvrzeno sérologickým vyšetřením krve a dle lokalizace postižení vyšetřením mozkomíšního moku nebo kloubního punkčátu	stanovení diagnózy objektivním nálezem odborného pracoviště (neurologie, infekční oddělení) s potvrzenou přítomností klinických příznaků, sérologickým vyšetřením krve a dle lokalizace postižení vyšetřením mozkomíšního moku nebo kloubního punkčátu	100	
Difuzní forma systémové sklerodermie			✓	Sklerodermie je systémové autoimunitní onemocnění pojivové tkáně (kolagenóza), také označovaná jako progresivní systémová skleróza, které má chronický postupně zhoršující se charakter. Difuzní, tj. celkově se šířící, forma systémové sklerodermie spočívá v rozsáhlém postižení kůže, pohybového systému a vnitřních orgánů (srdce, plic nebo ledvín).	Prokázání diagnózy difuzní formy systémové sklerodermie klinickým nálezem odborného lékaře v oboru revmatologie vč. zařazení dle klasifikačních kritérií ACR/EULAR nebo jiných. Postižení srdce, plic nebo ledvín musí být potvrzeno v biopsii a sérologických testech.	100	- ohraničená, tzv. kožní lokalizovaná forma sklerodermie bez difuzního šíření a orgánového postižení
HIV nákaza			✓	Nákaza virem lidské imunitní nedostatečnosti (Human Immunodeficiency Virus – HIV) nebo syndrom získaného selhání imunity (Acquired Immune Deficiency Syndrom – AIDS). K nákaze musí dojít během běžné pracovní činnosti v zaměstnání lékaře nebo zubního lékaře, zdravotní sestry, středního zdravotnického pracovníka, hasiče nebo policisty, případně jako důsledek fyzického napadení při výkonu jejich povolání.	Nahlášení příslušným orgánům činným v dané věci a řádné vyšetření v souladu s uznávanými metodami. Událost dále musí být doložena negativním výsledkem testu na HIV protilátky provedeného do 7 dnů po incidentu. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem v oboru infekto-logie a doložena dalším testem provedeným do 6 měsíců od incidentu, který prokazuje přítomnost viru nebo jeho protilátek. Pojišťovna musí mít volný přístup ke všem vzorkům krve pojištěného a je oprávněna nechat provést nezávislé testy těchto vzorků.	100	- onemocnění za přítomnosti hemofilie - jakékoli infekce jiného druhu - ostatní zdroje nákazy HIV (nitrožilní užívání drog či přenos pohlavním stykem a podobně)

VPP

ZPP PERSPEKTIVA

ZPP ÚJAZ

ZPP NEMOC

ZPP INVALIDITA

ZPP ZDRAVOTNÍ PÉČE

Název	Varianta pojištění			Popis	Dokumenty	Pojistné plnění v % z aktuální pojistné částky	Výluky z pojištění
	B	S	E				
Operace při komplikacích Crohnovy nemoci (Morbus Crohn)			✓	Operační chirurgický výkon provedený z důvodu komplikací Crohnovy nemoci, tj. zánětlivého střevního onemocnění, které postihuje různé úseky střeva (výjimečně jakýkoli úsek trávicí trubice) s tvorbou píštěl, vředů a následným zúžením průsvitu střeva. Tyto komplikace základního onemocnění mohou v těžších formách vést k chirurgickému zákroku.	Prokázání diagnózy Crohnovy nemoci klinickým nálezem odborného lékaře v oboru gastroenterologie vč. nálezů provedených vyšetření. Operace a příčina operace musí být prokázána propouštěcí zprávou z nemocnice vč. uvedením typu a důvodu operace a nálezů histologického vyšetření ze vzorku odoperované tkáně. Za vážné onemocnění podle těchto podmínek se nepovažuje konzervativní léčba, tj. jiná než operační léčba.	100	
Idiopatická plicní fibróza			✓	zmožnění vazivové tkáně v oblasti plic bez zjevné příčiny v těžké formě s přítomnou plicní hypertenzí a respirační insuficiencí, pokud vyžaduje dlouhodobou domácí oxygenoterapii	potvrzení diagnózy odborným plicním lékařem včetně histologického nálezu z provedené biopsie tkáně	100	
Fulminantní meningokokové onemocnění			✓	náhle vzniklé onemocnění potvrzené odborným lékařským vyšetřením včetně bakteriologického vyšetření krve a mozkomíšního moku vedoucí k těžkým a trvalým poškozením nervového systému	stanovení diagnózy objektivním nálezem odborného pracoviště neurologie a potvrzení existence trvalého neurologického poškození objektivním neurologickým nálezem i po uplynutí 3 měsíců od data stanovení diagnózy	100	
Glaukom			✓	neurodegenerativní onemocnění, při němž odumírají nervová vlákna zrakového nervu a které má za následek trvalou a nenávratnou ztrátu zraku obou očí, kdy takový stav nelze změnit lékařským zákrokem a kdy zraková ostrost podle tabulky Světové zdravotnické organizace je 6/60 nebo méně na každé oko nebo omezení zorného pole (pod 10 stupňů)	potvrzení ztráty zraku lékařem specialistou v oboru očního lékařství	100	
Huntingtonova nemoc			✓	dědičné nevyléčitelné onemocnění mozku projevující se poruchami hybnosti (tzv. chorea, tj. náhodné, rychlé a nepředvídatelné pohyby různých částí těla) a následnou demencí	prokázání diagnózy klinickým nálezem odborného lékaře v oboru neurologie vč. nálezů genetického vyšetření	100	
Snížená soběstačnost (nemusí být podmíněna konkrétní diagnózou)			✓	takový dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá déle než 1 rok a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládnání základních životních potřeb; za dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav se považuje tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované zdravotní postižení, jehož dopady číni pojištěného závislým na pomoci jiné osoby	prokázání snížené soběstačnosti odborným vyšetřením včetně všech relevantních (laboratorních, klinických a jiných) nálezů a doložení příslušných rozhodnutí posudkového orgánu státní správy o II., III. nebo IV. stupni závislosti podle zákona o sociálních službách a odborných lékařských zpráv, na základě kterých bylo toto rozhodnutí vydáno	100	

VPP

ZPP PERSPEKTIVA

ZPP ÚRAZ

ZPP NEMOC

ZPP INVALIDITA

ZPP ZDRAVOTNÍ PÉČE

Seznam vážných onemocnění dospělých osob

(varianta pojištění PRO NI, PRO NĚ), ✓= je zahrnuto ve variantě)

Vážné onemocnění	Varianta		Popis	Dokumenty	Pojistné plnění v % z aktuální pojistné částky	Výluky z pojištění
	PRO NI	PRO NĚ				
Rakovina dělohy	✓		histologicky potvrzený maligní nádor děložního těla odpovídající klasifikaci vyšší než T1NOMO	potvrzení diagnózy odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM klasifikace	100	- tumory, které jsou histologicky popsány jako prekancerosa - dysplazie děložního čípku CIN I, CIN II a CIN III
Rakovina děložního čípku	✓		histologicky potvrzený maligní nádor děložního čípku odpovídající klasifikaci vyšší než T1NOMO	potvrzení diagnózy odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM klasifikace	100	- tumory, které jsou histologicky popsány jako prekancerosa - dysplazie děložního čípku CIN I, CIN II a CIN III
Rakovina pochvy	✓		histologicky potvrzený maligní nádor pochvy odpovídající klasifikaci vyšší než T1NOMO	potvrzení diagnózy odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM klasifikace	100	- tumory, které jsou histologicky popsány jako prekancerosa - dysplazie děložního čípku CIN I, CIN II a CIN III
Rakovina vaječníků a vejcovodů	✓		histologicky potvrzený maligní nádor vaječníků a vejcovodů odpovídající klasifikaci vyšší než T1NOMO	potvrzení diagnózy odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM klasifikace	100	- tumory, které jsou histologicky popsány jako prekancerosa - dysplazie děložního čípku CIN I, CIN II a CIN III
Rakovina vulvy	✓		histologicky potvrzený maligní nádor zevních rodidel odpovídající klasifikaci vyšší než T1NOMO	potvrzení diagnózy odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM klasifikace	100	- tumory, které jsou histologicky popsány jako prekancerosa - dysplazie děložního čípku CIN I, CIN II a CIN III
Rakovina penisu		✓	histologicky potvrzený maligní nádor penisu odpovídající klasifikaci vyšší než T1NOMO	potvrzení diagnózy odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM klasifikace	100	- tumory, které jsou histologicky popsány jako prekancerosa
Rakovina prostaty		✓	histologicky potvrzený maligní nádor prostaty odpovídající klasifikaci vyšší než T1NOMO	potvrzení diagnózy odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM klasifikace	100	- tumory, které jsou histologicky popsány jako prekancerosa
Rakovina varlat, nadvarlat a šourku		✓	histologicky potvrzený maligní nádor varlat nebo nadvarlat nebo šourku odpovídající klasifikaci vyšší než T1NOMO	potvrzení diagnózy odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM klasifikace	100	- tumory, které jsou histologicky popsány jako prekancerosa
Rakovina prsu	✓	✓	histologicky potvrzený maligní nádor prsu odpovídajícího klasifikaci vyšší než T1NOMO	potvrzení diagnózy odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM klasifikace	100	- tumory, které jsou histologicky popsány jako prekancerosa
Rakovina výše uvedených diagnóz vykazující rané maligní změny (včetně rakoviny in situ)	✓	✓	přítomnost histologicky potvrzeného lokalizovaného maligního (zhoubného) nádoru odpovídajícího klasifikaci T1NOMO včetně histologicky potvrzeného karcinomu in situ	potvrzení diagnózy odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM klasifikace	30	- tumory, které jsou histologicky popsány jako prekancerosa - dysplazie děložního čípku CIN I, CIN II a CIN III
Narození vícčetat	✓	✓	porod tří a více živě narozených dětí, kdy těhotenství pojištěné ženy musí vzniknout v době pojištění	propouštěcí zpráva z porodnice a kopie rodných listů dětí, v nichž je pojištěný uveden jako otec nebo matka narozených dětí	30	
Úmrtí rodičky při porodu	✓	✓	Úmrtí matky-rodičky během porodu nebo bezprostředně po něm a narození živého dítěte. Porod musí být veden lékařem v ústavním zdravotnickém zařízení (porodnici); jde-li o porod vedený mimo ústavní zařízení, musí se jednat o tzv. překotný porod, kdy nebylo možné včas zajistit rodičce odpovídající odbornou zdravotní péči. Úmrtí rodičky při porodu musí být doloženo Závěrečnou zprávou o rodičce.	kopie rodného listu dítěte, v němž je pojištěný uveden jako otec nebo matka narozeného dítěte	100	

VPP

ZPP PERSPEKTIVA

ZPP ÚRAZ

ZPP NEMOC

ZPP INVALIDITA

ZPP ZDRAVOTNÍ PÉČE

Vážné onemocnění	Varianta		Popis	Dokumenty	Pojistné plnění v % z aktuální pojistné částky	Výluky z pojištění
	PRO NI	PRO NĚJ				
Vrozené vady živě narozených dětí:			těhotenství pojištěné ženy musí vzniknout v době trvání pojištění	kopie rodného listu dítěte, v němž je pojištěný uveden jako otec nebo matka narozeného dítěte		
DMD / BMD Duchenne / Becker Muscular Dystrophy	✓	✓	genetické nervosvalové onemocnění vlastního dítěte projevující se postupným ochabováním svalstva	potvrzení diagnózy odborným pracovištěm neurologie včetně doložení histologického nálezu po provedené biopsii	50	
Downův syndrom Edwardsův syndrom Patauův syndrom	✓	✓	zjištěná chromozomální abnormalita u vlastního narozeného dítěte doprovázená mentální retardací a velmi často srdečními a jinými vrozenými vadami	potvrzení diagnózy odborným pracovištěm neonatologie, resp. lékařské genetiky a pediatrie	50	
Spina bifida	✓	✓	zjištěná vrozená vada u vlastního narozeného dítěte charakterizovaná defektem páteře ve střední části, který má za následek prolaps obsahu páteřního kanálu	potvrzení diagnózy odborným pracovištěm neonatologie, resp. pediatrie	50	
Mikrocefalie	✓	✓	Těžká vývojová porucha projevující se zakrněním/předčasným ukončením růstu mozku a obvykle i celé hlavy. Je charakterizována malým obvodem lebky a také menším mozkem. Dochází k duševní a tělesné poruše dítěte.	potvrzení diagnózy odborným pracovištěm neurologie, resp. lékařské genetiky a pediatrie	50	
MCM syndrom	✓	✓	(syndrom makrocefalie a kapilární malformace, MCM syndrom, M-CMTC) je vrozená porucha charakterizovaná abnormální velikostí hlavy (makrocefalie), kožními, cévními a neurologickými abnormalitami	potvrzení diagnózy odborným pracovištěm lékařské genetiky a pediatrie	50	
Bulósní epidermolýza	✓	✓	(nemoc motýlích křídel) je vrozené onemocnění pojivové tkáně způsobující puchýře na kůži a sliznici s komplikovaným hojením	potvrzení diagnózy odborným pracovištěm dermatologie včetně doložení histologického nálezu, nebo potvrzení diagnózy odborným pracovištěm lékařské genetiky	50	
Falotova tetralogie	✓	✓	Závažná srdeční vada, která postihuje novorozence. Vzniká kombinací působení genů a vnějších faktorů v průběhu těhotenství. Sestává ze čtyř různých srdečních vad a přímo ohrožuje děti na životě.	potvrzení diagnózy odborným pracovištěm kardiologie	50	
Osteogenesis imperfecta	✓	✓	dědičné onemocnění pojivové tkáně, jehož základním projevem je křehkost kostí, která vede ke zlomeninám dlouhých kostí	potvrzení diagnózy odborným pracovištěm ortopedie, resp. osteologie	50	

Článek 15 Pojistné plnění

- ▶ 1) Právo na pojistné plnění má pojištěný kromě případu úmrtí rodičky při porodu ve variantě pojištění PRO NI, kdy pojistné plnění náleží obmyšlenému.
- ▶ 2) Pojistné plnění z pojištění pro případ vážných onemocnění pojistitel poskytne podle jedné z následujících možností:
 - a) 30 % aktuální pojistné částky v případě potvrzení diagnózy rakoviny vykazující rané maligní změny, a pokud byla sjednána varianta pojištění EXCLUSIVE, i v případě potvrzení diagnózy chronické lymfatické leukemie, která je jedním z druhů leukemie (toto pojistné plnění poskytne pojistitel pro jednoho pojištěného pouze jedenkrát během trvání pojištění),
 - b) 30 % aktuální pojistné částky v případě narození vícerať, pokud byla sjednána varianta pojištění PRO NI / PRO NĚJ],
 - c) 50 % aktuální pojistné částky v případě narození živého dítěte s vrozenou vadou, pokud byla sjednána varianta pojištění PRO NI / PRO NĚJ],
 - d) 100 % aktuální pojistné částky v případě všech dalších vážných onemocnění uvedených v Seznamu, a to podle příslušné sjednané varianty pojištění.
- ▶ 3) V případě souběhu více vážných onemocnění pojistitel poskytne pojistné plnění pouze za jedno takové onemocnění, u kterého je stanoveno pojistné plnění nejvyšším procentem.

Článek 16 Výluky z pojištění

- ▶ Vedle výluk z pojištění uvedených pro jednotlivá vážná onemocnění v Seznamu v článku 14 (viz sloupec „**Výluky z pojištění**“) se toto pojištění dále nevztahuje na následující onemocnění nebo jiné nemoci či zákroky a jakékoli jejich příčiny, komplikace nebo následky:
 - a) nemoci, úrazy nebo jiné skutečnosti související se zdravotním stavem pojištěného, které vznikly či byly diagnostikovány před počátkem tohoto pojištění a pro které byl pojištěný před počátkem pojištění léčen či lékařsky sledován nebo jejichž příznaky se projeví před tímto dnem,
 - b) opakovaný výskyt vážného onemocnění uvedeného v Seznamu, nastal-li jeho první výskyt před počátkem pojištění, resp. před účinností změn pojištění,
 - c) vážné onemocnění uvedené v Seznamu, které vzniklo jako následek opakovaného nadměrného požívání alkoholu, zneužívání léků, aplikace návykových látek nebo přípravků tyto látky obsahujících.

Článek 17 Zánik pojištění

- ▶ 1) Vedle případů zániku pojištění podle všeobecných pojistných podmínek a podle Zvláštních pojistných podmínek pro životní pojištění PERSPEKTIVA toto pojištění dále zaniká dnem vzniku pojistné události; to neplatí v případech uvedených v článku 15 odst. 2), kdy pojistné plnění je nižší než 100 % aktuální pojistné částky.

- ▶ 2) Zanikne-li toto pojištění podle předchozího odstavce, nejsou tím dotčeny povinnosti pojištěného související s takovou pojistnou událostí ani povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění v souvislosti s takovou pojistnou událostí.

Část 5 – Pojištění pro případ ošetřování dítěte

Článek 18

Pojistná událost

- ▶ 1) Pojistnou událostí je **ošetřování pojištěného dítěte**, pokud začne během trvání pojištění a pokud v souvislosti s ním osobě, která dítě ošetřuje, vznikne právo na ošetřovné podle ustanovení § 39 odst. 1) zákona o nemocenském pojištění, které příslušný lékař pojištěného dítěte potvrdil na formuláři vystaveném podle uvedeného zákona.
- ▶ 2) Jednou pojistnou událostí je nepřetržité ošetřování pojištěného dítěte, a to bez ohledu na případnou změnu diagnózy během trvání ošetřování. Pokud den následující po ukončení jednoho ošetřování pojištěného dítěte začne další ošetřování pojištěného dítěte z důvodu stejného úrazu nebo nemoci, považuje se toto ošetřování pojištěného dítěte za pokračování předchozího ošetřování pojištěného dítěte.

Článek 19

Pojistné plnění

- ▶ 1) Podmínkou pro poskytnutí pojistného plnění je doložení práva na ošetřovné na formuláři uvedeném v článku 18 odst. 1), jehož součástí je potvrzení zaměstnavatele o nástupu do zaměstnání po ukončení ošetřování. Splnění této podmínky se nevyžaduje v případě hospitalizace pojištěného dítěte s doprovodem podle odst. 7).
- ▶ 2) Pojistné plnění z tohoto pojištění se stanoví jako součin počtu dnů ošetřování pojištěného dítěte podle následujícího odstavce po odečtení příslušné karenční doby a pojistné částky uvedené pro toto pojištění v pojistné smlouvě, a to i v případě, že nárok na ošetřovné byl uznán pro více nemocí nebo úrazů.
- ▶ 3) Doba ošetřování pojištěného dítěte počíná prvním dnem ošetřování pojištěného dítěte stanoveným lékařem a končí dnem ukončení ošetřování pojištěného dítěte stanoveným lékařem; pojistné plnění z tohoto pojištění však bude poskytnuto maximálně za dobu 90 dnů ošetřování pojištěného dítěte, popřípadě za 180 dnů ošetřování pojištěného dítěte v případě více pojistných událostí v jednom kalendářním roce.
- ▶ 4) Pojistné plnění z tohoto pojištění bude poskytnuto pouze za podmínky, že osoba, která dítě ošetřuje, nevykonává po dobu ošetřování pojištěného dítěte podle předchozího odstavce žádnou výdělečnou činnost.
- ▶ 5) Pojistné plnění bude poskytnuto až po ukončení ošetřování pojištěného dítěte.
- ▶ 6) Pojistné plnění za dobu po zániku tohoto pojištění bude poskytnuto pouze v případě jeho zániku uplynutím pojistné doby.
- ▶ 7) Pojistné plnění z tohoto pojištění bude poskytnuto i v případě hospitalizace nezletilého pojištěného dítěte s doprovodem zletilé osoby, a to za dobu pobytu doprovázející osoby v nemocnici. Poskytnutí pojistného plnění v tomto případě není podmíněno vznikem práva na ošetřovné podle zákona o nemocenském pojištění.

Článek 20

Výluky z pojištění

- ▶ 1) Toto pojištění se nevztahuje na ošetřování pojištěného dítěte

v důsledku následujících nemocí, tělesných poškození či jiných újem na zdraví nebo lékařských vyšetření či zákroků a jakýchkoli jejich příčin, komplikací nebo následků:

- a) nemocí, úrazů nebo jiných skutečností souvisejících se zdravotním stavem pojištěného, které vznikly či byly diagnostikovány před počátkem tohoto pojištění a pro které bylo pojištěné dítě před počátkem pojištění léčeno či lékařsky sledováno nebo jejichž příznaky se projevily před tímto dnem, pokud byly příčinou ošetřování dítěte v době do 5 let od počátku tohoto pojištění, resp. od účinnosti jeho změn,
 - b) zákroku, který je proveden na žádost zákonného zástupce pojištěného dítěte a který není z lékařského hlediska nezbytný (například kosmetické zákroky).
- ▶ 2) Výluka uvedená v písm. a) předchozího odstavce se neuplatní, pokud se v době 5 let před počátkem nebo změnou pojištění příznaky onemocnění nebo následky úrazu prokazatelně neprojevily tak, že by bylo nutné toto zaznamenat ve zdravotnické dokumentaci pojištěného, nebo způsobem, který by vyžadoval jejich léčení nebo sledování, a současně pojištěný neporušil léčebný režim stanovený lékařem.
 - ▶ 3) Toto pojištění se dále nevztahuje na ošetřování pojištěného dítěte v době, po kterou pojištěné dítě pobývá v zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie, hráček nebo jiné závislosti.

Článek 21

Zánik pojištění

- ▶ Vedle případů zániku pojištění podle všeobecných pojistných podmínek a podle Zvláštních pojistných podmínek pro životní pojištění PERSPEKTIVA toto pojištění dále zaniká nejpozději dnem bezprostředně předcházejícím výročímu dni počátku pojištění v roce, v němž pojištěné dítě dosáhne 18 nebo 26 let (podle toho, do kterého věku bylo pojištění v pojistné smlouvě sjednáno).

Část 6 – Pojištění pro případ péče o zdravotně postižené dítě

Článek 22

Pojistná událost

- ▶ 1) Pojistnou událostí je zdravotní postižení pojištěného dítěte, které nastalo během trvání tohoto pojištění a kvůli kterému je dítě závislé na pomoci jiné osoby. Závislostí se rozumí **závislost II., III. nebo IV. stupně** podle zákona o sociálních službách.
- ▶ 2) Jakékoli z následujících postižení se vždy považuje za postižení podle předchozího odstavce:
 - a) úplná a trvalá ztráta zraku,
 - b) úplná a trvalá ztráta sluchu,
 - c) anatomická nebo funkční ztráta (amputace nebo úplné a trvalé ochrnutí) končetiny.
- ▶ 3) Za den vzniku pojistné události se považuje den uvedený v posudku nebo rozhodnutí příslušného orgánu státní správy, od kterého bylo pojištěné dítě uznáno závislým na pomoci jiné osoby, resp. den, kdy lékař potvrdí ztrátu zraku, sluchu nebo končetiny.

Článek 23

Pojistné plnění

- ▶ 1) Pojistným plněním z tohoto pojištění je podle toho, co je sjednáno v pojistné smlouvě:
 - a) pojistná částka nebo
 - b) důchod.
- ▶ 2) Jednorázové pojistné plnění ve výši pojistné částky poskytne pojistitel poté, co mu bude prokázána závislost pojištěného

dítěte na pomoci jiné osoby.

- ▶ 3) Je-li sjednáno pojistné plnění ve formě důchodu, pojistitel bude každý měsíc vyplácet částku ve výši jedné dvanáctiny důchodu podle odst. 1), a to počínaje prvním dnem kalendářního měsíce následujícího po měsíci, ve kterém dojde ke vzniku pojistné události, do posledního dne kalendářního měsíce, ve kterém přestane být pojištěné dítě podle posudku nebo rozhodnutí příslušného orgánu státní správy závislé na pomoci jiné osoby, nebo do uplynutí pojistné doby tohoto pojištění, podle toho, co nastane dříve.

Článek 24

Povinnosti oprávněné osoby

- ▶ 1) Oprávněná osoba, respektive její zákonný zástupce, je na výzvu pojistitele bez zbytečného odkladu povinna:
 - a) předložit pojistiteli posudek nebo rozhodnutí příslušného orgánu státní správy o závislosti pojištěného dítěte na pomoci jiné osoby včetně odborných lékařských zpráv, na základě kterých byl tento posudek nebo toto rozhodnutí vydáno, nebo
 - b) zajistit, aby se pojištěné dítě kdykoli během trvání tohoto pojištění nebo v době výplaty důchodu podrobilo odbornému vyšetření lékařem určeným pojistitelem za účelem přezkoumání zdravotního stavu pojištěného dítěte (tj. jeho závislosti na pomoci jiné osoby).
- ▶ 2) Posudek nebo potvrzení podle odst. 1) písm. a) je oprávněná osoba dále povinna předat pojistiteli ke každému výročnímu dni počátku výplaty důchodu. Pojistitel si současně může za účelem posouzení závislosti pojištěného dítěte na pomoci jiné osoby vyžádat i přezkoumání zdravotního stavu dítěte (tj. jeho závislosti na pomoci jiné osoby) lékařem určeným pojistitelem.
- ▶ 3) Oprávněná osoba je povinna bez zbytečného odkladu oznámit pojistiteli snížení stupně závislosti pojištěného dítěte.
- ▶ 4) Splnění povinností podle odst. 1) a 2) je podmínkou poskytování důchodu; nesplní-li oprávněná osoba jakoukoli z těchto povinností, pojistitel pozastaví nebo ukončí výplatu důchodu.
- ▶ 5) Pro vyloučení pochybností se uvádí, že oprávněná osoba je povinna vrátit pojistiteli jakékoli částky důchodu vyplacené pojistitelem, pokud nebyly splněny všechny podmínky práva na jejich výplatu podle této části.

Článek 25

Výluky z pojištění

- ▶ 1) Toto pojištění se nevztahuje na zdravotní postižení pojištěného dítěte, respektive jeho závislost na pomoci jiné osoby v důsledku následujících nemocí, tělesných poškození či jiných újem na zdraví nebo lékařských vyšetření či zákroků a jakýchkoli jejich příčin, komplikací nebo následků:
 - a) nemocí, úrazů nebo jiných skutečností souvisejících se zdravotním stavem pojištěného, které vznikly či byly diagnostikovány před počátkem tohoto pojištění a pro které byl pojištěný před počátkem pojištění léčen či lékařsky sledován nebo jejichž příznaky se projeví před tímto dnem,
 - b) opakovaného nadměrného požívání alkoholu, zneužívání léků, aplikace návykových látek nebo přípravků tyto látky obsahujících,
 - c) duševní poruchy nebo poruchy chování (diagnózy F00 až F99 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí), která vznikne po výročním dni počátku tohoto pojištění v roce, v němž pojištěné dítě dosáhne 18 let.
- ▶ 2) Výluka uvedená v písm. a) předchozího odstavce se neuplatní, pokud se v době 5 let před počátkem nebo změnou pojištění příznaky onemocnění nebo následky úrazu prokazatelně

neprojevily tak, že by bylo nutné toto zaznamenat ve zdravotnické dokumentaci pojištěného, nebo způsobem, který by vyžadoval jejich léčení nebo sledování, a současně pojištěný neporušil léčebný režim stanovený lékařem.

Článek 26

Zánik pojištění

- ▶ Vedle případů zániku pojištění podle všeobecných pojistných podmínek a podle Zvláštních pojistných podmínek pro životní pojištění PERSPEKTIVA toto pojištění dále zaniká:
 - a) dnem vzniku pojistné události; tím však nejsou dotčeny povinnosti oprávněné osoby související s takovou pojistnou událostí ani povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění v souvislosti s takovou pojistnou událostí,
 - b) nejpozději dnem bezprostředně předcházejícím výročnímu dni počátku pojištění v roce, v němž pojištěné dítě dosáhne 26 let.

Část 7 – Závěrečná ustanovení

Článek 27

Výklad pojmů

- ▶ 1) Definice pojmů uvedené ve všeobecných pojistných podmínkách a ve Zvláštních pojistných podmínkách pro životní pojištění PERSPEKTIVA platí i v těchto zvláštních pojistných podmínkách, není-li níže uvedeno či nevyplývá-li z kontextu jinak.
- ▶ 2) Nevyplývá-li z kontextu jinak, mají následující pojmy v textu těchto zvláštních pojistných podmínek následující význam:
 - a) **karenční doba** znamená dobu uvedenou v pojistné smlouvě pro příslušné rizikové pojištění; karenční doba běží ode dne vzniku pojistné události a nenáleží za ni pojistné plnění; v případě pracovní neschopnosti v důsledku úrazu pojistné plnění náleží i za karenční dobu, pokud ji doba pracovní neschopnosti přesáhne,
 - b) **lékař** znamená příslušného praktického nebo odborného lékaře, který disponuje potřebnými licencemi (osoba, která je oprávněná ve smyslu všeobecně závazných právních předpisů poskytovat zdravotní služby) a který není pojistníkem, pojištěným nebo oprávněnou osobou nebo jejich osobou blízkou,
 - c) **návykové látky** znamenají omamné látky, psychotropní látky a ostatní látky způsobitelné nepříznivě ovlivnit psychiku člověka či jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování,
 - d) **nemoc** znamená podle obecně uznávaného stavu lékařské vědy tělesnou nebo duševní poruchu zdravotního stavu pojištěného,
 - e) **nemocnice** znamená poskytovatele lůžkové péče, který poskytuje základní a specializovanou diagnostickou a léčebnou péči na lůžkách akutní nebo neodkladné péče za účelem vyšetření, diagnostiky, ošetření nebo léčení pojištěného,
 - f) **nezaměstnaný** znamená osobu bez zdanitelných příjmů nebo osobu výdělečně činnou (zaměstnanec nebo OSVČ), která přerušila nebo ukončila výdělečnou činnost nebo která nemá z takovéto činnosti pravidelný příjem (například vykonává výdělečnou činnost pouze na základě Dohody o provedení práce), přestože její výkon neukončila či nepřerušila, nebo osobu, která je vedena v evidenci uchazečů o zaměstnání na příslušném úřadu práce,
 - g) **úraz** znamená neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly pojištěného nezávisle na jeho vůli, ke kterému došlo během trvání pojištění a kterým byly pojištěnému způsobeny smrt nebo tělesné poškození, pokud tělesné poškození bylo potvrzeno přítomností objektivních příznaků zjištěných při prvním lékařském ošetření,
 - h) **vážné onemocnění** znamená nemoc, operaci či jiný zákrok nebo událost uvedené v Seznamu v článku 14,

- i) **zákon o důchodovém pojištění** znamená zákon číslo 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů,
- j) **zákon o nemocenském pojištění** znamená zákon číslo 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů,
- k) **zákon o sociálních službách** znamená zákon číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.
- 3) Pro účely pojištění pro případ vážných onemocnění platí i následující pojmy:
- a) **anamnéza typické bolesti v krajině srdeční** znamená tlakovou, svíravou bolest za hrudní kostí vystřelující do krku a levé horní končetiny,
- b) **angioplastika aorty** znamená rekonstrukci aorty,
- c) **benigní nádor** znamená nezhoubný novotvar,
- d) **biopsie** znamená odebrání příslušné tkáně k histologickému vyšetření,
- e) **čerstvá změna na EKG** znamená odchylky elektrokardiografické křivky od normálu až po projevy nemoci charakteristické pro infarkt myokardu (srdečního svalu); pro zdravou činnost srdce je křivka EKG pevně stanovena,
- f) **demyelinizace** znamená rozpad myelinových pochev,
- g) **dialyzační léčba** znamená léčbu s náhradou funkce ledvin,
- h) **dilatace koronární tepny** znamená rozšíření například zúženého úseku tepny,
- i) **dysplazie** znamená histologické změny tkáně, které mohou předcházet vzniku nádoru,
- j) **embolizace** znamená kousek krevní sraženiny, který ucpe tepnu jinde ve směru krevního proudu, než vznikl (například z hlubokých žil dolní končetiny se uvolní a dostane se až do mozkové cévy, kde zapřičiní její ucpání a následnou mozkovou příhodu),
- k) **histologie** znamená mikroskopicky provedené vyšetření vzorku tkáně,
- l) **hypokineze** znamená nedostatek volných pohybů,
- m) **chromozomální abnormalita** znamená odlišný počet chromozomů (vláknité struktury buněčného jádra),
- n) **chronická lymfatická leukemie** znamená onemocnění krve, kdy pacient má po dlouhou dobu (i několik roků) stejné laboratorní výsledky, aniž by se jeho stav zhoršoval,
- o) **imunitní mechanismy** znamenají obranné mechanismy organismu,
- p) **infarkt mozkové tkáně** znamená odumření části mozkové tkáně,
- q) **infarkt myokardu** znamená odumření tkáně srdečního svalu po zamezení přívodu krve z uzavřené tepny,
- r) **invazivní melanom** znamená kožní nádor, který se rychle rozšiřuje do jiných tkání i do okolí,
- s) **inzulín** znamená hormon, který snižuje hladinu cukru v krvi,
- t) **ischemická choroba srdeční** znamená onemocnění, při kterém srdeční sval trpí nedokrevností,
- u) **karcinom in situ** znamená ohraničený zhoubný nádor lokalizovaný v místě vzniku v tzv. bezpečné zóně, bez přesahu do dalších vrstev, který se dá z těla odstranit chirurgickou cestou,
- v) **kožní karcinom** znamená zhoubný rakovinotvorný kožní útvar,
- w) **krvácení z nitrolebních cév** znamená krvácení z cévy mozku,
- x) **Langerhansovy ostrůvky** znamenají částičky tkáně uvnitř slinivky břišní, které produkují několik hormonů, z nichž nejvýznamnější jsou inzulin a glukagon,
- y) **leukemie, lymfom, Non Hodgkin lymfom, Hodgkinův lymfom** znamenají zhoubné druhy rakoviny krve a mízního systému,
- z) **maligní nádor** znamená zhoubný novotvar, jehož růst je nekontrolovatelný,
- aa) **mentální retardace** znamená psychickou zaostalost,
- bb) **neurodegenerativní onemocnění** znamená onemocnění se stupňující se destrukcí (zničením) nervových buněk,
- cc) **odpověď na dopaminergní terapii** znamená pozitivní reakci organismu na léčbu,
- dd) **oxygenoterapie** znamená léčbu kyslíkem,
- ee) **posturální instabilita** znamená nestabilitu těla ve vzpřímené poloze,
- ff) **prekancerosa** znamená nález, který by mohl být rizikový pro vznik rakoviny (mohl by rakovině předcházet),
- gg) **prchavá slepota** znamená dočasnou poruchu vidění způsobenou například úrazem nebo po provedení operace, která je po určité době zcela vyléčitelná,
- hh) **prolaps** znamená výhřez,
- ii) **příčná míšní léze, tj. plegie**, znamená vyšetřeními potvrzené trvalé poškození míchy, které má za následek doživotní ochrnutí končetin,
- jj) **refrakternost** znamená neschopnost organismu reagovat na léčbu,
- kk) **respirační insuficience** znamená dechovou nedostatečnost,
- ll) **reverzibilní mozková ischemie** znamená poškození mozku spočívající v dočasné změně mozkové tkáně, která se časem upraví (například funkce ochrnuté končetiny se časem vrátí do zcela normálního stavu),
- mm) **rigidita svalů** znamená svalovou ztuhlost,
- nn) **stenóza** znamená zúžení,
- oo) **tichý srdeční infarkt** znamená srdeční infarkt, při kterém pacient nemá žádné subjektivní potíže, které by ho nutily vyhledat odbornou lékařskou pomoc,
- pp) **tranzitorní ischemická ataka (TIA)** znamená přechodnou mozkovou příhodu, kdy začátek onemocnění je zcela shodný s centrální mozkovou příhodou, ale po několika hodinách se stav pacienta upraví do normálu,
- qq) **tremor** znamená třes, mimovolný rytmický pohyb různých částí těla,
- rr) **trombolýza koronární tepny** znamená rozpuštění sraženiny krve, která ucpala tepnu, zavedením léku do žíly,
- ss) **trombóza** znamená sražení krve v cévách, které může být příčinou vzniku krevní sraženiny (trombu) a ucpání cévy; v tepnách má za následek nedokrevnost (ischemii) dané oblastí, v žilách zhoršuje odtok krve a může být zdrojem vmetku (embolu),
- tt) **trvalé neurologické poškození** znamená jakýkoli neurologický deficit (neurologické poškození), který je verifikován tzv. objektivním nálezem neurologa, nikoli subjektivním hodnocením pacienta,
- uu) **zvýšená hladina srdečních enzymů** znamená laboratorní hodnoty (vyplavování enzymů do krve) typické pro poškození srdečního svalu.

Článek 28

Vysvětlení použitých zkratk

- V pojištění pro případ vážných onemocnění jsou použity tyto zkratky:
- a) **CABG, ACVB** znamená druh koronárního bypassu (Coronary Artery Bypass Grafting),
- b) **CIN** znamená změny dlaždicového epitelu děložního čípku (Cervikální Intraepiteliální Neoplázie),
- c) **CT** znamená radiologické vyšetření pomocí počítačové tomografie (Computed Tomography),
- d) **EEG** znamená elektroencefalografii (vyšetření mozku),
- e) **EKG** znamená elektrokardiografii (vyšetření srdce),
- f) **EMG** znamená elektromyografii (vyšetření svalů),
- g) **MMSE skóre** znamená test kognitivních funkcí (Mini Mental State Exam),
- h) **MR** znamená magnetickou rezonanci (někdy značeno též MMR nebo MRI),
- i) **ORL** znamená otorinolaryngologii, tj. obor zabývající se výzkumem, diagnostikou a léčbou ušních, nosních a krčních chorob,
- j) **TNM nebo jiné klasifikace** znamená mikroskopické určení stupně vyzrálosti nádoru, kde T = tumor, N = nodus, M = metastázy.

Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění pro případ invalidity

Článek 1

Úvodní ustanovení

- ▶ 1) Toto pojištění se řídí všeobecnými pojistnými podmínkami a těmito zvláštními pojistnými podmínkami. V případě odchýlného ujednání v těchto zvláštních pojistných podmínkách a všeobecných pojistných podmínkách má přednost ujednání v těchto zvláštních pojistných podmínkách.
- ▶ 2) Toto pojištění se sjednává jako obnosové.

Článek 2

Pojistná událost, pojistná nebezpečí

- ▶ 1) Podle toho, co je sjednáno v pojistné smlouvě, je pojistnou událostí **invalidita I. stupně nebo invalidita II. stupně nebo invalidita III. stupně**, která vznikne během trvání pojištění v důsledku následujících pojistných nebezpečí, ke kterým dojde během trvání pojištění:
 - a) nemoc,
 - b) úraz,
 - c) jiná skutečnost související se zdravotním nebo osobním stavem pojištěného uvedená v pojistné smlouvě.
- ▶ 2) Invalidita musí být pojistiteli za účelem šetření pojistné události a poskytování pojistných plnění prokázána způsobem stanoveným v článku 10; pojistitel může v případě pochybností požadovat potvrzení existence invalidity lékařem určeným pojistitelem.
- ▶ 3) Za **den vzniku** invalidity se považuje den uvedený v rozhodnutí příslušného orgánu státní správy, od kterého je pojištěný uznán invalidním podle zákona o důchodovém pojištění (jsou-li splněny všechny podmínky stanovené těmito zvláštními pojistnými podmínkami).
- ▶ 4) Za **den zániku** invalidity se považuje den uvedený v rozhodnutí příslušného orgánu státní správy, ke kterému byl pojištěnému snížen stupeň invalidity nebo ke kterému již přestal být invalidním.

Článek 3

Čekací doba

- ▶ 1) Čekací doba u tohoto pojištění činí:
 - a) 18 měsíců, je-li pojištěný uznán invalidním pro invaliditu prvního stupně,
 - b) 12 měsíců, je-li pojištěný uznán invalidním pro invaliditu druhého nebo třetího stupně,
 - a to podle zákona o důchodovém pojištění.
- ▶ 2) Čekací doba se však nevztahuje na pojistné události, ke kterým došlo následkem úrazu.

Článek 4

Změna pojištění

- ▶ 1) Je-li během trvání pojištění, které zahrnuje invaliditu I. stupně, pojištěný uznán invalidním pro invaliditu prvního stupně podle zákona o důchodovém pojištění, změní se toto pojištění na pojištění pro případ invalidity II. nebo III. stupně bez ohledu na to, zda pojistitel za invaliditu I. stupně poskytl či neposkytl pojistné plnění.
- ▶ 2) Je-li během trvání pojištění, které zahrnuje invaliditu II. stupně, pojištěný uznán invalidním pro invaliditu druhého stupně podle zákona o důchodovém pojištění, toto pojištění:

- a) zanikne podle článku 5 písm. b),
 - b) se změní na pojištění pro případ invalidity III. stupně, pokud pojistitel za invaliditu II. stupně neposkytl pojistné plnění.
- ▶ 3) Změna pojištění podle odst. 1) a odst. 2) písm. b) je účinná od prvního dne pojistného období nejbližší následujícího po dni vzniku invalidity.

Článek 5

Zánik pojištění

- ▶ Vedle způsobů zániku pojištění podle všeobecných pojistných podmínek a Zvláštních pojistných podmínek pro životní pojištění PERSPEKTIVA toto pojištění dále zaniká:
 - a) dnem vzniku pojistné události v důsledku invalidity III. stupně; tím však nejsou dotčeny povinnosti pojištěného související s takovou pojistnou událostí ani povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění v souvislosti s takovou pojistnou událostí,
 - b) dnem vzniku invalidity druhého stupně podle zákona o důchodovém pojištění, pokud pojistitel za invaliditu II. stupně poskytl pojistné plnění,
 - c) dnem vzniku invalidity třetího stupně podle zákona o důchodovém pojištění, pokud pojistitel za invaliditu neposkytl pojistné plnění,
 - d) posledním dnem pojistného období, ve kterém pojištěný prokáže pojistiteli, že mu byl přiznán starobní důchod podle zákona o důchodovém pojištění.

Článek 6

Pojistné plnění

- ▶ 1) Podle toho, co je sjednáno v pojistné smlouvě, je pojistným plněním z:
 - a) pojištění pro případ invalidity III. stupně:
 - i) pojistná částka nebo
 - ii) dvojnásobek pojistné částky, pokud zdravotní stav pojištěného ke dni vzniku invalidity III. stupně současně odpovídá snížené soběstačnosti podle článku 12 odst. 2) písm. h),
 - iii) důchod,
 - b) pojištění pro případ invalidity II. nebo III. stupně:
 - i) pojistná částka, pokud jde o invaliditu alespoň II. stupně,
 - ii) pojistná částka, pokud jde o invaliditu III. stupně, snížená o jakékoli případné pojistné plnění stanovené z tohoto pojištění v souvislosti s invaliditou II. stupně,
 - iii) dvojnásobek pojistné částky, pokud zdravotní stav pojištěného ke dni vzniku invalidity III. stupně současně odpovídá snížené soběstačnosti podle článku 12 odst. 2) písm. h),
 - c) pojištění pro případ invalidity I., II. nebo III. stupně:
 - i) 25 % pojistné částky, pokud jde o invaliditu I. stupně,
 - ii) pojistná částka, pokud jde o invaliditu II. stupně,
 - iii) pojistná částka, pokud jde o invaliditu III. stupně, snížená o jakékoli případné pojistné plnění stanovené z tohoto pojištění v souvislosti s invaliditou II. stupně,
 - iv) dvojnásobek pojistné částky, pokud zdravotní stav pojištěného ke dni vzniku invalidity III. stupně současně odpovídá snížené soběstačnosti podle článku 12 odst. 2) písm. h),
 - d) pojištění pro případ zproštění od placení pojistného v případě invalidity II., nebo III. stupně: placení běžného pojistného, které je pojistník povinen platit podle pojistné smlouvy.
- ▶ 2) Pojištění pro případ invalidity s výplatou pojistné částky lze sjednat buď s konstantní pojistnou částkou, nebo s lineárně klesající pojistnou částkou.

Článek 7

Výplata jednorázového pojistného plnění

- ▶ Pojistitel poskytne pojistné plnění v jedné částce poté, co mu

bude prokázáno, že je pojištěný invalidním v příslušném stupni invalidity.

Článek 8

Výplata důchodu

- ▶ 1) Pojistným plněním z pojištění pro případ plné invalidity s výplatou důchodu je důchod ve výši uvedený v pojistné smlouvě.
- ▶ 2) Pojistitel bude každý měsíc vyplácet částku ve výši jedné dvanáctiny důchodu podle předchozího odstavce, a to počínaje prvním dnem kalendářního měsíce následujícího po měsíci, ve kterém se pojištěný stane invalidním pro invaliditu III. stupně, do posledního dne kalendářního měsíce, ve kterém pojištěný přestane být invalidním pro invaliditu III. stupně, nebo do posledního dne pojistné doby tohoto pojištění, podle toho, co nastane dříve.

Článek 9

Zproštění od placení pojistného

- ▶ 1) Je-li v pojistné smlouvě sjednáno pojištění pro případ zproštění od placení pojistného, není pojištěný v případě, že se pojištěný stane invalidním pro **invaliditu II., nebo III. stupně**, která je pojistnou událostí z tohoto pojištění, povinen v době podle následujícího odstavce platit pojistné a toto pojistné namísto něj platí pojistitel.
- ▶ 2) Právo na zproštění od placení pojistného vznikne prvním dnem pojistného období následujícího po pojistném období, ve kterém vznikne pojistná událost, a zanikne:
 - a) posledním dnem pojistného období, ve kterém pojištěný přestane být invalidním pro invaliditu II., nebo III. stupně (tj. podle rozhodnutí příslušného orgánu státní správy zanikne jeho invalidita druhého, nebo třetího stupně), nebo
 - b) dnem bezprostředně předcházejícím výročnímu dni počátku zproštění v případě, že pojištěný neprokáže pojistiteli nejpozději do jednoho měsíce po tomto dni způsobem uvedeným v článku 10, že byl k tomuto dni nadále invalidní pro invaliditu II., nebo III. stupně, nebo
 - c) posledním dnem pojistné doby tohoto pojištění nebo
 - d) dnem zániku základního pojištění, podle toho, co nastane dříve.
- ▶ 3) Podmínkou pro vznik práva na zproštění od placení pojistného je zaplacení pojistného za celou dobu trvání pojištění až do dne předcházejícího dni vzniku práva na zproštění podle předchozího odstavce.
- ▶ 4) Vznikne-li právo na zproštění od placení pojistného v nižší částce, než kolik činí aktuální pojistné ke dni vzniku práva na zproštění, sníží pojistitel běžné pojistné k tomuto dni na tuto nižší částku.

Článek 10

Povinnosti pojištěného

- ▶ 1) Pojištěný je povinen za účelem prokázání invalidity předložit pojistiteli rozhodnutí příslušného orgánu státní správy o své invaliditě včetně odborných lékařských zpráv, na základě kterých bylo toto rozhodnutí vydáno, a rozhodnutí příslušného orgánu státní správy o přiznání invalidního důchodu podle zákona o důchodovém pojištění, vznikl-li pojištěnému na tento důchod nárok.
- ▶ 2) Pojištěný je dále povinen ke každému výročnímu dni výplaty důchodu či počátku zproštění od placení pojistného předat pojistiteli:
 - a) potvrzení příslušného orgánu státní správy, že pojištěný pobírá invalidní důchod pro invaliditu příslušného stupně podle zákona o důchodovém pojištění, nebo
 - b) odbornou lékařskou zprávu, na základě které byl přezkoumán

zdravotní stav pojištěného a potvrzeno rozhodnutí příslušného orgánu státní správy o trvání jeho invalidity příslušného stupně podle zákona o důchodovém pojištění.

- ▶ 3) Pojištěný je povinen bez zbytečného odkladu oznámit pojistiteli snížení stupně své invalidity nebo její zánik.
- ▶ 4) Splnění povinností podle odst. 1) a 2) je podmínkou poskytování důchodu či zproštění od placení pojistného; nesplní-li pojištěný tyto povinnosti, pojistitel pozastaví či ukončí výplatu důchodu nebo ukončí zproštění. Pro vyloučení pochybností se uvádí, že pojištěný je povinen vrátit pojistiteli jakékoli částky důchodu vyplacené pojistitelem, pokud nebyly splněny všechny podmínky práva na jejich výplatu, a pojištěný je povinen doplatit pojistiteli veškeré pojistné, které nebylo zapláceno z důvodu zproštění od jeho placení, pro které však nebyly splněny všechny podmínky.

Článek 11

Výluky z pojištění

- ▶ 1) Toto pojištění se nevztahuje na invaliditu v důsledku následujících nemocí, tělesných poškození či jiných újem na zdraví nebo lékařských vyšetření či zákroků a jakýchkoli jejich příčin, komplikací nebo následků:
 - a) nemocí, úrazů nebo jiných skutečností souvisejících se zdravotním stavem pojištěného, které vznikly či byly diagnostikovány před počátkem tohoto pojištění a pro které byl pojištěný před počátkem pojištění léčen či lékařsky sledován nebo jejichž příznaky se projeví před tímto dnem,
 - b) duševní poruchy nebo poruchy chování (diagnózy F00 až F99 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí); tato výluka se neuplatní v případě vzniku schizofrenie (diagnóza F20) nebo trvalé organické duševní poruchy (diagnózy F00 až F09), která nebyla vyvolána vlastním chováním pojištěného, jako je požívání alkoholu, užívání jakýchkoli léčiv, aplikace návykových látek či přípravků tyto látky obsahující nebo jiné úmyslné sebepoškození. Každá z uvedených diagnóz musí být potvrzena lékařem specialistou v oboru psychiatrie včetně neurologického nálezu a nálezu provedených CT vyšetření hlavy a vyšetření mozku magnetickou rezonancí.
- ▶ 2) Výluka uvedená v písm. a) předchozího odstavce se neuplatní, pokud se v době 5 let před počátkem nebo změnou pojištění příznaky onemocnění nebo následky úrazu prokazatelně neprojeví tak, že by bylo nutné toto zaznamenat ve zdravotnické dokumentaci pojištěného, nebo způsobem, který by vyžadoval jejich léčení nebo sledování, a současně pojištěný neporušil léčebný režim stanovený lékařem.
- ▶ 3) Odchylně od článku 13 odst. 3) všeobecných pojistných podmínek se toto pojištění dále nevztahuje na invaliditu v důsledku nemocí, která vznikla opakovaným nadměrným požíváním alkoholu, neuzíváním léků, aplikací návykových látek nebo přípravků tyto látky obsahujících.

Článek 12

Výklad pojmů

- ▶ 1) Definice pojmů uvedené ve všeobecných pojistných podmínkách a ve Zvláštních pojistných podmínkách pro životní pojištění PERSPEKTIVA platí i v těchto zvláštních pojistných podmínkách, není-li níže uvedeno či nevyplývá-li z kontextu jinak.
- ▶ 2) Nevyplývá-li z kontextu jinak, mají následující pojmy v textu těchto zvláštních pojistných podmínek následující význam:
 - a) **invalidita** znamená pokles schopnosti pojištěného vykonávat výdělečnou činnost z důvodu jeho dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a pro účely pojištění pro případ invalidity je označována jako invalidita I. stupně, II. stupně nebo III. stupně,
 - b) **invalidita I. stupně** znamená invaliditu, která odpovídá

- invaliditě prvního stupně podle zákona o důchodovém pojištění,
- c) **invalidita II. stupně** znamená invaliditu, která odpovídá invaliditě druhého stupně podle zákona o důchodovém pojištění,
 - d) **invalidita III. stupně** (též **plná invalidita**) znamená invaliditu, která odpovídá invaliditě třetího stupně podle zákona o důchodovém pojištění,
 - e) **invalidní důchod** znamená důchod vyplácený na základě rozhodnutí příslušného orgánu státní správy podle zákona o důchodovém pojištění z důvodu invalidity příslušného stupně,
 - f) **návykové látky** znamenají omamné látky, psychotropní látky a ostatní látky způsobící nepříznivě ovlivnit psychiku člověka či jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování,
 - g) **nemoc** znamená podle obecně uznávaného stavu lékařské vědy tělesnou nebo duševní poruchu zdravotního stavu pojištěného,
 - h) **snížená soběstačnost** znamená takový dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá déle než jeden rok a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládnutí základních životních potřeb. Za dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav se považuje tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované zdravotní postižení, jehož dopady činí pojištěného závislým na pomoci jiné osoby (nemusí však být podmíněn konkrétní diagnózou). Snížená soběstačnost musí být prokázána odborným vyšetřením včetně všech relevantních (laboratorních, klinických a jiných) nálezů a doložena příslušným rozhodnutím posudkového orgánu státní správy o **II., III. nebo IV. stupni** závislosti podle zákona číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a odbornými lékařskými zprávami na základě kterých bylo toto rozhodnutí vydáno,
 - i) **úraz** znamená neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly pojištěného nezávisle na jeho vůli, ke kterému došlo během trvání pojištění a kterým byly pojištěnému způsobeny smrt nebo tělesné poškození, pokud tělesné poškození bylo potvrzeno přítomností objektivních příznaků zjištěných při prvním lékařském ošetření,
 - j) **výroční den výplaty důchodu** znamená den, který se číslem a měsícem shoduje se dnem počátku výplaty důchodu,
 - k) **výroční den počátku zproštění** znamená den, který se číslem a měsícem shoduje se dnem počátku zproštění od placení pojistného; není-li takový den v měsíci, je výročním dnem poslední den příslušného měsíce,
 - l) **zákon o důchodovém pojištění** znamená zákon číslo 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění pro případ zajištění zdravotní péče

Článek 1

Úvodní ustanovení

- ▶ 1) Toto pojištění se řídí všeobecnými pojistnými podmínkami a těmito zvláštními pojistnými podmínkami. V případě odchýlného ujednání v těchto zvláštních pojistných podmínkách a všeobecných pojistných podmínkách má přednost ujednání v těchto zvláštních pojistných podmínkách.
- ▶ 2) Toto pojištění se sjednává jako škodové.

Článek 2

Pojistná událost, pojistná nebezpečí

- ▶ Pokud během trvání tohoto pojištění dojde ke změně zdravotního stavu pojištěného v důsledku následujících pojistných nebezpečí, ke kterým dojde během trvání pojištění:
 - a) nemoc,
 - b) úraz nebo
 - c) jiná skutečnost související se zdravotním stavem pojištěného, poskytne pojistitel pojistné plnění ve formě služeb uvedených v článku 4; tyto služby budou poskytnuty na území České republiky.

Článek 3

Zánik pojištění

- ▶ Vedle případů zániku pojištění podle všeobecných pojistných podmínek a podle Zvláštních pojistných podmínek pro životní pojištění PERSPEKTIVA toto pojištění dále zaniká:
 - a) dnem ukončení trvalého pobytu pojištěného na území České republiky,
 - b) nejpozději dnem bezprostředně předcházejícím výročním dnem počátku pojištění v roce, v němž pojištěný dosáhne 80 let.

Článek 4

Pojistné plnění

- ▶ 1) Pojistným plněním z tohoto pojištění jsou následující služby poskytované smluvními partnery pojistitele, pokud jsou sjednané v pojistné smlouvě:
 - a) služba Rychlé informace, v jejímž rámci pojistitel poskytuje 24 hodin denně informace o zdravotních službách v rozsahu a za podmínek podle odst. 2),
 - b) služba Lékař na telefonu, v jejímž rámci lékař určený pojistitelem poskytuje 24 hodin denně telefonické zdravotní konzultace v rozsahu a za podmínek podle odst. 3),
 - c) Asistenční služby, v jejichž rámci je zajištěno poskytnutí potřebné zdravotní péče v rozsahu a za podmínek podle odst. 4),
 - d) další služby související se zdravotním stavem pojištěného uvedené v pojistné smlouvě.
- ▶ 2) Služba **Rychlé informace** zahrnuje podání informací o zdravotních službách prostřednictvím telefonické infolinky, jako jsou 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 (právní úprava, rozsah pojištění, výše pojistného, spoluúčasti, systém výběru pojistného, adresy a kontakty na zdravotní pojišťovny) a o cestovním pojištění poskytovaném pojistitelem (rozsah pojistného krytí, výše pojistného, kontaktní místa, kde

lze pojištění sjednat).

- ▶ 3) Služba **Lékař na telefonu** zahrnuje poskytování těchto služeb:
 - a) konzultace zdravotního stavu pojištěného – postup při zdravotních potížích, vysvětlení příznaků a příčin onemocnění, doporučení dalšího postupu,
 - b) vysvětlení běžně užívaných pojmů ve zdravotnictví, odborných medicínských výrazů, latinských pojmů, diagnóz a jejich zkratk užívaných ve zdravotnické dokumentaci,
 - c) vysvětlení nálezů z odborných vyšetření, účelu jednotlivých vyšetření, vysvětlení výsledků laboratorních vyšetření (informace o rozmezí hodnot jednotlivých ukazatelů),
 - d) konzultace lékařských postupů – vysvětlení obecných postupů léčby, základní informace o časové náročnosti léčby jednotlivých onemocnění,
 - e) informace o lécích a jejich účincích – účinné látky v lécích obsažené, možné nežádoucí účinky, informace o doplácích na léky,
 - f) doporučení pojištěnému, na jakého odborného lékaře se má s daným problémem obrátit,
 - g) poradna pro těhotné ženy a matky po porodu – doporučení vhodného postupu v dané situaci, jaká vyšetření je vhodné provést a z jakých důvodů,
 - h) informace před cestou do zahraničí – doporučení nutného očkování a poučení o zdravotních rizicích pro danou lokalitu.
- ▶ 4) **Asistenční služby** zahrnují:
 - a) zajištění prvotního ambulantního vyšetření příslušným odborným lékařem v České republice (v návaznosti na stanovenou diagnózu nebo popis příznaků zdravotních potíží) v co nejkratším možném termínu; tyto služby však nezahrnují zajišťování následných návštěv, kontrol a další péče k témuž zdravotnímu případu (k téže diagnóze) s výjimkou případů, kdy tato následná zdravotní péče musí být poskytnuta za účelem poskytnutí služby podle následujícího odstavce,
 - b) zajištění příjmu pojištěného k hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení v České republice.
- ▶ 5) Pojištěný může asistenční služby čerpat od jednoho výročního dne počátku pojištění do následujícího výročního dne počátku pojištění nejvýše šestkrát.
- ▶ 6) Seznam smluvních partnerů pojistitel zveřejňuje na svých internetových stránkách.

