Speciální pojistné podmínky pro FLEXI životní pojištění

Speciální pojistné podmínky (dále jen „SPP“) se řídí zákonem o pojistné smlouvě a Všeobecnými pojistnými podmínkami pro pojištění spojená s investičními fondy OSOINV 5 ze dne 1. ledna 2011 (dále jen „VPP“) a jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.

ČLÁNEK 1
Základní pojmy

Pro účely sjednávaného pojištění platí tento výklad pojmů (abecedně řazený):

a) **Alokace pojistného** (dále jen „alokace“) – rozdělení pojistného na pokrytí jednotlivých položek spojených s poskytovanou finanční službou podle podmínek pojistné smlouvy.
Počáteční alokace – snížená alokace pojistného v prvních letech trvání určená na pokrytí počátečních nákladů (např. provize, počáteční administrativní náklady, zdravotní ocenění) – viz platný přehled poplatků a parametrů produktu.
Běžná alokace – průběžná alokace určená na běžné správní náklady – viz platný přehled poplatků a parametrů produktu.

b) **Fondy** – soubor finančních instrumentů a investic spravovaný pojistitelem nebo pojistitelem pověřenou osobou, sloužící k uložení kapitálových hodnot pojistných smluv.
Garantovaný fond – fond s garantovanou výší minimálního zhodnocení ceny jednotky. Garantovaný fond je rozdělen na garantovaný fond tvořený platbami běžného pojistného a na garantovaný fond tvořený platbami jednorázového a mimořádného pojistného.
H-FIX fondy – podkladová aktiva a finanční instrumenty, které jsou spravovány tzv. aktivním řízením fondu tak, aby na konci splatnosti fondu byla zabezpečena maximální úroveň hodnoty fondu. Fondy jsou typově rozlišeny podle doby trvání a ukončení jejich platnosti (expirace). Investiční riziko nese plně pojistník.
Investiční podílový fond – charakter fondů se navzájem liší umístěním finančních prostředků, dosahovaným výnosem a mírou rizika. Investiční riziko nese plně pojistník.

c) **Hodnota fondu u smlouvy** – počet podílových jednotek k dané pojistné smlouvě a k danému fondu vynásobený jejich prodejní cenou.

d) **Hotovost** – částka určená k vyrovnání zaokrouhlovacích rozdílů při převodu na podílové jednotky, případně k držení záporné kapitálové hodnoty.

e) **Indexace pojistné smlouvy** – navýšení běžně placeného pojistného a vybraných pojistných částek navrhované pojistitelem s ohledem na index růstu spotřebitelských cen vydávaný Českým statistickým úřadem.

f) **Individuální konec pojistného rizika ve věku** – u vybraných rizik lze pojistníkem sjednat kratší dobu trvání pojištění, než je stanovený konec doby trvání pojistné smlouvy, resp. konec pojistného rizika.

g) **FLEXI životní pojištění** – komplexní spojení životního pojištění, doplňkové a úrazové složky pojištění a investic do fondů nabízených pojistitelem. Pojistné částky jednotlivých pojistných rizik jsou pevně dány pojistnou smlouvou a částka určená k výplatě při dožití se konce pojištění, resp. v případě ukončení pojistné smlouvy, je dána aktuální výší kapitálové hodnoty pojistné smlouvy.

h) **FLEXI životní pojištění** se uzavírá pro max. dvě dospělé osoby se vstupním věkem od dovršených 18 let do 70 let (včetně) ve volitelném rozsahu na dobu minimálně 3 let, maximálně do roku, ve kterém se pojištěný (mladší z dvojice) dožije 75 let. Do pojistné smlouvy je možné sjednat pojištění až pěti dětí se vstupním věkem od 0 let do nedovršených 18 let. Pojistné krytí končí poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěné dítě dožije 25 let.
Pro osoby se vstupním věkem nad 70 let (max. do 97 let) se pojištění uzavírá pouze v omezeném rozsahu stanoveném pojistitelem vždy na dobu 3 let – na základě žádosti pojistníka je možné sjednanou pojistnou dobu prodloužit, maximální doba trvání pojištění může být do roku, ve kterém se pojištěný dožije 100 let.

i) **Kapitálová hodnota pojistné smlouvy** – součet hodnot jednotlivých fondů sjednaných v pojistné smlouvě a hotovosti vyjádřené v Kč.

j) **Nákupní cena jednotky** – cena, za kterou pojistitel prodává jednotky k pojistné smlouvě (v okamžiku úhrady pojistného). Pojistitel může stanovit několik nákupních cen jednotek v závislosti na typu alokovaného pojistného (poplatek „marže“).

k) **Oceňovací den** – den, ke kterému pojistitel stanoví nákupní a prodejní cenu podílových jednotek jednotlivých fondů.

l) **Odkupní hodnota** – kapitálová hodnota pojistné smlouvy upravená o možné poplatky a srážky.

m) **Odkupní poměr** – je využíván pro odkupní transakce s využitím aktuálního poměru rozložení kapitálových hodnot jednotlivých fondů.

n) **Podílová jednotka** (dále jen „jednotka“) – identická část fondu představující podíl z jeho hodnoty.

o) **Pojistný rok** – doba dvanácti měsíců začínající v den počátku pojištění nebo ve výroční den počátku pojištění.

p) **Pojištěné riziko** – riziko, které je definováno typem pojištění a pojistnou částkou.

q) **Poměr rozdělení pojistného do jednotlivých fondů** (dále jen „rozdělení pojistného“) – pojistníkem zvolený celočíselný poměr v procentech (v celkovém součtu 100 %), v jakém pojistitel rozdělí inkasované pojistné do příslušných fondů.

r) **Prodejní cena jednotky** – cena, za kterou pojistitel odkoupí jednotky z pojistné smlouvy (v okamžiku ukončení pojistné smlouvy nebo výplaty části kapitálové hodnoty).

s) **Předběžné krytí** – pojištění, které je sjednané na pojistnou dobu od 00:00 hodin třetího dne od podpisu návrhu do 24:00 hodin dne předcházejícího dni uvedenému v pojistné smlouvě jako počátek pojištění, nejvýše však na dobu 30 dnů (prvním dnem se rozumí den podpisu).

t) **Převod podílových jednotek** – převedení kapitálové hodnoty mezi fondy; za převod podílových jednotek si pojistitel může účtovat poplatek dle platného přehledu poplatků a parametrů produktu.

u) **Režim upravované smlouvy** – platná stávající pojistná smlouva měněná v programu InSpiral s novými pojistnými podmínkami, upravovaná na základě pojistníkem předloženého návrhu na úpravu pojistné smlouvy.

v) **Zamykání výnosů** – automatický přesun podílových jednotek z investičních podílových fondů a H-FIX fondů do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné za účelem ochrany části dosaženého zhodnocení.

x) **Změny**
Technické změny – změny na smlouvě s vlivem na alokace, odkupy, výši pojistného, pojištěná rizika apod.
Netechnické změny – změny na smlouvě nemající vliv na alokace, odkupy, pojistné (např. změna adresy).

ČLÁNEK 2
Základní pojištění

A. Pojištění pro případ dožití se sjednaného konce pojištění
Při dožití se sjednaného konce pojištění bude pojištěnému vyplacena kapitálová hodnota pojistné smlouvy. V případě pojištění dvojice bude kapitálová hodnota rozdělena rovným dílem.

B. Základní pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin

a) Při smrti pojištěného vyplatí pojistitel obmyšlenému (v případě, že v době pojistné události není určen nebo nenabude-li práva na pojistné plnění, postupuje pojistitel dle Obecných ustanovení, článku 11, odst. 2 VPP) pojistnou částku platnou ke dni úmrtí nebo kapitálovou hodnotu pojistné smlouvy platnou ke dni nahlášení pojistné události (resp. ke dni ukončení pojistné smlouvy), je-li vyšší. V případě pojištění dvou osob a smrti jedné z nich bude vyplacena pojistná částka platná ke dni úmrtí pojištěného ve prospěch obmyšleného a pojištění druhé osoby pokračuje. Dojde-li ke smrti obou pojištěných, bude vyplacena pojistná částka platná ke dni úmrtí a částka vyšší hodnoty vycházející z porovnání pojistné částky platné ke dni úmrtí a kapitálové hodnoty pojistné smlouvy ke dni nahlášení pojistné události.

b) Je-li v případě smrti pojistná částka vyšší než kapitálová hodnota pojistné smlouvy, bude vyplacena pojistná částka snížená o částečné výplaty provedené po datu úmrtí. Pokud bude kapitálová hodnota pojistné smlouvy vyšší než pojistná částka, bude vyplacena kapitálová hodnota snížená o částečné výplaty provedené po nahlášení úmrtí. Jestliže nebude pojistná událost uznána pojistitelem za likvidní, bude ve prospěch pojistníka, resp. obmyšleného, vyplacena kapitálová hodnota pojistné smlouvy.

c) Smrtí pojištěného (jednoho pojištěného), popř. smrtí obou pojištěných (v pojištění dvojic), pojištění zaniká.

d) Pro toto pojištění je možné sjednat individuální konec pojistného rizika ve stanoveném věku. Po dovršení sjednaného věku bude pojistná částka pro případ smrti automaticky snížena na 10 000 Kč a bude platit do konce trvání pojistné smlouvy, pokud nebude vystavením dodatku k pojistné smlouvě dohodnuto jinak. Pojistitel má právo automaticky upravit dobu trvání pojistného rizika tak, aby byla shodná s koncem trvání pojistné smlouvy v případě, že doba trvání pojištění neodpovídá podmínkám pro sjednání tohoto pojištění.
V případě pojištění dvojice končí pojistné krytí poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se mladší ze dvojice dožije tohoto věku.

ČLÁNEK 3
Pojistné a stanovení investiční strategie, zamykání výnosů

A. Pojistné

a) Pojistné je umísťováno do fondů. Pojistník si může kdykoliv v době trvání pojistné smlouvy předplatit běžné pojistné, tj. zaplatit najednou jednu nebo více plateb 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.
V případě ukončení pojistné smlouvy podle:
– článku 2, bodu B, písm. c) těchto SPP (smrtí pojištěného) pojistitel nevrací předplacené běžné pojistné a vyplácí pojistné plnění způsobem stanoveným článkem 2, bodu B, písm. a) a b) těchto SPP,
– článku 13 bodu 4) VPP (dohodou) a článku 14 VPP (výpovědí) pojistitel nevrací předplacené pojistné.
Pojistitel v těchto případech vrací pojistné uhrazené po datu ukončení nebo po dni provedení ukončení pojištění, s výjimkou případů dlužného pojistného.

b) Pojistník může kdykoliv v době trvání pojistné smlouvy zaplatit mimořádné pojistné v minimální výši stanovené pojistitelem. 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 ve smlouvě. K úhradě mimořádného pojistného jsou určeny zvláštní variabilní symboly. Pojistitel je oprávněn odmítnout mimořádné pojistné zaplacené pod stanovenou minimální hranici.

c) Běžné pojistné, jednorázové pojistné i mimořádné pojistné se používá podle platných pojistně-technických pravidel k navyšování kapitálové hodnoty smlouvy.

d) Pojistitel zaúčtuje jednorázové, běžné a mimořádné pojistné bez zbytečného odkladu, nejdříve však v den, kdy jsou platby připsány a identifikovány na účtu pojistitele. Pojistitel není zodpovědný za zpoždění identifikace platby (za škodu vzniklou uvedením chybného čísla účtu a/nebo variabilního symbolu a/nebo specifického symbolu), kterou zavinil pojistník nebo jiná osoba.

e) Platby je možné umísťovat také do konkrétního předem nesjednaného fondu (netýká se H-FIX fondů) dle podmínek stanovených pojistitelem. V případě, že je pojistné uhrazeno do předem nesjednaného H-FIX fondu, je takové pojistné pojistitelem vráceno zpět pojistníkovi.

Pojistitel nakládá s inkasovaným pojistným postupně dle následujících pravidel:

I. Alokace pojistného

a) pojistné je sníženo o příslušný poplatek počáteční alokace, případně o marži,

b) takto alokované pojistné je sečteno s aktuálním zůstatkem hotovosti, výsledný součet je dále považován za pojistné,

c) dále je pojistné použito na díly dle sjednaného poměru rozdělení pojistného do fondů,

d) každý díl pojistného je celočíselně přepočten na podílové jednotky příslušného fondu s využitím nákupní ceny jednotky, pokud již nebyla uplatněna marže (písm. a),

e) nově nakoupené jednotky jsou přičteny ke stávajícím stavům jednotek,

f) je vypočtena nová hotovost jako zaokrouhlovací rozdíl vzniklý předchozími kroky.

II. Alokace pojistného (časový postup):

a) pojistné může být alokováno nejdříve v první den platnosti pojistné smlouvy (nejdříve v den počátku pojištění),

b) pojistné je alokováno v nákupní ceně jednotky platné v den provedení alokace,

c) při splnění všech předepsaných podmínek (výše platby a její správná identifikace) je pojistné alokováno bez zbytečného odkladu v závislosti na provozních a technických podmínkách pojistitele.

B. Stanovení investiční strategie

Garantovaný fond
Fond je rozdělen na garantovaný fond běžného pojistného (zhodnocení kapitálové hodnoty fondu je uvedeno v pojistce, v přehledu poplatků a parametrů produktu a na internetových stránkách pojistitele) a na garantovaný fond jednorázového a mimořádného pojistného (zhodnocení kapitálové hodnoty fondu je vyhlašováno v termínech stanovených pojistitelem a je uvedeno na internetových stránkách pojistitele). Do garantovaného fondu běžného pojistného lze vkládat pouze běžné pojistné. Jiným způsobem nelze peněžní prostředky do tohoto fondu převést (převedení podílových jednotek – čl. 6, písm. f). Do garantovaného fondu mimořádného pojistného lze vkládat jednorázové a libovolné mimořádné pojistné.

H-FIX fond
Je stanoven pojistitelem v pojistné smlouvě. Platby běžného, jednorázového a mimořádného pojistného jsou umísťovány v závislosti na smluvně sjednaném konci pojištění.
V případě, že je doba trvání pojistné smlouvy prodloužena nebo zkrácena, zůstává původně sjednaný fond nezměněn. Po expiraci sjednaného H-FIX fondu přechází finanční prostředky z H-FIX fondu automaticky do garantovaného fondu mimořádného pojistného.

Investiční podílový fond
Do těchto fondů je vkládáno běžné, jednorázové i mimořádné pojistné dle pravidel stanovených pojistitelem.

Pojistitel je oprávněn měnit podkladová aktiva jednotlivých fondů, stejně tak jmenovité označení těchto fondů při současném zachování povahy podkladových aktiv těchto fondů.

C. Program řízení investic
Program řízení investic je investiční program, který slouží k automatickému výběru fondů pro alokování inkasovaného pojistného a převodu kapitálové hodnoty k výročnímu dni trvání pojistné smlouvy, a to v závislosti na investičním horizontu pojistné smlouvy. Investiční horizont je doba trvání pojistné smlouvy od nastalého výročního dne pojistné smlouvy v aktuálním kalendářním roce do sjednaného konce pojistné smlouvy. Takto stanovený investiční horizont platí vždy od výročního dne v aktuálním kalendářním roce do dne předcházejícího výročnímu dni v následujícím kalendářním roce.
Pojistník si může za účelem ochrany investice před výkyvy na finančních trzích sjednat v pojistné smlouvě program řízení investic. Program řízení investic lze sjednat pouze k pojistným smlouvám, u kterých je doba trvání ode dne, od něhož má platit program řízení investic, do dne sjednaného jako konec pojistné smlouvy, minimálně pět let.
Bude-li v pojistné smlouvě sjednán program řízení investic, bude vždy v pojistně-technickém období, do kterého spadá výroční den pojistné smlouvy, automaticky převedena kapitálová hodnota smlouvy mezi fondy dle rozložení uvedeného v programu řízení investic pro aktuální investiční horizont. Převod kapitálové hodnoty bude v ceně jednotky platné ke dni převedení. V rámci programu řízení investic není převáděno mimořádné pojistné uhrazené do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné a částka převedená do tohoto fondu v rámci zamykání výnosů.
Program řízení investic stanovuje pojistitel a je oprávněn ho měnit dle aktuálního vývoje na finančních trzích. Aktuální struktura programu řízení investic pro jednotlivé investiční horizonty je k dispozici na internetových stránkách pojistitele a na všech jeho obchodních místech.

D. Zamykání výnosů
Pojistník si může za účelem ochrany části dosaženého zhodnocení v pojistné smlouvě sjednat zamykání výnosů.

a) Bude-li v pojistné smlouvě k 31. prosinci daného roku sjednáno zamykání výnosů, budou výnosy za tento rok zamykány, a to za předpokladu, že bude roční zhodnocení finančních prostředků v daném fondu vyšší než procento stanovené pojistitelem. Roční zhodnocení, rozhodné pro zamykání výnosů, se řídí platným přehledem poplatků a parametrů produktu, který je k dispozici na internetových stránkách pojistitele a na všech jeho obchodních místech.

b) Zamykání výnosů se vztahuje na všechny investiční podílové fondy definované pojistitelem. Zamykání výnosů se vztahuje i na program řízení investic (resp. na jednotlivé fondy tohoto programu).

c) Zhodnocení jednotlivých fondů se bude vyhodnocovat vždy za uplynulý kalendářní rok. Vyhodnocovacím dnem je 1. leden následujícího roku.

Přesáhne-li roční zhodnocení fondu procento stanovené pojistitelem, bude hodnota fondu, odpovídající ročnímu zhodnocení fondu na dané smlouvě nad stanovené procento, automaticky převedena do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné. K převodu do garantovaného fondu dojde v měsíci lednu v ceně jednotky platné ve vyhodnocovací den. Jestliže částka k převodu z daného fondu bude nižší než limit stanovený pojistitelem v přehledu poplatků a parametrů produktu, nedojde k jejímu převedení do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné a výnos tohoto fondu nebude zamknut. Do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné bude převedena aktuální hodnota daného fondu v den převodu.

ČLÁNEK 4
Náklady, poplatky a cena pojištění

Pojistitel má právo stanovit výši nákladů, poplatků a ceny pojištění:

a) Cena pojištění (pojistné) – za každé pojistně-technické období je snižována kapitálová hodnota pojistné smlouvy o částku potřebnou ke krytí sjednaného rozsahu pojištěného rizika a o dále uvedené technické poplatky, kalkulované podle platných pojistně-technických zásad pojistitele. Snížení kapitálové hodnoty pojistné smlouvy je prováděno na počátku každého pojistně-technického období v ceně jednotky platné v den, kdy byly poplatky a rizikové pojistné strženy.

V odůvodněných případech se může pojistitel od těchto pravidel odchýlit.

b) Alokace – pojistitel snižuje běžné pojistné v prvních letech trvání pojistné smlouvy o poplatek na pokrytí počátečních nákladů spojených se vznikem pojistné smlouvy, vč. nákladů na akvizici v prvních letech trvání pojištění (počáteční alokace). V průběhu trvání pojistné smlouvy snižuje pojistitel kapitálovou hodnotu o poplatek na pokrytí běžných správních nákladů (běžná alokace). V případě navýšení běžně placeného pojistného má právo pojistitel z navýšené části pojistného (rozdílu mezi novou a původní výší pojistného) účtovat poplatek na pokrytí nákladů spojených s úpravou a změnou pojistné smlouvy.

c) Marže – poplatek z pojistného při připisování pojistného do kapitálové hodnoty pojistné smlouvy.

d) Poplatek z pojistné částky – snížení kapitálové hodnoty na počátku pojistné smlouvy o poplatek stanovený z výše pojistné částky pro případ smrti. V případě navýšení pojistné částky pro případ smrti má právo pojistitel účtovat poplatek z navýšené pojistné částky (rozdílu mezi novou a původní výší pojistné částky) na pokrytí nákladů spojených s úpravou a změnou pojistné smlouvy.

e) Administrativní poplatek – poplatek za správu a vedení pojistné smlouvy; poplatek se účtuje stržením částky z kapitálové hodnoty pojistné smlouvy.

f) Poplatek za správu kapitálové hodnoty (management fee) – použití části hodnoty fondu na pokrytí nákladů spojených s provozováním tohoto fondu.

g) Inkasní poplatky – poplatky účtované v závislosti na způsobu a technice úhrady pojistného z uhrazené platby; poplatek se účtuje stržením příslušné částky z kapitálové hodnoty pojistné smlouvy.

h) Poplatek za předčasné ukončení pojistné smlouvy – snížení výplaty odkupného v prvních dvou letech trvání pojistné smlouvy.

i) Poplatek za provedení změny do smlouvy – poplatek stržený z kapitálové hodnoty pojistné smlouvy v případě vystavení dodatku k pojistné smlouvě.

j) Poplatek za převod podílových jednotek – v případě požadavku na převedení podílových jednotek je účtován poplatek za provedenou, resp. nerealizovanou transakci stržením částky z kapitálové hodnoty.

k) Poplatek za výplatu části kapitálové hodnoty – v případě požadavku (realizovaného i nerealizovaného) na výplatu části kapitálové hodnoty je účtován poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty pojistné smlouvy.

l) Poplatek za vystavení druhopisu – za vystavení druhopisu pojistníkem požadovaného dokumentu (např. pojistky, dodatku) je účtován poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty pojistné smlouvy.

m) Poplatek za sdělení aktuální výše kapitálové hodnoty v případě požadavku na sdělení aktuální výše kapitálové hodnoty pojistné smlouvy je účtován poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty pojistné smlouvy.

n) Poplatek za sdělení výše odkupného – v případě požadavku na sdělení výše odkupného je účtován poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty pojistné smlouvy.

Výše a rozsah poplatků se řídí platným přehledem poplatků a parametrů produktu. Platný přehled poplatků a parametrů produktu je k dispozici na internetových stránkách pojistitele a na všech jeho obchodních místech.

ČLÁNEK 5
Bonusy

A. Bonus za bezeškodní průběh

K pojistným smlouvám, které splňují dále uvedené podmínky, bude v obdobích stanovených pojistitelem připisován bonus za bezeškodní průběh.

a) Bonus za bezeškodní průběh (dále jen „bonus“) je připisován k pojistným smlouvám, u kterých v uplynulém pojistném roce a současně v uplynulých letech sledovaného období nenastala pojistná událost.

b) Za pojistnou událost se v případě posuzování nároku na bonus nepovažuje pojistná událost z pojištění doživotní kapitálové renty.

c) Sledovaným obdobím pro posouzení nároku na bonus je vždy pětileté období počítané od počátku pojistné smlouvy (tzn. první období je 1. až 5. rok trvání pojistné smlouvy, druhé období je 6. až 10. rok trvání pojistné smlouvy, obdobně další období), vyjma posledního sledovaného období, které může být kratší.

d) Pojistitel stanoví bonus v procentuální výši z celkového rizikového pojistného za uplynulý pojistný rok. Výše bonusu se řídí platným přehledem poplatků a parametrů produktu, který je k dispozici na internetových stránkách pojistitele a na všech jeho obchodních místech.

e) Celkovým rizikovým pojistným se rozumí souhrn předpisů rizikového pojistného v daném období uplynulého pojistného roku.

f) Bonus bude připisován k pojistné smlouvě vždy v následujícím pojistně-technickém období po uplynutí pojistného roku. Pokud bonus nedosáhne minimální výše stanovené pojistitelem v platném přehledu poplatků a parametrů produktu, nebude za uplynulý pojistný rok připsán.

g) Připsaný bonus bude vždy po uplynutí sledovaného období automaticky převeden do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné. K převodu dojde v následujícím pojistně-technickém období po uplynutí sledovaného období v ceně jednotky platné ke dni převodu. Převedením do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné se bonus stává standardní součástí kapitálové hodnoty smlouvy. Do okamžiku převodu do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné se připsaný bonus nezhodnocuje a nelze s ním disponovat.

h) Pokud ve sledovaném období dojde k pojistné události, nevzniká v tomto období na bonus nárok a případný do té doby připsaný bonus ve sledovaném období bude z pojistné smlouvy odebrán. V případě, že se pojistitel dozví o pojistné události vzniklé ve sledovaném období až po vyhodnocení tohoto období a převodu bonusu do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné, bude kapitálová hodnota snížena o celou výši převedeného bonusu za sledované období, ve kterém k pojistné události došlo. Kapitálová hodnota bude snížena formou odčerpání podílových jednotek z garantovaného fondu pro mimořádné pojistné. Jestliže nebude v tomto fondu dostatek podílových jednotek, bude částka, na kterou nepostačují jednotky v garantovaném fondu pro mimořádné pojistné, odečtena z kapitálové hodnoty v aktuálním poměru kapitálových hodnot na smlouvě. V případě, že se pojistitel dozví o pojistné události až po ukončení pojistné smlouvy, bude o bonus připsaný ve sledovaném období, ve kterém vznikla pojistná událost, poníženo vyplácené pojistné plnění. Bude-li připsaný bonus vyšší než vyplácené pojistné plnění, je pojistník povinen uhradit pojistiteli rozdíl těchto částek.

i) Za poslední rok trvání pojistné smlouvy před sjednaným koncem pojistné smlouvy se bonus nepřipisuje.

j) Za poslední sledované období před sjednaným koncem pojistné smlouvy nedojde k převedení připsaného bonusu do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné a připsaný bonus za toto období bude vyplacen spolu s pojistným plněním při ukončení pojistné smlouvy.

k) Dojde-li k odstoupení od pojistné smlouvy ze strany pojistníka či pojistitele (dle čl. 13 odst. 5 a 6 VPP) nebo bude-li pojistná smlouva z důvodu její neplatnosti ukončena před počátkem (dle čl. 13 odst. 7 VPP), nárok na bonus nevzniká a případný již vyplacený bonus bude pojistitelem odečten od vráceného pojistného při ukončení pojistné smlouvy. Bude-li vyplacený bonus vyšší než částka vráceného pojistného, je pojistník povinen uhradit pojistiteli rozdíl těchto částek.

l) Dojde-li k předčasnému ukončení pojistné smlouvy z jiného důvodu, než který je uvedený v písm. k) tohoto článku, nevzniká nárok na bonus za sledované období, ve kterém nastane konec pojistné smlouvy, a případný připsaný bonus bude z pojistné smlouvy odebrán.

m) Jestliže je pojistná smlouva ve stavu zproštění od placení pojistného, nevzniká po tuto dobu nárok na bonus.

B. Bonus za věrnost

K pojistným smlouvám, které splňují dále uvedené podmínky, bude v obdobích stanovených pojistitelem připisován bonus za věrnost.

a) Bonus za věrnost je připisován za období prvních patnácti let od počátku pojistné smlouvy ke všem pojistným smlouvám, u kterých byla sjednána doba trvání pojistné smlouvy v minimální délce dvaceti let. V případě kratší sjednané doby trvání se bonus za věrnost nepřipisuje (resp. na něj nevzniká nárok).

b) Bonus za věrnost je v procentuální výši, kterou stanoví pojistitel, z celkového sjednaného a uhrazeného běžného pojistného v prvních patnácti letech trvání pojistné smlouvy. Výše bonusu se řídí platným přehledem poplatků a parametrů produktu, který je k dispozici na internetových stránkách pojistitele a na všech jeho obchodních místech.

c) Bonus za věrnost bude připisován k pojistné smlouvě vždy v následujícím pojistně-technickém období po uplynutí pojistného roku v procentuální výši (stanovené pojistitelem) z běžného pojistného uhrazeného v uplynulém pojistném roce.

d) Následující pojistně-technické období po uplynutí patnácti let od počátku pojistné smlouvy bude celý připsaný bonus za věrnost automaticky převeden do garantovaného fondu pro mimořádné pojistné a stane se standardní součástí kapitálové hodnoty smlouvy. K převodu dojde v ceně jednotky platné ke dni převodu. Do okamžiku převodu do garantovaného fondu se připsaný bonus za věrnost nezhodnocuje a nelze s ním disponovat.

e) Dojde-li v prvních patnácti letech trvání pojistné smlouvy ke zkrácení sjednané doby trvání pojistné smlouvy pod dvacet let, bude celý připsaný bonus za věrnost z pojistné smlouvy odebrán. Dojde-li v prvních patnácti letech k prodloužení sjednané doby trvání pojistné smlouvy na dvacet let a více, vzniká nárok na bonus za věrnost ode dne účinnosti prodloužení doby trvání pojistné smlouvy do dne uplynutí patnácti let od počátku pojistné smlouvy.

f) Pokud v prvních patnácti letech trvání pojistné smlouvy dojde k ukončení pojistné smlouvy, bude celý připsaný bonus za věrnost ze smlouvy odebrán.

g) Dojde-li po patnácti letech trvání pojistné smlouvy k odstoupení od pojistné smlouvy ze strany pojistníka či pojistitele (dle čl. 13 odst. 5 a 6 VPP) nebo bude-li pojistná smlouva z důvodu její neplatnosti ukončena před počátkem (dle čl. 13 odst. 7 VPP), nárok na bonus za věrnost nevzniká a případný vyplacený bonus za věrnost bude pojistitelem odečten od vráceného pojistného při ukončení pojistné smlouvy. Bude-li vyplacený bonus za věrnost vyšší než částka vráceného pojistného, je pojistník povinen uhradit pojistiteli rozdíl těchto částek.

ČLÁNEK 6
Změny v pojistné smlouvě

A. Pojistník může požádat pojistitele o:

a) zvýšení nebo snížení běžného pojistného,

b) změnu v technice a frekvenci placení pojistného,

c) zvýšení, popř. snížení pojistné částky; při zvýšení pojistné částky má pojistitel právo provést dodatečné zdravotní posouzení pojištěného,

d) dočasné přerušení placení pojistného; k dočasnému přerušení placení pojistného může dojít pouze v případě takového stavu kapitálové hodnoty pojistné 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) výplatu části kapitálové hodnoty pojistné smlouvy, pokud tato částka dosáhne minimální výše stanovené pojistitelem. Výplata části kapitálové hodnoty se provádí formou odčerpání podílových jednotek ze zvolených fondů převedením na hotovost v prodejních cenách jednotky platných ke dni provedení výplaty. Pojistník v žádosti o výplatu části kapitálové hodnoty může určit, z jakého ze zvolených podílových investičních fondů má být proveden odkup, případně v jakém poměru z jednotlivých fondů mají být podílové jednotky odčerpány; jestliže toto v žádosti o výplatu není určeno, provede se odkup v aktuálním poměru kapitálových hodnot fondů na smlouvě. Pojistník má právo odčerpat podílové jednotky z garantovaného fondu mimořádného pojistného dle podmínek stanovených pojistitelem.
Podmínkou uskutečnění této výplaty je postačitelnost výše běžně placeného pojistného a zůstatku kapitálové hodnoty pojistné smlouvy pro pokrytí sjednaného rizikového pojistného a technických poplatků za správu pojistné smlouvy do konce trvání pojistné smlouvy. Při splnění výše uvedených podmínek bude provedena výplata kapitálové hodnoty nejdříve po dvou pracovních dnech a současně nejpozději do čtyř týdnů ode dne doručení žádosti na centrálu pojistitele. Jestliže z některého ze sjednaných fondů nebude možné provést požadované odčerpání podílových jednotek, nebude žádost o výplatu části kapitálové hodnoty vyřízena. Pojistitel je oprávněn při vyřizování žádosti o výplatu části kapitálové hodnoty účtovat pojistníkovi pojistně-technický poplatek (viz platný přehled poplatků a parametrů produktu). Žádost lze podat pouze na formuláři pojistitele, kde musí být provedeno ověření identifikačních údajů pojistníka.

f) převedení podílových jednotek mezi fondy. Pojistitel je oprávněn při vyřizování žádosti o převedení podílových jednotek účtovat pojistníkovi pojistně-technický poplatek (viz platný přehled poplatků a parametrů produktu). Žádost lze podat pouze na formuláři pojistitele, kde musí být provedeno ověření identifikačních údajů pojistníka.

g) změnu poměru zaúčtování zaplaceného pojistného (běžného, mimořádného) do zvolených fondů. Na základě žádosti bude vystaven dodatek s okamžitou platností a účinností od následující splátky běžného, resp. mimořádného pojistného.

h) o dodatečné sjednání pojištění, popř. vyloučení doplňkové a úrazové složky pojištění nebo doplnění, popř. vyřazení dospělé pojištěné osoby nebo dítěte. Případný přeplatek pojistného je ponechán v kapitálové hodnotě pojistné smlouvy.

i) změnu doby trvání pojištění,

j) dodatečné sjednání, popř. zrušení indexace dle čl. 10 těchto SPP,

k) dodatečné sjednání, popř. zrušení programu řízení investic dle čl. 3 bodu C těchto SPP,

l) dodatečné sjednání, popř. zrušení zamykání výnosů dle čl. 3 bodu D těchto SPP.

B. Pojistitel má právo:

a) v souvislosti s výše uvedenými změnami zvýšit běžné pojistné na úroveň danou platnými pojistně-technickými pravidly,

b) v případě, že situace na finančních trzích nebo statisticky významné změny v oceňování pojištěného rizika způsobí nedostatek finančních prostředků v kapitálové hodnotě pojistné smlouvy oproti stavu kapitálové hodnoty předpokládané při stanovování minimálního pojistného, požadovat navýšení běžného pojistného na smlouvě. Toto právo může pojistitel uplatnit pouze jednou v průběhu 10 let.

c) za provedené změny (vystavení dodatku) účtovat pojistníkovi technický poplatek (viz platný přehled poplatků a parametrů produktu),

d) stanovit výši pojistného s ohledem na změnu poplatků v průběhu trvání pojištění a s ohledem na započtení aktuální výše kapitálové hodnoty.

C. Ostatní ustanovení

a) Pojistník je povinen seznámit pojištěného (event. zákonného zástupce pojištěného dítěte) s obsahem pojistné smlouvy.

b) 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).

c) Při jakékoliv provedené technické změně, která může ovlivnit výši pojistného, pojistitel pojistné, vzhledem k charakteru pojištění, automaticky nesnižuje na minimální výši postačitelnosti. Ke snížení pojistného může dojít výhradně na základě písemné žádosti pojistníka.

ČLÁNEK 7
Doplňková a úrazová složka pojištění

Pro FLEXI životní pojištění lze v souladu s Přílohou č. 1 k zákonu o pojišťovnictví v platném znění sjednat doplňkovou a úrazovou složku pojištění s těmito pojistnými riziky:

A. Doplňkové pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin
B. Pojištění velmi vážných onemocnění
C. Pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky, vč. připojištění k pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky
D. Pojištění zproštění od placení pojistného
E. Pojištění kapitálové hodnoty
F. Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s výplatou doživotní renty
G. Pojištění doživotní kapitálové renty
H. Pojištění pro případ smrti následkem úrazu
I. Pojištění trvalých následků úrazu
J. Pojištění denního odškodného – úraz, vč. připojištění k dennímu odškodnému – denní odškodné nad limit stanovený oceňovací tabulkou DO
K. Pojištění hospitalizace
L. Pojištění pracovní neschopnosti – nemoc, vč. připojištění úrazu k pracovní neschopnosti

Předběžné krytí

V pojistné smlouvě je automaticky sjednáno předběžné krytí na pojistnou dobu od třetího dne od podpisu návrhu do dne uvedeného na návrhu jako počátek pojištění, maximálně však na dobu 30 dnů. Předběžné krytí je sjednáno pouze pro smlouvy, u kterých je počátek pojištění stanoven na 1. den následujícího měsíce po datu podpisu návrhu.
Předběžné krytí se vztahuje na ta z následujících pojištění, která jsou sjednána v pojistné smlouvě:
základní pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin, doplňkové pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin, pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky (následkem úrazu), včetně připojištění, pojištění pro případ smrti následkem úrazu, pojištění trvalých následků úrazu, pojištění denního odškodného – úraz, včetně připojištění, pojištění hospitalizace (následkem úrazu), připojištění úrazu k pracovní neschopnosti.
Předběžné krytí se sjednává za stejných podmínek a se stejnými parametry, jaké jsou u jednotlivých pojištění sjednaných v pojistné smlouvě, s výjimkou pojistných částek, jejichž výše je omezena hodnotami uvedenými v přehledu poplatků a parametrů produktu ke dni, kdy pojistná událost nastala. Pojistné plnění z předběžného krytí bude poskytnuto pouze v případě, že návrh byl pojistitelem přijat.

A. DOPLŇKOVÉ POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD SMRTI Z JAKÝCHKOLIV PŘÍČIN

Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 let do 70 let. Pojistné krytí končí nejpozději v roce, ve kterém se pojištěný dožije 75 let.
Pro toto pojištění je možné sjednat individuální konec pojistného rizika ve stanoveném věku. V případě, že je sjednán individuální konec pojistného rizika, bude doplňkové pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin automaticky ukončeno poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období po dovršení sjednaného věku, nejpozději však s koncem trvání pojistné smlouvy.
Pojistitel má právo automaticky upravit dobu trvání pojistného rizika tak, aby byla shodná s koncem trvání pojistné smlouvy, v případě že doba trvání pojištění neodpovídá podmínkám pro sjednání tohoto pojištění.
V případě smrti pojištěného vyplatí pojistitel pojistnou částku sjednanou pro toto doplňkové pojištění platnou ke dni úmrtí pojištěného.
Toto doplňkové pojištění smrtí pojištěného zaniká.

B. POJIŠTĚNÍ VELMI VÁŽNÝCH ONEMOCNĚNÍ

Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 do 64 let. Pojistné krytí končí nejpozději poslední den měsíce

předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěný dožije 65 let.
Pro toto pojištění je možné sjednat individuální konec pojistného rizika ve stanoveném věku. V případě, že je sjednán individuální konec pojistného rizika ve věku, bude po dovršení sjednaného věku pojištění velmi vážných onemocnění automaticky ukončeno nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěný dožije 65 let. Pojistitel má právo automaticky upravit dobu trvání pojistného rizika tak, aby byla shodná s koncem trvání pojistné smlouvy, max. do 65 let věku, v případě že při sjednání doby trvání pojistného rizika nebyl dodržen max. výstupní věk pro toto pojištění, a v případě že doba trvání pojištění neodpovídá podmínkám pro sjednání tohoto pojištění.

1. Předmět a rozsah pojištění
V pojištění velmi vážných onemocnění se vymezují následující pojmy:
a) **infarkt myokardu** – nezvratné poškození části srdeční svaloviny (transmurální infarkt), které je způsobeno nedostatečným krevním zásobením dané oblasti; nárok na pojistné plnění vzniká, jestliže odborná kardiologická a interní klinika, resp. příslušný odborný lékař stanoví potvrzenou diagnózu; diagnóza musí být potvrzena následujícími kritérii:
- čerstvé změny na EKG,
- charakteristická lokalizace bolesti a
- zvýšení hladiny srdečních enzymů nebo troponinu I .
Musí jít o první výskyt tohoto onemocnění u pojištěného. Angina pectoris je z pojistného plnění vyloučena.
b) **rakovina** – přítomnost nekontrolovaného růstu a rozšiřování maligních buněk a jejich invaze do tkáně, termín „rakovina“ také zahrnuje leukémii, maligní lymfomy a Hodgkinovu chorobu.
Vyloučeny jsou:
- 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 přítomnosti HIV infekce.
Diagnóza maligního růstu nebo tvorby metastáz musí být potvrzena histologickým vyšetřením.
c) **náhlá cévní mozková příhoda** – jakákoliv cévní mozková příhoda, která má za následek patologický neurologický nález trvající déle než 24 hodin, včetně:
- infarktu mozkové tkáně,
- krvácení z nitrolebních cév a
- embolizace z extrakraniálního (mimolebního) zdroje.
Musí být přítomen důkaz trvalého neurologicky prokazatelného poškození. Diagnóza musí být potvrzena čerstvými změnami na CT nebo MRI. Vyloučeny jsou náhlé cévní mozkové příhody vzniklé důsledkem úrazu a tranzitorní ischemická ataka.
d) **totální ledvinové selhání** – konečné stadium ledvinového selhávání následkem chronického a nezvratného selhání funkce obou ledvin; pojištěný musí podstupovat pravidelnou dialýzu nebo být po transplantaci ledviny. Za pojistnou událost se považuje také zařazení pojištěného do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci. Vyloučena je pouze jednostranná nefrektomie a přechodná dialýza z důvodu akutního ledvinového selhání.
e) **transplantace životně důležitých orgánů** – nezbytně nutná a lékařským nálezem indikovaná transplantace srdce, srdce a plic, jater, ledvin, kdy je příjemcem pojištěný. Operace musí být provedena na území členských států Evropské unie 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. Mezi kritéria plnění patří také přijetí do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci. Transplantace musí být z lékařského hlediska nezbytná a musí být objektivně potvrzeno selhání funkce příslušného orgánu.
f) **operace aorty** – operační výkon na aortě provedený v důsledku jejího roztržení, vzniku vydutě nebo jejího vrozeného zúžení; vyloučeny jsou operace na větvích aorty nebo bypassy vystupující z aorty a vedoucí krev do periferního řečiště (např. aortofemorální bypass) 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 a po uplynutí tříměsíční čekací doby od počátku pojištění.
g) **nitrolební (intrakraniální) nádor** – nitrolební (intrakraniální) nádory s klinickou symptomatologií, které je nutno řešit chirurgicky otevřeným přístupem (z kraniotomie), eventuálně stereotaktickým zákrokem. Přítomnost nádoru musí ohrožovat životní funkce a v případě, že je neoperabilní, musí způsobovat trvalé neurologické poškození. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem rozhodnutí odborného lékaře (neurologa, neurochirurga) o nutnosti (indikaci) operativního zákroku, eventuálně rozhodnutí o inoperabilitě nitrolebního nádorového procesu, případně prokázání již provedené operační léčby, chemoterapie nebo ozařování. Požaduje se prokázání nádoru na CT, MRI, EEG nebo PET.
h) **slepota** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta zraku obou očí v důsledku onemocnění nebo úrazu; patří sem i téměř úplná ztráta zraku s minimálním zbytkovým viděním (max. 3/60) nebo omezení zorného pole (pod 10 stupňů). Diagnóza musí být klinicky potvrzena odborným lékařem. Pojistnou událostí není snížení visu (zraku) nižšího stupně. Stav nelze změnit žádným lékařským zákrokem.
i) **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. Stav nelze změnit lékařským zákrokem.
j) **paraplegie, tetraplegie, hemiplegie** – úplné a trvalé ochrnutí obou dolních, obou horních nebo všech končetin nebo poloviny těla s úplným a trvalým přerušením vodivosti míchy pro vlákna zajišťující hybnost. Povinnost pojistitele plnit vzniká nejdříve 6 měsíců od počátku onemocnění po stanovení diagnózy paraplegie, tetraplegie nebo hemiplegie příslušným klinickým pracovištěm.
k) **kóma** – stav hlubokého bezvědomí bez reakce na vnější či vnitřní podněty, který trvá nepřetržitě nejméně 96 hodin (do 8 bodů na Glasgowské stupnici kómatu). 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 kóma vzniklé následkem zneužívání alkoholu nebo aplikace návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky. Dále pojistitel neplní za kóma vzniklé na podkladě úrazu v souvislosti s požitím alkoholu nebo aplikace návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky. Vyloučeno je též umělé kóma (dlouhodobá narkóza) navozené medikamentózně pro léčebné účely.
l) **demence včetně Alzheimerovy choroby** – výrazný úbytek nebo úplná ztráta mentálních a sociálních schopností důsledkem nevratného selhání funkce mozku. Zdravotní stav nemocného musí vyžadovat trvalý dohled. Diagnóza musí být potvrzena standardními psychodiagnostickými testy a dotazníky pro diagnózu Alzheimerovy choroby nebo jiných druhů demencí a dále musí být potvrzena odborným klinickým neurologickým pracovištěm. Vyloučena je demence v důsledku zneužívání alkoholu nebo aplikace návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky, demence v důsledku choroby AIDS a demence následkem úrazu.
m) **Parkinsonova nemoc** – progredující neurologické onemocnění způsobené úbytkem buněk produkujících přenašeč dopamin. Nedostatek dopaminu vede k charakteristickým příznakům nemoci (rigidita svalů, poruchy držení těla, svalový třes, zpomalení volních pohybů). Následující kritéria se musí vyskytovat trvale: akinese plus rigor, klidový tremor nebo posturální instabilita. Patří sem i klinický stupeň závažnosti (stadium 3 dle Hoehn a Yahr).
Potvrzení neurologem a pomocí L-dopa testu, CT nebo MRI.
Vyloučeny z plnění jsou sekundární parkinsonské příznaky.
n) **operace věnčitých (koronárních) tepen z důvodu ischemické choroby srdeční** – je operační kardiochirurgický výkon, při němž je pojištěnému voperován alespoň dvojnásobný koronární bypass (CABG, ACVB) s použitím transplantátu při otevřeném hrudníku pro funkčně významné postižení věnčitých tepen. Podkladem pro indikaci operace musí být koronarograficky prokázaná funkčně významná nedostatečnost (zúžení, uzávěr) věnčitých tepen a lékařská zpráva s přesnou diagnózou základní a operační.
Pojistná událost však nenastává, pokud je průchodnění věnčitých tepen provedeno pomocí intraarteriálních katetrů, mezi které patří například angioplastika (PTCA), rotablace, laserové techniky nebo jakékoli jiné podobné procedury (tj. provedení zákroku bez otevření hrudníku).
Datem škodné události je den provedení operace. Operace musí být provedena na území České republiky nebo na území členských států Evropské unie. Musí být předem konzultována a odsouhlasena pojistitelem písemnou formou. V případě nesplnění této podmínky není pojistitel povinen vyplatit pojistné plnění.
o) **roztroušená skleróza** – je chronické onemocnění centrálního nervového systému vyvolané úbytkem myelinu provázené poškozením pohybových a smyslových funkcí a prokázané typickými nálezy při vyšetření centrální nervové soustavy (CNS) magnetickou rezonancí (MRI).
Pojistná událost vzniká, pokud byla nemoc jednoznačně diagnostikována odborným neurologickým pracovištěm a postižení trvá nepřetržitě alespoň tři měsíce, nebo došlo ke dvěma akutním atakám tohoto onemocnění. Za pojistnou událost se nepovažuje první akutní projev tohoto onemocnění a nejednoznačné neurologické diagnózy.
Musí se jednat o takové stadium onemocnění, kdy je splněna některá z následujících podmínek:
- musí přetrvávat neurologicky nepochybné projevy postižení zrakových nervů, mozkového kmene, páteřní míchy, změny pohybové koordinace nebo změny funkcí nervů nepřerušeně po dobu nejméně šest měsíců nebo
- jsou dokumentovány nejméně dvě samostatné ataky onemocnění oddělené obdobím remise trvajícím nejméně jeden měsíc nebo
- je dokumentována jedna ataka onemocnění provázená charakteristickým nálezem v mozkomíšním moku současně se specifickými mozkovými lézemi ověřenými vyšetřením CNS magnetickou rezonancí. Datem škodné události je den, ke kterému byla stanovena diagnóza roztroušené sklerózy ve smyslu této definice odborným lékařem – neurologem.
p) **závažná onemocnění způsobená přisátím klíštěte** – rozumí se závažná forma klíšťové meningoencefalitidy nebo lymeské nemoci, která je způsobená přisátím klíštěte. Závažná forma meningoencefalitidy nebo chronické formy lymeské borreliózy způsobují trvalé následky. Příznaky onemocnění se musí projevit v období tří měsíců následujících po přisátí klíštěte a diagnóza musí být doložena v závislosti na onemocnění níže uvedeným způsobem.
Klíšťovou meningoencefalitidou (KE) se rozumí encefalitida a/nebo meningitida způsobená specifickými ARBO viry, které jsou klíštětem obvykle přeneseny.
Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria:
- pojištěný doložil anamnézu přisátí klíštěte s uvedením data zaznamenanou v lékařské dokumentaci,
- KE je řádně léčena během hospitalizace nebo ambulantně,
- pojištěný doložil přítomnost protilátek proti klíšťové meningoencefalitidě v séru a/nebo v mozkomíšním moku a zvýšení hladiny IgM protilátek prokazující akutní infekci,
- závažné trvalé neurologické a/nebo psychiatrické následky klíšťové meningoencefalitidy jsou potvrzeny příslušným odborným lékařem.
Lymeskou nemocí se rozumí bakteriální zánětlivé infekční onemocnění s kožními, neurologickými, kardiologickými a kloubními příznaky. Chronická pozdní forma nemoci má nervové a kloubní projevy.
Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria:
- pojištěný doložil anamnézu přisátí klíštěte s uvedením data zaznamenanou v lékařské dokumentaci,
- pojištěný jednoznačně doložil přítomnost bakterie Borrelia burgdorferi (vyšetření z laboratoře molekulární biologie pomocí metody PCR) ,
- pojištěný doložil přítomnost specifických protilátek proti lymeské nemoci v organismu (IgM a IgG prokazujících akutní infekci),
- pojištěný byl řádně dlouhodobě léčen,
- příznaky způsobené jednoznačně lymeskou nemocí a závažnost jejích následků jsou potvrzeny příslušným odborným lékařem (psychosyndrom, parézy periferních i hlavových nervů, dysartrie, ataxie, poruchy kognitivních a paměťových funkcí, periferní neuropatie apod., těžké invalidizující postižení kloubů).
r) **bakteriální meningitida** – hnisavý zánět mozkových blan způsobený bakteriemi, který může způsobit trvalá neurologická poškození. Pro plnění musí po dobu tří měsíců existovat alespoň dva z níže uvedených příznaků: poruchy sluchu, hemiparézy, epileptické záchvaty, ataxie, parézy mozkových nervů, poruchy zraku, neuropsychické potíže nebo Waterhaus-Friedrichsenův syndrom (krvácení do nadledvin při meningokokové sepsi).
Poškození musí být potvrzeno odborným lékařem neurologem na základě technické diagnostiky (CT, MRI, transkraniální duplexní sonografie), vyšetření mozkomíšního moku s typickým zánětlivým nálezem, průkazem agens, jejich antigenů nebo DNA bakterií v moku nebo krvi pomocí metody PCR.
Vyloučeny z plnění jsou meningitidy jiného než bakteriálního původu (viry, plísně, paraziti).
s) **encefalitida** – zánět mozku vyvolaný viry nebo bakteriemi, může být provázen reakcí mozkových plen nebo rozšířen na míchu (encefalomyelitida). Může vést k trvalému neurologickému poškození, které musí být potvrzeno odborným lékařem – neurologem – a s pomocí dalších vyšetřovacích metod (vyšetření moku, CT, MRI nebo EEG).
Pro plnění jsou následující kritéria: trvalé kognitivní poruchy, poruchy sluchu, řeči, epilepsie, motorické výpadky, deficit v jemné motorice, ochrnutí mozkových nervů, demence.
t) **Creutzfeldova-Jakobova nemoc** – vzácné přenosné onemocnění mozku, jednou z variant je vznik nemoci po požití hovězího masa nakaženého BSE. Nemoc způsobuje ztrátu mozkových buněk, čímž vzniká trvalé poškození mozkové tkáně s rychlou ztrátou duševních schopností a koordinace volních pohybů. Pro plnění musí existovat dva z příznaků: motorické poruchy (myoklonie, ataxie), poruchy paměti, vnímání a bdělosti, zraku, změny osobnosti. Potvrzení neurologem s pomocí dalších vyšetřovacích metod (vyšetření moku, MRI, EEG, u BSE biopsie mandlí).
u) **těžké popáleniny** – jsou popáleniny stupně IIb a III (hluboké popáleniny) s rozsahem nejméně 30%. Doložení diagnózy: lékařská zpráva popisující lokalizaci, stupeň a rozsah popálenin. Při popáleninách v závažných lokalizacích (hlava a krk, obličej, ruce, pohlavní orgány a perineum) je pro výplatu pojistného plnění nutný rozsah nejméně 20%.
v) **onemocnění plic způsobující dechovou nedostatečnost** – je konečné stádium plicních onemocnění, která vedou k trvalému dechovému selhání (tj. globální chronické respirační insuficienci). Diagnóza musí být potvrzena splněním všech pěti následujících kritérií současně:
- hodnota FEV1 (při spirometrickém vyšetření) je trvale menší než 50% náležité hodnoty;
- parciální tlak kyslíku (pO_2) při analýze krevních plynů je roven nebo nižší než 7,5 kPa;
- parciální tlak oxidu uhličitého (pCO_2) při analýze krevních plynů je trvale vyšší než 6,8 kPa;
- v souladu s výše uvedenými indikačními kritérii je nutná trvalá kyslíková terapie pro hypoxémii;
- je subjektivně pociťována klidová dušnost, (samotná nemusí korelovat se změnami plicních funkcí).
Datem škodné události je den, ke kterému byla stanovena diagnóza chronické respirační insuficience lékařem – pneumologem.

Bylo-li ve smlouvě sjednáno pojištění velmi vážných onemocnění, je pojistitel povinen vyplatit, v případě splnění podmínek a vzniku pojistné události uvedených v bodu B, odst. 1 tohoto článku, pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky pojištění velmi vážných onemocnění, nezávisle na případném dalším plnění za základní životní pojištění nebo jakékoliv jiné pojištění sjednané ve smlouvě.

2. Pojistná událost
Z pojištění velmi vážných onemocnění je pojistitel povinen vyplatit na základě písemné žádosti pojištěného, kterému onemocněním vzniklo právo na plnění, smluvně dohodnutou pojistnou částku, došlo-li u pojištěného 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. Pojistné plnění bude pojištěnému vyplaceno pouze za předpokladu jeho přežití alespoň 30 kalendářních dnů od potvrzené lékařské diagnózy, příp. data provedení operačního nebo lékařského výkonu jednoho z velmi vážných onemocnění uvedených v tomto článku.
V pojištění velmi vážných onemocnění není pojistitel povinen plnit v případě potvrzené lékařské diagnózy, resp. data operace jednoho z velmi vážných onemocnění u pojištěného do doby tří měsíců ode dne počátku tohoto pojištění. Vyplacením pojistného plnění z pojištění velmi vážných onemocnění toto pojištění zaniká. V případě, kdy došlo v posledních třech měsících před stanovením diagnózy, příp. operace velmi vážného onemocnění ke zvýšení pojistné částky pro případ velmi vážných onemocnění, vyplatí pojistitel pojistnou částku platnou před jejím zvýšením.
Pojištění velmi vážných onemocnění se nevztahuje na nemoci, které byly diagnostikovány nebo léčeny před počátkem pojištění. V těchto případech může být pojištěný přijat do pojištění s vyloučením konkrétní diagnózy za podmínek stanovených pojistitelem.

C. POJIŠTĚNÍ INVALIDITY S JEDNORÁZOVOU VÝPLATOU POJISTNÉ ČÁSTKY

Pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky lze sjednat jako pojištění invalidity následkem úrazu nebo jako pojištění invalidity následkem úrazu nebo nemoci.
Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 do 62 let.
Pojistné krytí končí nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěný dožije 65 let. Pro toto pojištění je možné sjednat individuální konec pojistného rizika ve stanoveném věku. V případě, že je sjednán individuální konec pojistného rizika, bude po dovršení sjednaného věku pojištění invalidity automaticky ukončeno nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěný dožije 65 let. Pojistitel má právo automaticky upravit dobu trvání pojistného rizika tak, aby byla shodná s koncem trvání pojistné smlouvy, max. do 65 let věku, v případě že při sjednání doby trvání pojistného rizika nebyl dodržen max. výstupní věk pro toto pojištění a v případě že doba trvání pojištění neodpovídá podmínkám pro sjednání tohoto pojištění.

1. Předmět a rozsah pojištění
Pro pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky se invaliditou rozumí invalidita 3. stupně ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení a těchto pojistných podmínek (dále jen „invalidita“).
Předpoklady pro přiznání invalidity:
Pojištěný je ve smyslu tohoto pojištění invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 70% (jedná se o invaliditu 3. stupně).
Pracovní schopností se rozumí schopnost pojištěného vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým

a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem. Poklesem pracovní schopnosti se rozumí pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových a duševních schopností ve srovnání se stavem, který byl u pojištěného před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.
Při určování poklesu pracovní schopnosti se vychází ze zdravotního stavu pojištěného doloženého výsledky funkčních vyšetření; přitom se bere v úvahu, zda jde o zdravotní postižení trvale ovlivňující pracovní schopnost, zda se jedná o stabilizovaný zdravotní stav, zda a jak je pojištěný na své zdravotní postižení adaptován, schopnost rekvalifikace pojištěného na jiný druh výdělečné činnosti, než dosud vykonával, a v případě poklesu pracovní schopnosti nejméně o 70 % též to, zda je pojištěný schopen výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek.
Za zdravotní postižení se pro účely posouzení poklesu pracovní schopnosti považuje soubor všech funkčních poruch, které s ním souvisejí.

2. Pojistná událost
Pojistné plnění z pojištění invalidity pojistitel poskytne dle podmínek sjednaných v pojistné smlouvě a současně pokud dojde ke splnění následujících podmínek:
a) Pojištěný se stal trvale 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) Pro výplatu pojistného plnění z pojištění invalidity následkem nemoci platí, že pojištěný byl během trvání pojištění, nejdříve však po dvou letech trvání od počátku pojištění, uznán ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení invalidním.
c) Splnění podmínky dvou let dle písm. b) se nevyžaduje, pokud byl pojištěný uznán invalidním výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo v době trvání pojištění.
d) Pojištěný vyvine na požádání pojistitele přiměřenou potřebnou součinnost.
Vyplacením sjednané pojistné částky z pojištění invalidity pojištění zaniká.

Připojištění k pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky (dále jen připojištění k pojištění invalidity)
Připojištění k pojištění invalidity lze sjednat k oběma variantám pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky. Připojištění k pojištění invalidity zahrnuje pojištění pro případ invalidity 1. nebo 2. stupně ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení a těchto pojistných podmínek.
Předpoklady pro přiznání invalidity 1. stupně nebo 2. stupně:
Pojištěný je ve smyslu připojištění k pojištění invalidity invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 35 %.
Jestliže pracovní schopnost pojištěného poklesla
a) nejméně o 35 %, avšak nejvíce o 49 %, jedná se o invaliditu 1. stupně,
b) nejméně o 50 %, avšak nejvíce o 69 %, jedná se o invaliditu 2. stupně.
V případě, že je u pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky sjednán individuální konec pojistného rizika ve věku, platí tento individuální konec i pro připojištění k pojištění invalidity. Vyplacením sjednané pojistné částky připojištění k pojištění invalidity zaniká, vč. pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky.

D. POJIŠTĚNÍ ZPROŠTĚNÍ OD PLACENÍ POJISTNÉHO
Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 do 62 let. Pojistné krytí končí nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěný dožije 65 let.

Předmět a rozsah pojištění, pojistná událost
a) V případě sjednání pojištění zproštění od placení pojistného je pojistník, pokud je současně i pojištěným 1, zproštěn od povinnosti platit běžné pojistné, jestliže během trvání pojištění, nejdříve však po dvou letech od počátku tohoto pojištění, byl uznán invalidním, a to ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení a těchto pojistných podmínek. Invaliditou se pro toto pojištění rozumí výhradně a pouze invalidita 3. stupně.
Povinnost platit pojistné přechází na pojistitele v rozsahu původně sjednaném na pojistné smlouvě; nárok na zproštění od placení pojistného musí vzniknout nejpozději do dosažení 65 let věku pojištěného.
b) Pojištění zproštění od placení pojistného nemůže být sjednáno a nárok na zproštění od placení nevzniká, jsou-li pojistník a pojištěný různé osoby.
c) Splnění podmínky dvou let dle písm. a) se nevyžaduje, pokud byl uznán invalidním výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo v době trvání pojištění.
d) Zproštění od placení pojistného počíná ode dne nejbližší splatnosti pojistného po uznání invalidity a týká se pojistného za jeden rok trvání pojištění. Zproštění se prodlužuje vždy na další rok, prokáže-li pojistník, že je stále invalidní, nebo pojistitel prodlouží platnost odborného posudku o jeho zdravotním stavu. Pojistník, který odejde do starobního důchodu a tuto skutečnost nahlásí pojistiteli, již nemusí potvrzení o trvání invalidity předkládat. Zproštění od placení pojistného končí nejpozději uplynutím doby, na kterou bylo placení pojistného sjednáno, nebylo-li ve smlouvě dohodnuto jinak.
e) Byla-li ve smlouvě sjednána i další pojištění (z doplňkové a úrazové složky pojištění), vztahuje se zproštění od placení pojistného i na tato pojištění.
f) Na žádost pojistitele je pojistník povinen prokázat, že je stále invalidní.
g) Pojistník, který je zproštěn od placení pojistného, je povinen bez zbytečného odkladu pojistitele informovat o skutečnosti, že již není uznán invalidním, nebo o výrazném zlepšení svého zdravotního stavu. Jestliže se pojistitel dozví, že pojistník tyto informace zatajil, bude na pojistné, od jehož placení byl pojistník neoprávněně zproštěn, uplatňovat ustanovení uvedené v Obecných ustanoveních, článku 13, odst. 1 VPP.
h) V případě ukončení zproštění od placení pojistného (pojištěný nebyl uznán invalidním), může pojistník, pokud je současně i pojištěným 1, písemně požádat o opětovné sjednání pojištění zproštění od placení pojistného.
i) V době trvání zproštění od placení pojistného nelze provádět technické změny ve smlouvě.

E. POJIŠTĚNÍ KAPITÁLOVÉ HODNOTY
Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 do 70 let. Pojistné krytí končí nejpozději v roce, ve kterém se pojištěný dožije 75 let.

Předmět a rozsah pojištění, pojistná událost
a) Pojistná částka pro pojištění kapitálové hodnoty je ve stejné výši jako pojistná částka sjednaná pro pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin.
b) V případě smrti poslední dospělé pojištěné osoby vyplatí pojistitel kapitálovou hodnotu pojistné smlouvy platnou ke dni nahlášení pojistné události, maximálně však do výše pojistné částky platné ke dni úmrtí.

F. POJIŠTĚNÍ INVALIDITY NEBO DLOUHODOBÉ PÉČE S VÝPLATOU DOŽIVOTNÍ RENTY
Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 let do 62 let. Pojištění končí nejpozději posledním dnem měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěný dožije 65 let.

1. Předmět a rozsah pojištění, pojistná událost
a) Pojistitel poskytne pojistné plnění, dojde-li ke splnění následujících podmínek:
V případě invalidity (invaliditou se pro toto pojištění rozumí výhradně a pouze invalidita 3. stupně)
- pojištěný se stal trvale a nezvratně neschopným a tímto nezpůsobilým k výkonu práce nebo jiné výdělečné činnosti; o splnění této podmínky a v konečné fázi o zahájení výplaty renty rozhodne pojistitel na základě odborné lékařské expertizy zpracované a získané od smluvního lékaře pojistitele a současně
- pojištěný byl uznán invalidním, a to ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení a těchto pojistných podmínek.

V případě dlouhodobé péče
- pojištěný není schopen samostatně (tzn. bez pomoci jiné fyzické osoby) dlouhodobě vykonávat aktivity běžného života (pečovat o vlastní osobu), a to ve stupni závislosti II a vyšším (v rozsahu uvedeném v bodu F, odst. 2); o splnění této podmínky a v konečné fázi o zahájení výplaty renty rozhodne pojistitel na základě odborné lékařské expertizy zpracované a získané od smluvního lékaře pojistitele a současně
- byl pojištěnému přiznán příspěvek na péči z důvodu přiznání stupně závislosti II a vyššího (dále jen „příspěvek na péči“) v souladu se zákonem o sociálních službách. Pojistitel může poskytnout pojistné plnění i v případě, že pojištěnému nebyl přiznán příspěvek na péči, ale pojištěný není schopen samostatně dlouhodobě vykonávat aktivity běžného života a to ve stupni závislosti II a vyšším.

K přiznání invalidity nebo příspěvku na péči dojde v průběhu trvání pojištění, nejdříve však po dvou letech od počátku pojištění. Splnění podmínky dvou let se nevyžaduje, pokud k přiznání invalidity nebo příspěvku na péči došlo výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo v době trvání pojištění.
Pojištěný, popř. pojistník, je povinen z důvodu ověřování vzniku nároku na přiznání výplaty renty na požádání pojistitele vyvinout přiměřenou a potřebnou součinnost.
b) V případě splnění výše uvedených podmínek začne pojistitel od následujícího kalendářního měsíce po přiznání nároku vyplácet v obdobích dohodnutých v pojistné smlouvě sjednanou rentu. Renta bude vyplácena po dobu jednoho roku. Výplata renty se prodlužuje vždy na další rok, prokáže-li pojištěný, že je stále invalidní nebo stále není schopen samostatně vykonávat aktivity běžného života nebo pojistitel prodlouží platnost odborného posudku o jeho zdravotním stavu. Pojistník, který odejde do starobního důchodu a tuto skutečnost nahlásí pojistiteli, již nemusí potvrzení o trvání invalidity předkládat. V případě, že pojištěný přestane být invalidní nebo již bude schopen samostatně vykonávat aktivity běžného života, bude renta vyplacena naposledy za období, ve kterém k této skutečnosti došlo. Jestliže v průběhu výplaty renty pojištěný nepřestane být invalidní nebo nezačne být schopen samostatně vykonávat aktivity běžného života, bude renta vyplácena trvale, maximálně však do data úmrtí pojištěného. V případě, že si pojištěný nevyzvedne tři po sobě jdoucí platby vyplácené renty, může pojistitel rozhodnout o pozastavení výplaty, a to až do doby, dokud pojištěný nepředloží, že výplata této renty může pokračovat. Renta bude vyplacena naposledy za období, ve kterém dojde k úmrtí pojištěného.
c) Na žádost pojistitele je pojištěný povinen prokázat, že je ve smyslu těchto pojistných podmínek stále invalidní nebo že stále není schopen samostatně vykonávat aktivity běžného života.
d) Pojištěný, kterému je vyplácena renta, je povinen bez zbytečného odkladu pojistitele informovat o skutečnosti, že již není uznán invalidním nebo již je schopen samostatně vykonávat aktivity běžného života nebo o výrazném zlepšení svého zdravotního stavu.
e) Před zahájením výplaty renty lze požádat o změnu sjednaného měsíčního období pro výplatu renty na období čtvrtletní, pololetní nebo roční. Po zahájení výplaty renty již nelze zažádat o změnu období pro výplatu renty.
f) V případě smrti pojištěného bude výplata renty ukončena bez náhrady. Nárok na výplatu renty zaniká ke dni úmrtí pojištěného.
g) Podle pojistně-technických zásad pojistitele se každoročně zvyšuje výše vyplácené renty o podíl na výnosech z rozdělení pojistně-technických přebytků fondu rezerv pojistného. Tyto podíly zvyšují vyplácenou rentu.
h) Zahájením výplaty renty zaniká pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s výplatou doživotní renty.
i) V případě ukončení výplaty renty (pojištěný ve smyslu těchto pojistných podmínek přestal být invalidním nebo je již schopen samostatně vykonávat aktivity běžného života), lze písemně požádat o opětovné sjednání pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s výplatou doživotní renty.

2. Definování schopnosti samostatně vykonávat aktivity běžného života
Osoba se ve smyslu zákona o sociálních službách považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve
a) stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti uvedených v odst. I. a II. tohoto článku,
b) stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti uvedených v odst. I. a II. tohoto článku,
c) stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti uvedených v odst. I. a II. tohoto článku,
d) stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti uvedených v odst. I. a II. tohoto článku.
Osoba se ve smyslu těchto speciálních pojistných podmínek považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby (tj. není schopna samostatně dlouhodobě vykonávat aktivity běžného života), jestliže je zařazena do stupně závislosti II a vyššího.

I. Při posuzování péče o vlastní osobu pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto úkony:
- příprava stravy,
- podávání, porcování stravy,
- přijímání stravy, dodržování pitného režimu,
- mytí těla,
- koupání nebo sprchování,
- péče o ústa, vlasy, nehty, holení,
- výkon fyziologické potřeby včetně hygieny,
- vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh,
- sezení, schopnost vydržet v poloze vsedě,
- stání, schopnost vydržet stát,
- přemisťování předmětů denní potřeby,
- chůze po rovině,
- chůze po schodech nahoru a dolů,
- výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení,
- oblékání, svlékání, obouvání, zouvání,
- orientace v přirozeném prostředí,
- provedení si jednoduchého ošetření,
- dodržování léčebného režimu.

II. Při posuzování soběstačnosti pro účely stanovení stupně závislost se hodnotí schopnost zvládat tyto úkony:
- komunikace slovní, písemná, neverbální,
- orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí,
- nakládání s penězi nebo jinými cennostmi,
- obstarávání osobních záležitostí,
- uspořádání času, plánování života,
- zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku,
- obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování),
- vaření, ohřívání jednoduchého jídla,
- mytí nádobí,
- běžný úklid v domácnosti,
- péče o prádlo,
- přepírání drobného prádla,
- péče o lůžko,
- obsluha běžných domácích spotřebičů,
- manipulace s kohouty a vypínači,
- manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří,
- udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady,
- další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti.

3. Výluky z pojistného plnění
Pojistitel neplní v případě poruchy duševní a poruchy chování – MKN 10 (mezinárodní klasifikace nemocí) – diagnózy F00 – F99.

G. POJIŠTĚNÍ DOŽIVOTNÍ KAPITÁLOVÉ RENTY
Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 let do 59 let. Pojištění končí posledním dnem měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěný dožije 60 let.

Předmět a rozsah pojištění, pojistná událost
a) Pojistnou událostí je dožití se pojištěného dne uvedeného v pojistné smlouvě jako konec pojištění renty.
b) V případě dožití se pojištěného sjednaného konce pojištění renty začne pojistitel od následujícího kalendářního měsíce vyplácet v dohodnutých obdobích dle pojistné smlouvy rentu. V případě, že si pojištěný nevyzvedne tři po sobě jdoucí platby vyplácené renty, může pojistitel rozhodnout o pozastavení výplaty, a to až do doby, dokud pojištěný nedoloží, že výplata této renty může pokračovat. Renta bude vyplácena trvale, maximálně však do data úmrtí pojištěného. Renta bude vyplacena naposledy za období, ve kterém dojde k úmrtí pojištěného.
c) Výše renty uvedená v pojistné smlouvě není pojistitelem garantována. Na začátku výplaty je hodnota renty vypočítána pomocí aktuálních úmrtnostních a úrokových předpokladů a pojistně technických zásad pojistitele. Pokud nebude možné, vzhledem k aktuální výši kapitálové hodnoty pojistné smlouvy ke dni počátku výplaty renty, začít vyplácet pojištěnému rentu ve výši uvedené v pojistné smlouvě, bude výše renty přepočítána a vyplácena v této nově stanovené výši. Jestliže nově stanovená výše renty nedosáhne minimální výše stanovené pojistitelem pro měsíční výplatu renty, bude renta vyplácena čtvrtletně.
d) Ke dni počátku výplaty renty bude kapitálová hodnota pojistné smlouvy jednorázově ponížena o částku potřebnou k výplatě renty.
e) Před zahájením výplaty renty lze požádat o změnu sjednaného měsíčního období pro výplatu renty na období čtvrtletní, pololetní nebo roční. Žádost o změnu musí být doručena na centrálu pojistitele nejpozději 30 dnů před sjednaným koncem pojištění renty. Po zahájení výplaty renty již nelze změnit období pro výplatu renty.
f) V případě smrti pojištěného bude výplata renty ukončena bez náhrady. Nárok na výplatu renty zaniká ke dni úmrtí pojištěného.
g) Jestliže pojištěný nesdělí pojistiteli nejpozději 30 dnů před sjednaným koncem pojištění renty údaje s pokyny o způsobu výplaty renty, začne pojistitel vyplácet rentu způsobem, který oznámí pojištěnému na jeho adresu evidovanou v pojistné smlouvě.
h) Pojistník ani pojištěný nemohou požádat o dřívější výplatu renty, o odklad výplaty renty ani o výplatu jednorázového pojistného plnění místo výplaty renty.
i) Podle pojistně-technických zásad pojistitele se každoročně může zvýšit výše vyplácené renty o podíl na výnosech z rozdělení pojistně-technických přebytků fondu rezerv pojistného. Tyto podíly zvyšují vyplácenou rentu.
j) O ukončení pojištění renty může požádat pojistník kdykoliv v průběhu trvání tohoto pojištění. Žádost o ukončení musí být doručena na centrálu pojistitele nejpozději 30 dnů před sjednaným koncem pojištění renty.

H. POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD SMRTI NÁSLEDKEM ÚRAZU
Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 do 70 let. Pojištění pro případ smrti následkem úrazu se sjednává na dobu jednoho roku. Pokud žádná ze smluvních stran toto pojištění písemně nevypoví, a to nejpozději 6 týdnů před uplynutím této doby, prodlužuje se sjednaná doba trvání těchto pojištění automaticky vždy o jeden rok, nejdéle však do doby ukončení základního životního pojištění pro případ smrti (max. v roce, ve kterém se pojištěný dožije 75 let).

Předmět a rozsah pojištění, pojistná událost
Nastane-li u pojištěného smrt následkem úrazu, vyplatí pojistitel sjednanou pojistnou částku pro případ smrti následkem úrazu.
a) Byla-li úrazem způsobena pojištěnému smrt, která nastala nejpozději do tří let ode dne úrazu, vyplatí pojistitel obmyšlenému (v případě, že v době pojistné události není určen nebo nenabude-li práva na pojistné plnění, postupuje pojistitel dle Obecných ustanovení, článku 11, odst. 2 VPP) pojistnou částku pro případ smrti následkem úrazu.
b) Nastane-li v důsledku úrazu smrt pojištěného, je obmyšlený povinen to ohlásit bez zbytečného odkladu pojistiteli, a to i v případě, že úraz již byl ohlášen.

I. POJIŠTĚNÍ TRVALÝCH NÁSLEDKŮ ÚRAZU
Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 do 70 let. Pojištění trvalých následků úrazu se sjednává na dobu jednoho roku. Pokud žádná ze smluvních stran toto pojištění písemně nevypoví, a to nejpozději 6 týdnů před uplynutím této doby, prodlužuje se sjednaná doba trvání těchto pojištění automaticky vždy o jeden rok, nejdéle však do doby ukončení základního životního pojištění pro případ smrti (max. v roce, ve kterém se pojištěný dožije 75 let).

Předmět a rozsah pojištění, pojistná událost
Utrpí-li pojištěný úraz, jehož trvalé následky dosáhnou minimálně 0,5% (anebo 10%) 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 nejdříve po jednom roce ode dne úrazu, s výjimkou případů, kdy je rozsah trvalého tělesného poškození jednoznačně zřejmý před uplynutím této doby.
Se zahrnutím progrese je pojistné plnění vypláceno takto:
od 0,5% (anebo od 10%) 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.
Po ustálení trvalých následků (nejpozději však před uplynutím promlčecí lhůty) je pojištěný povinen nahlásit pojistnou událost pojistiteli, termín ohodnocení rozsahu trvalých následků stanoví pojistitel. Pojištěný je povinen o zajištění ohodnocení požádat pojistitele v termínu určeném pojistitelem.
a) Výši pojistného plnění za trvalé následky úrazu určuje pojistitel podle dále uvedených zásad a podle „Oceňovací tabulky plnění za trvalé následky úrazu“ (dále jen „oceňovací tabulka“) platných v době vzniku pojistné události (úrazu), do které má pojištěný právo nahlédnout. Oceňovací tabulku může pojistitel doplňovat a měnit.
Nejsou-li jakékoliv trvalé následky úrazů obsaženy v oceňovací tabulce, je pojistitel oprávněn stanovit výši pojistného plnění v součinnosti se smluvním lékařem pojistitele. K určení celkové výplaty pojistného plnění použije pojistitel hodnoty uvedené v oceňovací tabulce pro trvalé následky, které jsou daným trvalým následkům svou povahou nejbližší.
Opakované ohodnocení trvalých následků lze provést pouze u smluvního lékaře, kterého určí pojistitel, a to na náklady pojištěného. Pokud je to nezbytné, získává pojistitel relevantní informace na základě odborné lékařské expertizy od smluvního lékaře. Smluvní lékař vyhotoví odbornou lékařskou expertizu, tj. zjištění zdravotního stavu nebo příčiny smrti na základě dodaných lékařských zpráv nebo zdravotnické dokumentace od ošetřujících lékařů a v případě potřeby i prohlídkou nebo vyšetřením. Konečná výše rozsahu trvalých následků úrazu je stanovena pojistitelem.
b) Zanechá-li úraz pojištěnému trvalé následky, vyplatí pojistitel z pojistné částky (se zahrnutím progrese) tolik procent, kolika procentům v souhrnu odpovídá pro jednotlivá tělesná poškození podle oceňovací tabulky rozsah trvalých následků po jejich ustálení, a v případě, že se neustálily do tří let ode dne úrazu, kolika procentům v souhrnu odpovídá jejich stav ke konci této tříleté lhůty; pojistitel nezohledňuje další změny ve zdravotním stavu pojištěného, které nastanou po ukončení této tříleté lhůty s výjimkou případů, kdy pojištěný porušil ustanovení VPP v článku 8, bodu B, odst. 1, písm. h) a i). 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% (anebo 10 %), může pojistitel poskytnout pojištěnému 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) Způsobí-li jediný úraz pojištěnému 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 pojištěný zemře následkem úrazu do jednoho roku ode dne, kdy k úrazu došlo, zaniká nárok na plnění za trvalé následky úrazu.
h) Jestliže před výplatou pojistného plnění za trvalé následky úrazu pojištěný zemře, nikoliv však na následky tohoto úrazu, nebo pokud zemře po uplynutí jednoho roku od úrazu z jakékoliv příčiny a pokud vznikl nárok na plnění za trvalé následky úrazu, vyplatí pojistitel dědicům pojištěného částku, která odpovídá rozsahu trvalých následků úrazu pojištěného v době jeho smrti, nejvýše však částku, odpovídající pojistné částce dohodnuté pro případ smrti následkem úrazu. Není-li možno zpětně získat relevantní informace nutné k posouzení trvalých následků, nárok na pojistné plnění za trvalé následky úrazu nevzniká.

J. POJIŠTĚNÍ DENNÍHO ODŠKODNÉHO – ÚRAZ
Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 do 70 let. Pojištění denního odškodného se sjednává na dobu jednoho roku. Pokud žádná ze smluvních stran toto pojištění písemně nevypoví, a to nejpozději 6 týdnů před uplynutím této doby, prodlužuje se sjednaná doba trvání těchto pojištění automaticky vždy o jeden rok, nejdéle však do doby ukončení základního životního pojištění pro případ smrti (max. v roce, ve kterém se pojištěný dožije 75 let).

Předmět a rozsah pojištění, pojistná událost
Pojištění denního odškodného za dobu nezbytného léčení v důsledku úrazu.
a) Výši a rozsah 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). Oceňovací tabulku DO může pojistitel doplňovat a měnit a pojištěný má právo do oceňovací tabulky DO kdykoliv nahlédnout.
c) V oceňovací tabulce DO je uveden maximální počet dnů, za které bude sjednané denní odškodné pro příslušnou diagnózu vypláceno.
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.
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. Není-li jakékoliv tělesné poškození obsaženo v oceňovací tabulce DO, je pojistitel oprávněn stanovit výši pojistného plnění v součinnosti se smluvním lékařem pojistitele. K určení celkové výplaty pojistného plnění použije pojistitel hodnoty uvedené v oceňovací tabulce DO, které jsou danému poškození svou povahou nejbližší.
d) Maximální počet dnů, za které poskytne pojistitel pojistné plnění, je 365 dnů.
e) V případě souběhu doby léčení více úrazů se započítává souběžná doba léčení pouze jednou.
f) Bylo-li pojištěnému způsobeno jedním úrazem několik tělesných poškození různých druhů, plní pojistitel pouze za dobu léčení u nejvážnějšího úrazu dle oceňovací tabulky DO.
g) V případě dlouhodobého léčení úrazu, lze-li jednoznačně určit, že vznikne nárok na pojistné plnění, a lze-li určit jeho minimální výši, může pojistitel poskytnout pojištěnému na základě jeho písemné žádosti přiměřenou zálohu; pojistitel poskytne k jedné pojistné události maximálně dvě zálohy, a to nejdříve po třech měsících od vzniku pojistné události.
h) V případech, kdy pojištěný, který je zařazen ve 4. rizikové skupině z důvodu svého povolání, jednoznačně vykonával svou pracovní činnost (např. v případech nastoupeni profesionálního sportovce v době léčení úrazu k zápasu nebo soutěži), nevzniká narok na výplatu pojistného plnění. Pojistné plnění je v těchto v případech pak vyplaceno pouze za lékařem potvrzenou dobu léčení, max. však do dne předcházejícího dni, ve kterém pojištěný jednoznačně vykonával svou pracovní činnost.
i) Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění.

Připojištění k dennímu odškodnému – denní odškodné nad limit stanovený oceňovací tabulkou DO
a) Dojde-li k úrazu a vznikne nárok na pojistné plnění z denního odškodného podle výše uvedených ustanovení bodu J tohoto článku a celková doba léčení úrazu bude delší než maximální doba stanovená oceňovací tabulkou DO, vyplatí pojistitel za každý den nezbytného léčení úrazu nad maximální dobu stanovenou oceňovací tabulkou DO sjednané denní odškodné.
b) Maximální počet dnů, za které celkově pojistitel poskytne pojistné plnění, je 548 dnů.
c) Pokud je celková doba léčení úrazu ve srovnání s průměrnou délkou léčení pro uvedený úraz neúměrně dlouhá, stanoví konečný celkový rozsah pojistného plnění pojistitel na základě relevantních informací získaných od smluvního lékaře.
d) Pro toto připojištění platí ustanovení uvedená v bodě J, písm. e) až i) tohoto článku.

K. POJIŠTĚNÍ HOSPITALIZACE
Pojištění hospitalizace (pobytu v nemocnici) lze sjednat jako pojištění hospitalizace následkem úrazu nebo jako pojištění hospitalizace následkem úrazu nebo nemoci. Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 do 70 let. Pojištění hospitalizace se sjednává na dobu jednoho roku. Pokud žádná ze smluvních stran toto pojištění písemně nevypoví, a to nejpozději 6 týdnů před uplynutím této doby, prodlužuje se sjednaná doba trvání těchto pojištění automaticky vždy o jeden rok, nejdéle však do doby ukončení základního životního pojištění pro případ smrti (max. v roce, ve kterém se pojištěný dožije 75 let).

Předmět a rozsah pojištění, pojistná událost
Pojištění hospitalizace (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. Pojistitel vyplatí od prvního dne léčení (vč. sobot a nedělí a svátků) za každý den hospitalizace pojistné plnění ve smluvně stanoveném rozsahu. Dále pojistitel vyplatí pojistné plnění za každý den hospitalizace, který nastane v prvních třech letech ode dne zahájení léčení. Maximální počet dnů, za které pojistitel poskytne pojistné plnění, je 730 dnů.
Základní čekací doba pro hospitalizaci z důvodu nemoci je dva měsíce od počátku tohoto pojištění. Zvláštní čekací doba v délce osmi měsíců je stanovena pro případ hospitalizace výlučně z důvodu:
- těhotenství nebo porodu,
- zubního ošetření, zhotovení zubních náhrad a úkonů chirurgie a ortopedie čelisti.

Pokud dojde ke zvýšení pojistné částky tohoto pojištění, platí ode dne změny ustanovení o nové dvouměsíční čekací době pro dodatečnou část zvýšeného pojistného krytí.
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.
Pojištěný je povinen předložit pojistiteli řádně vyplněné hlášení pojistné události, včetně kopie dokladu s potvrzením doby hospitalizace.
Pojistitel neplní v případě:
a) léčebných pobytů v lázních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, psychiatrických léčebnách nebo zařízeních, zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie nebo závislostí, a to včetně následné pracovní neschopnosti, s výjimkou případů, kdy pojistitel s tímto typem léčby vyjádřil předem písemně souhlas, a dále pobytů v zařízeních souvisejících s pečovatelskou službou, jakož i ve speciálních dětských zařízeních a v ústavech sociální péče,
b) poruchy duševní a poruchy chování z důvodu nemoci – MKN 10 (mezinárodní klasifikace nemocí) – diagnózy F00 – F99,
c) 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.
d) V případě hospitalizace při porodu je pojistné plnění omezeno na 7 dnů, v důsledku těhotenských komplikací v průběhu jednoho těhotenství na max. 28 dnů.
Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění.

L. POJIŠTĚNÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI – NEMOC
Pojištění může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 do 70 let, které jsou v trvalém pracovním poměru nebo mají pravidelné příjmy ze samostatné výdělečné činnosti. Pojištění pracovní neschopnosti se sjednává na dobu jednoho roku. 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 ukončení základního životního pojištění pro případ smrti (max. v roce, ve kterém se pojištěný dožije 75 let).

1. Předmět a rozsah pojištění
Pro pojištění pracovní neschopnosti je možné sjednat denní rozsah následně od 15. dne (resp. od 29. dne, resp. od 57. dne) trvání pracovní neschopnosti. Pojištění pracovní neschopnosti může být sjednáno na jeden zvolený rozsah nebo i více rozsahů zároveň, vždy však se stejnou pojistnou částkou.
a) V tomto pojištění vyplácí pojistitel v případě pracovní neschopnosti pojistné plnění za každý zvolený rozsah ve smluvně stanoveném denním rozpětí následně od 15. (resp. od 29., resp. od 57.) dne trvání pracovní neschopnosti. Pokud je celková doba léčení kratší než 15 dnů (resp. 29 dnů, resp. 57 dnů), pojistné plnění za dobu pracovní neschopnosti se nevyplácí.
Pokud je celková doba léčení alespoň 15 (resp. 29, resp. 57) dnů, vyplatí se pojistné plnění následně od 15. (resp. 29., resp. 57.) dne pracovní neschopnosti za každý den pracovní neschopnosti, včetně sobot, nedělí a svátků (za prvních 14, resp. 28, resp. 56 dnů pojistitel pojistné plnění za pracovní neschopnost neposkytuje). Maximální počet dnů, za které poskytne pojistitel pojistné plnění, je 548 dnů.
b) V případě dlouhodobého léčení nemoci, lze-li jednoznačně určit, že vznikne nárok na pojistné plnění, a lze-li určit jeho minimální výši, může pojistitel poskytnout pojištěnému na základě jeho písemné žádosti přiměřenou zálohu; pojistitel poskytne k jedné pojistné události maximálně dvě zálohy, a to nejdříve po třech měsících od vzniku pojistné události.
c) Pokud je vystavená pracovní neschopnost ve srovnání s průměrnou délkou léčení pro uvedené onemocnění neúměrně dlouhá, stanoví konečný celkový rozsah pojistného plnění pojistitel na základě relevantních informací získaných od smluvního lékaře.
d) Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění.

2. Pojistná událost
a) Pojistnou událostí je nemoc, která prvotně nastala po sjednané čekací době a jejímž důsledkem je z lékařského hlediska nutné léčení pojištěného, jehož průběh je lékařsky potvrzen vystavenou pracovní neschopností.
b) Pracovní neschopností se ve smyslu těchto podmínek rozumí situace, kdy pojištěný nemůže dle lékařského rozhodnutí žádným způsobem, a to ani přechodně, vykonávat a ani nevykonává své zaměstnání nebo jakoukoliv jinou samostatně výdělečnou, popř. řídící nebo kontrolní činnost. Na základě tohoto lékařského rozhodnutí mu byl v souladu s platnými právními předpisy vystaven doklad o pracovní neschopnosti.
c) Čekací doba trvá 2 měsíce, není-li ve smlouvě uvedeno jinak. Čekací doba začíná běžet dnem počátku pojištění.
d) Pokud dojde ke zvýšení pojistné částky tohoto pojištění, platí ode dne změny ustanovení o nové čekací době (bod L, odst. 2, písm. c) tohoto článku) pro dodatečnou část zvýšeného pojistného krytí.
e) V případě vzniku nové nemoci v době trvání pracovní neschopnosti pojištěného a vystavení nové pracovní neschopnosti je toto pojistnou událostí pouze v případě, kdy nová nemoc není v žádné příčinné souvislosti s již diagnostikovanou nemocí. Pokud došlo současně k pracovní neschopnosti pro více nemocí, vyplatí pojistitel pojistné plnění maximálně do výše celkové doby léčení, a to pouze jednou.
f) Pojistitel poskytne pojistné plnění za onemocnění, která se dostavila jako následek úrazu, jen v případě, že je sjednáno pojištění pracovní neschopnosti – nemoc a jsou splněny podmínky pro výplatu z tohoto pojištění. Datem pojistné události je den, kdy bylo onemocnění diagnostikováno. Za onemocnění následkem úrazu nelze v žádném případě poskytnout pojistné plnění souběžně (za stejné kalendářní dny) za období, za které je vypláceno pojistné plnění za dobu léčení úrazu, ani za dobu léčení následující poté, co již bylo přiznáno pojistné plnění za trvalé následky úrazu, jenž byl příčinou onemocnění.
g) Pojištěný je povinen předložit pojistiteli řádně vyplněné hlášení pojistné události, včetně kopie dokladu o pracovní neschopnosti potvrzené zaměstnavatelem, popř. potvrzení správy sociálního zabezpečení o čerpání nemocenských dávek nebo o odhlášení z placení nemocenského pojištění.
h) Pojištění, kteří nemají nárok na výplatu dávek nemocenského za dobu léčení v pracovní neschopnosti (nejsou poplatníky sociálního pojištění), prokazují nárok na pojistné plnění potvrzením lékaře o době léčení, na kterou by jinak pracovní neschopnost vystavena byla. Osoby samostatně výdělečně činné dále musí doložit potvrzení správy sociálního zabezpečení, že nemají nárok na výplatu dávek nemocenského.
i) Pojištěný je povinen zabezpečit a postarat se, aby všechny doklady vyžádané pojistitelem byly vyhotoveny a zaslány co možná nejdříve v českém jazyce (originální dokumenty pořízené v cizím jazyce aby byly opatřeny překladem úředně uznávanou osobou); je povinen dodržovat stanovený léčebný režim, rady lékaře a všemi způsoby napomáhat svému celkovému uzdravení.
j) Pojištěný je povinen se na požádání podrobit dodatečnému vyšetření u smluvního lékaře pojistitele.
k) Pojištěný je povinen nahlásit pojistiteli ukončení trvalého pracovního poměru, samostatné výdělečné činnosti, popř. odchod do starobního důchodu, invalidního důchodu nebo uznání invalidity, a to do 15 dnů od data, kdy některý z výše uvedených důvodů nastal.

3. Výluky z pojistného plnění
Pojistitel neplní v případě:
a) léčebných pobytů v lázních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, psychiatrických léčebnách nebo zařízeních, zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie nebo závislostí, a to včetně následné pracovní neschopnosti, s výjimkou případů, kdy pojistitel s tímto typem léčby vyjádřil předem písemně souhlas, a dále pobytů v zařízeních souvisejících s pečovatelskou službou, jakož i ve speciálních dětských zařízeních a v ústavech sociální péče,
b) poruchy duševní a poruchy chování – MKN 10 (mezinárodní klasifikace nemocí) – diagnózy F00 – F99,
c) při těhotenství, porodu, předčasném porodu, přerušení těhotenství, hrozícím potratu nebo potratu,
d) doby, kdy pojištěný není v trvalém pracovním poměru nebo není aktivní OSVČ (např. osoby na mateřské dovolené, nezaměstnaní, důchodci, studenti). OSVČ, které nejsou plátci nemocenského pojištění, jsou povinny na výzvu pojistitele věrohodně prokázat skutečnosti týkající se jejich samostatné výdělečné činnosti před pojistnou událostí, v jejím průběhu a po jejím ukončení.
e) 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 při pracovní neschopnosti.

Připojištění úrazu k pracovní neschopnosti
Připojištění úrazu k pracovní neschopnosti může být sjednáno pro osoby ve věku od dovršených 18 do 70 let, které jsou v trvalém pracovním poměru nebo mají pravidelné příjmy ze samostatné výdělečné činnosti. Max. výstupní věk je v roce, ve kterém se pojištěný dožije 75 let věku.
Připojištění úrazu k pracovní neschopnosti je možné sjednat pouze tehdy, je-li sjednáno pojištění pracovní neschopnosti – nemoc.

1. Předmět a rozsah pojištění, pojistná událost
a) Pojistnou událostí je v tomto připojištění úraz, který prvotně nastal v době trvání pojištění a v jehož důsledku je z lékařského hlediska nutné léčení pojištěného v pracovní neschopnosti.
b) Dojde-li k úrazu a pojištěný je z důvodu tohoto úrazu v pracovní neschopnosti, vznikne nárok na pojistné plnění za dobu léčení úrazu v pracovní neschopnosti ve smluvně stanoveném denním rozsahu, a to ve výši pojistné částky a denního rozsahu sjednaných pro pojištění pracovní neschopnosti – nemoc.
c) Pro toto připojištění platí pojistná částka a denní rozsah dle pojištění pracovní neschopnosti – nemoc, a to následně od 15. dne, resp. od 29. dne, resp. od 57. dne trvání pracovní neschopnosti.
d) Pokud dojde ke zvýšení pojistné částky pro pojištění pracovní neschopnosti – nemoc, platí pro toto připojištění zvýšené pojistné krytí ode dne účinnosti vystaveného dodatku.
e) Čekací doba se na pracovní neschopnost z důvodu úrazu nevztahuje.
f) Pokud je vystavená pracovní neschopnost ve srovnání s průměrnou délkou léčení pro uvedený úraz neúměrně dlouhá, stanoví konečný celkový rozsah pojistného plnění pojistitel na základě relevantních informací získaných od smluvního lékaře.
g) V případě vzniku nového úrazu v době trvání pracovní neschopnosti pojištěného a vystavení nové pracovní neschopnosti je toto pojistnou událostí pouze v případě, kdy nový úraz není v žádné příčinné souvislosti s již vzniklým úrazem. Pokud došlo současně k pracovní neschopnosti pro více úrazů, vyplatí pojistitel pojistné plnění maximálně do výše celkové doby léčení, a to pouze jednou. Maximální počet dnů, za které pojistitel poskytne pojistné plnění, je 548 dnů.
h) V případě, že dojde k souběhu pracovní neschopnosti z důvodu nemoci a úrazu, započítává se souběžná doba léčení v pracovní neschopnosti pouze jednou.
i) Výplata pojistného plnění z připojištění úrazu k pracovní neschopnosti končí nejpozději se zánikem pojištění pracovní neschopnosti – nemoc.

2. Výluky z pojistného plnění
Pro toto připojištění platí výluky uvedené v bodě L, odst. 3, písm. a), b), d), e).

ČLÁNEK 8
Dětská pojištění

V jedné pojistné smlouvě lze sjednat v rámci dětské doplňkové a úrazové složky pojištění až pro pět dětí. Všechny děti musí mít stejný rozsah pojištění, a to i v případě provedení změny v průběhu doby trvání pojištění. Dítě může vstoupit do pojištění od 0 let do nedovršených 18 let. Pojistné krytí končí nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se pojištěné dítě dožije 25 let.
V rámci dětské doplňkové a úrazové složky pojištění lze sjednat:
A. pojištění velmi vážných onemocnění
B. ostatní doplňkovou a úrazovou složku pojištění
- pojištění pro případ smrti následkem úrazu
- pojištění trvalých následků úrazu
- pojištění denního odškodného – úraz, vč. připojištění k dennímu odškodnému – denní odškodné nad limit stanovený oceňovací tabulkou DO
- pojištění hospitalizace – úraz a nemoc

A. POJIŠTĚNÍ VELMI VÁŽNÝCH ONEMOCNĚNÍ
1. Předmět a rozsah pojištění
Předmětem pojištění velmi vážných onemocnění jsou tyto diagnózy:
a) **rakovina** – přítomnost nekontrolovaného růstu a rozšiřování maligních buněk a jejich invaze do tkáně, termín „rakovina“ také zahrnuje leukémii, maligní lymfomy a Hodgkinovu chorobu.
Vyloučeny jsou:
- 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 přítomnosti HIV infekce.

Diagnóza maligního růstu nebo tvorby metastáz musí být potvrzena histologickým vyšetřením.
b) **nitrolební (intrakraniální) nádor** – nitrolební (intrakraniální) nádory s klinickou symptomatologií, které je nutno řešit chirurgicky otevřeným přístupem (z kraniotomie), eventuálně stereotaktickým zákrokem. Přítomnost nádoru musí ohrožovat životní funkce a v případě, že je neoperabilní, musí způsobovat trvalé neurologické poškození. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem rozhodnutí odborného lékaře (neurologa, neurochirurga) o nutnosti (indikaci) operativního zákroku, eventuálně rozhodnutí o inoperabilitě nitrolebního nádorového procesu, případně prokázání již provedené operační léčby, chemoterapie nebo ozařování. Požaduje se průkaz nádoru na CT, MRI, EEG nebo PET.
c) **transplantace životně důležitých orgánů** - nezbytně nutná a lékařským nálezem indikovaná transplantace srdce, srdce a plic, jater, ledvin, střeva, kdy je příjemcem pojištěné dítě. Operace musí být provedena na území členských států Evropské unie 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. Mezi kritéria plnění patří také přijetí do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci. 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. Vyloučena je pouze jednostranná nefrektomie a přechodná dialýza z důvodu akutního ledvinového selhání.
e) **operace aorty** – operační výkon na aortě provedený v důsledku jejího roztržení, vzniku výdutě; vyloučeny jsou operace na větvích aorty nebo bypassy 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 a po uplynutí tříměsíční čekací doby od počátku pojištění.
f) **slepota** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta zraku obou očí v důsledku onemocnění nebo úrazu; patří sem i téměř úplná ztráta zraku s minimálním zbytkovým viděním (max. 3/60) nebo omezení zorného pole (pod 10 stupňů). Diagnóza musí být klinicky potvrzena odborným lékařem. Pojistnou událostí není snížení visu (zraku) nižšího stupně. Stav nelze změnit lékařským zákrokem.
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. Stav nelze změnit lékařským zákrokem.
h) **paraplegie, tetraplegie, hemiplegie** – úplné a trvalé ochrnutí obou dolních, obou horních nebo všech končetin nebo poloviny těla s úplným a trvalým přerušením vodivosti míchy pro vlákna zajišťující hybnost. Povinnost pojistitele plnit vzniká nejdříve 6 měsíců od počátku onemocnění po stanovení diagnózy paraplegie, tetraplegie nebo hemiplegie příslušným klinickým pracovištěm. Vyloučena jsou částečná a vrozená ochrnutí končetin.
i) **kóma** – stav hlubokého bezvědomí bez reakce na vnější či vnitřní podněty, který trvá nepřetržitě nejméně 96 hodin (do 8 bodů na Glasgowské stupnici kómatu). 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 kóma vzniklé následkem zneužívání alkoholu nebo aplikace návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky. Dále pojistitel neplní za kóma vzniklé na podkladě úrazu v souvislosti s požitím alkoholu nebo aplikace návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky. Vyloučeno je též umělé kóma (dlouhodobá narkóza) navozené medikamentózně pro léčebné účely.
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 jednoho 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,
- počet granulocytů (bílé krvinky s vyzrálými granuly v cytoplasmě) v krvi je nižší než 500/mm³ (t.j. 0,5 x10⁹/l) a krevních destiček nižší než 20 000/mm³ (t.j. 20x10⁹/l),
- 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 pojištění.
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)** – diabetem 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.
p) **operace srdeční chlopně** – pro účely pojištění podle těchto SPP se rozumí operace srdeční chlopně provedená přes otevřený hrudník za účelem léčebného zákroku na srdeční chlopni. Operace srdeční chlopně musí být lékařsky nezbytná a musí být v lékařské dokumentaci řádně zdůvodněna. Pojistná událost nenastává v případě, že k operaci došlo v důsledku získaného onemocnění zapříčiněného požíváním alkoholu a/nebo aplikací omamných či návykových látek.
Výše pojistného plnění je rovna 100 % pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění.
r) **získané chronické srdeční onemocnění** – pro účely pojištění podle těchto SPP se rozumí získané onemocnění srdce, které se projevuje trvalou funkční a/nebo morfologickou patologií srdeční tkáně (srdeční chlopně, endokard, myokard a/nebo perikard). Podmínkou vzniku pojistné události je, aby náležitá léčba získaného chronického srdečního onemocnění probíhala po dobu nejméně šesti měsíců, po celou tuto dobu dosahovalo onemocnění stupně II nebo vyššího podle NYHA klasifikace a přes náležitou léčbu nelze očekávat zlepšení.
Pojistná událost nenastává, jedná-li se o získané chronické srdeční onemocnění:
- vzniklé v důsledku požívání alkoholu nebo aplikace omamných či návykových látek,
- vzniklé v důsledku defektu v srdečním septu,
- pokud byla u pojištěného dítěte diagnostikována revmatická horečka před počátkem pojištění velmi vážných onemocnění.

Výše pojistného plnění je závislá na stupni postižení dle NYHA klasifikace:
- stupeň IV dle NYHA klasifikace: 100 % pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění,
- stupeň II nebo III dle NYHA klasifikace: 50 % pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění.

s) **astma bronchialie** – je závažným onemocněním v případě současného splnění všech tří následujících kritérií trvajících déle než dvanáct měsíců:
  - trvalé klinické příznaky (těžké a středně těžké perzistující astma) či záchvat více než jedenkrát týdně (lehké perzistující astma); časté noční příznaky;
  - trvalá potřeba léčby bronchodilatačními léky (beta-mimetika, aminofylin) či trvalé podávání inhalačních kortikoidů;
  - odchylky v plicním funkčním vyšetření – FEV, ≤60 % náležité hodnoty.
t) **epilepsie** – pro účely pojištění podle těchto se SPP rozumí záchvatovitá přechodná porucha mozkové činnosti, která se projevuje poruchou vědomí. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby provedené EEG vyšetření vykazovalo patologickou epileptickou aktivitu mozku a zároveň byl splněn jeden z následujících požadavků:
- více než jeden záchvat tonicko-klonických křečí postihující všechny kosterní svaly a současná porucha vědomí (grand mal) častěji než jedenkrát za sedm dnů po dobu více než dvanáct měsíců. V případě takové pojistné události je výše pojistného plnění rovna 100 % pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění,
- více než jeden záchvat tonicko-klonických křečí postihující všechny kosterní svaly a současná porucha vědomí (grand mal) častěji než jedenkrát za třicet dnů po dobu více než dvanáct měsíců. Po celou dobu musí být pojištěné dítě odpovídajícím způsobem léčeno a záchvaty musí být dokumentovány lékařskými zprávami.

V případě takové pojistné události je výše pojistného plnění rovna 25% pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění.
Pojistná událost nenastává v případě, že diagnóza epilepsie byla poprvé stanovena během prvních dvou let od počátku pojištění a současně toto onemocnění souviselo s níže uvedenými příčinami a symptomy, kterých si byli pojištěné dítě a/nebo jeho rodiče vědomi před počátkem pojištění:
- úraz hlavy,
- zánětlivé onemocnění a/nebo infekce mozku,
- chirurgický zákrok na mozku,
- nádor mozku,
- hypoxie během porodu pojištěného dítěte.

u) **revmatická horečka** – pro účely pojištění podle těchto SPP se rozumí revmatická horečka s přetrvávajícími srdečními komplikacemi. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby onemocnění vedlo k trvalému chronickému srdečnímu selhání, které dosahuje stupně II nebo vyššího podle NYHA klasifikace po dobu nejméně šesti měsíců, a přes náležitou léčbu nelze očekávat zlepšení. Diagnóza revmatické horečky musí být potvrzena kardiologem a musí být prokázáno splnění všech diagnostických kritérií podle Jonese. Pojistná událost nenastává, trpělo-li pojištěné dítě chlopenní vadou jakéhokoli původu před počátkem pojištění.
Výše pojistného plnění je závislá na stupni postižení dle NYHA klasifikace:
- stupeň IV dle NYHA klasifikace: 100% pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění,
- stupeň II nebo III dle NYHA klasifikace: 50% pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění.

v) **tetanus** – pro účely pojištění podle těchto SPP se rozumí akutní infekce způsobená bakterií Clostridium tetani. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby onemocnění vedlo ke svalové ochablosti a respirační nedostatečnosti trvající po dobu nejméně čtyř týdnů potvrzené odborným lékařem a byla nutná léčba pojištěného dítěte za hospitalizace. Pojistná událost nenastává, pokud pojištěné dítě nebylo řádně očkováno dle platného očkovacího kalendáře.
Výše pojistného plnění je rovna 25% pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění.

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 uvedené v tomto článku, pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky nebo jeho části pro pojištění velmi vážných onemocnění nezávisle na případném dalším plnění z jakéhokoliv 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 tomto 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, které uvádí tento článek, 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 pojistnou 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 nebo jeho části. 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.
h) V případě, kdy došlo v posledních třech měsících před stanovením diagnózy, příp. operace, velmi vážného onemocnění ke zvýšení pojistné částky pro případ velmi vážných onemocnění, vyplatí pojistitel pojistnou částku platnou před jejím zvýšením.

B. OSTATNÍ DOPLŇKOVÁ A ÚRAZOVÁ SLOŽKA POJIŠTĚNÍ

a) Pro dětská pojištění pro případ smrti následkem úrazu a denního odškodného platí zásady uvedené v bodech H a J článku 7 těchto SPP. Pro pojištění trvalých následků úrazu platí ustanovení bodu I článku 7 těchto SPP, vyjma možnosti sjednat pro pojištěné dítě pojištění trvalých následků úrazu s progresivním plněním od 10%. Pro pojištění hospitalizace platí ustanovení bodu K článku 7 těchto SPP, vyjma možnosti sjednat pro pojištěné dítě pojištění hospitalizace pouze následkem úrazu.
Pro výše uvedená dětská pojištění se dále sjednává:
b) Do posledního dne roku, ve kterém dítě dovrší 10 let věku, platí odlišně od Zvláštní 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.
c) Pro pojistné plnění z pojištění pro případ smrti následkem úrazu dítěte je obmyšleným pojistník.
d) Děti nejsou zařazovány do rizikových skupin.
e) Pojistitel poskytne pojistné plnění z pojištění hospitalizace pojištěného dítěte z důvodu nemoci s výjimkou hospitalizace z důvodu vrozených vad.
f) Maximální počet dnů za denní odškodné, za které poskytne pojistitel pojistné plnění, je 180 dnů.
g) Maximální počet dnů pro připojištění k dennímu odškodnému – denní odškodné nad limit stanovený oceňovací tabulkou DO, za které celkově pojistitel poskytne pojistné plnění, je 365 dnů.
h) Maximální počet dnů pojištění hospitalizace, za které celkově pojistitel poskytne pojistné plnění, je 365 dnů.

ČLÁNEK 9
Rizikové skupiny

A. Vykonává-li pojištěný povolání, sportovní nebo jinou zájmovou činnost se zvýšeným rizikem úrazu, je pojistné za úrazové pojištění upraveno podle stupně nebezpečnosti vykonávané činnosti.

1. riziková skupina
Veškerá povolání v nevýrobní oblasti, popř. ve výrobní oblasti s podobnými riziky úrazu, a povolání s převažující duševní činností, popř. malým podílem manuální práce (např. úředníci, prodavači, učitelé, lékaři, architekti). Dále sem patří sporty vykonávané rekreačně (vyjma sportů uvedených ve 4. rizikové skupině).

2. riziková skupina
Všechna povolání ve výrobní oblasti a v oblasti s převažujícím podílem manuální práce, popř. se zvýšeným rizikem úrazu, která nepatří do RS 1 a RS 3, včetně vojáků z povolání a soukromých podnikatelů (pokud nepracují převážně v administrativě) a vedoucích pracovníků firem. Patří sem např. číšníci, instalatéři, dělníci, příslušníci policie, novináři). Dále sem patří sporty vykonávané registrovaně ve sportovních organizacích na úrovni krajského přeboru a nižší (vyjma sportů uvedených ve 4. rizikové skupině) a sporty vykonávané profesionálně, u kterých není zvýšené riziko úrazu (např. šachy, golf, bowling).

3. riziková skupina
Povolání, sportovní nebo jiná zájmová činnost s velmi vysokým rizikem úrazu (např. hasiči, lesní dělníci, členové jednotek rychlého nasazení, osoby pracující ve výškách, důlní práce, práce s jedy nebo výbušninami apod.). Dále sem patří sporty vykonávané registrovaně ve sportovních organizacích na úrovni vyšší, než je krajský přebor (vyjma sportů uvedených ve 4. rizikové skupině a sportů vykonávaných profesionálně).

4. riziková skupina
Všechny práce nebo činnosti s extrémním, velmi vysokým stupněm ohrožení zdraví, např. činnosti při zajíždění motorových vozidel a jejich typových zkouškách, tovární jezdci motorových vozidel, plavidel, kaskadéři a všechna sportovní odvětví uvedená ve 2. RS a 3. RS vykonávaná profesionálně nebo za úplatu (hlavní příjem). Dále sem patří všechny sporty s velmi vysokým rizikem úrazu (horolezectví, bungee jumping, potápění s kyslíkovým přístrojem, rafting, box, bojové sporty, letecké sporty a všechny adrenalinové sporty. Dále motoristické sporty, služba v ozbrojených silách mimo území ČR. Dále veškerá práce a činnost, ke které je vystaveno zvláštní ujednání (odchylky od VPP, SPP).
Úrazy, vyplývající z výkonu činností fotbalisty a hokejisty vykonávané profesionálně nebo za úplatu, jsou vyloučeny a pojistitel za ně neposkytne pojistné plnění (týká se i tréninkových aktivit).
Pojištěný se může sám rozhodnout, jestli chce být zařazen do rizikové skupiny odpovídající jeho vykonávané sportovní či jiné zájmové činnosti. V případě, že dojde k úrazu a pojištěný je zařazen do nižší rizikové skupiny, než která náleží ke sportovní či jiné zájmové činnosti, při které k úrazu došlo, snižuje se pojistné plnění v poměru pojistného, které má být placeno, a pojistného, které bylo placeno.

B. Rizikové rekreační sporty
K níže uvedeným rizikům doplňkové a úrazové složky pojištění lze sjednat bez navýšení stávajícího pojistného pojištění rizikových rekreačních sportů.
Na rizikovou činnost spojenou s rekreačními sporty lze na každé smlouvě vyčerpat za jeden kalendářní rok limit stanovený pojistitelem v platném přehledu poplatků a parametrů produktu. Informaci o počátku a konci období, na které by měla platit rozdílná (vyšší) riziková skupina, než která je sjednaná v pojistné smlouvě, podá pojistník pojistiteli prostřednictvím SMS zprávy.
Pojištění rizikových rekreačních sportů lze sjednat k následujícím rizikům: pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky (následkem úrazu), vč. připojištění, pojištění pro případ smrti následkem úrazu, pojištění trvalých následků úrazu, pojištění denního odškodného – úraz, vč. připojištění, pojištění hospitalizace (následkem úrazu), připojištění úrazu k pracovní neschopnosti.

ČLÁNEK 10
Indexace

a) Byla-li v pojistné smlouvě sjednána indexace, navrhne pojistitel úpravu běžně placeného pojistného a vybraných pojistných částek tak, aby reálná hodnota pojištění zůstala zachována. Pojistitel může stanovit limity pojistných částek pro jednotlivá rizika, které nemohou být indexací pojistné částky překročeny. Pojistná částka může být zvýšena maximálně na hodnotu tohoto limitu.
b) Indexace běžně placeného pojistného a vybraných pojistných částek se provádí vždy k výročnímu dni počátku pojištění. Indexace se vztahuje vždy na základní pojistnou částku pro případ smrti z jakýchkoliv příčin, dále na doplňkovou pojistnou částku pro případ smrti z jakýchkoliv příčin, na pojistnou částku velmi vážných onemocnění, invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky, smrti následkem úrazu a trvalých následků úrazu, pokud jsou tato rizika v pojistné smlouvě sjednána. Indexace se vztahuje pouze na pojistné částky dospělého pojištěného.
c) Indexace běžně placeného pojistného a vybraných pojistných částek bude prováděna nejdříve po dvou letech od počátku pojištění ve výši stanovené pojistitelem v souladu s růstem indexu spotřebitelských cen, min. však o 5%. Vybrané pojistné částky budou navýšeny podle pojistně-technických a kalkulačních zásad v odpovídající výši k indexaci běžně placeného pojistného, max. však o stanovenou výši indexace běžně placeného pojistného. Minimální výši běžného pojistného, při které se indexace provádí, stanovuje pojistitel.
d) Indexace se provádí bez dalšího zkoumání zdravotního stavu pojištěného. Při zvýšení pojistné částky pro případ velmi vážného onemocnění nebude uplatňována čekací doba na rozdíl mezi původně sjednanou pojistnou částkou a indexovanou pojistnou částkou pro velmi vážné onemocnění.
e) Pojistitel zašle pojistníkovi v souladu s poskytnutým písemným souhlasem v návrhu na uzavření pojistné smlouvy nabídku rozsahu indexace pojistné smlouvy a k výročnímu dni počátku pojištění vystaví dodatek k pojistné smlouvě, ve kterém bude uvedeno upravené pojistné a pojistné částky. Pojistník má právo pro dané období indexaci písemně odmítnout. Písemné odmítnutí musí být pojistiteli doručeno nejpozději 15 dnů před výročním dnem počátku pojištění. Odmítnutí indexace doručené pojistiteli po tomto termínu není pojistitel povinen akceptovat. Neodmítne-li pojistník indexaci písemným zasláním svého odmítnutí, má se za to, že s indexací souhlasí v souladu s poskytnutým písemným souhlasem v pojistné smlouvě (dle ustanovení VPP čl. 16 – Doručování a sdělení).
f) O trvalé odmítnutí indexace musí pojistník požádat písemnou formou žádosti o změnu pojistné smlouvy. Přijetí žádosti bude potvrzeno vystavením dodatku k pojistné smlouvě.
g) Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění:
- v případě vzniku nároku na zproštění od placení pojistného;
- bylo-li vyplaceno pojistné plnění z pojištění velmi vážných onemocnění a/nebo z pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky, vč. připojištění k pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky a/nebo trvalých následků úrazu.

V uvedených případech dojde k automatickému vyřazení indexace z pojistné smlouvy.
h) Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění u pojistných smluv, u nichž je:
- sjednán příspěvek zaměstnavatele v jakékoliv variantě příspěvků;
- v době ode dne zaslání nabídky rozsahu indexace pojistné smlouvy do dne vystavení dodatku k pojistné smlouvě týkající se této indexace provedena pojistně-technická změna (dle ustanovení SPP čl. 6 – Změny v pojistné smlouvě);
- předplaceno běžné pojistné či dohodnuto přerušení placení pojistného, a to nejdéle na dobu 3 následujících měsíců od výročního dne počátku pojištění.

V případě existence předplaceného pojistného na dobu nejdéle 3 měsíců od výročního dne počátku pojištění bude předplacené pojistné automaticky převedeno jako mimořádné pojistné a indexace bude provedena v navrhované výši a rozsahu.
Neprovedení indexace v uvedených případech bude pouze dočasné (pro nejbližší nadcházející období). Pro další období může být pojistitelem indexace opět nabídnuta.