

Soubor pojistných podmínek pro pojištění PERSPEKTIVA



Pro život jaký je

PERSPEKTIVA

Co je důležité vědět:

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	3	Článek 12 Povinnosti pojistníka, pojištěného a jiné osoby, která uplatňuje právo na pojistné plnění	6
Článek 2 Vznik pojištění, pojistná doba, vznik a zánik předběžného pojištění	3	Článek 13 Důsledky porušení povinností, omezení pojistného plnění	6
Článek 3 Změna pojištění	3	Článek 14 Dynamizace	6
Článek 4 Zánik pojištění	3	Článek 15 Právo pojistitele zjišťovat zdravotní stav	7
Článek 5 Pojistný zájem	4	Článek 16 Stanovení průměrného měsíčního příjmu	7
Článek 6 Pojištění cizího pojistného nebezpečí a pojištění ve prospěch třetí osoby	4	Článek 17 Vinkulace a zástavní právo k pohledávkám z pojištění	7
Článek 7 Pojistné	4	Článek 18 Forma jednání	7
Článek 8 Obecné výluky z pojištění	5	Článek 19 Doručování	8
Článek 9 Pojistné plnění a šetření pojistné události	5	Článek 20 Rozhodné právo a rozhodování sporů	8
Článek 10 Oceňovací tabulky	5	Článek 21 Výklad pojmů	8
Článek 11 Povinnosti pojistitele	5		

Zvláštní pojistné podmínky pro životní pojištění PERSPEKTIVA

Článek 1 Úvodní ustanovení	9	Článek 16 Automatický přesun podílových jednotek	12
Článek 2 Rozsah pojištění	9	Článek 17 Prodej podílových jednotek	12
Článek 3 Pojistná událost, pojistná nebezpečí	9	Článek 18 Pojištění ve stavu bez placení pojistného	12
Článek 4 Čekací doba	9	Článek 19 Odkupné	13
Článek 5 Pojistné	10	Článek 20 Podíl na zisku	13
Článek 6 Změny pojištění	10	Článek 21 Automatické snížení pojistné částky	13
Článek 7 Zánik pojištění	10	Článek 22 Předběžné pojištění	13
Článek 8 Fondy a realokační programy	10	Článek 23 Pojistné plnění v případě dožití ze základního pojištění	13
Článek 9 Ceny podílových jednotek	10	Článek 24 Pojistné plnění v případě smrti ze základního pojištění	13
Článek 10 Účet pojistníka	11	Článek 25 Riziková pojištění a jejich podmínky	14
Článek 11 Rizikové pojistné a poplatky	11	Článek 26 Pojištění, u nichž se zjišťuje příjem pojištěného	14
Článek 12 Mimořádné pojistné	11	Článek 27 Bonusové pojištění	15
Článek 13 Vkladový fond	11	Článek 28 Prémie za bezeškodní průběh	15
Článek 14 Změna nabídky fondů či realokačních programů pojistitelem	11	Článek 29 Přehled poplatků a parametrů pojištění	15
Článek 15 Přesun podílových jednotek	12	Článek 30 Výklad pojmů	15

Zvláštní pojistné podmínky pro úrazové pojištění

Článek 1 Úvodní ustanovení	17	Článek 10 Zánik pojištění pro případ pracovní neschopnosti následkem úrazu	20
Článek 2 Pojistná událost, pojistná nebezpečí	17	Článek 11 Pojistné plnění z pojištění pro případ pobytu v nemocnici následkem úrazu	20
Článek 3 Rozsah a stanovení výše pojistného plnění	17	Článek 12 Pojistné plnění z pojištění pro případ invalidity následkem úrazu s výplatou pojistné částky	20
Článek 4 Výluky z pojištění	17	Článek 13 Pojistné plnění z pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu s výplatou důchodu	20
Článek 5 Společná ustanovení k pojistnému plnění za tělesné poškození způsobené úrazem a za pracovní neschopnost následkem úrazu	18	Článek 14 Zánik pojištění pro případ invalidity následkem úrazu	20
Článek 6 Pojistné plnění z pojištění pro případ tělesného poškození ve formě procentního podílu z pojistné částky	18	Článek 15 Pojistné plnění z pojištění pro případ smrti následkem úrazu	20
Článek 7 Pojistné plnění z pojištění pro případ tělesného poškození ve formě denního odškodného	19	Článek 16 Pojistné plnění z pojištění pro případ úrazu při dopravní nehodě	21
Článek 8 Pojistné plnění z pojištění pro případ trvalých následků úrazu	19	Článek 17 Povinnosti pojistníka a pojištěného	21
Článek 9 Pojistné plnění z pojištění pro případ pracovní neschopnosti následkem úrazu	19	Článek 18 Výklad pojmů	21

Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění pro případ nemoci

ČÁST 1 SPOLEČNÁ USTANOVENÍ	22	Článek 15 Vážná onemocnění dospělých osob	25
Článek 1 Úvodní ustanovení	22	Článek 16 Pojistné plnění	28
Článek 2 Pojistná událost, pojistná nebezpečí	22	Článek 17 Výluky z pojištění	28
Článek 3 Čekací doba	22	Článek 18 Zánik pojištění	28
Článek 4 Oprávněná osoba	22	ČÁST 5 POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD OŠETŘOVÁNÍ DÍTĚTE	28
ČÁST 2 POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI	22	Článek 19 Pojistná událost	28
Článek 5 Pojistná událost	22	Článek 20 Pojistné plnění	28
Článek 6 Pojistné plnění	22	Článek 21 Výluky z pojištění	29
Článek 7 Povinnosti pojištěného	23	Článek 22 Zánik pojištění	29
Článek 8 Výluky z pojištění	23	ČÁST 6 POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD PÉČE O ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ DÍTĚ	29
Článek 9 Zánik pojištění	23	Článek 23 Pojistná událost	29
ČÁST 3 POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD POBYTU V NEMOCNICI	23	Článek 24 Pojistné plnění	29
Článek 10 Pojistná událost	23	Článek 25 Povinnosti oprávněné osoby	29
Článek 11 Pojistné plnění	24	Článek 26 Výluky z pojištění	29
Článek 12 Výluky z pojištění	24	Článek 27 Zánik pojištění	30
ČÁST 4 POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD VÁŽNÝCH ONEMOCNĚNÍ	24	ČÁST 7 ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ	30
Článek 13 Pojistná událost	24	Článek 28 Výklad pojmů	30
Článek 14 Vážná onemocnění dětí	24	Článek 29 Vysvětlení použitých zkratk	31

Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění pro případ invalidity

Článek 1 Úvodní ustanovení	32	Článek 7 Výplata jednorázového pojistného plnění	32
Článek 2 Pojistná událost, pojistná nebezpečí	32	Článek 8 Výplata důchodu	33
Článek 3 Čekací doba	32	Článek 9 Zproštění od placení pojistného	33
Článek 4 Změna pojištění	32	Článek 10 Povinnosti pojištěného	33
Článek 5 Zánik pojištění	32	Článek 11 Výluky z pojištění	33
Článek 6 Pojistné plnění	32	Článek 12 Výklad pojmů	33

Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění pro případ zajištění zdravotní péče

Článek 1 Úvodní ustanovení	35	Článek 3 Zánik pojištění	35
Článek 2 Pojistná událost, pojistná nebezpečí	35	Článek 4 Pojistné plnění	35

Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění osob



Pro život jaký je

VPP O-901/16

PERSPEKTIVA

Obsah:

Článek 1 Úvodní ustanovení	3	Článek 12 Povinnosti pojistníka, pojištěného a jiné osoby, která uplatňuje právo na pojistné plnění	6
Článek 2 Vznik pojištění, pojistná doba, vznik a zánik předběžného pojištění	3	Článek 13 Důsledky porušení povinností, omezení pojistného plnění	6
Článek 3 Změna pojištění	3	Článek 14 Dynamizace	6
Článek 4 Zánik pojištění	3	Článek 15 Právo pojistitele zjišťovat zdravotní stav	7
Článek 5 Pojistný zájem	4	Článek 16 Stanovení průměrného měsíčního příjmu	7
Článek 6 Pojištění cizího pojistného nebezpečí a pojištění ve prospěch třetí osoby	4	Článek 17 Vinkulace a zástavní právo k pohledávkám z pojištění	7
Článek 7 Pojistné	4	Článek 18 Forma jednání	7
Článek 8 Obecné vyluky z pojištění	5	Článek 19 Doručování	8
Článek 9 Pojistné plnění a šetření pojistné události	5	Článek 20 Rozhodné právo a rozhodování sporů	8
Článek 10 Oceňovací tabulky	5	Článek 21 Výklad pojmu	8
Článek 11 Povinnosti pojistitele	5		

Článek 1**Úvodní ustanovení**

1) Pojištění osob se řídí pojistnou smlouvou, těmito všeobecnými pojistnými podmínkami a zvláštními pojistnými podmínkami uvedenými v pojistné smlouvě, zákonem číslo 89/2012 Sb., občanským zákoníkem (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 třicet jedna 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 smlouvou lze změnit dohodu 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 vzniku 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 pojistné nebezpečí, platí pro pojištění, kterých se taková změna týká, nové čekací doby nebo jiná omezení podle příslušných zvláštních pojistných podmínek; tyto čekací doby nebo jiná omezení 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 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 dnem:

- uplynutí pojistné doby;
- zániku pojistného zájmu nebo zániku pojistného nebezpečí;
- smrti pojištěného;
- smrti pojistníka či dnem zániku pojistníka (právnícké osoby) bez právního nástupce, jde-li o skupinové pojištění;
- výplaty odkupného pojistitelem na žádost pojistníka;
- odvolání souhlasu pojištěného se zpracováním jeho citlivých údajů.

2) Pojištění dále zanikne v případě prodlení pojistníka s úhradou pojistného, a to marným uplynutím dodatečně lhůty k zaplacení dlužného pojistného stanovené pojistitelem v upomínce pojistníkoví.

3) Pojistník i pojistitel mohou pojištění ukončit výpovědí:

- k poslednímu dni každého pojistného období, jde-li o pojištění s běžným pojistným; tato výpověď musí být druhé straně doručena nejméně šest týdnů

- před koncem pojistného období, v opačném případě pojištění zanikne až ke konci následujícího pojistného období, pro které je šest týdnů dodrženo;
- b) pojistitel však takto nemůže vypovědět životní pojištění;
- b) doručenou druhé straně do dvou měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy; pojištění zanikne uplynutím osmidenní výpovědní doby;
- c) doručenou druhé straně do tří měsíců ode dne oznámení vzniku pojistné události pojistiteli; pojištění zanikne uplynutím měsíční výpovědní doby; pojistitel však takto nemůže vypovědět životní pojištění.

4) Pojistitel dále může pojištění ukončit výpovědí bez výpovědní doby v případě, že pojištěný poruší svou povinnost oznámit pojistiteli zvýšení pojistného rizika; pojištění zanikne dnem doručení výpovědi pojištěnému.

5) Pojistitel může od pojistné smlouvy či dohody o její změně odstoupit zejména v případě, že pojištěný úmyslně či z nedbalosti nezodpoví pravdivě a úplně písemné dotazy pojištěného v souvislosti s uzavíráním pojistné smlouvy či dohody o její změně, pokud by pojištěný při pravdivém a úplném zodpovězení takových dotazů pojistnou smlouvu či dohodu o její změně neuzavřel.

6) Pojištěný může od pojistné smlouvy či dohody o její změně odstoupit v případech a za podmíněk uvedených v občanském zákoníku.

7) Odstoupením se pojistná smlouva zrušuje od počátku a smluvní strany jsou povinny si vrátit vše, co již bylo ze smlouvy plněno. Pojištění zanikne dnem doručení oznámení pojištěného o odmítnutí pojistného plnění podle čl. 13.

8) Pojištění lze ukončit i dohodou smluvních stran, ve které bude stanoveno vyrovnání práv a povinností z ukončovaného pojištění.

9) 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. Pojištěný má vždy pojistný zájem na vlastním životě a zdraví. Pojištěný 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 pojištěný uzavřel pojistnou smlouvu bez pojistného zájmu vědomě a pojištěný o této skutečnosti nevěděl ani nemohl vědět, náleží pojistiteli odměna odpovídající pojistnému až do dne, kdy se o takové neplatnosti dozvěděl.

3) Pojištěný 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, z kterých bude zánik pojistného zájmu vyplývat. Pojištěný 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 pojištěný uzavírá pojistnou smlouvu vztahující se na pojistné nebezpečí pojištěného, který je osobou odlišnou od pojištěného, je povinen pojištěného seznámit s obsahem takové pojistné smlouvy a s Informacemi pro zájemce o pojištění osob, včetně informací o zpracování osobních údajů.

2) Není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak, má právo na pojistné plnění pojištěný, resp. obmyšlený, je-li pojistnou událostí smrt pojištěného.

3) Bylo-li pojištění sjednáno ve prospěch pojištěného, může pojištěný uplatnit právo na pojistné plnění pouze tehdy, pokud prokáže, že:

- seznámil pojištěného s obsahem pojistné smlouvy a
- pojištěný si je vědom toho, že pojistné plnění nabude namísto něj pojištěný, a souhlasí s tím, aby pojištěný pojistné plnění přijal; tento souhlas však není třeba, je-li pojištěný potomkem pojištěného a zároveň pojištěný je zákonným zástupcem pojištěného, který není plně svéprávný.

4) Neprokáže-li pojištěný souhlas pojištěného nebo zákonného zástupce podle předchozího odstavce do dne, kdy nastane pojistná událost, má právo na související pojistné plnění pojištěný, resp. 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 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 pojištěného.

6) Nejednalo-li se o skupinové pojištění, vstupuje dnem smrti pojištěného nebo dnem jeho zániku bez právního nástupce pojištěný do pojištění namísto pojištěného. Oznámí-li však pojištěný pojistiteli v písemné formě do třiceti dnů ode dne smrti pojištěného nebo ode dne jeho zániku bez právního nástupce, že na trvání pojištění nemá zájem, zanikne pojištění dnem smrti pojištěného nebo dnem jeho zániku bez právního nástupce.

Článek 7

Pojistné

1) Pojištěný je povinen řádně a včas platit pojistné.

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 pojištěného s variabilním symbolem stanoveným pojištěným.

6) Pojistné zaplacené pod variabilním symbolem určeným pojištěným se považuje za uhrazené pojištěným či jinou osobou s jeho souhlasem.

7) Pokud pojistné nebylo zaplacené včas a ve sjednané výši, je pojištěný 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 v pojištění pro případ zajištění zdravotní péče může pojištěný vždy k výročnímu dni počátku pojištění jednostranně upravit výši běžného pojistného, změnil-li se podmínky rozhodné pro stanovení výše pojistného, zejména:

- změnil-li se obecně závazné právní předpisy nebo ustálená soudní praxe, které mají vliv na stanovení výše pojistného nebo pojistného plnění, nebo
- změnil-li se obecně závazné právní předpisy, které ukládají pojištěnému dodatečné výdaje (například odvody do státního rozpočtu), k nimž v době uzavření pojistné smlouvy nebyl pojištěný povinen, nebo
- na základě porovnání předpokládaného a skutečného škodního průběhu pojistné smlouvy, nebo
- na základě porovnání předpokládaného a skutečného škodního průběhu příslušného pojistného odvětví nebo pojistného produktu u úrazového pojištění.

9) Pojištěný je povinen sdělit pojištěnému upravenou výši pojistného podle předchozího odstavce nejpozději dva měsíce přede dnem splatnosti pojistného za pojistné období, za které má být takové upravené pojistné poprvé zaplacené.

10) Svůj nesouhlas s jednostrannou změnou pojistného podle odst. 8) musí pojištěný pojištěnému oznámit v písemné formě nejpozději do jednoho měsíce ode dne, kdy se o takové změně dozvěděl; v takovém případě pojištěný buď zanikne uplynutím pojistného období, za které bylo zaplacené pojistné, nebo se pojištěný může s pojištěným dohodnout, že pojištění z takového důvodu nezankne, ale pojištěný upraví výši souvisejících pojistných částek podle pojistněmatematických metod.

11) Pojistné je rovněž možné změnit na základě dohody pojištěného s pojištěným. Za tuto dohodu se považuje rovněž úprava pojistného v závislosti na vývoji inflace, jak je upravena v čl. 14.

12) Pojištěný 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), občanské války nebo teroristických činů, tj. násilných činů poškozujících lidský život, majetek či infrastrukturu s úmyslem ovlivnit vládu nebo zastrašovat veřejnost nebo její část,
 - 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) působení jaderné energie,
 - e) chemické nebo biologické kontaminace.

2) Pokud však v důsledku událostí 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 obmyslený.

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 pochybnosti 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 tří 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 vyplátní 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 patnácti 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 tří 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 pojistiteli 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 příslušných oceňovacích tabulek, se použijí příslušné oceňovací tabulky aktuální 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 teoretických a praktických poznatků medicíny a zkušeností pojistitele získaných při vyřizování pojistných událostí. Pokud dojde k jejich změně, oznámí to pojistitel pojistníkovi písemně (například e-mailem); změněná verze oceňovacích tabulek bude současně dostupná také v obchodních prostorách pojistitele. Pojistník může pojištění dotčené změnou oceňovacích tabulek vypovědět, a to nejpozději do jednoho měsíce ode dne takového oznámení; příslušné pojištění v tomto případě zanikne ke konci pojistného období po doručení výpovědi pojistiteli.

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;
- 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 pojistitele;
- 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 jsou pojistník a pojištěný povinni:

- a) zodpovědět pravdivě a úplné dotazy vznesené pojistitelem v písemné formě ohledně skutečností souvisejících se sjednáváním pojištěním včetně informací týkajících se zdravotního stavu pojištěného;
- b) oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu jakékoli změny skutečností, které sdělili pojistiteli podle předchozího odstavce nebo které jsou uvedeny v pojistné smlouvě, včetně změny osobních údajů;
- c) neučinit bez souhlasu pojistitele nic, co zvyšuje či by mohlo zvýšit pojistné riziko, a nemožnit 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) 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;
- b) podat pojistiteli pravdivě a úplné 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; tyto dokumenty musí být vyhotoveny v českém jazyce, popřípadě musí být zajištěn jejich ověřený překlad do českého jazyka, nestanoví-li pojistitel jinak. 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.

Článek 13**Důsledky 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 tážán 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 jiné návykové (omamné či toxické) látky s výjimkou případů, kdy tyto látky byly obsaženy v lécích, 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, snižít pojistitel pojistné plnění jen tehdy, jestliže stejným jednáním způsobil pojištěný jiné osobě současně těžkou újmu na zdraví nebo smrt jiné osoby.

4) Pojistitel může odmítnout poskytnutí pojistného plnění, pokud k pojistné události došlo v souvislosti

- a) s trestným činem pojištěného či oprávněné osoby, pro který byly tyto osoby pravomocně odsouzeny,
- b) s páčáním úmyslného trestného činu pojištěným.

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 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 nepravdivě 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 nebo
- c) pojištěný odvolal souhlas se zpracováním a předáváním citlivých osobních údajů o svém zdravotním stavu a pojistitel proto nemůže dokončit šetření nutné ke zjištění existence a rozsahu své povinnosti plnit.

7) Pojistitel má právo na náhradu:

- a) nákladů vynaložených na šetření skutečností týkajících se pojistné události, o nichž mu byly oznámeny vědomě nepravdivě 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.

8) Pojistitel nemusí poskytnout pojistné plnění, a to ani z předběžného pojištění, pokud v době, kdy pojistná událost nastala, nebylo ve smyslu čl. 7 odst. 5) zapláceno celé běžné pojistné za první pojistné období nebo jednorázové pojistné v plné výši. To platí i pro změnu pojistné smlouvy, kterou se rozšiřuje rozsah pojištění.

Článek 14**Dynamizace**

1) V pojistné smlouvě může být sjednána pravidelná úprava pojistného a souvisejících pojistných částek v závislosti na vývoji inflace (dále jen **dynamizace**). Je-li v pojistné smlouvě dynamizace sjednána, upraví pojistitel vždy k výročnímu dni počátku pojištění výši pojistného a souvisejících pojistných částek v závislosti na vývoji průměrné meziroční míry inflace vyhlášené Českým statistickým úřadem podle zásad stanovených v pojistné smlouvě.

2) Pro účely dynamizace se míra inflace podle předchozího odstavce zaokrouhluje směrem dolů na celá procenta. Poslední dynamizaci provede pojistitel pět let před koncem pojistné doby.

3) Pokud však pojistník nezaplatí pojistné po úpravě dynamizací a platí pojistné i nadále v původní výši, nebude výše pojistného a souvisejících pojistných částek upravena dynamizací a pojistitel nebude nadále dynamizaci provádět. Pojistník a pojistitel se následně mohou dohodnout na obnovení dynamizace, a to od následujícího výročního dne počátku pojištění po účinnosti takové dohody.

4) Pokud pojistník požádá o ukončení dohodnuté dynamizace, pojistitel nebude dynamizaci dále provádět od následujícího výročního dne počátku pojištění po obdržení žádosti.

5) Bude-li pojistník v době trvání pojištění zproštěn nebo osvobozen od placení pojistného, nebude pojistitel dynamizaci dále provádět od následujícího výročního dne počátku pojištění po vzniku práva na takové zproštění nebo osvobození. Zaniknou-li důvody pro zproštění nebo osvobození od placení pojistného, bude pojistitel dynamizaci znovu provádět na základě písemné žádosti pojistníka, a to od následujícího výročního dne počátku pojištění po obdržení takové žádosti.

Článek 15

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 povinností mlčenlivosti.

Článek 16

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:

- zaměstnance: z průměrné měsíční částky příjmu ze závislé činnosti podle zákona o daních z příjmů (zejména mzdy, platu či z dohody o pracovní činnosti) za poslední tři měsíce,
- osobu samostatně výdělečně činnou: z poloviny příjmů z podnikání a jiné samostatné výdělečné 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 kopii svého přiznání 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 z podnikání jako osoba samostatně výdělečně činná, dokládá příjmy z obou těchto činností stejnou formou jako osoba samostatně výdělečně činná.

6) Pojištěný je povinen oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu (nejpozději však do jednoho měsíce) a v písemné formě snížení svého průměrného měsíčního příjmu o více než dvacet procent oproti příjmu sdělenému pojistiteli při uzavírání pojistné smlouvy či dohody o její změně, pokud:

- takové snížení trvá u zaměstnance alespoň tři měsíce, nebo
- u osoby samostatně výdělečně činné dojde k takovému snížení oproti předchozímu zdaňovacímu období.

7) Dojde-li ke snížení průměrného měsíčního příjmu pojištěného v rozsahu podle předchozího odstavce, může pojistitel odpovídajícím způsobem snížit pojistnou částku, při jejímž stanovení se vycházelo z původní výše průměrného měsíčního příjmu pojištěného, a související pojistné. Pojistitel je povinen oznámit pojistníkovi nově stanovenou pojistnou částku a vyšší pojistného nejpozději jeden měsíc předem splatnosti běžného pojistného za pojistné období, od kterého má nová pojistná částka a výše pojistného platit.

8) Pokud pojistitel nemůže snížit pojistnou částku podle předchozího odstavce

v důsledku porušení povinnosti pojištěného oznámit pojistiteli snížení průměrného měsíčního příjmu podle odst. 6), může pojistitel snížit pojistné plnění tak, aby odpovídalo sníženým pojistným částkám podle předchozího odstavce.

Článek 17

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. Na odkupné se vinkulace nevztahuje, není-li v dohodě o vinkulaci uvedeno jinak. 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 18

Forma jednání

1) Pojistná smlouva musí být uzavřena v písemné formě, nestanoví-li občanský zákoník jinak.

2) V případě, že bude přijetí návrhu 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:

- trvání a zánik pojištění,
- změny pojistného,
- změny rozsahu pojištění,
- 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, fax, datová schránka), 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 19 Doručování

- 1) Písemnosti doručované prostřednictvím držitele poštovní licence budou zaslány:
- pojistiteli na adresu **Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Brněnská 634, 664 42 Modřice**, popřípadě jinou adresu, kterou pojistitel pojistníkovi oznámí;
 - pojistitelem na korespondenční adresu příslušné osoby (adresáta) uvedenou v pojistné smlouvě či jinak oznámenou pojistiteli. Nemá-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 třetí pracovní den po odeslání a jde-li o doručování na adresu v jiném státu než České republice, pak patnáctý 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, třetí pracovní den po odeslání a jde-li o doručování na adresu v jiném státu než České republice, pak patnáctý pracovní den po odeslání.
- 4) Zmaří-li adresát dojít písemnosti tím, že ji odepře převzít, platí, že řádně došla dnem, kdy adresát písemnost odepřel převzít.
- 5) Zmaří-li adresát dojít 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 dojít 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 desátý 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 nevylučuje.
- 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 20 Rozhodné právo a rozhodování sporů

- 1) Pojistná smlouva a právní vztahy z ní vyplývající či s ní související se řídí českým právem.
- 2) Spory vyplývající z pojistné smlouvy či s ní související budou předloženy k rozhodnutí příslušnému soudu v České republice.
- 3) Subjektem věcně příslušným k mimosoudnímu řešení spotřebitelských sporů ze životního pojištění je Finanční arbitr, 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 21 Výklad pojmů

Nevyplývá-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:

- aktuální věk** znamená věk pojištěného stanovený jako rozdíl mezi aktuálním kalendářním rokem a rokem narození pojištěného,
- 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, nevznikne nárok na pojistné plnění buď vůbec, nebo vznikne jen v omezené výši podle pravidel uvedených v pojistné smlouvě nebo v příslušných zvláštních pojistných podmínkách,
- 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,
- konstantní pojistná částka** znamená pojistnou částku, která se během pojistné doby nemění,
- obmyslený** znamená osobu určenou pojistníkem v pojistné smlouvě nebo stanovenou podle příslušných ustanovení občanského zákoníku, které vznikne právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného,
- 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,
- pojistník** znamená osobu, která uzavřela s pojistitelem pojistnou smlouvu,
- 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,
- pojistné období** znamená období, za které se platí běžné pojistné a které je uvedeno v pojistné smlouvě nebo v těchto všeobecných pojistných podmínkách,
- předběžné pojištění** znamená pojištění, které je sjednané na období přede dnem uvedeným v pojistné smlouvě jako den počátku pojištění,
- předčasné ukončení pojistné smlouvy** znamená zánik či ukončení všech pojištění sjednaných v pojistné smlouvě:
 - výplatu odkupného na základě žádosti pojistníka o výplatu odkupného,
 - dohodou,
 - výpovědí ze strany pojistníka,
 - pro nezaplacení pojistného, nebo
 - odvoláním souhlasu pojištěného se zpracováním citlivých osobních údajů,
- události, které vznikly v důsledku působení jaderné energie**, znamenají události vzniklé:
 - z ionizujícího záření nebo kontaminací radioaktivitou z jaderného paliva nebo jaderného odpadu nebo ze spalování jaderného paliva,
 - z radioaktivních, toxických nebo jinak riskantních anebo kontaminujících vlastností nukleárního zařízení, reaktoru nebo nukleární montáže nebo nukleárního komponentu,
 - z působení zbraně využívající atomové nebo nukleární štěpení, syntézy nebo jinou podobnou reakci, radioaktivní síly nebo materiály,
- vstupní věk** znamená věk pojištěného stanovený jako rozdíl mezi kalendářním rokem počátku pojištění a rokem narození pojištěného,
- 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,
- zákon o daních z příjmů** znamená zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů.

Zvláštní pojistné podmínky pro životní pojištění PERSPEKTIVA



Pro život jaký je

ZPPŽP O-963/16

PERSPEKTIVA

Obsah:

Článek 1 Úvodní ustanovení	9	Článek 16 Automatický přesun podílových jednotek	12
Článek 2 Rozsah pojištění	9	Článek 17 Prodej podílových jednotek	12
Článek 3 Pojistná událost, pojistná nebezpečí	9	Článek 18 Pojištění ve stavu bez placení pojistného	12
Článek 4 Čekací doba	9	Článek 19 Odkupné	13
Článek 5 Pojistné	10	Článek 20 Podíl na zisku	13
Článek 6 Změny pojištění	10	Článek 21 Automatické snížení pojistné částky	13
Článek 7 Zánik pojištění	10	Článek 22 Předběžné pojištění	13
Článek 8 Fondy a realokační programy	10	Článek 23 Pojistné plnění v případě dožití ze základního pojištění	13
Článek 9 Ceny podílových jednotek	10	Článek 24 Pojistné plnění v případě smrti ze základního pojištění	13
Článek 10 Účet pojistníka	11	Článek 25 Riziková pojištění a jejich podmínky	14
Článek 11 Rizikové pojistné a poplatky	11	Článek 26 Pojištění, u nichž se zjišťuje příjem pojištěného	14
Článek 12 Mimořádné pojistné	11	Článek 27 Bonusové pojištění	15
Článek 13 Vkladový fond	11	Článek 28 Prémie za bezeškodní průběh	15
Článek 14 Změna nabídky fondů či realokačních programů pojistitelem	11	Článek 29 Přehled poplatků a parametrů pojištění	15
Článek 15 Přesun podílových jednotek	12	Článek 30 Výklad pojmů	15

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 čl. 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 čl. 17 odst. 1), čl. 18 odst. 1) a čl. 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 čl. 25; pokud je však pojištěným dítě, určité 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 osmnácti 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 čl. 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 čl. 24 ani z pojištění pro případ smrti podle čl. 25 A), zemře-li pojištěný ve dvouměsíční čekací době ode dne počátku pojištění, s výjimkou smrti následkem úrazu.

2) Zemře-li pojištěný do dvou let ode dne počátku pojištění následkem sebevraždy nebo pokusu o sebevraždu,

a) poskytne pojistitel ze základního pojištění pojistné plnění ve výši podle čl. 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 sebevraždy po uplynutí čekací doby podle odst. 2), poskytne pojistitel pojistné plnění v plné výši.

Článek 5 Pojistné

1) Běžné pojistné lze bez souhlasu pojistitele zaplatit maximálně za pojistné období, které začíná do dvou 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.

2) Mimořádné pojistné nelze platit v hotovosti.

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 čl. 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 prodloužení 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 čl. 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 čl. 19 odst. 1) nebo dnem dřívějšího poskytnutí pojistného plnění pro případ dožití podle čl. 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 osmdesáti 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 šedesáti pěti let.

9) Riziková pojištění dítěte zaniknou nejpozději dnem bezprostředně předcházejícím výročnímu dni počátku základního pojištění v roce, v němž se pojištěné dítě dožije dvaceti šesti 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 osmdesáti let.

10) Bonusové pojištění zanikne nejpozději dnem, kdy nastane pojistná událost, na kterou se toto bonusové pojištění vztahuje.

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 akcii. 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 čl. 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 pět procent 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 zaplacen a pojistitelem přiřazeno na účet pojistníka ke konkrétní pojistné smlouvě. Bylo-li pojistné zaplacen před počátkem pojištění, připíše se podílové jednotky na účet pojistníka nejdříve ke dni počátku pojištění.

3) V případě, že pojistné není zaplacen 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 čl. 11 a v případě prodeje podílových jednotek podle čl. 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:

- měsíční poplatek na úhradu počátečních nákladů, pokud počáteční náklady nebyly dosud v plné výši uhrazeny,
- měsíční poplatek za vedení účtu pojistníka,
- měsíční rizikové pojistné,
- 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 zaplacen na zvláštní účet pojistitele a tato platba označena specifickým symbolem stanoveným pojistitelem, podle kterého budou za mimořádné pojistné připsané 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 připsané 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 připsat 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 zaplacen 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 nezbavuje pojistníka povinnosti 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 čl. 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 třicet dnů předem na svých internetových stránkách. Dotčené podílové jednotky přesune pojistitel podle pravidel pro přesun podílových jednotek stanovených v čl. 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 třetí 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:

- základní pojištění trvalo alespoň jeden rok,
- zhodnocení fondu od minulého vyhodnocovacího dne přesahuje sjednané procento,
- 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 čl. 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:

- hodnota podílových jednotek, které mají být odepsány z účtu pojistníka, dosahuje alespoň částky uvedené v Přehledu a současně
- 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 třetí 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, v souladu s předchozím odstavcem, budou 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 čl. 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:

- dnem účinnosti dohody stran o přechodu pojištění do stavu bez placení pojistného uzavřené na základě žádosti pojistníka, nebo
- 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 třinácti 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 snižena o celé neuhrazené počáteční náklady a poplatky 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 dva roky, nebo
- b) bylo zaplaceno mimořádné pojistné alespoň v minimální výši stanovené v Přehledu.

2) Výše odkupného se stanoví z hodnoty účtu pojistníka snižené o celé neuhrazené počáteční náklady a poplatky 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 tří 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 deset tisíc korun českých (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) bonusové 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 šedesáti let,
- b) toto pojištění je sjednáno alespoň na dobu šedesáti kalendářních měsíců,
- c) hlavnímu pojištěnému vznikl nárok na starobní důchod, invalidní důchod pro plnou invaliditu nebo byl uznán plně invalidním podle zákona o důchodovém pojištění. Invalidita se prokazuje způsobem uvedeným v čl. 2 odst. 2) a v čl. 10 zvláštních pojistných podmínek pro pojištění pro případ invalidity.

4) Výši pojistného plnění podle předchozího odstavce stanoví pojistitel jako hodnotu účtu pojistníka sniženou 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 uskutečněného 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 osmnácti let, nulová, od tohoto dne je automaticky rovna částce 10 000 Kč, nebude-li následně dohodnuto jinak.

4) Odchylně od čl. 8 odst. 1) všeobecných pojistných podmínek se základní pojištění vztahuje i na smrt hlavního pojištěného v důsledku události uvedených v čl. 8 odst. 1) všeobecných pojistných podmínek; na rozdíl od ustanovení čl. 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, snižené o celé neuhrazené počáteční náklady.

5) Odchylně od čl. 8 odst. 3) všeobecných pojistných podmínek se základní pojištění vztahuje i na smrt hlavního pojištěného, ke které dojde následkem sebevraždy do dvou 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, snižené o celé neuhrazené počáteční náklady.

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 (lze sjednat pouze pro druhého pojištěného),
 - ii) lineárně 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 v případě plné invalidity hlavního pojištěného, 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, zprostí 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 čl. 25 F), pojištění pro případ osvobození od placení pojistného zanikne dnem, od kterého je pojistník zproštěn povinnosti platit pojistné podle čl. 9 zvláštních pojistných podmínek pro pojištění pro případ invalidity.

4) Dojde-li ke snížení běžného pojistného podle čl. 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 výročním dni počátku pojištění v roce, v němž se pojištěné dítě, které je zároveň hlavním pojištěným, dožije dvaceti šesti let.

5) Právo na osvobození vznikne pouze za podmínky, že:

- a) pojistné podle pojistné smlouvy je zaplaceno 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 skutečnosti, 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 čl. 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 čl. 16 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 čl. 16 odst. 6) všeobecných pojistných podmínek nemá pojištěný, u něhož pojistitel příjem při sjednání pojištění nebo jeho změně nezjišťuje, protože celková sjednaná pojistná částka v pojistných smlouvách téhož pojištěného nepřesahuje pojistnou částku uvedenou v Přehledu pro příslušný druh pojištění.

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 tří let ode dne, kdy k takovému úrazu došlo, poskytne pojistitel obmyslenému 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 plně invalidním, 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 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:

- pojistník není povinen platit pojistné od prvního dne pojistného období následujícího po pojistném období, ve kterém se hlavní pojištěný stal plně invalidním,
- zproštění trvá po dobu čtyř let ode dne jeho počátku podle předchozího odstavce, maximálně však do konce pojistné doby bonusového pojištění,
- 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,
- pojistitel nebude v průběhu trvání zproštění přezkoumávat zdravotní stav, tj. trvání plné invalidity hlavního pojištěného.

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.

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 (například e-mailem); změněná verze Přehledu bude současně dostupná také v obchodních prostorách pojistitele. Pojistník může pojištění dotčené změnou vypovědět nejpozději do jednoho měsíce ode dne takového oznámení; příslušné pojištění v tomto případě zanikne ke konci pojistného období po doručení výpovědi 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

Nevyplývá-li z kontextu jinak, mají následující pojmy v textu těchto zvláštních pojistných podmínek tento význam:

- akumulovaný dluh** znamená součet rizikového pojistného a poplatků, o které nemohla být snížena hodnota účtu pojistníka podle čl. 11 v důsledku jeho nedostatečnosti; akumulovaný dluh je evidován pouze tehdy, je-li kladný,
- alokační poměr** znamená poměr fondů, ve kterém se za zaplacené běžné pojistné připisují podílové jednotky těchto 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,
- bonusové pojištění** znamená pojištění podle čl. 2 odst. 3) sjednané v pojistné smlouvě,
- 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,
- dítě** znamená fyzickou osobu, která v roce, ve kterém vzniklo pojištění, nedosáhne osmnácti let a která je jako pojištěné dítě označena v pojistné smlouvě,
- dospělá osoba** znamená fyzickou osobu, která v roce, ve kterém vzniklo pojištění, dosáhne alespoň osmnácti let;
- dožití se stanoveného věku** znamená skutečnost, že se pojištěný dožije 24:00 hodin dne konce pojištění,
- druhý pojištěný** znamená dospělou osobu, která je jako druhý pojištěný označena v pojistné smlouvě,
- fond** znamená portfolio investičních instrumentů, které jsou ve vlastnictví pojistitele nebo třetí osoby,
- garantovaný fond** znamená fond, u něhož pojistitel garantuje kladný roční růst prodejní ceny podílové jednotky ve výši uvedené v Přehledu,
- hlavní pojištěný** znamená osobu označenou v pojistné smlouvě jako hlavní pojištěný,
- hodnota podílových jednotek** znamená částku stanovenou jako součet násobků daného počtu podílových jednotek a jejich příslušné prodejní ceny ke konkrétnímu dni,
- hodnota účtu pojistníka** znamená částku stanovenou jako součet násobků všech podílových jednotek evidovaných na účtu pojistníka a jejich příslušné prodejní ceny ke konkrétnímu dni,
- invalidita** znamená invaliditu příslušného stupně, jak je definována v čl. 12 odst. 2) a dále upravena v čl. 2 zvláštních pojistných podmínek pro pojištění pro případ invalidity,
- mimořádné pojistné** znamená pojistné zaplacené během trvání pojištění nad rámec běžného pojistného sjednaného v pojistné smlouvě,
- nákupní cena podílové jednotky** znamená cenu, za kterou pojistitel připtěse podílovou jednotku na účet pojistníka,
- oceňovací den** znamená den, ke kterému pojistitel stanovuje aktuální hodnotu nákupní a prodejní ceny podílových jednotek jednotlivých fondů,
- odkupné** znamená hodnotu pojištění, která je vyplacena v určitých případech zániku pojištění před koncem pojistné doby,
- 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 a je také k dispozici v obchodních prostorách pojistitele,
 - z) **realokační program** znamená investiční program definovaný pojistitelem, v jehož rámci dochází k automatické změně fondů (tzv. linií) v souladu s čl. 8 odst. 4),
 - aa) **riziková pojištění** znamenají riziková pojištění, jejichž výčet a podmínky jsou uvedeny v čl. 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,
 - ee) **všeobecné pojistné podmínky** znamenají všeobecné pojistné podmínky pro pojištění osob, které jsou součástí pojistné smlouvy.

Zvláštní pojistné podmínky pro úrazové pojištění



Pro život jaký je

ZPPÚP O-923/16

PERSPEKTIVA

Obsah:

Článek 1 Úvodní ustanovení	17	Článek 10 Zánik pojištění pro případ pracovní neschopnosti následkem úrazu	19
Článek 2 Pojistná událost, pojistná nebezpečí	17	Článek 11 Pojistné plnění z pojištění pro případ pobytu v nemocnici následkem úrazu	20
Článek 3 Rozsah a stanovení výše pojistného plnění	17	Článek 12 Pojistné plnění z pojištění pro případ invalidity následkem úrazu s výplatou pojistné částky	20
Článek 4 Výluky z pojištění	17	Článek 13 Pojistné plnění z pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu s výplatou důchodu	20
Článek 5 Společná ustanovení k pojistnému plnění za tělesné poškození způsobené úrazem a za pracovní neschopnost následkem úrazu	18	Článek 14 Zánik pojištění pro případ invalidity následkem úrazu	20
Článek 6 Pojistné plnění z pojištění pro případ tělesného poškození ve formě procentního podílu z pojistné částky	18	Článek 15 Pojistné plnění z pojištění pro případ smrti následkem úrazu	20
Článek 7 Pojistné plnění z pojištění pro případ tělesného poškození ve formě denního odškodného	18	Článek 16 Pojistné plnění z pojištění pro případ úrazu při dopravní nehodě	21
Článek 8 Pojistné plnění z pojištění pro případ trvalých následků úrazu	19	Článek 17 Povinnosti pojistníka a pojištěného	21
Článek 9 Pojistné plnění z pojištění pro případ pracovní neschopnosti následkem úrazu	19	Článek 18 Výklad pojmů	21

Článek 1**Úvodní ustanovení**

1) Toto pojištění se řídí všeobecnými pojistnými podmínkami pro pojištění osob a těmito zvláštními pojistnými podmínkami. V případě odchýlného ujednání v těchto zvláštních pojistných podmínkách a všeobecných pojistných podmínkách pro pojištění osob 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 bylo pojištěnému způsobeno tělesné poškození nebo smrt.

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:

- tělesné poškození způsobené úrazem,
- trvalé následky úrazu,
- pracovní neschopnost následkem úrazu,
- pobyt v nemocnici následkem úrazu,
- invaliditu následkem úrazu,
- 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 příslušných 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:

- úraz, ke kterému došlo přede dnem počátku příslušného úrazového pojištění, respektive přede dnem počátku předběžného pojištění, bylo-li sjednáno,
- patologické zlomeniny, tj. takové zlomeniny, které vzniknou v důsledku prvotního snížení pevnosti kostí (např. vrozené kostní choroby, nádory kostí nebo osteoporóza) a k jejichž vzniku postačuje nižší intenzita působení vnějších sil či vlastní tělesné síly než u zlomeniny traumatické (zlomeniny zdravé kosti),
- zlomeniny patologických výrůstků na kosti (např. osteofyty, ostruhy),
- únavové neboli stresové (námahové) zlomeniny, tj. zlomeniny vzniklé z přetížení, nikoli v důsledku pojistného nebezpečí (například pochodová, běžecká zlomenina),
- opakující se vykloubení kloubu způsobené například volným kloubním pouzdem nebo insuficiencí (nedostatečností) kloubních vazů, atrofií kloubní hlavice nebo přilíh plochou kloubní jamkou,
- poškození svalů, šlach, obratlů a meziobratlových plotének, vazů či kloubů při zvedání nebo přesouvání břemen následkem přetížení, nikoli v důsledku pojistného nebezpečí,
- přerušení nebo poškození částí těla nebo orgánů, u nichž již došlo k degenerativním změnám (například Achillova šlacha či meniskus), vznik či zhoršení kýl (hernií), nádorů všeho druhu a původu, bérčovných vředů, diabetických gangrén, aseptických zánětů pochev šlachových, svalových úponů, tíhových váčků nebo epikondylitid,
- výhřez meziobratlové ploténky, ploténkové páteřní syndromy a jiná onemocnění zad – dorzopatie (diagnózy M40 až M54 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí),
- diagnostické, život zachraňující, léčebné nebo preventivní zákroky,
- zákroky, které jsou provedeny na žádost pojištěného a které nejsou z lékařského hlediska nezbytné (například zubní ošetření, chirurgie či ortopedie čelistí, kosmetické zákroky, sterilizace),
- 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,
- poškození vzniklá v důsledku působení mikrobiálních jedů a imunotoxických látek včetně alergických reakcí.

2) Úrazové pojištění se dále nevztahuje na úrazy při dopravní nehodě, dojde-li k úrazu při dopravě:

- vozidlem, které je použito k páčání trestné činnosti, na níž se pojištěný aktivně podílel,

- b) vozidlem, které řídila osoba:
- kteřá není držitelem příslušného řidičského oprávnění, s výjimkou osoby, která se podle příslušných předpisů učí vozidlo řídit nebo skládá zkoušku z řízení vozidla,
 - kteřá není zdravotně nebo odborně způsobilá k řízení vozidla podle obecně platných právních předpisů,
 - v době, kdy byl účinný trest zákazu řízení vozidla uložený této osobě, případně bylo rozhodnuto o odnětí či pozastavení jejího řidičského oprávnění.

3) Vedle výluk z pojištění podle předchozích odstavců se pojištění pro případ úrazu při dopravní nehodě dále nevztahuje na úraz, který pojištěný utrpí

- v době, kdy jako řidič vozidla nebo chodec byl pod vlivem alkoholu, omamné nebo psychotropní látky včetně léků zakázaných při řízení vozidla,
- jako řidič vozidla nebo chodec a odmítne-li se podrobit zkoušce nebo vyšetření na přítomnost alkoholu, omamných nebo psychotropních látek včetně léků zakázaných při řízení vozidla, nebo znemožní-li svým jednáním průkaznost této zkoušky nebo vyšetření,
- v době, kdy je vozidlo provozováno jako pracovní stroj, například při vyklápění, nakládání nebo manipulaci vozidla s nákladem,
- na místě nebo v části vozidla, které nejsou určeny k dopravě osob,
- 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,
- ve vozidle, které nesplňuje 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,
- 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,
- 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:

- pojištěný pobývá v
 - zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie, hráčské nebo jiné závislosti,
 - lázeňských léčebnách, ozdravovacích nebo sanatoriích,
- je pojištěný nezaměstnaným nebo je veden v evidenci uchazečů o zaměstnání u příslušného úřadu práce,
- je pojištěný na mateřské či rodičovské dovolené.

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:

- léčebnách pro dlouhodobě nemocné a hospicích,
- léčebnách, ústavech a odděleních pro chronicky nemocné (v odděleních tzv. následné péče),
- ústavech sociální péče nebo ve zvláštních dětských odborných léčebných zařízeních,
- zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie, hráčské nebo jiné závislosti,
- lázeňských léčebnách, ozdravovacích nebo sanatoriích,
- rehabilitačních zařízeních nebo ústavech, s výjimkou případů, kdy pobyt v nich časově (nejpozději následující den) navazuje na předchozí pobyt v nemocnici a je z lékařského hlediska nezbytný za účelem doléčení následků úrazu,
- 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 se stanoví podle příslušné oceňovací tabulky; toto pojistné plnění bude poskytnuto buď ve formě procentního podílu z pojistné částky podle čl. 6, nebo ve formě denního odškodného podle čl. 7, podle toho, co je sjednáno v pojistné smlouvě.

2) V případě tělesného poškození neuvedeného v příslušné oceňovací tabulce stanoví pojistitel výši pojistného plnění podle tělesného poškození v této oceňovací tabulce uvedeného, které je svou povahou a rozsahem takového tělesného poškození nejbližší.

3) Za infrakce, fisury, odlomení hran kostí a malých úlomků, za subperiostální zlomeniny a odloučení epifys (epifyseolysy) stanoví pojistitel výši pojistného plnění jako pro neúplné zlomeniny podle příslušné oceňovací tabulky; není-li v takové oceňovací tabulce neúplná zlomenina uvedena, stanoví pojistitel pojistné plnění jako polovinu pojistného plnění za příslušnou úplnou zlomeninu podle takové oceňovací tabulky.

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 léčeni); 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 třiceti 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 z pojistné částky se stanoví jako procentní podíl stanovený pro příslušné tělesné poškození v příslušné oceňovací tabulce z pojistné částky uvedené pro toto pojištění v pojistné smlouvě.

2) Pokud následkem jednoho úrazu dojde na jedné části těla ke dvěma či 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 ke dvěma či více tělesným poškozením, poskytne pojistitel pojistné plnění ve výši součtu procentních podílů za taková tělesná poškození, maximálně však ve výši sta procent pojistné částky uvedené pro toto pojištění plnění v pojistné smlouvě; to neplatí pro chirurgicky ošetřené rány, plošné abraze, cizí tělíska a pohmoždění (včetně mnohočetných pohmožděnin na různých částech těla), u nichž se vzhledem ke stejnému charakteru poškození procentní podíly nesčítají.

4) Pojistné plnění bude poskytnuto pouze za podmínky, že procentní podíl za tělesné poškození stanovený podle odst. 1) až 3) dosáhne alespoň procenta pro vznik práva na pojistné plnění za tělesné poškození způsobené úrazem uvedeného v pojistné smlouvě.

5) Pro vyloučení pochybností se uvádí, že pokud v době léčení tělesného poškození dojde k dalšímu úrazu pojištěného, je takový úraz novou pojistnou událostí a pojistitel poskytne pojistné plnění bez ohledu na pojistné 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 příslušné oceňovací tabulce, a částky denního odškodného uvedené v pojistné smlouvě; pojistitel však poskytne pojistné plnění maximálně za tři sta šedesát pět dnů.

2) Pokud následkem jednoho úrazu dojde ke dvěma či více tělesným poškozením, počty dnů za taková tělesná poškození se nesčítají, ale pojistitel poskytne pojistné plnění pouze za tělesné poškození s nejvyšším počtem dnů podle příslušné oceňovací tabulky.

3) Pojistné plnění bude poskytnuto pouze za podmínky, že doba léčeni a současně maximální počet dnů stanovený pro příslušné tělesné poškození v příslušné oceňovací tabulce přesáhnu karenční dobu uvedenou v pojistné smlouvě, která běží ode dne počátku doby léčeni; v takovém případě však pojistitel poskytne pojistné plnění od prvního dne takové doby léčeni.

4) Pojistné plnění bude poskytnuto až po ukončení léčeni tělesného poškození nebo po uplynutí maximálního počtu dnů stanoveného pro příslušné tělesné poškození v příslušné oceňovací tabulce, podle toho, co nastane dříve. Pokud léčeni tělesného poškození trvá déle než tři 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 léčeni tělesného poškození k dalšímu úrazu pojištěného a doby léčeni obou úrazů se překrývají, započítává se tato překrývající se doba do doby léčeni úrazu pouze jednou.

7) Poruší-li pojištěný při léčeni tělesného poškození léčebný režim stanovený lékařem, bude mu pojistné plnění poskytnuto pouze za dobu léčeni, po kterou byl léčebný režim dodržen (např. pokud by pojištěný sportovec zahájil výkon sportovní činnosti ještě před ukončením léčeni tělesného poškození tím, že se účastní zápasu, soutěže nebo tréninku, bude mu vyplaceno pojistné plnění odpovídající pouze době léčeni 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) Pojistné plnění za trvalé následky úrazu se stanoví jako procentní podíl stanovený pro příslušné tělesné poškození v příslušné oceňovací tabulce z pojistné částky uvedené pro toto pojištění v pojistné smlouvě; procentní podíl se pro účely tohoto pojistného plnění stanoví v závislosti na rozsahu trvalých následků úrazu po jejich ustálení, zpravidla do dvou let ode dne úrazu. Pojistitel může hodnocení trvalých následků posunout až ke třem letům ode dne úrazu, a to vzhledem k charakteru tělesného poškození způsobeného úrazem a možností další léčby. Pokud se však trvalé následky neustálí do tří let ode dne úrazu, pak se procentní podíl stanoví podle jejich stavu bezprostředně po uplynutí této lhůty. V případě, že příslušná oceňovací tabulka nestanoví konkrétní procentní podíl, ale jeho rozpětí, stanoví pojistitel pojistné plnění tak, aby v rámci takového rozpětí odpovídalo povaze a rozsahu trvalých následků úrazu.

2) Pojistné plnění bude poskytnuto pouze za podmínky, že hodnocení 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 procentní podíl pro stanovení pojistného plnění v souladu s tabulkou uvedenou v příloze číslo 2 těchto zvláštních pojistných podmínek, a to v závislosti na tom, jaká varianta progresivního pojistného plnění byla v pojistné smlouvě sjednána (čtyřnásobná nebo šestnásobná progresse).

4) Rozsah trvalých následků úrazu zpravidla ohodnotí příslušný odborný lékař určený pojistitelem na základě prohlídky pojištěného a podle příslušné oceňovací tabulky. Konečné hodnocení trvalých následků úrazu následně stanoví pojistitel po případné konzultaci se svým posudkovým lékařem.

5) Pokud následkem úrazu vzniknou pojištěnému dva či více trvalé následky úrazu, pojistitel stanoví celkové hodnocení součtem procentního hodnocení jednotlivých trvalých následků, nejvýše však sto procenty.

6) Pokud následkem úrazu či více úrazů vzniknou pojištěnému dva či více trvalé následky na jedné končetině, orgánu nebo jejich části, ohodnotí pojistitel trvalé následky při zohlednění všech takových následků, maximálně však do výše procentního hodnocení stanoveného v příslušné oceňovací tabulce 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 třiceti tří procent, jako střední stupeň do šedesáti šesti procent a jako těžký stupeň nad šedesát šest procent odchylky od fyziologického rozsahu ve všech rovinách.

8) Pojistné plnění nebude poskytnuto v rozsahu procentního podílu stanoveného pro poškození části těla nebo orgánu, které existovalo již před úrazem.

9) Pokud k ustálení trvalých následků úrazu nedojde do dvou let ode dne úrazu, ale bude alespoň zřejmý jejich minimální rozsah, může pojistitel pojištěnému na základě jeho žádosti v písemné formě poskytnout průměrnou zálohu na pojistné plnění.

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, 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) 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.

3) 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 tři sta šedesát pět dnů. Uvedená časová omezení platí i v případě, že pracovní neschopnost byla uznána pro více následků úrazu.

4) Pojistné plnění bude poskytnuto pouze za podmínky, že pojištěný je práce neschopen (v pracovní neschopnosti následkem úrazu) na území České republiky a po dobu pracovní neschopnosti podle předchozího odstavce nevykonává žádnou výdělečnou činnost.

5) Pokud následkem jednoho úrazu dojde ke dvěma či 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.

6) Pojistné plnění bude poskytnuto pouze za podmínky, že doba pracovní neschopnosti a současně maximální počet dnů stanovený pro příslušné tělesné poškození v příslušné oceňovací tabulce přesáhnu karenční dobu uvedenou v pojistné smlouvě, která běží ode dne počátku pracovní neschopnosti; v takovém případě však pojistitel poskytne pojistné plnění od prvního dne takové 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 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.

7) 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 tři měsíce, může pojistitel pojištěnému na základě jeho žádosti v písemné formě poskytnout průměrnou zálohu na pojistné plnění.

8) 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 pro pojištění osob a zvláštních pojistných podmínek pro životní pojištění PERSPEKTIVA toto pojištění dále zaniká posledním dnem pojistného období, ve kterém:

- pojištěný naposledy vykonával výdělečnou činnost, nebo ve kterém měl z takové činnosti naposledy pravidelný příjem, přestože její výkon neukončil či nepřerušil (včetně případů, kdy se tak stane z důvodu mateřské nebo rodičovské dovolené pojištěného),
- je pojištěnému přiznán starobní důchod nebo je pojištěný uznán invalidním pro invaliditu třetího stupně podle zákona o důchodovém pojištění.

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**).

2) Pojistné plnění bude poskytnuto pouze za podmínky, že pojištěný je v důsledku úrazu hospitalizován na území kteréhokoli členského státu Evropské unie či na území Švýcarska, Norska nebo Islandu.

3) Pojistné plnění z tohoto pojištění se stanoví jako součin počtu dnů hospitalizace podle odst. 4) a

- a) pojistné částky uvedené pro toto pojištění v pojistné smlouvě za prvních 30 dnů hospitalizace,
- b) jedenapůlnásobku pojistné částky uvedené pro toto pojištění v pojistné smlouvě za 31. až 90. den hospitalizace,
- c) dvojnásobku pojistné částky uvedené pro toto pojištění v pojistné smlouvě od 91. dne hospitalizace.

4) Za den pobytu v nemocnici se považuje každá půlnoc, po kterou je pojištěný hospitalizován. 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 tři sta šedesát pět dnů.

5) 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 tři měsíce, může pojistitel pojištěnému na základě jeho žádosti v písemné formě poskytnout přiměřenou zálohu na pojistné plnění.

6) 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 nepřiznivého 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 čl. 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 čl. 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 čl. 18 odst. 2) písm. k).

6) Nejednalo-li se o výplatu pojistného plnění za invaliditu I. stupně nebo o trvalou invaliditu podle čl. 18 odst. 2) písm. m), která bude poskytnuta v jedné částce poté, co bude pojistiteli tato invalidita prokázána, poskytne pojistitel pojistné plnění podle předchozího odstavce ve dvou stejných splátkách (s výjimkou pojistného plnění podle odst. 7), přičemž:

- a) první splátka pojistného plnění bude poskytnuta poté, co bude pojistiteli prokázána invalidita pojištěného,
- b) druhá splátka pojistného plnění bude poskytnuta po uplynutí dvaceti čtyř měsíců ode dne vzniku invalidity, pokud bude pojistiteli prokázáno, že pojištěný je i po uplynutí této lhůty nadále invalidní alespoň pro invaliditu II. stupně.

7) Pokud pojištěný, kterému byla vyplacena první splátka pojistného plnění za invaliditu II. stupně, nebo invaliditu III. stupně, v souvislosti s žádostí o druhou splátku pojistného plnění již existenci invalidity neprokáže, nebude mu tato druhá splátka poskytnuta. První splátka pojistného plnění se však v takovém případě nevrací.

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 pro pojištění osob 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) posledním dnem pojistného období, ve kterém je pojištěný uznán invalidním pro invaliditu druhého stupně podle zákona o důchodovém pojištění, pokud pojistitel za invaliditu II. stupně poskytl pojistné plnění,
- c) posledním dnem pojistného období, ve kterém je pojištěný uznán invalidním pro invaliditu třetího stupně podle zákona o důchodovém pojištění, pokud pojistitel za invaliditu neposkytl pojistné plnění,
- d) posledním dnem pojistného období, ve kterém je pojištěnému 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 tří let ode dne, kdy k takovému úrazu došlo, bez ohledu na to, zda dosud trvalo toto pojištění.

3) Pokud pojištěný zemře následkem úrazu, v souvislosti se kterým již pojistitel poskytl pojistné plnění za trvalé následky úrazu, poskytne pojistitel pojistné plnění pouze ve výši rozdílu mezi pojistnou částkou podle odst. 1) a již zaplaceným pojistným plněním za trvalé následky úrazu. Pokud je zaplacené pojistné plnění za trvalé následky úrazu vyšší než pojistné plnění za smrt následkem úrazu, neposkytne pojistitel žádné další pojistné plnění.

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:
- pojištěný je ošetřen zdravotnickou záchrannou službou na místě takové dopravní nehody nebo nejpozději do 24 hodin po nehodě ve zdravotnickém zařízení,
 - o ošetření pojištěného bude pojistiteli doložena lékařská zpráva, v níž jsou popsány objektivní příznaky poranění a
 - pojistiteli bude doložen záznam policie nebo jiného příslušného státního orgánu, který je pověřen šetřením těchto nehod, o výsledku šetření na místě dopravní nehody (nikoli záznam dodatečně sepsaný např. na služebně policie).
- 2) Pojistné plnění z pojištění pro případ úrazu při dopravní nehodě se stanoví podle čl. 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 nebo je veden v evidenci uchazečů o zaměstnání u úřadu práce.
- 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 čl. 9 odst. 1).

Článek 18

Výklad pojmů

- 1) Definice pojmů uvedené ve všeobecných pojistných podmínkách pro pojištění osob a ve zvláštních pojistných podmínkách pro životní pojištění PERSPEKTIVA platí i v těchto zvláštních pojistných podmínkách, není-li níže uvedeno či nevyplyvá-li z kontextu jinak.
- 2) Nevyplyvá-li z kontextu jinak, mají následující pojmy v textu těchto zvláštních pojistných podmínek následující význam:
- část těla** znamená oblast lidského těla, která byla postižena úrazem, například hlava, hrudník, břicho, páteř, horní končetina nebo dolní končetina,
 - doba léčení** nebo též **počet dnů léčení** znamená skutečnou dobu léčení tělesného poškození způsobeného úrazem podle lékařských zpráv o dodržení lékařem předepsaných kontrol ze strany pojištěného; při stanovení doby léčení (tj. počtu dnů léčení) se však nezohledňují občasné následné kontrolní lékařské prohlídky, pokud pojištěný nebyl pod pravidelnou lékařskou kontrolou, nebo rehabilitace, která nebyla předepsána lékařem za účelem zmírnění funkčního omezení, pokud nebyla provedena ve zdravotnickém zařízení,
 - 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 železnicích, vodních tocích a v letadlech,
 - lékař** znamená příslušného praktického nebo odborného lékaře, který disponuje potřebnými licencemi a který není pojistníkem, pojištěným, oprávněnou osobou nebo jejich osobou blízkou,
 - nemoc** znamená podle obecně uznávaného stavu lékařské vědy tělesnou nebo duševní poruchu zdravotního stavu pojištěného,
 - 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,
 - 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,

- přestože její výkon neukončila či nepřerušila, nebo osobu, která je vedena v evidenci uchazečů o zaměstnání na příslušném úřadu práce,
- oceňovací tabulky** znamenají oceňovací tabulky pojistitele pro likvidaci pojistných událostí z úrazového pojištění,
 - 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,
 - riziková skupina** znamená soubor činností pojištěného (pracovních, zájmových a sportovních) se srovnatelným rizikem úrazu,
 - 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. Snížená soběstačnost musí být prokázána odborným vyšetřením včetně všech relevantních (laboratorních, klinických a jiných) nálezů a doložena příslušným rozhodnutím posudkového orgánu státní správy o III. nebo IV. stupni závislosti podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a odbornými lékařskými zprávami, na základě kterých bylo toto rozhodnutí vydáno,
 - tělesné poškození** znamená poškození části těla, orgánu nebo údu v důsledku úrazu,
 - trvalá invalidita** znamená takový dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav, který je podmíněn invaliditou III. stupně a je následkem některého z níže uvedených tělesných poškození, jejichž příčinou byl úraz:
 - epilepsie,
 - chronické renální selhání,
 - nenávratné postižení míchy, míšních kořenů a pletení (plegie),
 - snížená soběstačnost podle písm. k),
 - transplantace životně důležitých orgánů,
 - úplná a trvalá ztráta zraku nebo sluchu,
 - anatomická nebo funkční ztráta (amputace nebo úplné a trvalé ochrnutí) dvou nebo více končetin na úrovni zápěstí nebo kotníku a výše,
 - ostatní případy, které uzná lékař určený pojistitelem,
 - trvalé následky úrazu** znamenají v čase neměnné poškození zdraví pojištěného následkem úrazu, které je prokázáno objektivním nálezem a zhodnoceno příslušným odborným lékařem,
 - účastník provozu na pozemních komunikacích** znamená osobu, která se přímým způsobem účastní provozu na pozemních komunikacích, například řidič vozidla, spolujezdec, chodec nebo cyklista,
 - 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 bylo pojištěnému způsobeno tělesné poškození nebo smrt,
 - veřejná hromadná doprava** znamená dopravu osob hromadnými dopravními prostředky provozovanou na pravidelných linkách podle jízdních řádů,
 - vozidlo** znamená motorové vozidlo, nemotorové vozidlo nebo tramvaj; motorové vozidlo znamená nekoléjové vozidlo poháněné vlastní pohonnou jednotkou a trolejbus, nemotorové vozidlo znamená vozidlo pohyblivé se pomocí lidské nebo zvířecí síly, například jízdní kolo, ruční vozík nebo potahové vozidlo,
 - zákon o důchodovém pojištění** znamená zákon číslo 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů,
 - 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



Pro život jaký je

ZPPPN O-936/16

PERSPEKTIVA

Obsah:

ČÁST 1 SPOLEČNÁ USTANOVENÍ	22	Článek 15 Vážná onemocnění dospělých osob	25
Článek 1 Úvodní ustanovení	22	Článek 16 Pojistné plnění	28
Článek 2 Pojistná událost, pojistná nebezpečí	22	Článek 17 Výluky z pojištění	28
Článek 3 Čekací doba	22	Článek 18 Zánik pojištění	28
Článek 4 Oprávněná osoba	22	ČÁST 5 POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD OŠETŘOVÁNÍ DÍTĚTE	28
ČÁST 2 POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI	22	Článek 19 Pojistná událost	28
Článek 5 Pojistná událost	22	Článek 20 Pojistné plnění	28
Článek 6 Pojistné plnění	22	Článek 21 Výluky z pojištění	29
Článek 7 Povinnosti pojištěného	23	Článek 22 Zánik pojištění	29
Článek 8 Výluky z pojištění	23	ČÁST 6 POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD PÉČE O ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ DÍTĚ	29
Článek 9 Zánik pojištění	23	Článek 23 Pojistná událost	29
ČÁST 3 POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD POBYTU V NEMOCNICI	23	Článek 24 Pojistné plnění	29
Článek 10 Pojistná událost	23	Článek 25 Povinnosti oprávněné osoby	29
Článek 11 Pojistné plnění	23	Článek 26 Výluky z pojištění	29
Článek 12 Výluky z pojištění	24	Článek 27 Zánik pojištění	29
ČÁST 4 POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD VÁŽNÝCH ONEMOCNĚNÍ	24	ČÁST 7 ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ	30
Článek 13 Pojistná událost	24	Článek 28 Výklad pojmů	30
Článek 14 Vážná onemocnění dětí	24	Článek 29 Vysvětlení použitých zkratk	30

ČÁST 1**SPOLEČNÁ USTANOVENÍ****Článek 1****Úvodní ustanovení**

1) Toto pojištění se řídí všeobecnými pojistnými podmínkami pro pojištění osob a těmito zvláštními pojistnými podmínkami. V případě odchýlného ujednání v těchto zvláštních pojistných podmínkách a všeobecných pojistných podmínkách pro pojištění osob 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 části 2 až 6, které vzniknou během trvání pojištění v důsledku následujících pojistných nebezpečí, ke kterým dojde během trvání pojištění:

- nemoc,
- úraz,
- 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:

- tři měsíce, pokud jde o pojištění pro případ pracovní neschopnosti, pojištění pro případ pobytu v nemocnici, pojištění pro případ vážných onemocnění a pojištění pro případ ošetřování dítěte,
- šest měsíců, pokud jde o pojištění pro případ pobytu v nemocnici z důvodu ošetření zubů, zhotovení zubních náhrad nebo provedení úkonů čelistní ortopedie, čelistní chirurgie anebo ortopedických náhrad,
- osm měsíců, pokud jde o pojištění pro případ pobytu v nemocnici a pojištění pro případ vážných onemocnění v souvislosti s těhotenstvím.

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 podle čl. 15 odst. 4) písm. f) a čl. 15 odst. 5) písm. h), které bude poskytnuto narozenému dítěti, při jehož porodu matka-rodička zemřela, a
- z pojištění pro případ ošetřování dítěte, které bude poskytnuto osobě, již vzniklo právo na ošetřovné podle ustanovení § 39 odst. 1) písm. a) bodu 1 zákona o nemocenském pojištění.

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 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 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.

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 však poskytne pojistné plnění za pracovní neschopnost maximálně za tři sta šedesát pět dnů. Uvedená časová omezení platí i v případě, že pracovní neschopnost byla uznána pro více následků úrazu či pro více nemocí.

3) Pojistné plnění bude poskytnuto pouze za podmínky, že pojištěný je práce neschopen (v pracovní neschopnosti) na území České republiky v důsledku pojistného nebezpečí podle čl. 2 a po dobu pracovní neschopnosti podle předchozího odstavce nevykonává žádnou výdělečnou činnost.

4) 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.

5) 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 přesáhne příslušnou karenční dobu.

6) Je-li pracovní neschopnost vystavena pro onemocnění, jehož prvotní příčinou byl úraz, karenční doba se z celkové doby pracovní neschopnosti odečítá.

7) Poskytnutí pojistného plnění může být v příslušné oceňovací tabulce vázáno na splnění určité podmínky (například způsobu 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.

8) Pojistné plnění bude poskytnuto až po ukončení pracovní neschopnosti. Pokud však pracovní neschopnost trvá déle než tři měsíce, může pojistitel pojištěnému na základě jeho žádosti v písemné formě poskytnout průměrnou zálohu na pojistné plnění.

9) 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 pojištěného),
 - 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 čl. 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

Vyluky 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 či následků:
 - a) nemoci, která vznikla či byla diagnostikována přede dnem počátku tohoto pojištění a pro kterou byl pojištěný před tímto dnem léčen či lékařsky sledován nebo jejíž příznaky se projeví před tímto dnem (to se týká též zhoršení nebo projevení se nemocí, k němuž dojde v důsledku úrazu); tato

- vyluka však neplatí, pokud pracovní neschopnost nastala v důsledku takové nemoci po pěti letech ode dne počátku tohoto pojištění, popřípadě ode dne účinnosti změny tohoto pojištění,
- b) operace, která byla naplánována nebo jejíž potřeba byla stanovena příslušným lékařem přede dnem počátku tohoto pojištění, respektive před účinností jeho změny, pokud pojištěný při uzavření pojistné smlouvy o této skutečnosti věděl nebo vědět mohl,
- c) úrazu, ke kterému došlo přede dnem počátku tohoto pojištění, respektive přede dnem počátku předběžného pojištění, bylo-li sjednáno, nebo před účinností jeho změny,
- d) porodu, rizikového těhotenství nebo stavů a komplikací souvisejících s těhotenstvím, potratu nebo umělého přerušení těhotenství, pokud přerušení těhotenství není z lékařského hlediska nezbytné k záchraně života pojištěného,
- e) umělého oplodnění,
- f) zákroku, který je proveden na žádost pojištěného a který není z lékařského hlediska nezbytný (například zubní ošetření, chirurgie či ortopedie čelisti, kosmetické zákroky, sterilizace),
- g) duševní poruchy nebo poruchy chování (diagnózy F00 až F99 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí),
- h) 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) Toto pojištění se dále nevztahuje na pracovní neschopnost v době, po kterou pojištěný pobývá v:

- a) zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie, hráčské nebo jiné závislosti,
- b) lázeňských léčebnách, ozdravovnách nebo sanatoriích.

3) Toto pojištění se rovněž nevztahuje na pracovní neschopnost v době, po kterou:

- a) je pojištěný nezaměstnaným,
- b) je pojištěný na mateřské či rodičovské dovolené.

4) 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 pro pojištění osob a podle zvláštních pojistných podmínek pro životní pojištění PERSPEKTIVA toto pojištění dále zaniká posledním dnem pojistného období, ve kterém:

- a) pojištěný naposledy vykonával výdělečnou činnost, nebo ve kterém měl z takové činnosti naposledy pravidelný příjem, přestože její výkon neukončil či nepřerušil (včetně případů, kdy se tak stane z důvodu mateřské nebo rodičovské dovolené pojištěného),
- b) je pojištěnému přiznán starobní důchod nebo je pojištěný uznán invalidním pro invaliditu třetího stupně podle zákona o důchodovém pojištění.

ČÁST 3

POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD POBYTU V NEMOCNICI

Článek 10

Pojistná událost

1) Pojistnou událostí je hospitalizace pojištěného v důsledku nemoci, úrazu, těhotenství, potratu, porodu nebo hospitalizace za účelem vyšetření nebo stanovení diagnózy.

2) Jednou pojistnou událostí je nepřetržitá hospitalizace, a to bez ohledu na případnou změnu diagnózy během jejího trvání. Pokud je pojištěný den následující po ukončení jedné hospitalizace znovu hospitalizován v důsledku stejné nemoci, těhotenství, potratu, porodu nebo úrazu, považuje se tato hospitalizace za pokračování předcházející hospitalizace.

Článek 11

Pojistné plnění

1) Pojistné plnění bude poskytnuto pouze za podmínky, že pojištěný je hospitalizován na území kteréhokoli členského státu Evropské unie či na území Švýcarska, Norska nebo Islandu.

- 2) Pojistné plnění z tohoto pojištění se stanoví jako součin počtu dnů hospitalizace podle odst. 3) a
- pojistné částky uvedené pro toto pojištění v pojistné smlouvě za prvních 30 dnů hospitalizace,
 - jedenapůlnásobku pojistné částky uvedené pro toto pojištění v pojistné smlouvě za 31. až 90. den hospitalizace,
 - dvojnásobku pojistné částky uvedené pro toto pojištění v pojistné smlouvě od 91. dne hospitalizace.

3) 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 tři sta šedesát pět 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 tři 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.

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 či následků:

- nemoci, která vznikla či byla diagnostikována přede dnem počátku tohoto pojištění a pro kterou byl pojištěný před tímto dnem léčen či lékařsky sledován nebo jejíž příznaky se projeví před tímto dnem (to se týká též zhoršení nebo projevení se nemocí, k němuž dojde v důsledku úrazu); tato výluka však neplatí, pokud byl pojištěný hospitalizován v důsledku takové nemoci po pěti letech ode dne počátku tohoto pojištění, popřípadě ode dne účinnosti změny tohoto pojištění,
- hospitalizace nebo operace, které byly naplánovány nebo jejichž potřeba byla stanovena příslušným lékařem přede dnem počátku tohoto pojištění, respektive před účinností jeho změny,
- úrazu, ke kterému došlo přede dnem počátku tohoto pojištění, respektive přede dnem počátku předběžného pojištění, bylo-li sjednáno, nebo před účinností změny pojištění,
- umělého přerušení těhotenství, pokud není z lékařského hlediska nezbytné k záchraně života pojištěného,
- zároku, který je proveden na žádost pojištěného a který není z lékařského hlediska nezbytný (například zubní ošetření, chirurgie či ortopedie čelisti, kosmetické zákroky, sterilizace),
- duševní poruchy nebo poruchy chování (diagnózy F00 až F99 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí).

2) Toto pojištění se dále nevztahuje na pobyt pojištěného v:

- léčebnách pro dlouhodobě nemocné a hospicích,
- léčebnách, ústavech a odděleních pro chronicky nemocné (v odděleních tzv. následné péče),
- ústavech sociální péče nebo ve zvláštních dětských odborných léčebných zařízeních,
- zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie, hráčské nebo jiné závislosti,
- lázeňských léčebnách, ozdravných nebo sanatoriích,
- rehabilitačních zařízeních nebo ústavech, s výjimkou případů, kdy pobyt v nich časově (nejpozději následující den) navazuje na předchozí hospitalizaci a je z lékařského hlediska nezbytný za účelem doléčení nemoci nebo následků úrazu,
- nemocnici nebo jakémkoli jiném zařízení, pokud pojištěný pouze doprovází hospitalizovanou osobu; to neplatí v případě hospitalizace rodičky v souvislosti s nezbytnou péčí o novorozence, která bezprostředně navazuje 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) Pojistnou událostí je vážné onemocnění uvedené v čl. 14 nebo 15, na které se pojištění podle varianty sjednané v pojistné smlouvě vztahuje a které vznikne

během trvání pojištění.

2) Za den vzniku pojistné události se pro účely tohoto pojištění považuje den, kdy:

- příslušné odborné pracoviště poskytovatele zdravotních služeb nebo psychologie:
 - poprvé stanovilo diagnózu onemocnění, pokud není níže stanoveno jinak,
 - provedlo kardiologickou operaci podle čl. 14 odst. 1) písm. b), čl. 15 odst. 2) písm. a), m), o) a čl. 15 odst. 3) písm. h),
 - zařadilo pojištěného do dialyzačního nebo dialyzačně-transplantačního programu podle čl. 14 odst. 2) písm. a) nebo čl. 15 odst. 2) písm. b), nebo
 - provedlo transplantaci uvedenou v čl. 14 odst. 2) písm. e) nebo čl. 15 odst. 2) písm. f), anebo
- se narodila vícčetata podle čl. 15 odst. 4) písm. e) a čl. 15 odst. 5) písm. g), anebo
- zemřela rodička při porodu podle čl. 15 odst. 4) písm. f) a čl. 15 odst. 5) písm. h) anebo
- příslušný orgán státní správy vydal rozhodnutí, podle kterého má pojištěný sníženou soběstačnost ve smyslu čl. 15 odst. 3) písm. e).

Článek 14

Vážná onemocnění dětí

1) Pokud je pojištěným dítě a v pojistné smlouvě je sjednána varianta pojištění **Basic**, vztahuje se toto pojištění na následující onemocnění:

- rakovinu** (zhoubný novotvar), tj. přítomnost histologicky potvrzeného maligního nádoru, který se vyznačuje nekontrolovatelným růstem a rozšiřováním maligních buněk do zdravé tkáně. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM nebo jiné klasifikace;
- kardiologickou operaci** na podkladě vrozené srdeční vady; toto onemocnění je považováno za vážné onemocnění, vyžaduje-li vrozená srdeční vada kardiologickou intervenci. Podmínkou pro splnění kritéria vážného onemocnění je projevení se prvních příznaků srdeční vady, jejich diagnostika a provedení operace v době trvání pojištění. Diagnóza a provedení operačního výkonu musí být potvrzeny odborným lékařem v oboru kardiologie včetně doložení operačního protokolu;
- nitrolební nádory nezhoubného původu**, tj. benigní nádor mozku, mozkových blan a prodloužené míchy, který ohrožuje život útlakem okolní tkáně, pokud je potvrzen neurologickým vyšetřením a schválen neurochirurgickým pracovištěm k operačnímu zákroku. Je-li nádor hodnocen lékařem specialistou v oboru neurochirurgie jako neoperabilní, musí objektivní neurologické vyšetření provedené lékařem specialistou v oboru neurologie prokázat trvalé neurologické postižení;
- lymfom**, tj. zhoubné onemocnění lymfatického systému. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem v oboru hematologie včetně histologického nálezu;
- leukémií**, tj. zhoubné onemocnění krve. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem v oboru hematologie;
- Hodgkinovu chorobu**, tj. zhoubné onemocnění lymfatického systému. Diagnóza musí splňovat parametry II. a vyššího klinického stadia onemocnění a musí být potvrzena odborným lékařem v oboru hematologie.

2) Pokud je pojištěným dítě a v pojistné smlouvě sjednána varianta pojištění **Standard**, vztahuje se toto pojištění na všechna onemocnění uvedená v předchozím odstavci a dále na následující onemocnění:

- totální selhání ledvin** zahrnující pokročilé stadium selhávání ledvin vyznačující se nezvratným selháním funkce obou ledvin a nutností pravidelné dlouhodobé dialýzy a případného zařazení do integrovaného dialyzačně-transplantačního programu. Diagnóza musí být potvrzena odborným pracovištěm nefrologie včetně potvrzení o zařazení do dialyzační léčby;
- příčnou míšni lézi**, tj. plegii charakterizovanou jako úplná a trvalá ztráta funkce (aktivního volního pohybu) dvou nebo více končetin po ochrnutí následkem nemoci nebo úrazu, pokud je potvrzena lékařem specialistou v oboru neurologie nejdříve tři měsíce po stanovení diagnózy;
- klinicky potvrzenou slepotu**, tj. úplnou, trvalou a nenávratnou ztrátu 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 a pokud je taková ztráta zraku potvrzena lékařem specialistou v oboru očního lékařství;
- klinicky potvrzenou hluchotu**, tj. úplnou, trvalou a nenávratnou ztrátu sluchu obou uší, pokud ji nelze změnit lékařským zákrokem a pokud je klinicky potvrzena audiometrickým vyšetřením, tympanometrií a vyšetřením akustického reflexu odborným pracovištěm ORL;

- e) **životně nezbytnou transplantaci důležitých tělesných orgánů**, tj. transplantaci srdce, plic, jater, slinivky břišní, ledviny nebo kostní dřeně, při které je pojištěný příjemcem;
- f) **diabetes mellitus I. typu**, tj. onemocnění cukrovkou, při němž je pojištěný plně závislý na pravidelné aplikaci inzulínu, pokud je potvrzena laboratorními testy a vyšetřením na odborném pracovišti diabetologie, respektive dětské endokrinologie;
- g) **epilepsii typu Grand Mal**, tj. 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. antiepileptika, a to pokud jsou diagnóza, trvalá medikace a výskyt těchto záchvatů potvrzeny objektivním nálezem kontrolního neurologického vyšetření, včetně nálezu EEG a MR, provedeného nejdříve jeden rok po stanovení diagnózy;
- h) **meningitidu**, tj. zánět mozkových blan vedoucí k těžkým a trvalým neurologickým poškozením, pokud je diagnóza stanovena objektivním nálezem odborného pracoviště neurologie a existence trvalého neurologického poškození je potvrzena objektivním neurologickým nálezem i po uplynutí šesti měsíců od data stanovení diagnózy;
- i) **encefalitidu**, tj. zánět mozku vedoucí k těžkým a trvalým poškozením centrální nervové soustavy, pokud je diagnóza stanovena objektivním nálezem odborného pracoviště neurologie a existence trvalého neurologického poškození je potvrzena objektivním neurologickým nálezem i po uplynutí šesti měsíců od data stanovení diagnózy.
- 3) Pokud je pojištěným dítě a v pojistné smlouvě sjednána varianta pojištění **Exclusive**, vztahuje se toto pojištění na všechna onemocnění uvedená v odst. 1) a 2) a dále na následující onemocnění:
- a) **celiakii**, tj. autoimunní onemocnění, při kterém je primárně postiženým orgánem tenké střevo a pojištěný je trvale odkázán na dodržování bezlepkové diety, pokud jsou diagnóza včetně histologického nálezu z bioptického vyšetření postiženého orgánu a nutnost dietního režimu potvrzeny objektivním nálezem odborného interního pracoviště gastroenterologie;
- b) **juvenilní idiopatickou artritidu**, tj. 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 a pokud jsou zároveň diagnóza, refrakternost a funkční omezení kloubů či páteře potvrzeny nálezem odborného pracoviště dětské reumatologie i po uplynutí šesti měsíců po stanovení diagnózy;
- c) **fulminantní meningokokové onemocnění**, tj. náhle vzniklé onemocnění potvrzené odborným lékařským vyšetřením včetně bakteriologického vyšetření krve a mozkomíšního moku, vedoucí k těžkým a trvalým poškozením nervového systému. Diagnóza musí být stanovena objektivním nálezem odborného pracoviště neurologie a existence trvalého neurologického poškození potvrzena objektivním neurologickým nálezem i po uplynutí šesti měsíců od data stanovení diagnózy;
- d) **idiopatickou plicní fibrózu**, tj. zmnožení vazivové tkáně v oblasti plic bez zjevné příčiny v těžké formě s přítomnou plicní hypertenzí a respirační insuficiencí, pokud vyžaduje dlouhodobou domácí oxygenoterapii a pokud je diagnóza potvrzena odborným lékařem včetně histologického nálezu z provedené biopsie tkáně;
- e) **karcinom in situ**, který musí být potvrzen odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM nebo jiné klasifikace a uvedením, že se jedná o karcinom in situ;
- f) **Hodgkinovu chorobu a Non Hodgkin lymfom**, tj. zhoubné onemocnění lymfatického systému; diagnóza musí splňovat parametry I. klinického stadia onemocnění. Diagnóza musí být prokázána odborným lékařem v oboru hematologie.
- 6) **šesti měsíců od data vzniku tohoto onemocnění;**
- c) **rakovinu** (zhoubný novotvar), tj. přítomnost histologicky potvrzeného maligního nádoru, který se vyznačuje nekontrolovatelným růstem a rozšiřováním maligních buněk do zdravé tkáně. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM nebo jiné klasifikace;
- d) **nitrolební nádory nezhoubného původu**, tj. benigní nádor mozku, mozkových blan a prodloužené míchy, který ohrožuje život útlakem okolní tkáně, pokud je potvrzen neurologickým vyšetřením a schválen neurochirurgickým pracovištěm k operačnímu zákroku. Je-li nádor hodnocen lékařem specialistou v oboru neurochirurgie jako neoperabilní, musí objektivní neurologické vyšetření provedené lékařem specialistou v oboru neurologie prokázat trvalé neurologické postižení;
- e) **lymfom**, tj. zhoubné onemocnění lymfatického systému. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem v oboru hematologie včetně histologického nálezu;
- f) **leukemií**, tj. zhoubné onemocnění krvetvorby. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem v oboru hematologie;
- g) **Hodgkinovu chorobu**, tj. zhoubné onemocnění lymfatického systému. Diagnóza musí splňovat parametry II. a vyššího klinického stadia onemocnění a musí být potvrzena odborným lékařem v oboru hematologie.
- 2) Pokud je pojištěným dospělá osoba a v pojistné smlouvě sjednána varianta pojištění **Standard**, vztahuje se toto pojištění na všechna onemocnění uvedená v předchozím odstavci a dále na následující onemocnění:
- a) **akutní koronární syndrom**, tj. 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 aorto-koronárního by-passu;
- b) **totální selhání ledvin** zahrnující pokročilé stadium selhávání ledvin vyznačující se nezvratným selháním funkce obou ledvin a nutností pravidelné dlouhodobé dialýzy a případně zařazení do integrovaného dialyzačně-transplantačního programu. Diagnóza musí být potvrzena odborným pracovištěm nefrologie včetně potvrzení o zařazení do dialyzační léčby;
- c) **příčnou míšni lézi**, tj. **plegii** charakterizovanou jako úplná a trvalá ztráta funkce (aktivního volného pohybu) dvou nebo více končetin po ochrnutí následkem nemoci nebo úrazu, pokud je její existence potvrzena lékařem specialistou v oboru neurologie i po uplynutí tří měsíců od data stanovení diagnózy;
- d) **klinicky potvrzenou slepotu**, tj. úplnou, trvalou a nenávratnou ztrátu 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 a pokud je taková ztráta zraku potvrzena lékařem specialistou v oboru očního lékařství;
- e) **klinicky potvrzenou hluchotu**, tj. úplnou, trvalou a nenávratnou ztrátu sluchu obou uší, pokud ji nelze změnit lékařským zákrokem a pokud je klinicky potvrzena audiometrickým vyšetřením, tympanometrií a vyšetřením akustického reflexu odborným pracovištěm ORL;
- f) **životně nezbytnou transplantaci důležitých tělesných orgánů**, tj. transplantaci srdce, plic, jater, slinivky břišní, ledviny nebo kostní dřeně, při které je pojištěný příjemcem;
- g) **Alzheimerovu chorobu** (demenci), tj. 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. 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 vyšetření. 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 onemocnění došlo nejspíše v roce, kdy je pojištěnému šedesát let;
- h) **Parkinsonovu chorobu**, tj. progredující neurologické onemocnění způsobené úbytkem buněk produkujících přenašeč dopamin. Charakteristickými příznaky tohoto onemocnění jsou rigidita svalů, poruchy držení těla, svalový třes, zpomalení volných pohybů. Toto pojištění se na toto onemocnění vztahuje za podmínky, že je diagnóza potvrzena 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

Článek 15

Vážná onemocnění dospělých osob

- 1) Pokud je pojištěným dospělá osoba a v pojistné smlouvě sjednána varianta pojištění **Basic**, vztahuje se toto pojištění na následující onemocnění:
- a) **infarkt myokardu**, tj. prokázané a nezvratné poškození srdeční svaloviny, které je způsobeno nedostatečným krevním zásobením postižené oblasti, pokud diagnóza tohoto onemocnění současně splňuje následující kritéria:
- anamnézu typické bolesti v krajině srdeční,
 - čerstvé změny na EKG charakteristické pro infarkt myokardu,
 - zvýšenou hladinu srdečních enzymů;
- b) **náhlou cévní mozkovou příhodu**, tj. infarkt mozkové tkáně nebo krvácení z nitrolebních cév, jejichž následkem je trvalý patologický neurologický nález, pokud je existence trvalého neurologického postižení prokázána objektivním nálezem lékaře specialisty v oboru neurologie i po uplynutí

- hypokineze, rigidita svalů, klidový tremor nebo posturální instabilita a současně odpověď na dopaminergní terapii (L-dopa nebo jiné dopaminové agonisty) a že ke vzniku tohoto onemocnění došlo nejpozději v roce, kdy je pojištěnému šedesát let;
- i) **amyotrofickou laterální sklerózu**, tj. degenerativní onemocnění centrálního i periferního motoneuronu, projevující se rychlou progresí. Postihuje svalové skupiny končetin, trupu a polykacího svalstva. Diagnóza musí být potvrzena klinickým neurologickým vyšetřením včetně uvedení nálezu EMG vyšetření a nálezu MR mozku a krční míchy, eventuálně vyšetřením mozkomíšního moku;
 - j) **systémový lupus erythematosus**, tj. multiorganové autoimunitní onemocnění (difúzní onemocnění pojivové tkáně), které je charakterizováno tvorbou autoprotilátek proti různým strukturám buněčného jádra, pokud je diagnóza klinicky potvrzena odborným lékařem revmatologem na podkladě průkazu čtyř nebo více klasifikačních kritérií ACR (American College of Rheumatology);
 - k) **cévní komplikace cukrovky**, Cukrovka (diabetes mellitus) je chronické onemocnění, které vzniká v důsledku absolutního (typ I) nebo částečného (typ II) nedostatku inzulínu vedoucího k poruše metabolismu cukru. Za vážné onemocnění podle těchto pojistných podmínek se považuje takové onemocnění cukrovkou, které vede nejméně k jedné z následujících pozdních cévních komplikací: infarktu myokardu, cévní mozkové příhodě, slepotě nebo k selhání funkce ledvín. Cévní komplikace infarkt myokardu musí splňovat všechna tři následující kritéria: anamnézu typické bolesti v krajině srdeční, charakteristické čerstvé změny na EKG a zvýšenou hladinu srdečních enzymů. Cévní komplikace cévní mozkové příhoda musí být charakterizována jako infarkt mozkové tkáně nebo krvácení z nitrolebních cév, jejichž následkem je existence trvalého neurologického postižení prokázána objektivním nálezem lékaře specialisty v oboru neurologie i po uplynutí šesti měsíců od data vzniku tohoto onemocnění. Slepoty, jejíž příčinou je cévní komplikace diabetu, musí splňovat ztrátu zrakové ostrosti 3/60 nebo méně na každé oko. Selhání funkce ledvín, jehož příčinou je cévní komplikace diabetu, se vyznačuje nezvratným selháváním funkce obou ledvín s nutností trvalé a dlouhodobé dialyzační léčby. Diagnóza cukrovky s přítomností pozdní cévní komplikace musí být potvrzena odborným lékařem v oboru diabetologie a lékařem specialistou v oboru kardiologie nebo neurologie nebo očního lékařství nebo v oboru nefrologie;
 - l) **rupturu aneurysmatu mozkové tepny**, tj. protržení výdutě mozkové tepny s následkem nitrolebního krvácení. Existence trvalého neurologického postižení musí být prokázána objektivním nálezem lékaře specialisty v oboru neurologie i po uplynutí šesti měsíců od data stanovení diagnózy;
 - m) **operaci věnčitých (koronárních) tepen**, tj. operační kardiokirurgický 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. Diagnóza a provedení operačního výkonu musí být potvrzeny odborným lékařem v oboru kardiologie včetně doložení operačního protokolu;
 - n) **chronickou glomerulonefritidu**, tj. dlouhodobé zánětlivé onemocnění ledvinných klubiček vznikající v důsledku aktivace imunitních mechanismů, které má za následek chronické selhání ledvín s nutností trvalé dialyzační léčby. Diagnóza musí být potvrzena odborným pracovníkem nefrologie včetně histologického nálezu na základě provedené biopsie ledvín a potvrzení o zařazení do dialyzační léčby;
 - o) **náhradu jedné nebo více srdečních chlopní umělou chlopní** z důvodu stenózy nebo nedomykavosti operační cestou. Kardiokirurgický operační výkon zahrnuje náhradu aortální, mitrální, plicní nebo trikuspidální chlopně. Diagnóza a provedení operačního výkonu musí být potvrzeny odborným lékařem v oboru kardiologie včetně doložení operačního protokolu;
 - p) **meningitidu**, tj. zánět mozkových blan vedoucí k těžkým a trvalým neurologickým poškozením, pokud je diagnóza stanovena objektivním nálezem odborného pracoviště neurologie a existence trvalého neurologického poškození je potvrzena objektivním neurologickým nálezem i po uplynutí šesti měsíců od data stanovení diagnózy;
 - q) **encefalitidu**, tj. zánět mozku vedoucí k těžkým a trvalým poškozením centrální nervové soustavy, pokud je diagnóza stanovena objektivním nálezem odborného pracoviště neurologie a existence trvalého neurologického poškození je potvrzena objektivním neurologickým nálezem i po uplynutí šesti měsíců od data stanovení diagnózy.
- 3) Pokud je pojištěným dospělá osoba a v pojistné smlouvě sjednána varianta pojištění **Exclusive**, vztahuje se toto pojištění na všechna onemocnění uvedená v odst. 1) a 2) a dále na následující onemocnění:
- a) **primární kardiomyopatii**, tj. 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);
- b) **roztroušenou sklerózu**, tj. autoimunitní víceložiskové chronické zánětlivé onemocnění centrálního nervového systému, které vede jak k demyelinizaci nervových vláken, tak k jejich přímé ztrátě, pokud je existence trvalého neurologického postižení prokázána objektivním nálezem lékaře specialisty v oboru neurologie (při splnění tzv. MacDonalдовых diagnostických kritérií včetně uvedení MR nálezu) i po uplynutí šesti měsíců od data vzniku prvních příznaků tohoto onemocnění;
 - c) **fulminantní meningokokové onemocnění**, tj. náhle vzniklé onemocnění potvrzené odborným lékařským vyšetřením včetně bakteriologického vyšetření krve a mozkomíšního moku, vedoucí k těžkým a trvalým poškozením nervového systému, pokud je diagnóza stanovena objektivním nálezem odborného pracoviště neurologie a existence trvalého neurologického poškození je potvrzena objektivním neurologickým nálezem i po uplynutí šesti měsíců od data stanovení diagnózy;
 - d) **idiopatickou plicní fibrózu**, tj. zmožnění vazivové tkáně v oblasti plic bez zjevné příčiny v těžké formě s přítomnou plicní hypertenzí a respirační insuficiencí, pokud vyžaduje dlouhodobou domácí oxygenoterapii a pokud je diagnóza potvrzena odborným plicním lékařem včetně histologického nálezu z provedené biopsie tkáně;
 - e) **sníženou soběstačnost**, tj. 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. Toto pojištění se na toto onemocnění vztahuje za podmínky, že snížení soběstačnosti je prokázáno odborným vyšetřením včetně všech relevantních (laboratorních, klinických a jiných) nálezů a doloženo příslušným rozhodnutím posudkového orgánu státní správy o III. nebo IV. stupni závislosti podle zákona o sociálních službách a odbornými lékařskými zprávami, na základě kterých bylo toto rozhodnutí vydáno;
 - f) **glaukom**, tj. 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 3/60 nebo méně na každé oko. Ztráta zraku musí být potvrzena lékařem specialistou v oboru očního lékařství;
 - g) **HIV nákazu**, tj. nákazu virem lidské imunitní nedostatečnosti (Human Immunodeficiency Virus – HIV) nebo syndrom získaného selhání imunity (Acquired Immune Deficiency Syndrom – AIDS). K nákazu 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. Událost musí být nahlášena příslušným orgánům činným v dané věci a řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami. Událost dále musí být doložena negativním výsledkem testu na HIV protilátky provedeného do sedmi dnů po incidentu. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem v oboru infektologie a doložena dalším testem provedeným do šesti 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. Pojištění se nevztahuje na hemofiliky, na jakékoli infekce jiného druhu a na ostatní zdroje nákazy HIV (nitrožilní užívání drog či přenos pohlavním stykem a podobně);
 - h) **operaci aorty**, tj. 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. Vyloučeny jsou operace na větvích aorty nebo bypassy vystupující z aorty a vedoucí krev do periferního řečiště. Vyloučeny jsou i angioplastiky na aortě. Diagnóza a provedení operačního výkonu musí být potvrzeny odborným lékařem v oboru kardiologie včetně doložení operačního protokolu;
 - i) **karcinom in situ**, jehož přítomnost je potvrzena odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM nebo jiné klasifikace a s konstatováním, že se jedná o karcinom in situ;
 - j) **difúzní formu Systémové sklerodermie**, tj. systémové autoimunitní

- onemocnění pojivové tkáně (kolagenóza), také označovaná jako progresivní systémová skleróza, které má chronický postupně zhoršující se charakter. Difúzní, tj. celkově se šířící, forma systémové sklerodermie spočívá v rozsáhlém poškození kůže, pohybového systému a vnitřních orgánů. Diagnóza musí být potvrzena klinickým nálezem odborného lékaře v oboru revmatologie vč. zařazení dle klasifikačních kritérií ACR/EULAR nebo jiných;
- k) **Hodgkinovu chorobu a Non Hodgkin lymfom**, tj. zhoubné onemocnění lymfatického systému; diagnóza musí splňovat parametry I. klinického stadia onemocnění. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem v oboru hematologie;
- l) **Huntingtonovu nemoc**, tj. dědičné nevyléčitelné onemocnění mozku, projevující se poruchami hybnosti (tzv. chorea, tj. náhodné, rychlé a nepředvídatelné pohyby různých částí těla) a následnou demencí. Diagnóza musí být prokázána klinickým nálezem odborného lékaře v oboru neurologie vč. nálezem genetického vyšetření;
- m) **operaci při komplikacích Crohnovy nemoci (Morbus Crohn)**, tj. 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. Diagnóza musí být prokázána 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 nálezem histologického vyšetření ze vzorku odoperované tkáně. Za vážné onemocnění podle těchto podmínek se nepovažuje konzervativní léčba, tj. jiná než operační léčba.
- 4) Pokud je pojištěným dospělá osoba mužského pohlaví a v pojistné smlouvě sjednána varianta pojištění **Pro něj**, vztahuje se toto pojištění na všechna dále uvedená onemocnění:
- a) **rakovinu prostaty**, tj. histologicky potvrzený maligní nádor prostaty, který se vyznačuje nekontrolovatelným růstem a rozšiřováním maligních buněk do zdravé tkáně. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM klasifikace;
- b) **rakovinu varlat, nadvarlat a šourku**, tj. histologicky potvrzený maligní nádor varlat nebo nadvarlat nebo šourku, který se vyznačuje nekontrolovatelným růstem a rozšiřováním maligních buněk do zdravé tkáně. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM klasifikace;
- c) **rakovinu penisu**, tj. histologicky potvrzený maligní nádor penisu, který se vyznačuje nekontrolovatelným růstem a rozšiřováním maligních buněk do zdravé tkáně. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM klasifikace;
- d) **rakovinu prsu**, tj. histologicky potvrzený maligní nádor prsu, který se vyznačuje nekontrolovatelným růstem a rozšiřováním maligních buněk do zdravé tkáně. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM klasifikace;
- e) **narození vícerčat**, tj. porod tří a více živě narozených dětí, kdy těhotenství musí vzniknout v době trvání pojištění. Narození je třeba doložit kopíemi rodných listů dětí, kde pojištěný je uveden jako otec narozených dětí;
- f) **úmrť rodičky při porodu**, kdy podmínkou pro vznik nároku na pojistné plnění je úmrtí matky-rodičky během porodu nebo bezprostředně po něm a narození živého dítěte. Narození je třeba doložit kopíi rodného listu 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;
- g) **vrozené vady živě narozených dětí**, vznikne-li těhotenství v době pojištění. Narození je třeba doložit kopíemi rodných listů dětí, kde pojištěný je uveden jako otec narozených dětí:
- i) **Downův syndrom**, tj. zjištěná chromozomální abnormalita u vlastního narozeného dítěte doprovázená mentální retardací a velmi často srdečními a jinými vrozenými vadami. Diagnóza musí být potvrzena odborným pracovištěm neonatologie, respektive lékařské genetiky a pediatrie;
- ii) **Edwardsův syndrom**, tj. zjištěná chromozomální abnormalita u vlastního narozeného dítěte doprovázená mentální retardací a velmi často srdečními a jinými vrozenými vadami. Diagnóza musí být potvrzena odborným pracovištěm neonatologie, respektive lékařské genetiky a pediatrie;
- iii) **Patauův syndrom**, tj. zjištěná chromozomální abnormalita u vlastního narozeného dítěte doprovázená mentální retardací a velmi často srdečními a jinými vrozenými vadami. Diagnóza musí být potvrzena odborným pracovištěm neonatologie, respektive lékařské genetiky a pediatrie;
- iv) **Spina bifida**, tj. zjištěná vrozená vada u vlastního narozeného dítěte odborným pracovištěm neonatologie, respektive lékařské genetiky a pediatrie;
- iv) **Spina bifida**, tj. zjištěná vrozená vada u vlastního narozeného dítěte charakterizovaná defektem páteře ve střední čáře, který má za následek prolaps obsahu páteřního kanálu. Diagnóza musí být potvrzena odborným pracovištěm neonatologie, respektive pediatrie;
- v) **DMD (Duchenne Muscular Dystrophy) / BMD (Becker Muscular Dystrophy)**, tj. genetické nervosvalové onemocnění vlastního dítěte projevující se postupným ochabováním svalstva. Diagnóza musí být potvrzena odborným pracovištěm neurologie včetně doložení histologického nálezu po provedení biopsií svalové tkáně;
- h) **karcinom in situ**, jehož přítomnost je potvrzena odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM nebo jiné klasifikace a s konstatováním, že se jedná o karcinom in situ.
- 5) Pokud je pojištěným dospělá osoba ženského pohlaví a v pojistné smlouvě sjednána varianta pojištění **Pro ni**, vztahuje se toto pojištění na všechna dále uvedená onemocnění:
- a) **rakovinu prsu**, tj. histologicky potvrzený maligní nádor prsu, který se vyznačuje nekontrolovatelným růstem a rozšiřováním maligních buněk do zdravé tkáně. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM klasifikace;
- b) **rakovinu dělohy (děložního těla)**, tj. histologicky potvrzený maligní nádor děložního těla, který se vyznačuje nekontrolovatelným růstem a rozšiřováním maligních buněk do zdravé tkáně. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM klasifikace;
- c) **rakovinu vaječníků a vejcovodů**, tj. histologicky potvrzený maligní nádor vaječníků nebo vejcovodů, který se vyznačuje nekontrolovatelným růstem a rozšiřováním maligních buněk do zdravé tkáně. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM klasifikace;
- d) **rakovinu pochvy**, tj. histologicky potvrzený maligní nádor pochvy, který se vyznačuje nekontrolovatelným růstem a rozšiřováním maligních buněk do zdravé tkáně. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM klasifikace;
- e) **rakovinu vulvy**, tj. histologicky potvrzený maligní nádor zevních rodidel, který se vyznačuje nekontrolovatelným růstem a rozšiřováním maligních buněk do zdravé tkáně. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM klasifikace;
- f) **rakovinu děložního čípku**, tj. histologicky potvrzený maligní nádor děložního čípku, který se vyznačuje nekontrolovatelným růstem a rozšiřováním maligních buněk do zdravé tkáně. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM klasifikace;
- g) **narození vícerčat**, tj. porod tří a více živě narozených dětí, kdy těhotenství pojištěného musí vzniknout v době pojištění. Narození je třeba doložit propouštěcí zprávou z porodnice a kopíemi rodných listů dětí;
- h) **úmrť rodičky při porodu**, kdy podmínkou pro vznik nároku na pojistné plnění je úmrtí pojištěného-rodičky během porodu nebo bezprostředně po něm a narození živého dítěte. Narození je třeba doložit kopíi rodného listu 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;
- i) **vrozené vady živě narozených dětí**, kdy těhotenství pojištěného musí vzniknout v době pojištění. Narození je třeba doložit kopíemi rodných listů dětí:
- ii) **Downův syndrom**, tj. zjištěná chromozomální abnormalita u vlastního narozeného dítěte doprovázená mentální retardací a velmi často srdečními a jinými vrozenými vadami. Diagnóza musí být potvrzena odborným pracovištěm neonatologie, respektive lékařské genetiky a pediatrie;
- iii) **Edwardsův syndrom**, tj. zjištěná chromozomální abnormalita u vlastního narozeného dítěte doprovázená mentální retardací a velmi často srdečními a jinými vrozenými vadami. Diagnóza musí být potvrzena odborným pracovištěm neonatologie, respektive lékařské genetiky a pediatrie;
- iv) **Patauův syndrom**, tj. zjištěná chromozomální abnormalita u vlastního narozeného dítěte doprovázená mentální retardací a velmi často srdečními a jinými vrozenými vadami. Diagnóza musí být potvrzena odborným pracovištěm neonatologie, respektive lékařské genetiky a pediatrie;
- v) **Spina bifida**, tj. zjištěná vrozená vada u vlastního narozeného dítěte

- charakterizovaná defektem páteře ve střední čáře, který má za následek prolaps obsahu páteřního kanálu. Diagnóza musí být potvrzena odborným pracovištěm neonatologie, respektive pediatrie;
- v) **DMD (Duchenne Muscular Dystrophy) / BMD (Becker Muscular Dystrophy)**, tj. genetické nervosvalové onemocnění vlastního dítěte projevující se postupným ochabováním svalstva. Diagnóza musí být potvrzena odborným pracovištěm neurologie včetně doložení histologického nálezu po provedené biopsii;
- j) **karcinom in situ**, jehož přítomnost je potvrzena odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM nebo jiné klasifikace a s konstatováním, že se jedná o karcinom in situ.

Článek 16 Pojistné plnění

- Nastane-li pojistná událost z tohoto pojištění, poskytne pojistitel pojistné plnění ve výši pojistné částky s následujícími výjimkami:
 - v případě narození vícčetat podle čl. 15 odst. 4) písm. e) a čl. 15 odst. 5) písm. g) poskytne pojistitel pojistné plnění ve výši jedné pětiny pojistné částky,
 - v případě vrozené vady živě narozeného dítěte podle čl. 15 odst. 4) písm. g) a čl. 15 odst. 5) písm. i) poskytne pojistitel pojistné plnění ve výši jedné poloviny pojistné částky.
 - je-li v pojistné smlouvě sjednána varianta pojištění Exclusive, Pro něj nebo Pro ni, poskytne pojistitel v případě stanovení diagnózy rakoviny orgánu a části těla podle čl. 14 odst. 3, nebo čl. 15 odst. 3, 4 a 5 pojistné plnění i za karcinom in situ ve výši jedné pětiny pojistné částky, a to nejvýše jednou za dobu trvání pojištění.
 - je-li v pojistné smlouvě sjednána varianta pojištění Exclusive, poskytne pojistitel v případě stanovení diagnózy Hodgkinova choroba a Non Hodgkin lymfom I. klinického stadia onemocnění podle čl. 14 odst. 3) písm. f), nebo čl. 15 odst. 3) písm. k), pojistné plnění ve výši jedné pětiny pojistné částky, a to nejvýše jednou za dobu trvání pojištění.
- Pojištění pro případ vážných onemocnění lze sjednat buď s konstantní pojistnou částkou, nebo s lineárně klesající pojistnou částkou.
- V případě souběhu více onemocnění jednoho pojištěného poskytne pojistitel pojistné plnění pouze za jedno takové onemocnění.
- Pojistné plnění z tohoto pojištění nebude poskytnuto v případě, že
 - pojištěný zemře do třiceti dnů ode dne vzniku pojistné události následkem téhož onemocnění, které bylo příčinou pojistné události; to neplatí pro úmrtí rodičky při porodu podle čl. 15 odst. 4) písm. f) a čl. 15 odst. 5) písm. h),
 - pojistná událost je opakovaným (druhým a dalším) výskytem jednoho z onemocnění uvedených v čl. 14 nebo 15 těchto pojistných podmínek, nastal-li jeho první výskyt přede dnem počátku pojištění.

Článek 17 Výluky z pojištění

- Toto pojištění se nevztahuje na následující onemocnění nebo jiné nemoci či zákroky a jakékoli jejich příčiny, komplikace či následky:
 - onemocnění, které vzniklo přede dnem počátku tohoto pojištění a pro které byl pojištěný před tímto dnem léčen či lékařsky sledován nebo jehož příznaky se projeví před tímto dnem,
 - tichý srdeční infarkt,
 - reverzibilní mozkovou ischemii a tranzitorní ischemické záchvaty,
 - kožní karcinomy s výjimkou invazivních melanomů,
 - tumory, které jsou histologicky popsány jako premaligní (prekancerosa),
 - Hodgkinova choroba I. klinického stadia a Non Hodgkin lymfom I. klinického stadia s výjimkou pojistného plnění z varianty pojištění Exclusive podle čl. 14 odst. 3) písm. f) a čl. 15 odst. 3) písm. k),
 - karcinom in situ s výjimkou pojistného plnění z varianty pojištění Exclusive, Pro něj nebo Pro ni podle čl. 14 odst. 3), nebo čl. 15 odst. 3), 4) a 5),
 - dysplazie děložního čípku klasifikované jako CIN I, CIN II a CIN III,
 - nemoc AIDS a infekci HIV (s výjimkou tohoto onemocnění sjednaného ve variantě Exclusive jako HIV nákaza), nádory v důsledku nemoci AIDS,
 - chronickou lymfatickou leukémií,
 - ohraničenou, tzv. kožní lokalizovanou formu sklerodermie bez difuzního šíření a orgánového postižení,
 - prchavou slepotu,
 - transplantaci buněk Langerhansových ostrůvků slinivky břišní (pankreatu),
 - ostatní demence a ostatní onemocnění napodobující demenci (například

- depresivní pseudodemence),
- parkinsonský syndrom (sekundární parkinsonské příznaky),
 - sekundární kardiomyopatie, tj. jako následek či komplikace jiného onemocnění a kardiomyopatie vzniklé jako důsledek nadměrného požívání alkoholu (tzv. alkoholové onemocnění srdce),
 - provedení výkonu na koronárních tepnách, tzv. PTCA (angioplastika koronárních tepen),
 - porod vedený plánovaně mimo odborné ústavní zařízení (porodnici).

- Toto pojištění se dále nevztahuje na vážné onemocnění, které bylo přímo či nepřímo způsobeno:
 - záměrným vystavováním se nadměrnému riziku,
 - následkem úrazu, ke kterému došlo přede dnem počátku tohoto pojištění,
 - duševní poruchou nebo poruchou chování (diagnózy F00 až F99 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí).

Článek 18 Zánik pojištění

- Vedle případů zániku pojištění podle všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob a podle zvláštních pojistných podmínek pro životní pojištění PERSPEKTIVA toto pojištění dále zaniká dnem vzniku pojistné události; to neplatí v případě narození vícčetat podle čl. 15 odst. 4) písm. e) a čl. 15 odst. 5) písm. g), karcinomu in situ podle čl. 14 odst. 3), nebo čl. 15 odst. 3), 4) a 5) a Hodgkinovy choroby a Non Hodgkin lymfomu podle čl. 14 odst. 3) písm. f) a čl. 15 odst. 3) písm. k).

- 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 19 Pojistná událost

- Pojistnou událostí je ošetřování pojištěného dítěte, pokud začne během trvání pojištění a pokud v souvislosti s ním vznikne právo na ošetřovné podle ustanovení § 39 odst. 1) písm. a) bodu 1 zákona o nemocenském pojištění, které příslušný lékař pojištěného dítěte potvrdil na formuláři vystaveném podle uvedeného zákona.
- Jednou pojistnou událostí je nepřetržitě 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 20 Pojistné plnění

- Podmínkou pro poskytnutí pojistného plnění je doložení práva na ošetřovné na formuláři uvedeném v čl. 19 odst. 1), jehož součástí je potvrzení zaměstnavatelem o nástupu do zaměstnání po ukončení ošetřování.
- 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.
- 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 devadesáti dnů ošetřování pojištěného dítěte, popřípadě za sto osmdesát dnů ošetřování pojištěného dítěte v případě více pojistných událostí v jednom kalendářním roce.
- Pojistné plnění z tohoto pojištění bude poskytnuto pouze za podmínky, že osoba, která má právo na pojistné plnění z tohoto pojištění, nevykonává po dobu ošetřování pojištěného dítěte podle předchozího odstavce žádnou výdělečnou činnost.
- 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.

Článek 21 **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 a následků:
 - a) nemoci, která vznikla nebo byla diagnostikována přede dnem počátku tohoto pojištění a pro kterou bylo pojištěné dítě před tímto dnem léčeno, lékařsky sledováno nebo jejíž příznaky se projevily před tímto dnem; tato výluka však neplatí, pokud k ošetřování pojištěného dítěte v důsledku takové nemoci došlo po pěti letech ode dne počátku tohoto pojištění, popřípadě ode dne účinnosti jeho změny,
 - b) úrazu, ke kterému došlo přede dnem počátku tohoto pojištění, resp. před účinností jeho změny,
 - c) zákroku, který je proveden na žádost zákonného zástupce pojištěného dítěte a který není z lékařského hlediska nezbytný (například zubní ošetření, chirurgie či ortopedie čelisti, kosmetické zákroky).
- 2) Toto pojištění se dále nevztahuje na ošetřování pojištěného dítěte v době, po kterou pojištěné dítě pobývá v:
 - a) zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie, hráčské nebo jiné závislosti,
 - b) lázeňských léčebnách, ozdravovnách nebo sanatoriích.

Článek 22 **Zánik pojištění**

Vedle případů zániku pojištění podle všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob a podle zvláštních pojistných podmínek pro životní pojištění PERSPEKTIVA toto pojištění dále zaniká nejpozději dnem bezprostředně předcházejícím výročnímu dni počátku pojištění v roce, v němž pojištěné dítě dosáhne jedenácti let.

ČÁST 6 **POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD PĚČE O ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ DÍTĚ**

Článek 23 **Pojistná událost**

- 1) Pojistnou událostí je takové zdravotní postižení pojištěného dítěte, které vznikne během trvání pojištění, pokud se pojištěné dítě v jeho důsledku považuje za závislé na pomoci jiné osoby. Závislost na pomoci jiné osoby znamená III. nebo IV. stupeň závislosti pojištěného dítěte na pomoci jiné fyzické osoby podle zákona o sociálních službách.
- 2) Jakékoli z následujících postižení se vždy považuje za postižení podle předchozího odstavce:
 - a) úplná a trvalá ztráta zraku nebo sluchu v důsledku nemoci nebo úrazu,
 - b) anatomická nebo funkční ztráta (amputace nebo úplné a trvalé ochrnutí) dvou nebo více končetin na úrovni zápěstí nebo kotníku a výše.
- 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.

Článek 24 **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.

4) Pojistné plnění z tohoto pojištění nebude poskytnuto v případě, že pojistná událost nastane do konce šestého měsíce od počátku pojištění; to neplatí, nastane-li pojistná událost následkem úrazu.

Článek 25 **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 26 **Výluky z pojištění**

- 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 a následků:
- a) nemoci, která vznikla či byla diagnostikována přede dnem počátku tohoto pojištění a pro kterou bylo pojištěné dítě před tímto dnem léčeno, lékařsky sledováno nebo jejíž příznaky se projevily před tímto dnem; to se týká též zhoršení nebo projevení se nemocí, k němuž dojde v důsledku úrazu,
 - b) úrazu, ke kterému došlo přede dnem počátku tohoto pojištění, resp. před účinností jeho změny,
 - c) požívání alkoholu, zneužívání léků, aplikací omamných či toxických látek nebo přípravků tyto látky obsahujících,
 - d) 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 osmnácti let; tato výluka neplatí, pokud duševní porucha nebo porucha chování vznikla v důsledku úrazu.

Článek 27 **Zánik pojištění**

Vedle případů zániku pojištění podle všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob 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 dvaceti šesti let.

ČÁST 7 ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

Článek 28 Výklad pojmů

1) Definice pojmů uvedené ve všeobecných pojistných podmínkách pro pojištění osob a ve zvláštních pojistných podmínkách pro životní pojištění PERSPEKTIVA platí i v těchto zvláštních pojistných podmínkách, není-li níže uvedeno či nevyplyvá-li z kontextu jinak.

2) Nevyplyvá-li z kontextu jinak, mají následující pojmy v textu těchto zvláštních pojistných podmínek následující význam:

- a) **hospitalizace** znamená pobyt pojištěného na lůžkovém oddělení nemocnice, pokud pojištěný musí být ošetřen nebo léčen v nemocnici vzhledem k závažnosti nemoci, těhotenství, potratu, porodu nebo úrazu pojištěného nebo charakteru jejich ošetření, vyšetření či léčení,
 - b) **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,
 - c) **lékař** znamená příslušného praktického nebo odborného lékaře, který disponuje potřebnými licencemi a který není pojistníkem, pojištěným nebo oprávněnou osobou nebo jejich osobou blízkou,
 - 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, 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 bylo pojištěnému způsobeno tělesné poškození nebo smrt,
 - h) **vážné onemocnění** znamená nemoc, operaci či jiný zákrok nebo událost uvedené v čl. 14 a 15,
 - 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 krajně 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 pochv,
 - g) **dialyzační léčba** znamená léčbu s náhradou funkce ledvín,
 - 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 sráženiny, 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 zapříčiní její ucpaní 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 leukémie** 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 částčky tkáně uvnitř slinivky břišní, které produkují několik hormonů, z nichž nejvýznamnější jsou inzulín a glukagon,
- y) **leukémie, lymfom, Non Hodgkin lymfom, Hodgkinova choroba** 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) **pre maligní nádor (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 výhrěz,
- ii) **první stadium Hodgkinovy choroby nebo Non Hodgkin lymfom** znamená vyléčitelné stadium rakoviny mízního systému,
- jj) **příčná míšní léze, tj. plegie** znamená vyšetřeními potvrzené trvalé poškození míchy, které má za následek doživotní ochrnutí končetin,
- kk) **refrakternost** znamená neschopnost organismu reagovat na léčbu,
- ll) **respirační insuficience** znamená dechovou nedostatečnost,
- mm) **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),
- nn) **rigidita svalů** znamená svalovou ztuhlost,
- oo) **stenóza** znamená zúžení,
- pp) **tichý srdeční infarkt** znamená srdeční infarkt, při kterém pacient nemá žádné subjektivní potíže, které by ho nutily vyhledat odbornou lékařskou pomoc,
- qq) **tranziční ischemický záchvat (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,
- rr) **tremor** znamená třes, mimovolní rytmický pohyb různých částí těla,
- ss) **trombolýza koronární tepny** znamená rozpuštění sráženiny krve, která ucpana tepnu, zavedením léku do žíly,
- tt) **trombóza** znamená srážení krve v cévách, které může být příčinou vzniku krevní sráženiny (trombu) a ucpaní cévy; v tepnách má za následek nedokrevnost (ischemii) dané oblasti, v žilách zhoršuje odtok krve a může být zdrojem vmetku (embolu),
- uu) **trvalé neurologické poškození** znamená jakýkoli neurologický deficit (neurologické poškození), který je verifikován tzv. objektivním nálezem neurologa, nikoli subjektivním hodnocením pacienta,
- vv) **zvýšená hladina srdečních enzymů** znamená laboratorní hodnoty (vyplavování enzymů do krve) typické pro poškození srdečního svalu.

Článek 29 Vysvětlení použitých zkratk

V pojištění pro případ vážných onemocnění jsou použity tyto zkratky:

- a) **CABG, ACVB** znamená druh koronárního bypasu (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 resonanci (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



Pro život jaký je

ZPPINV O-954/16

PERSPEKTIVA

Článek 1

Úvodní ustanovení

1) Toto pojištění se řídí všeobecnými pojistnými podmínkami pro pojištění osob a těmito zvláštními pojistnými podmínkami. V případě odchylného ujednání v těchto zvláštních pojistných podmínkách a všeobecných pojistných podmínkách pro pojištění osob má přednost ujednání v těchto zvláštních pojistných podmínkách.

2) Toto pojištění se sjednává jako obnosově.

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 čl. 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 osmnáct měsíců.

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 čl. 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 pro pojištění osob 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) posledním dnem pojistného období, ve kterém je pojištěný uznán invalidním pro invaliditu druhého stupně podle zákona o důchodovém pojištění, pokud pojistitel za invaliditu II. stupně poskytl pojistné plnění,
- c) posledním dnem pojistného období, ve kterém je pojištěný uznán invalidním pro invaliditu třetího stupně podle zákona o důchodovém pojištění, pokud pojistitel za invaliditu neposkytl pojistné plnění,
- d) posledním dnem pojistného období, ve kterém je pojištěnému 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 čl. 12 odst. 2) písm. g),
 - 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 čl. 12 odst. 2) písm. g),
- 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 čl. 12 odst. 2) písm. g),
- d) pojištění pro případ zproštění od placení pojistného v případě plné invalidity: 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

1) Nejednalo-li se o výplatu pojistného plnění za invaliditu I. stupně nebo

o trvalou invaliditu podle čl. 12 odst. 2) písm. h), která bude poskytnuta v jedné částce poté, co bude pojistiteli tato invalidita prokázána, poskytne pojistitel jednorázové pojistné plnění podle čl. 6 odst. 1) písm. a), b) nebo c) ve dvou stejných splátkách (s výjimkou pojistného plnění podle následujícího odstavce), přičemž:

- a) první splátka pojistného plnění bude poskytnuta poté, co bude pojistiteli prokázána invalidita pojištěného,
- b) druhá splátka pojistného plnění bude poskytnuta po uplynutí dvaceti čtyř měsíců ode dne vzniku invalidity, pokud bude pojistiteli prokázáno, že pojištěný je i po uplynutí této lhůty nadále invalidní alespoň pro invaliditu II. stupně.

2) Pokud pojištěný, kterému byla vyplacena první splátka pojistného plnění za invaliditu II. stupně, nebo invaliditu III. stupně, v souvislosti s žádostí o druhou splátku pojistného plnění již existenci invalidity neprokáže, nebude mu tato druhá splátka poskytnuta. První splátka pojistného plnění se však v takovém případě nevrací.

Článek 8 Výplata důchodu

1) Pojistným plněním z pojištění pro případ plné invalidity 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 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 pojistník v případě, že se pojištěný stane invalidním pro invaliditu 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 III. stupně (tj. podle rozhodnutí příslušného orgánu státní správy zanikne jeho invalidita třetího stupně, nebo je snížen stupeň invalidity), nebo
- b) dnem bezprostředně předcházejícím výročnímu dni zproštění v případě, že pojištěný neprokáže pojistiteli nejpozději do jednoho měsíce po tomto dni způsobem uvedeným v čl. 10, že pojištěný byl k tomuto dni nadále invalidní pro invaliditu 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:

- a) 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,
- b) podrobit se za účelem šetření pojistné události či kdykoli během poskytování pojistného plnění z tohoto pojištění na výzvu pojistitele odbornému vyšetření lékařem určeným pojistitelem.

2) Pojištěný je dále povinen ke každému výročnímu dni výplaty důchodu či zproštění od placení pojistného a pro účely poskytnutí druhé splátky jednorázového pojistného plnění podle čl. 7 odst. 1) písm. b) 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 nebo ukončí výplatu důchodu. 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 pojistník je povinen doplatit pojistiteli veškeré pojistné, které nebylo zaplaceno 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 a jakýchkoli jejich příčin, komplikací či následků:

- a) nemoci, která vznikla či byla diagnostikována přede dnem počátku tohoto pojištění a pro kterou byl pojištěný před tímto dnem léčen či lékařsky sledován nebo jejíž příznaky se projeví před tímto dnem; to se týká též zhoršení nebo projevení se nemocí, k němuž dojde v důsledku úrazu,
- b) úrazu, ke kterému došlo přede dnem počátku tohoto pojištění, resp. před účinností jeho změny,
- c) duševní poruchy nebo poruchy chování (diagnózy F00 až F99 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí); tato výluka se neuplatňuje v případě vzniku trvalé organické duševní poruchy, která nebyla vyvolána vlastním chováním pojištěného (tzn. užíváním alkoholu či jiné návykové (omamné či toxické) látky, drog, užíváním jakýchkoli léčiv nebo jiným úmyslným sebepoškozením). Diagnóza musí být potvrzena lékařem specialistou v oboru psychiatrie včetně neurologického nálezu a nálezu provedených CT vyšetření hlavy a vyšetření mozku magnetickou rezonancí.

2) Odchylně od čl. 13 odst. 3) všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob se toto pojištění dále nevztahuje na invaliditu v důsledku požívání alkoholu, zneužívání léků, aplikace omamných či toxických látek nebo přípravků tyto látky obsahujících.

Článek 12 Výklad pojmů

1) Definice pojmů uvedené ve všeobecných pojistných podmínkách pro pojištění osob 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) **nemoc** znamená podle obecně uznávaného stavu lékařské vědy tělesnou nebo duševní poruchu zdravotního stavu pojištěného,
- g) **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 zvládnání 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. Snížená soběstačnost musí být prokázána odborným vyšetřením včetně všech relevantních (laboratorních, klinických a jiných) nálezů a doložena příslušným rozhodnutím posudkového orgánu státní správy o III. nebo IV. stupni závislosti podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a odbornými lékařskými zprávami, na základě kterých bylo toto rozhodnutí vydáno,

- h) **trvalá invalidita** znamená takový dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav, který je podmíněn invaliditou III. stupně a je následkem některého z níže uvedených tělesných poškození nebo onemocnění:
- Alzheimerova choroba a ostatní demence,
 - amyotrofická laterální skleróza,
 - Bechtěrevova nemoc,
 - demyelinizační onemocnění (například roztroušená skleróza a jiné),
 - epilepsie,
 - Huntingtonova choroba,
 - chronická obstrukční plicní nemoc,
 - chronické renální selhání,
 - idiopatická plicní fibróza,
 - myastenía gravis,
 - nenávratné postižení míchy, míšních kořenů a pletení (plegie),
 - onemocnění oběhové soustavy (srdce a cév),
 - osteoporóza,
 - Parkinsonova choroba,
 - psoriatická artritida,
 - revmatoidní artritida,
 - snížená soběstačnost podle písm. g),
 - systémový lupus erythematodes,
 - transplantace životně důležitých orgánů,
 - úplná a trvalá ztráta zraku nebo sluchu,
 - anatomická nebo funkční ztráta (amputace nebo úplné a trvalé ochrnutí) dvou nebo více končetin na úrovni zápěstí nebo kotníku a výše,
 - ostatní případy, které uzná lékař určený pojistitelem,
- 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 bylo pojištěnému způsobeno tělesné poškození nebo smrt,
- j) **výroční den výplaty důchodu** znamená den, který se číslem a měsícem shoduje se dnem počátku výplaty důchodu,
- k) **výroční den zproštění** znamená den, který se číslem a měsícem shoduje se dnem počátku zproštění,
- 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



Pro život jaký je

ZPPZZP O-934/14

PERSPEKTIVA

Článek 1

Úvodní ustanovení

1) Toto pojištění se řídí všeobecnými pojistnými podmínkami pro pojištění osob a těmito zvláštními pojistnými podmínkami. V případě odchýlného ujednání v těchto zvláštních pojistných podmínkách a všeobecných pojistných podmínkách pro pojištění osob 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:

- nemoc,
- úraz, nebo
- jiná skutečnost související se zdravotním stavem pojištěného,

poskytne pojistitel pojistné plnění ve formě služeb uvedených v čl. 4; tyto služby budou poskytnuty na území České republiky.

Článek 3

Zánik pojištění

Vedle případů zániku pojištění podle všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob a podle zvláštních pojistných podmínek pro životní pojištění PERSPEKTIVA toto pojištění dále zaniká:

- dnem ukončení trvalého pobytu pojištěného na území České republiky,
- nejpozději dnem bezprostředně předcházejícím výročnímu dni počátku pojištění v roce, v němž pojištěný dosáhne osmdesát let.

Článek 4

Pojistné plnění

1) Pojistným plněním z tohoto pojištění jsou následující služby poskytované smluvními partnery pojistitele, pokud jsou sjednané v pojistné smlouvě:

- služba Rychlé informace, v jejímž rámci pojistitel poskytuje dvacet čtyři hodiny denně informace o zdravotnických službách v rozsahu a za podmínek podle odst. 2),
- služba Lékař na telefonu, v jejímž rámci lékař určený pojistitelem poskytuje dvacet čtyři hodiny denně telefonické zdravotní konzultace v rozsahu a za podmínek podle odst. 3),
- Asistenční služby, v jejichž rámci je zajištěno poskytnutí potřebné zdravotní péče v rozsahu a za podmínek podle odst. 4),
- další služby související se zdravotním stavem pojištěného uvedené v pojistné smlouvě.

2) Služba Rychlé informace zahrnuje podání informací o zdravotnických službách prostřednictvím telefonické infolinky, jako jsou informace o zdravotnických zařízeních včetně zařízení zajišťujících 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:

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

4) Asistenční služby zahrnují:

- zajištění prvotního ambulatního 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,
- 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.

