Speciální pojistné podmínky flexibilního životního pojištění JUNIOR

Tyto speciální pojistné podmínky (dále jen „SPP") se řídí zákonem o pojistné smlouvě a Všeobecnými pojistnými podmínkami pro pojištění spojená s investičními fondy OSOINV 1 ze dne 1. ledna 2005 (dále jen „VPP") a jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy (dále jen „smlouvy").

ČLÁNEK 1
Základní pojmy

Pro účely sjednávaného pojištění platí tento výklad pojmů:

a) Flexibilní životní pojištění JUNIOR (dále jen „JUNIOR") – kombinace pojištění a investic do kapitálové hodnoty smlouvy sjednávaná ve prospěch pojištěného dítěte. Pojistné částky jsou pevně dány smlouvou a částka určená k výplatě při dožití konce pojištění, resp. v případě předčasného ukončení smlouvy, je dána aktuální výší kapitálové hodnoty smlouvy.
b) V případě běžně placeného pojistného může pojištění JUNIOR uzavřít dospělý pojištěný (pojistník) se vstupním věkem od dovršených 18 let do 70 let, pro pojištěné dítě se vstupním věkem od 0 let do nedovršených 18 let, na dobu minimálně 5 let; maximální doba trvání pojištění může být do roku, ve kterém se pojištěné dítě dožije minimálně 19 let a maximálně 25 let, při zachování maximálního výstupního věku pojistníka 75 let. Pojistník musí být zákonným zástupcem pojištěného dítěte.
c) V případě jednorázově placeného pojistného může pojištění JUNIOR uzavřít dospělý pojištěný (pojistník) se vstupním věkem od dovršených 18 let (horní hranice není omezena), pro pojištěné dítě se vstupním věkem od 0 let do nedovršených 18 let, na dobu minimálně 5 let; maximální doba trvání pojištění může být do roku, ve kterém se pojištěné dítě dožije minimálně 19 let a maximálně 25 let. Pojistník nemusí být zákonným zástupcem pojištěného dítěte. V případě, že pojistník není současně zákonným zástupcem, musí dát zákonný zástupce k pojištění písemný souhlas.
d) Kapitálová hodnota smlouvy – pojistná rezerva stanovená platnými pojistně-technickými postupy pro jednotlivou smlouvu, vyjádřená v Kč.
e) Netechnické změny – změny na smlouvě nemající vliv na výši pojistného (např. změna adresy).
f) Technické změny – změny na smlouvě s vlivem na výši pojistného, pojištěná rizika apod.
g) Pojištěné riziko – riziko, které je určeno typem pojištění a pojistnou částkou.

ČLÁNEK 2
Pojistné plnění pro pojištěné dítě

a) Při dožití se sjednaného konce pojištění bude pojištěnému dítěti vyplacena kapitálová hodnota smlouvy.
b) V případě úmrtí pojištěného dítěte pojištění zaniká a pojistníkovi bude vyplacena kapitálová hodnota smlouvy platná ke dni nahlášení pojistné události, snížená o částečné výplaty provedené po nahlášení úmrtí. V případě úmrtí pojištěného dítěte, které se stalo v průběhu trvání pojištění pojistníkem, vyplatí pojistitel kapitálovou hodnotu smlouvy platnou ke dni nahlášení pojistné události, sníženou o částečné výplaty provedené po nahlášení úmrtí dle ustanovení článku 11 odst. 2 VPP.

ČLÁNEK 3
Pojistné

a) Pojistné lze zaplatit najednou za celou dobu, na kterou bylo pojištění sjednáno (jednorázové pojistné).
b) Pojistné lze platit za dohodnutá pojistná období (běžné pojistné).
c) Pojistník může kdykoliv v době trvání pojištění zaplatit mimořádné pojistné, tj. jednorázově zaplatit pojistné nad rámec sjednaného běžného pojistného nebo počátečního jednorázového pojistného.
d) Pojistník si může kdykoliv v době trvání smlouvy předplatit pojistné, tj. zaplatit najednou jednu nebo více splátek běžného pojistného před datem jejich splatnosti. K předplacení plateb běžného pojistného slouží účet, variabilní symbol a specifický symbol, který je určen k platbám běžného pojistného.
e) Pojistník může kdykoliv v době trvání smlouvy zaplatit mimořádné pojistné v minimální výši stanovené pojistitelem. Mimořádné pojistné zvyšuje kapitálovou hodnotu smlouvy. Zaplacení mimořádného pojistného nemá vliv na povinnost pojistníka platit sjednané běžné pojistné. Pojistitel je oprávněn použít část mimořádného pojistného na pokrytí dlužného běžného pojistného k datu připsání mimořádného pojistného na účet pojistitele. Mimořádné pojistné je možno uhradit na základě pokynů uvedených v pojistce. K úhradě mimořádného pojistného je určen zvláštní variabilní symbol. Pojistitel je oprávněn odmítnout mimořádné pojistné zaplacené pod stanovenou minimální hranici.
f) Běžné pojistné, jednorázové pojistné i mimořádné pojistné se používá podle platných pojistně-technických pravidel k navyšování kapitálové hodnoty smlouvy.
g) Za škodu vzniklou uvedením chybného čísla účtu a/nebo variabilního symbolu pojistitel neodpovídá. Rozhodným dnem pro zaúčtování zaplaceného pojistného je den, kdy pojistitel vystavil předpis pojistného.

ČLÁNEK 4
Náklady, poplatky a cena pojištění

a) Cena pojištění – pojistitel bude za každé pojistně-technické období snižovat kapitálovou hodnotu smlouvy o částku potřebnou ke krytí sjednaného rozsahu pojištěného rizika a o dále uvedené technické poplatky, kalkulované podle platných pojistně-technických zásad pojistitele.
b) Počáteční alokace – pojistitel uplatní na běžné pojistné v prvních letech trvání smlouvy poplatek na pokrytí počátečních nákladů spojených se vznikem pojistné smlouvy.
c) Marže – procentní poplatek z pojistného uplatňovaný při připisování pojistného do kapitálové hodnoty smlouvy.
d) Administrativní poplatek – pojistitel má právo, zpravidla měsíčně, inkasovat poplatek za správu a vedení pojistné smlouvy; poplatek se inkasuje stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy.
e) Management fee – poplatek za správu kapitálové hodnoty – pojistitel má právo použít část výnosu z kapitálové hodnoty na pokrytí nákladů spojených s její správou.

Pojistitel má právo inkasovat poplatky za tyto služby:

a) Za inkasní služby – pojistitel má právo v závislosti na způsobu a technice úhrady pojistného strhnout si poplatek za inkasovanou platbu; poplatek se inkasuje stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy.
b) Za zrušení pojistné smlouvy – pojistitel má právo při výplatě odkupného v prvních dvou letech trvání snížit výplatu o poplatek za předčasné zrušení pojištění.
c) Za provedení změny do smlouvy – pojistitel má právo v případě vystavení dodatku inkasovat poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy.
d) Za výběr části kapitálové hodnoty – pojistitel má právo v případě požadavku (realizovaného i nerealizovaného) na výběr části kapitálové hodnoty inkasovat poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy.
e) Za vystavení druhopisu – pojistitel má právo za vystavení druhopisu pojistníkem požadovaného dokumentu (např. pojistky, rekapitulace) inkasovat poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy.
f) Za sdělení aktuální výše kapitálové hodnoty smlouvy – pojistitel má právo v případě požadavku na sdělení aktuální výše kapitálové hodnoty smlouvy inkasovat poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy.
g) Za sdělení výše odkupného – pojistitel má právo v případě požadavku na sdělení výše odkupného inkasovat poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy.

Výše poplatků se řídí platným sazebníkem poplatků. Platný sazebník poplatků je k dispozici na internetových stránkách pojistitele a na všech obchodních místech.

ČLÁNEK 5
Volitelné parametry v průběhu trvání pojištění

I. Změny v pojistné smlouvě

a) Pojistník může požádat o zvýšení nebo snížení běžného pojistného.
b) Pojistník může požádat o změnu v technice a frekvenci placení pojistného.
c) Pojistník může požádat o zvýšení, popř. snížení pojistné částky. Při zvýšení pojistné částky má pojistitel právo provést dodatečné zdravotní posouzení pojištěného.
d) Pojistník může v případě běžně placeného pojistného požádat pojistitele o dočasné přerušení placení pojistného. K dočasnému přerušení placení pojistného může dojít pouze v případě takového stavu kapitálové hodnoty smlouvy, která bude postačovat na pokrytí technických poplatků (viz článek 4 těchto SPP) a rizikového pojistného po dobu přerušení placení pojistného. Dočasné přerušení placení pojistného vstupuje v platnost prvním dnem pojistného období následujícího po pojistném období, za které bylo naposledy zaplaceno běžné pojistné.
e) K pojištění JUNIOR si v případě běžně placeného pojistného může pojistník dodatečně sjednat, popř. z něho vyloučit pojištění pro případ smrti nebo pojištění plné invalidity, pokud není zároveň pojištěným dítětem.
f) K pojištění JUNIOR si u pojištěného dítěte může pojistník dodatečně sjednat, popř. z něho vyloučit pojištění velmi vážných onemocnění nebo pojištění denního odškodného za dobu nezbytného léčení úrazu a za pobyt v nemocnici v důsledku úrazu nebo nemoci.
g) V případě, že u zákonného zástupce, uvedeného na pojistné smlouvě, dojde ke změně adresy pro písemný styk, je pojistník povinen písemně nahlásit její změnu. V případě porušení této povinnosti pojistitel neodpovídá za vzniklé škody.
h) V pojištění JUNIOR lze zažádat o změnu pojistníka, vyjma v době trvání fixace. V době žádosti o změnu pojistníka musí mít osoba, která se má stát novým pojistníkem, dovršených 18 let a se změnou musí souhlasit.
i) Pojistník může kdykoliv požádat o změnu doby trvání pojištění (konec trvání pojištění pro pojištěné dítě je 19 let – 25 let).
j) Všechny změny provedené na základě písemné žádosti pojistníka, vstupují v platnost dnem uvedeným na dodatku (zpravidla prvním dnem následujícího pojistně-technického období po vystavení dodatku ke smlouvě).
k) V souvislosti s výše uvedenými změnami má pojistitel právo zvýšit, popř. snížit výši pojistné částky (platí pro pojištění pro případ smrti a pojištění plné invalidity). Dále má právo zvýšit popř. snížit běžné pojistné na úroveň danou platnými pojistně-technickými pravidly.
l) Pojistitel je oprávněn za provedené změny (vystavení dodatku) účtovat pojistníkovi pojistně-technický poplatek (viz platný sazebník poplatků).
m) Při jakékoliv provedené technické změně, která může ovlivnit výši pojistného, pojistitel pojistné automaticky nesnižuje na minimální výši postačitelnosti. Případný přeplatek pojistného je ponechán v kapitálové hodnotě smlouvy.

II. Výplata kapitálové hodnoty smlouvy

Pojistník může požádat pojistitele o výplatu části kapitálové hodnoty smlouvy, pokud tato částka dosáhne minimální výše stanovené pojistitelem. K uskutečnění této výplaty může dojít nejdříve v roce, ve kterém pojištěné dítě dosáhne 19 let. Další podmínkou uskutečnění této výplaty je postačitelnost výše běžně placeného pojistného a zůstatku kapitálové hodnoty smlouvy pro pokrytí sjednaného rizikového pojistného a technických poplatků za správu smlouvy do konce trvání smlouvy. Při splnění výše uvedených podmínek bude provedena výplata části kapitálové hodnoty nejpozději do čtyř týdnů od doručení žádosti pojistiteli. Pojistitel je oprávněn při vyřizování žádosti o výplatu části kapitálové hodnoty účtovat pojistníkovi pojistně-technický poplatek (viz platný sazebník poplatků). Pokud pojistník požaduje výplatu části kapitálové hodnoty smlouvy na účet, musí být na žádosti ověření totožnosti pojistníka.

ČLÁNEK 6
Fixace pojistné smlouvy

V případě jednorázově zaplaceného pojistného bude pojistná smlouva zafixována, pokud dojde k úmrtí dospělého pojištěného (pojistníka) a jednorázové pojistné bylo uhrazeno.

V případě běžně placeného pojistného bude pojistná smlouva zafixována, pokud dojde k úmrtí dospělého pojištěného (pojistníka) a byly splněny podmínky pro zproštění od placení běžného pojistného.

Pojistná smlouva bude zafixována k datu nahlášení úmrtí dospělého pojištěného (pojistníka) do předem sjednaného konce pojištění.

a) V pojistné smlouvě nebude možné provádět technické změny.
b) Pojistnou smlouvu nelze pojistníkem vypovědět.
c) Nelze zažádat o výplatu odkupného dle zákona o pojistné smlouvě.
d) O výplatu části kapitálové hodnoty smlouvy může požádat pouze pojištěné dítě (pojistník). Podmínky pro výplatu části kapitálové hodnoty smlouvy jsou uvedeny v části II. článku 5.
e) Odchylně od článku 16 VPP bude veškerá písemná komunikace po dobu fixace pojistné smlouvy adresována pojištěnému dítěti. Zákonný zástupce je povinen hlásit každou změnu adresy pojištěného dítěte.
f) V pojištění JUNIOR neplatí článek 17 odst. 3 VPP.

ČLÁNEK 7
Rozsah pojištění

I. V případě jednorázově zaplaceného pojistného pro dospělého pojištěného (pojistníka) nelze sjednat žádné pojištění. Pro pojištěné dítě se sjednává pojištění dle části III. tohoto článku.

II. V případě běžně placeného pojistného se pro dospělého pojištěného (pojistníka) sjednává pojištění zproštění od placení běžného pojistného pro případ smrti dospělého pojištěného dle části II., bodu A tohoto článku. A dále lze sjednat pojištění dle ustanovení části II., bodu B a C tohoto článku. Pro pojištěné dítě se sjednává pojištění dle části III. tohoto článku.

A. Pojištění zproštění od placení běžného pojistného pro případ smrti dospělého pojištěného (pojistníka)

Pojištění je sjednáno pro osobu ve věku od 18 let do 70 let. Pojistné krytí končí nejpozději v roce, ve kterém se dospělý pojištěný dožije 75 let.

a) Pokud v průběhu trvání pojištění dojde k úmrtí dospělého pojištěného, dochází ke zproštění od povinnosti platit běžné pojistné. Povinnost platit běžné pojistné ve sjednané výši přechází v případě zproštění na pojistitele v rozsahu aktuálně platném na pojistné smlouvě do původně sjednaného konce pojištění.
b) Zproštění od placení běžného pojistného se nevztahuje na případy, kdy dospělý pojištěný zemře do doby dvou let od počátku pojištění následkem jakéhokoliv onemocnění, které nastalo nebo bylo diagnostikováno před počátkem pojištění. Pojistná smlouva bude ukončena a pojistitel vyplatí pojištěnému dítěti kapitálovou hodnotu smlouvy platnou ke dni nahlášení úmrtí. Pokud nebyla vytvořena kladná kapitálová hodnota smlouvy, zaniká pojištění bez náhrady.
c) Zproštění od placení běžného pojistného počíná ode dne nejbližší splatnosti pojistného po datu úmrtí dospělého pojištěného. Zproštění od placení běžného pojistného končí nejpozději uplynutím doby, na kterou bylo pojištění zproštění od placení běžného pojistného sjednáno.
d) V době trvání zproštění od placení pojistného nelze provádět technické změny ve smlouvě (viz článek 6 těchto speciálních pojistných podmínek).

B. Pojištění pro případ smrti

Pojištění může být sjednáno pro osobu ve věku od 18 let do 70 let. Pojistné krytí končí nejpozději v roce, ve kterém se dospělý pojištěný dožije 75 let.

a) Při úmrtí dospělého pojištěného z jakýchkoliv příčin vyplatí pojistitel pojištěnému dítěti pojistné plnění ve výši 30 % pojistné částky platné ke dni úmrtí dospělého pojištěného. Pojistné plnění ve výši 70 % pojistné částky, platné ke dni úmrtí dospělého pojištěného, bude převedeno do kapitálové hodnoty smlouvy.
   V případě zjištění dlužného pojistného na pojistné smlouvě před výplatou pojistného plnění, bude toto dlužné pojistné strženo ještě před rozdělením pojistného plnění na 30 % a 70 %. Před výplatou pojistného plnění budou strženy zjištěné dluhy u dospělého pojištěného (pojistníka) a zjištěné dluhy pojistného na jiných pojistných smlouvách u pojištěného dítěte (příjemce pojistného plnění).
b) V případě úmrtí dospělého pojištěného do doby dvou let od počátku pojištění následkem jakéhokoliv onemocnění, které nastalo nebo bylo diagnostikováno před počátkem pojištění, zaniká pojištění bez náhrady.
c) Smrtí dospělého pojištěného končí všechna jeho sjednaná pojištění.
d) Pokud k úmrtí pojistníka dojde před počátkem pojištění, pojistná smlouva bude ukončena před tímto počátkem a v případě, že bylo uhrazeno pojistné, bude toto pojistné nahlášeno do dědického řízení.

C. Pojištění plné invalidity

1. Pojištění může být sjednáno pro osobu ve věku od 18 let do 64 let, je-li současně sjednáno pojištění pro případ smrti. Pojistné krytí končí nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se dospělý pojištěný dožije 65 let.
2. Předpoklady pro přiznání plného invalidního důchodu
   Dospělý pojištěný je plně invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu:
   a) poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 66 %, nebo
   b) je schopen pro zdravotní postižení soustavné výdělečné činnosti jen za zcela mimořádných podmínek.
   Při určování poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti dospělého pojištěného se vychází z jeho zdravotního stavu doloženého výsledky funkčních vyšetření a z jeho schopnosti vykonávat práce odpovídající zachovaným tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k výdělečným činnostem, které vykonával předtím, než k takovému poklesu došlo, a k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem; přitom se bere v úvahu, zda jde o zdravotní postižení trvale ovlivňující schopnost výdělečné činnosti dospělého pojištěného, zda a jak je dospělý pojištěný na své zdravotní postižení adaptován, a schopnost rekvalifikace dospělého pojištěného na jiný druh výdělečné činnosti, než dosud vykonával.
3. Pojistné plnění z pojištění plné invalidity pojistitel poskytne, pokud dojde ke splnění následujících podmínek:
   a) Dospělý pojištěný se stal trvale, plně a nezvratně neschopným a tímto nezpůsobilým k výkonu práce nebo jiné výdělečné činnosti. O splnění této podmínky rozhodne pojistitel na základě odborné lékařské expertizy od smluvního lékaře.
   b) Dospělému pojištěnému byl během trvání pojištění, nejdříve však po dvou letech trvání od počátku pojištění, přiznán ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení plný invalidní důchod.
   c) Splnění podmínky dvou let podle bodu C, odst. 3, písm. b) tohoto článku se nevyžaduje, pokud byl invalidní důchod přiznán výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo v době trvání pojištění.
   d) Dospělý pojištěný vyvine na požádání pojistitele přiměřenou potřebnou součinnost.
4. Pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky pro případ plné invalidity bude vyplaceno dospělému pojištěnému (pojistníkovi).
5. Vyplacením sjednané pojistné částky pro případ plné invalidity pojištění zaniká. Ostatní pojištění, pokud byla sjednána, zůstávají v platnosti.
6. Pojistitel neplní v případech vzniklých následkem onemocnění a následkem úrazů, které nastaly, byly diagnostikovány nebo léčeny před počátkem pojištění.

III. V pojištění JUNIOR se sjednává pro pojištěné dítě pojištění trvalých následků úrazu. K pojištění trvalých následků úrazu lze u pojištěného dítěte sjednat tato pojištění.

- Pojištění velmi vážných onemocnění
- Pojištění denního odškodného

1. Pojištění se sjednává pro dítě ve věku od 0 let do nedovršených 18 let. Pojistné krytí končí ve 24 hodin dne předcházejícího výročnímu dni trvání pojištění v kalendářním roce, ve kterém se pojištěné dítě dožije věku stanoveného v pojistné smlouvě, minimálně 19 let věku a maximálně 25 let věku.
2. Pojistné plnění vyplatí pojistitel na základě hlášení pojistné události pojištěnému dítěti.

A. Pojištění trvalých následků úrazu

Pojištění trvalých následků úrazu se nevztahuje na případy vzniklé následkem onemocnění a následkem úrazů, které nastaly, byly diagnostikovány nebo prvotně léčeny před počátkem pojištění (např. onemocnění a úrazy kloubů, páteře atd.).

Utrpí-li pojištěné dítě úraz, jehož trvalé následky dosáhnou minimálně 0,5 % trvalého tělesného poškození podle „Oceňovací tabulky plnění za trvalé následky úrazu", vyplatí pojistitel po ustálení těchto následků příslušné procento ze sjednané pojistné částky pro případ trvalých následků úrazu, se zahrnutím progresivního plnění, v závislosti na rozsahu trvalého tělesného poškození. K ustálení trvalých následků úrazu dochází obvykle po jednom roce, s výjimkou případů, kdy je rozsah trvalého tělesného poškození jednoznačně zřejmý před uplynutím této doby. Se zahrnutím progrese je pojistné plnění vyplaceno takto:

od 0,5% do 25 % včetně – příslušné % z jednonásobku pojistné částky,
nad 25 % do 50 % včetně – příslušné % z dvojnásobku pojistné částky,
nad 50 % do 75 % včetně – příslušné % z trojnásobku pojistné částky,
nad 75 % do 100 % včetně – příslušné % ze čtyřnásobku pojistné částky.

Pojistná událost

a) Výši pojistného plnění za trvalé následky úrazu určuje pojistitel podle dále uvedených zásad a „Oceňovací tabulky plnění za trvalé následky úrazu" (dále jen „oceňovací tabulka") platných v době vzniku pojistné události (úrazu), do které má pojištěné dítě (v případě nezletilosti pojištěného dítěte zákonný zástupce) právo nahlédnout. Oceňovací tabulku může pojistitel doplňovat a měnit. Za trvalé následky úrazů, které nejsou uvedeny v oceňovací tabulce, pojistitel pojistné plnění neposkytuje. Relevantní informace získává pojistitel na základě odborné lékařské expertizy od smluvního lékaře. Smluvní lékař vyhotoví odbornou lékařskou expertizu, tj. zjištění zdravotního stavu na základě dodaných lékařských zpráv nebo zdravotnické dokumentace od ošetřujících lékařů a v případě potřeby i prohlídkou nebo vyšetřením.
b) Zanechá-li úraz pojištěnému dítěti trvalé následky, vyplatí pojistitel z pojistné částky (se zahrnutím progrese) tolik procent, kolika procentům odpovídá pro jednotlivá tělesná poškození podle oceňovací tabulky rozsah trvalých následků po jejich ustálení a v případě, že se neustálily do tří let ode dne úrazu, kolika procentům odpovídá jejich stav ke konci této lhůty; stanoví-li oceňovací tabulka procentní rozpětí, určí pojistitel výši plnění tak, aby v rámci daného rozpětí odpovídalo plnění povaze a rozsahu tělesného poškození způsobeného úrazem.

c) Nemůže-li pojistitel plnit proto, že trvalé následky úrazu nejsou po uplynutí jednoho roku ode dne úrazu ještě ustáleny, avšak je již znám jejich minimální rozsah po ustálení a tento odpovídá min. 0,5 %, může pojistitel poskytnout pojištěnému dítěti na základě jeho písemné žádosti přiměřenou zálohu; pojistitel poskytne k jedné pojistné události maximálně jednu zálohu.
d) Týkají-li se trvalé následky úrazu části těla nebo orgánů, které byly poškozeny již před úrazem, sníží pojistitel své pojistné plnění za trvalé následky o tolik procent, kolika procentům odpovídalo předcházející poškození, určené též podle oceňovací tabulky.
e) Způsobil-li jediný úraz pojištěnému dítěti několik trvalých následků, hodnotí pojistitel celkové trvalé následky součtem procent pro jednotlivé následky, nejvýše však do výše 100 %.
f) Týkají-li se jednotlivé trvalé následky po jednom nebo více úrazech téhož údu, orgánu nebo jejich částí, hodnotí je pojistitel jako celek, a to nejvýše procentem stanoveným v oceňovací tabulce pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného údu, orgánu nebo jejich části.
g) Jestliže pojištěné dítě zemře následkem úrazu do jednoho roku ode dne, kdy k úrazu došlo, zaniká nárok na plnění za trvalé následky úrazu. Pojištění zaniká ke dni úmrtí pojištěného dítěte a pojistitel vyplatí pojistníkovi kapitálovou hodnotu smlouvy platnou ke dni nahlášení pojistné události sníženou o částečné výplaty provedené po nahlášení úmrtí.
h) Jestliže před výplatou pojistného plnění za trvalé následky úrazu pojištěné dítě zemře, nikoliv však na následky tohoto úrazu, nebo pokud zemře po uplynutí jednoho roku od úrazu z jakékoliv příčiny a pokud vznikl nárok na plnění za trvalé následky úrazu, vyplatí pojistitel dědicům pojištěného dítěte částku, která odpovídá rozsahu trvalých následků úrazu pojištěného dítěte v době jeho smrti. Není-li možno zpětně získat relevantní informace nutné k posouzení trvalých následků, nárok na pojistné plnění za trvalé následky úrazu nevzniká.
i) Pojistitel i pojistník jsou oprávněni upravit výši pojistné částky v průběhu trvání pojištění až na minimum stanovené pojistitelem.

B. Pojištění velmi vážných onemocnění

1. Předmět a rozsah pojištění

V pojištění velmi vážných onemocnění se vymezují následující pojmy:

a) **rakovina** – přítomnost nekontrolovaného růstu a rozšiřování maligních buněk a jejich invaze do tkáně, termín „rakovina" také zahrnuje leukémii (vč. chronické lymfatické leukémie), maligní lymfomy a Hodgkinovu chorobu.
Vyloučeny a za pojistné události se nepovažují:
- neinvazivní karcinomy in situ;
- lokalizované neinvazivní tumory vykazující jen rané maligní změny (dysplazie cervixu, rakovina cervixu klasifikace CIN-1-3, rakovina prostaty klasifikace T1a nebo T1b);
- všechny typy rakoviny kůže včetně maligního melanomu klasifikace 1A;
- všechny typy rakoviny za současného prokázání přítomnosti HIV infekce.

Pro doložení onemocnění musí být předložena potvrzená lékařská dokumentace s přehlednou klasifikací zhoubného novotvaru (nádoru).
b) **nitrolební (intrakraniální) nádor** – nitrolební (intrakraniální) nádory s klinickou symptomatologií, které je nutno řešit chirurgicky otevřeným přístupem (z kraniotomie), eventuelně stereotaktickým zákrokem. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem rozhodnutí odborného lékaře (neurologa, neurochirurga) o nutnosti (indikaci) operativního zákroku, eventuelně rozhodnutí o neoperabilnosti nitrolebního nádorového procesu.
c) **transplantace životně důležitých orgánů** – nezbytně nutná a lékařským nálezem indikovaná transplantace srdce, srdce a plic, jater, ledvin, kdy je příjemcem pojištěné dítě. Operace musí být provedena na území členských států Evropské Unie (nebylo-li před provedením s pojistitelem dohodnuto jinak) lékařským pracovištěm, které je oprávněno tyto operace provádět. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem provedení operace, pokud k ní došlo po uplynutí tříměsíční čekací doby od počátku pojištění a zahrnuje pouze transplantace výše uvedených orgánů. Transplantace musí být z lékařského hlediska nezbytná a musí být objektivně potvrzeno selhání funkce příslušného orgánu.
d) **totální ledvinové selhání** – konečné stadium ledvinového selhávání následkem chronického a nezvratného selhání funkce obou ledvin; pojištěné dítě musí podstupovat pravidelnou dialýzu nebo být po transplantaci ledviny. Za pojistnou událost se považuje také zařazení pojištěného dítěte do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci ledviny po uplynutí čekací doby uvedené v odst. 2, písm. c) tohoto článku a jeho setrvání v seznamu po dobu minimálně šesti měsíců. Vyloučena je pouze jednostranná nefrektomie a přechodná dialýza z důvodu akutního ledvinového selhání. Pro doložení onemocnění musí být doloženo potvrzení nefrologa o nezbytnosti pravidelné dialýzy.
e) **operace aorty** – operační výkon na aortě provedený v důsledku jejího roztržení, vzniku výdutě; vyloučeny jsou operace na větvích aorty nebo by-passy vystupující z aorty a vedoucí krev do periferního řečiště a operační výkony na aortě provedené v důsledku úrazu. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem provedení operace, pokud k ní došlo na území členských států Evropské unie (nebylo-li před provedením s pojistitelem dohodnuto jinak) a po uplynutí tříměsíční čekací doby od počátku pojištění.
f) **slepota** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta zraku obou očí v důsledku onemocnění nebo úrazu; diagnóza musí být klinicky potvrzena odborným lékařem (oftalmologem) pojistitele. Pojistnou událostí není snížení visu (zraku) nižšího stupně.
g) **hluchota** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta sluchu obou uší v důsledku onemocnění nebo úrazu; diagnóza musí být klinicky potvrzena audiometrickým vyšetřením, tympanometrií a vyšetřením akustického reflexu odborným lékařem pojistitele.Pojistnou událostí není snížení sluchu nižšího stupně.
h) **paraplegie, tetraplegie** – úplné a trvalé ochrnutí obou dolních, obou horních nebo všech končetin s úplným a trvalým přerušením vodivosti míchy pro vlákna zajišťující hybnost. Povinnost pojistitele plnit vzniká nejdříve šest měsíců od počátku onemocnění po stanovení diagnózy paraplegie nebo tetraplegie příslušným klinickým pracovištěm. Vyloučena jsou částečná a vrozená ochrnutí končetin.
i) **koma** – stav hlubokého bezvědomí bez reakce na vnější či vnitřní podněty, který trvá nepřetržitě nejméně 96 hodin. Během této doby musí být uměle udržována některá ze základních životních funkcí. Následkem musí být trvale prokazatelné poškození v klinickém neurologickém nálezu. Povinnost pojistitele plnit začíná dnem potvrzení diagnózy a trvalého neurologického poškození příslušným klinickým pracovištěm. Vyloučeno je koma vzniklé následkem zneužívání alkoholu nebo aplikace návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky. Dále pojistitel neplní za koma vzniklé na podkladě úrazu v souvislosti s požitím alkoholu nebo aplikace návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky.
j) **mozková obrna (poliomyelitida)** – akutní infekce virem poliomyelitidy způsobující trvalé zdravotní postižení a vedoucí k trvalé paralýze projevující se poruchou pohybových funkcí nebo respirační nedostatečností; diagnóza musí být klinicky potvrzena neurologem a doložena průkazem infekce v séru a v likvoru (mozkomíšním moku). Pojistnou událostí není paralýza trvající méně než tři měsíce a případy Guillain-Barrého syndromu.
k) **meningitida, encefalitida** – zánět mozkových blan nebo mozkové tkáně vyvolaný virovou nebo bakteriální infekcí; onemocnění může být prvotní nebo součástí jiného infekčního onemocnění (post infekční a parainfekční). Pojistnou událostí jsou pouze onemocnění vedoucí k závažným komplikacím trvajícím minimálně tři měsíce a trvalému neurologickému defektu se současně klinicky potvrzeným nálezem neurologa. Pojistitel dále plní za získané psychiatrické nemoci vedoucí k týmž nebo podobným následkům, jako organická onemocnění mozku uvedená pod tímto písmenem. Podkladem pro poskytnutí plnění je lékařská zpráva a podrobný popis postižení. Vyloučeno je postižení vzniklé následkem infekce způsobené virem HIV.
Podmínkou vzniku pojistné události u onemocnění definovaných pod tímto písmenem je mimo uvedené nezbytné podmínky také detailní zpráva ošetřujícího lékaře pojištěného dítěte potvrzující splnění alespoň jedné z následujících podmínek po dobu minimálně šesti po sobě následujících měsíců a obsahující písemné vyjádření lékaře o očekávaném nezlepšování se současného stavu:
- pojištěné dítě dosáhlo věku tří let, ohrožuje samo sebe a/nebo své okolí v důsledku svého duševního postižení, potřebuje trvalý celodenní dohled,
- pojištěné dítě dosáhlo věku tří let, je trvale upoutáno na lůžko nebo židli, nemůže vstát bez asistence další osoby nebo musí být pod trvalým celodenním dohledem.

Nedosáhlo-li pojištěné dítě, v případě onemocnění definovaných pod tímto písmenem, věku tří let, vzniká nárok na pojistné plnění prokázáním splnění (včetně písemného vyjádření lékaře o očekávaném nezlepšování se současného stavu) alespoň jedné z podmínek uvedených v tomto bodě a po uplynutí doby minimálně šesti po sobě následujících měsíců, která začala běžet dnem, kdy se pojištěné dítě dožilo tří let věku.
l) **virová hepatitida** – virový zánět jaterní tkáně způsobený virem hepatitidy. Vyloučeno je infekční onemocnění virem hepatitidy typu A. Pro doložení onemocnění a podmínkou vzniku pojistné události je splnění těchto požadavků:
- pojištěné dítě je v době oznámení pojistné události infikováno virem hepatitidy, průkaz viru hepatitidy metodou PCR
- jaterní testy (ALT, AST) jsou zvýšeny nejméně čtyřikrát nad standardní fyziologickou hladinu v důsledku zánětu jater
- zvýšená hladina jaterních enzymů musí být zjistitelná v séru alespoň šest měsíců po skončení léčení virového zánětu jater a zároveň v době oznámení pojistné události

Onemocnění je doloženo také v případech, kdy byla hepatitida léčena interferonem, léčba skončila, k vyléčení dosud nedošlo a virus hepatitidy přetrvává v těle i po jednom roce od ukončení léčby interferonem.
m) **aplastická anémie** – selhání funkce kostní dřeně (porucha krvetvorby), v jejímž důsledku je v cirkulující krvi nedostatek červených i bílých krvinek a krevních destiček.
Podmínkou vzniku pojistné události je splnění všech následujících požadavků:
- diagnóza aplastické anémie je potvrzena na základě výsledku punkce kostní dřeně,
- koncentrace granulocytů (bílé krvinky s vyzrálými granuly v cytoplasmě) v krvi je nižší než 500 na mm3 a krevních destiček nižší než 20 000 na mm3,
- je prokázána anémie a retikulocytopenie,
- léčení je prováděno minimálně jedním z následujících způsobů:
  - pravidelné krevní transfúze opakující se alespoň tři měsíce,
  - pravidelná aplikace imunosupresivních látek opakující se alespoň tři měsíce,
  - transplantace kostní dřeně.

Pojistná událost nenastává, jedná-li se o aplastickou anémii, která je následkem terapie (např. antibiotiky, nesteroidními antirevmatiky, zlatem, radiačním zářením nebo chemoterapií), o některou z forem vrozené aplastické anémie nebo o aplastickou anémii, pokud bylo u pojištěného dítěte diagnostikováno nádorové onemocnění před uzavřením tohoto připojištění.
Pojistná událost také nenastává v případě, že diagnóza aplastické anémie byla poprvé stanovena během prvních dvou let od sjednání pojištění a současně toto onemocnění souviselo s chronickou anémií, které si byli pojištěné dítě nebo jeho zákonní zástupci vědomi před uzavřením tohoto pojištění.
n) **diabetes mellitus I. typu s intenzifikovaným inzulínovým režimem (závislý na inzulinu)** – diabetesem se pro účely pojištění rozumí získané chronické onemocnění, v jehož důsledku vznikne stav chronické hyperglykémie. Podmínkou vzniku pojistné události je doložení lékařské zprávy pojistiteli s potvrzenou diagnózou diabetes mellitus I. typu, která pro svou závažnost vyžaduje léčení pravidelnými aplikacemi inzulínových injekcí, přičemž tato léčba již trvá po dobu minimálně tří měsíců. Vyloučen je diabetes mellitus II. typu vzniklý na podkladě obezity.
o) **stavy vedoucí k syndromu krátkého střeva s nutností totální parenterální umělé výživy** – syndrom krátkého střeva souvisí s nedostatečnou délkou zažívacího traktu vzniklou po opakovaných resekcích (chirurgických výkonech na střevě s odnětím části střeva). Důsledky pro organismus jsou různé podle odňatého segmentu střeva a podle zbylé délky tenkého střeva. Nedochází ke správnému vstřebávání živin. Následně vzniká podvýživa, kterou není možno řešit jinak než umělou parenterální výživou.
Podmínkou pro poskytnutí pojistného plnění je, že podávání umělé parenterální výživy trvá alespoň 1 rok nebo je trvalé. Další podmínkou je doložení lékařské zprávy s popisem postižení (základní dg) a odůvodněním nutnosti podávání umělé parenterální výživy.

2. Pojistná událost

a) Není-li u vyjmenovaných velmi vážných onemocnění v těchto podmínkách uvedeno jinak, pojistitel poskytne pojistné plnění i za velmi vážné onemocnění (potvrzení lékařské diagnózy), pokud vznikne v důsledku úrazu v době trvání pojištění.
b) Bylo-li ve smlouvě sjednáno pojištění velmi vážných onemocnění, je pojistitel povinen vyplatit, v případě splnění podmínek a vzniku pojistné události uvedených v části III., bod B, tohoto článku, pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky pojištění velmi vážných onemocnění, nezávisle na případném dalším plnění z jakékoliv jiného pojištění sjednaného ve smlouvě.
c) Pojistné plnění bude pojištěnému dítěti vyplaceno pouze za předpokladu jeho přežití alespoň 30 kalendářních dnů od potvrzené lékařské diagnózy, případně data provedení operačního nebo lékařského výkonu jednoho z velmi vážných onemocnění uvedených v části III., bod B tohoto článku.
d) Z pojištění velmi vážných onemocnění je pojistitel povinen vyplatit na základě písemné žádosti pojištěného dítěte (v případě nezletilosti pojištěného dítěte zákonného zástupce), pokud pojištěnému dítěti onemocněním vzniklo právo na plnění, smluvně dohodnutou pojistnou částku, došlo-li u pojištěného dítěte v době trvání pojištění k potvrzené lékařské diagnóze jednoho z velmi vážných onemocnění, vyjmenovaných v pojistné smlouvě, respektive k provedení některého z operačních zákroků vyjmenovaných a definovaných v pojistné smlouvě.
e) V pojištění velmi vážných onemocnění není pojistitel povinen plnit v případě potvrzené lékařské diagnózy, případně data provedení operačního nebo lékařského výkonu jednoho z velmi vážných onemocnění u pojištěného dítěte do doby tří měsíců ode dne počátku tohoto pojištění, v případech velmi vážných onemocnění diagnostikovaných či léčených před počátkem pojištění a v případech souvisejících vrozených symptomů vzniklých před uzavřením pojištění. Pojištěné dítě (v případě nezletilosti pojištěného dítěte zákonný zástupce) je povinno onemocnění bez zbytečného odkladu nahlásit, a to nejdéle do jednoho měsíce od data potvrzené lékařské diagnózy onemocnění. Dojde-li k potvrzení více diagnóz velmi vážných onemocnění podle ustanovení části III., bodu B tohoto článku současně, vyplatí pojistitel z těchto pojistných událostí pouze pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky pouze jednou, a to do maximální výše pojistné částky sjednané smlouvou.
f) Dojde-li k potvrzení lékařské diagnózy jednoho z velmi vážných onemocnění u pojištěného dítěte, vyplatí pojistitel pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky. Vyplacením pojistného plnění z pojištění velmi vážných onemocnění toto pojištění zaniká.
g) Jestliže před výplatou pojistného plnění z pojištění velmi vážných onemocnění pojištěné dítě zemře a vznikl-li nárok na pojistné plnění, vyplatí pojistitel pojistné plnění dědicům pojištěného dítěte.

C. Pojištění denního odškodného

Pojištění denního odškodného za dobu nezbytného léčení úrazu a za pobyt v nemocnici (hospitalizaci) v důsledku úrazu nebo nemoci se sjednává na dobu jednoho roku a pokud žádná ze smluvních stran toto pojištění písemně nevypoví, a to nejpozději 6 týdnů před uplynutím této doby, prodlužuje se sjednaná doba trvání tohoto pojištění automaticky vždy o jeden rok, nejdéle však do doby sjednaného konce pojištění.
Pojištění denního odškodného se nevztahuje na případy vzniklé následkem onemocnění a následkem úrazů, které nastaly, byly diagnostikovány nebo prvotně léčeny před počátkem pojištění (např. onemocnění a úrazy kloubů, páteře atd.).

Pojistná událost

a) Výši pojistného plnění určuje pojistitel podle dále uvedených zásad.
b) Úrazy, za které pojistitel poskytuje pojistné plnění, jsou přesně specifikovány v tabulce „Maximální hodnoty plnění denního odškodného za dobu léčení úrazu" (dále jen „oceňovací tabulka DO") platné v době vzniku pojistné události (úrazu), do které má pojištěné dítě (v případě nezletilosti pojištěného dítěte zákonný zástupce) právo nahlédnout. Oceňovací tabulku DO může pojistitel doplňovat a měnit.
c) V oceňovací tabulce DO je uveden maximální počet dnů, za které bude sjednané denní odškodné pro příslušnou diagnózu vyplaceno. Celkový počet dnů, za které bude pojistné plnění vyplaceno, se stanoví na základě lékařské zprávy o úrazu, maximálně však v počtu dnů uvedených v oceňovací tabulce DO.
Pokud je celková doba léčení kratší než 8 dnů, pojistné plnění za dobu nezbytného léčení úrazu (dále jen „doba léčení") se nevyplácí s výjimkou případů, kdy bylo pojištěné dítě v prvních 8 dnech hospitalizováno min. 24 hod. V takovém případě se pojistné plnění za dobu léčení vyplácí od prvního dne léčení úrazu (vč. sobot, nedělí a svátků) a pojistné plnění za pobyt v nemocnici v důsledku úrazu se vyplácí za každý den hospitalizace.
Pokud je celková doba léčení alespoň 8 dnů, vyplatí se denní odškodné za dobu léčení dle skutečného počtu dnů léčení, maximálně však do výše dle oceňovací tabulky DO. K tomu navíc za hospitalizaci vyplatí pojistitel pojistné plnění za každý den hospitalizace, který nastane v prvních třech letech ode dne zahájení léčení úrazu a to bez ohledu na oceňovací tabulku DO.
d) Maximální počet dnů, za které poskytne pojistitel pojistné plnění je 180 dnů.
e) V případě souběhu doby léčení více úrazů se započítává souběžná doba léčení pouze jednou.
f) Bylo-li pojištěnému dítěti způsobeno jedním úrazem několik tělesných poškození různých druhů, plní pojistitel pouze za dobu léčení u nejvážnějšího úrazu dle oceňovací tabulky DO.
g) V případě dlouhodobého léčení úrazu, lze-li jednoznačně určit, že vznikne nárok na pojistné plnění a lze určit jeho minimální výši, může pojistitel poskytnout pojištěnému dítěti na základě jeho písemné žádosti přiměřenou zálohu; pojistitel poskytne k jedné pojistné události maximálně dvě zálohy, a to nejdříve po třech měsících od vzniku pojistné události.
h) Výplata denního odškodného končí nejpozději se zánikem pojištění.
i) Do posledního dne roku, ve kterém pojištěné dítě dovrší 10 let věku, platí odlišně od Zvláštního ustanovení II., článku 3, odst. 3, písm. b) VPP, že za pojistné události jsou u dětí považovány i otravy v důsledku požití pevných nebo kapalných látek polknutím, s výjimkou otrav způsobených potravinami.
j) Děti nejsou zařazovány do rizikových skupin.
k) Pojistitel poskytne pojistné plnění z pojištění denního odškodného i v případě hospitalizace pojištěného dítěte z důvodu nemoci (s výjimkou hospitalizace z důvodu vrozených vad); pojistitel poskytne pojistné plnění v případě hospitalizace z důvodu nemoci, která nastane nejdříve po dožití 1 roku věku pojištěného dítěte.
1. Pojistné plnění činí dvojnásobek sjednané pojistné částky.
2. Pojištění pobytu v nemocnici zahrnuje v případě pojistné události výplatu pojistného plnění za každý započatý den z lékařského hlediska nutné hospitalizace. Podmínkou výplaty je hospitalizace dosahující minimálně 24 hodin.
3. V případě hospitalizace při porodu je pojistné plnění omezeno na 7 dnů, v důsledku těhotenských komplikací na 14 dnů.
4. Pojistnou událostí je nemoc, která nastala po sjednané čekací době a jejíž důsledkem je z lékařského hlediska nutná hospitalizace pojištěného dítěte. Čekací doba začíná běžet dnem počátku pojištění. Základní čekací doba trvá 2 měsíce, není-li ve smlouvě uvedeno jinak.
5. Zvláštní čekací doba v délce 8 měsíců je stanovena pro případ hospitalizace výlučně z důvodu:
   - těhotenství nebo porodu
   - zubního ošetření, zhotovení zubních náhrad a úkonů chirurgie a ortopedie čelisti.
6. Pokud dojde ke zvýšení pojistné částky tohoto pojištění, platí ode dne změny ustanovení o nové čekací době (písm. k 1. a písm. k 2., část III. bod C tohoto článku) pro dodatečnou část zvýšeného pojistného krytí.
l) Nemocnicí se ve smyslu těchto podmínek rozumí státní, popř. soukromé zařízení s platnou registrací zabývající se péčí a ošetřováním nemocných a zraněných osob, disponující dostatečnými diagnostickými, chirurgickými a terapeutickými zařízeními, nepřetržitou ošetřovatelskou službou a pracující dle všeobecně uznávaných poznatků vědy.
m) Pojištěné dítě (v případě nezletilosti pojištěného dítěte zákonný zástupce) je povinno předložit pojistiteli řádně vyplněné hlášení pojistné události, včetně potvrzení doby hospitalizace.
n) Pojištěné dítě (v případě nezletilosti pojištěného dítěte zákonný zástupce) je povinno zabezpečit a postarat se, aby všechny doklady vyžádané pojistitelem byly vyhotoveny a zaslány co možná nejdříve, v českém jazyce a originální dokumenty pořízené v cizím jazyce byly opatřené překladem úředně uznávanou osobou; je povinno dodržovat stanovený léčebný režim, rady lékaře a všemi způsoby napomáhat svému celkovému uzdravení.
o) Pojištěné dítě je povinno se na požádání podrobit dodatečnému vyšetření u smluvního lékaře pojistitele.

Výluky z pojistného plnění

Pojistitel neplní v případě:

a) léčebných pobytů v lázních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, psychiatrických léčebnách nebo zařízeních, zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie nebo závislostí, s výjimkou případů, kdy pojistitel s tímto typem léčby vyjádřil předem písemně souhlas,
b) hospitalizace související pouze s pečovatelskou péčí, jakož i ve speciálních dětských zařízeních a ústavech sociální péče,
c) pokusu o sebevraždu nebo úmyslného sebepoškozování,
d) poruchy duševní a poruchy chování – MKN 10 (mezinárodní klasifikace nemocí) – diagnózy F00 – F99,
e) pojistných událostí vzniklých v souvislosti s válečnými událostmi, občanskou válkou, občanskými nepokoji nebo v přímé souvislosti s nimi,
f) zákroků a zásahů z lékařského hlediska ne nezbytných, které si pojištěný nechal provést na svém těle, jako např. zubní ošetření, chirurgie či ortopedie čelisti, kosmetické zákroky.
g) pojistných událostí, které vzniknou zanedbáním péče pojistníka nebo zákonného zástupce o pojištěné dítě.