

Speciální pojistné podmínky Flexibilního životního pojištění JUNIOR

Tyto speciální pojistné podmínky (dále jen „SPP“) se řídí zákonem o pojistné smlouvě a všeobecnými pojistnými podmínkami pro pojištění spojená s investičními fondy OSOINV 2 ze dne 1. dubna 2007 (dále jen „VPP“) a jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy (dále jen „smlouva“).

ČLÁNEK 1

Základní pojmy

Pro účely sjednávání pojištění platí tento výklad poujmu:

- Flexibilní životní pojištění JUNIOR (dále jen „JUNIOR“) – kombinace pojištění a investic do kapitálové hodnoty smlouvy sjednávání v prospěch pojištěného dítěte. Pojistné částky jsou pevně dány smlouvou a částka určená k výplatě při dožití konce pojištění, resp. v případě předčasného ukončení smlouvy, je dána aktuální výší kapitálové hodnoty smlouvy.
- V případě běžné placené pojistné může pojištění JUNIOR uzavřít dospělý pojištěný (pojistník) se vstupním věkem od dovršených 18 let do 70 let, pro pojištěné dítě se vstupním věkem od 0 let do nedovršených 18 let, na dobu minimálně 5 let; maximální doba trvání pojištění může být do roku, ve kterém se pojištěné dítě dožije minimálně 19 let a maximálně 25 let, při zachování maximálního výstupního věku pojistníka 75 let. Pojistník musí být zákonným zástupcem pojištěného dítěte.
- V případě jednorázové placené pojistné může pojištění JUNIOR uzavřít dospělý pojištěný (pojistník) se vstupním věkem od dovršených 18 let (horní hranice není omezena), pro pojištěné dítě se vstupním věkem od 0 let do nedovršených 18 let, na dobu minimálně 5 let; maximální doba trvání pojištění může být do roku, ve kterém se pojištěné dítě dožije minimálně 19 let a maximálně 25 let. Pojistník nemusí být zákonným zástupcem pojištěného dítěte. V případě, že pojistník není současně zákonným zástupcem, musí dát zákonné zástupce k pojištění písemným souhlasem.
- Kapitálová hodnota smlouvy – pojistná rezerva stanovená platnými pojistně-technickými postupy pro jednotlivou smlouvu, vyjádřená v Kč. Garantovaná výše pravidelného růstu kapitálové hodnoty (zhodnocení) je uvedena v pojistce a v sazebníku poplatků.
- Netechnické změny – změny na smlouvě nemající vliv na výši pojistného (např. změna adresy).
- Technická změny – změny na smlouvě s vlivem na výši pojistného, pojištěná rizika apod.
- Pojištěné riziko – riziko, které je určeno typem pojištění a pojistnou částkou.

ČLÁNEK 2

Pojistné plnění pro pojištěné dítě

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

ČLÁNEK 3

Pojistné

- Pojistné lze zaplatit najednou za celou dobu, na kterou bylo pojištění sjednáno (jednorázové pojištění).
- Pojistné lze platit za dohodnutá pojistná období (běžné pojištění).
- Pojistník může kdykoliv v době trvání pojištění zaplatit mimořádné pojištění, tj. jednorázové zaplacení pojistné nad rámec sjednaného běžného pojistného nebo počátečního jednorázového pojistného.
- Pojistník si může kdykoliv v době trvání smlouvy předplatit pojištění, 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.
- Pojistník může kdykoliv v době trvání smlouvy zaplatit mimořádné pojištění v minimální výši stanovené pojistitelem. Mimořádné pojištění zvyšuje kapitálovou hodnotu smlouvy. Zaplacení mimořádného pojistného nemá vliv na povinnost pojistníka platit sjednané běžné pojištění. Pojistitel je oprávněn použít část mimořádného pojistného na pokrytí dlužného běžného pojistného k datu připsání mimořádného pojistného na účet pojistitele. Mimořádné pojištění je možno uhradit na základě pokynu uvedených v pojistce. K úhradě mimořádného pojistného je určen zvláštní variabilní symbol. Pojistitel je oprávněn odmítnout mimořádné pojištění zaplacené pod stanovenou minimální hranici.
- Běžné pojištění, jednorázové pojištění i mimořádné pojištění se používá podle platných pojistně-technických pravidel k navýšení kapitálové hodnoty smlouvy.
- Pojistitel zaúčtuje jednorázové, běžné a mimořádné pojištění bez zbytečného odkladu, nejdříve však v den, kdy jsou peníze připsány a identifikovány na účet 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.

ČLÁNEK 4

Náklady, poplatky a cena pojištění

- Cena pojištění (pojistné) – pojistitel má právo za každé pojistně-technické období snižovat kapitálovou hodnotu smlouvy o částku potřebnou ke krytí sjednaného rozsahu pojistného rizika a o dále uvedených technické poplatky, kalkulované podle platných pojistně-technických zásad pojistitele. Snižování kapitálové hodnoty smlouvy je prováděno na počátku každého pojistně-technického období v ceně jednotky platné v den, kdy byly poplatky a rizikové pojištění strženy. V odůvodněných případech se může pojistitel od těchto pravidel odchýlit.
- Alokace – pojistitel má právo běžné pojištění v prvních letech trvání smlouvy snížit o poplatek na pokrytí počátečních nákladů spojených se vznikem smlouvy. V případě navýšení běžné placené pojistného má právo pojistitel z navýšené části pojistného (rozdílu mezi novou a původní výší pojistného) účtovat pojistného poplatek na pokrytí nákladů spojených s úpravou a změnou smlouvy.
- Marže – pojistitel má právo účtovat poplatek z pojistného při připsávání pojistného do kapitálové hodnoty smlouvy.
- Poplatek z pojistné částky – pojistitel má právo na počátku smlouvy snížit kapitálovou hodnotu o poplatek z hodnoty 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 smlouvy.
- Administrativní poplatek – pojistitel má právo, zpravidla měsíčně, účtovat poplatek za správu a vedení pojistné smlouvy; poplatek se inkasuje stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy.
- Poplatek za správu kapitálové hodnoty (management fee) – pojistitel má právo použít část výnosu z kapitálové hodnoty na pokrytí nákladů spojených s její správou.

Pojistitel má právo účtovat poplatky za tyto služby

- za inkasní služby – pojistitel má právo v závislosti na způsobu a technice úhrady pojištění účtovat poplatek z úhradené platby; poplatek se účtuje stržením příslušné částky z kapitálové hodnoty smlouvy,
- za provedení změny do smlouvy – pojistitel má právo v případě vystavení dodatku účtovat poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy,
- za výběr části kapitálové hodnoty – pojistitel má právo v případě požadavku (realizovaného i nerealizovaného) na výběr části kapitálové hodnoty účtovat poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy,
- za vystavení druhopisu – pojistitel má právo za vystavení druhopisu pojistníkem

požadovaného dokumentu (např. pojistky, dodatku) účtovat poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy.

- za sdělení aktuální výše kapitálové hodnoty smlouvy – pojistitel má právo v případě požadavku na sdělení aktuální výše kapitálové hodnoty smlouvy účtovat poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy,
- za sdělení výše odkupného – pojistitel má právo v případě požadavku na sdělení výše odkupného účtovat poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy.

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

ČLÁNEK 5

Volitelné parametry v průběhu trvání pojištění

I. Změny v pojistné smlouvě

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

II. Výplata kapitálové hodnoty smlouvy

Pojistník může požádat pojistitele o výplatu části kapitálové hodnoty smlouvy, pokud tato částka dosáhne minimální výše stanovené pojistitelem. K uskutečnění této výplaty může dojít nejdříve v roce, ve kterém pojištěné dítě dosáhne 19 let. Další podmínkou uskutečnění této výplaty je postačitelost výše běžné placené pojistné a zůstatku kapitálové hodnoty smlouvy pro pokrytí sjednaného rizikového pojistného a technických poplatků za správu smlouvy do konce trvání smlouvy. Při splnění výše uvedených podmínek bude provedena výplata části kapitálové hodnoty nejdříve po dvou pracovních dnech a současně nejpozději do čtyř týdnů ode dne doručení žádosti na centrálu pojišťovny. Pojistitel je oprávněn při vřizování žádosti o výplatu části kapitálové hodnoty účtovat pojistníkovi pojistně-technický poplatek (viz platný sazebník poplatků). Pokud pojistník požaduje výplatu části kapitálové hodnoty smlouvy na účet, musí být na žádosti provedeno ověření identifikačních údajů pojistníka.

ČLÁNEK 6

Fixace pojistné smlouvy

V případě jednorázové zaplacené pojistného bude pojistná smlouva zafixována, pokud dojde k úmrtí dospělého pojištěného (pojistníka) a jednorázové pojištění bylo uhrzeno.

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

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

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

ČLÁNEK 7

Rozsah pojištění

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

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

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

- Pojištění je sjednáno pro osobu ve věku od 18 let do 70 let. Pojistné krytí končí nejpozději v roce, ve kterém se dospělý pojištěný dožije 75 let.
- A pokud v průběhu trvání pojištění dojde k úmrtí dospělého pojištěného, dochází ke zproštění od povinnosti platit běžné pojištění. Povinnost platit běžné pojištění se sjednané výši přechází v případě zproštění na pojistitele v rozsahu aktuálně platném na pojistné smlouvě do původně sjednaného konce pojištění.
- Zproštění od placení běžného pojistného se nevztahuje na případy, kdy dospělý pojištěný zemře do doby dvou let od počátku pojištění následkem jakéhokoli onemocnění, které nastalo nebo bylo diagnostikováno před počátkem pojištění nebo v případě sebevraždy. Pojistná smlouva bude ukončena a pojistitel vyplatí pojištěnému dítěti kapitálovou hodnotu smlouvy platnou ke dni nahlášení úmrtí. Pokud není vytvořena kladná kapitálová hodnota smlouvy, zaniká pojištění bez náhrady.
- Zproštění od placení běžného pojistného počíná ode dne nejbližší splatnosti pojistného po datu úmrtí dospělého pojištěného. Zproštění od placení

běžného pojistného končí nejpozději uplynutím doby, na kterou bylo pojištění zproštěno od placení běžného pojistného sjednáno.

B. Pojištění pro případ smrti

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

- Při úmrtí dospělého pojištěného z jakéhokoli příčin vyplatí pojistitel pojištěnému dítěti pojistné plnění ve výši 30 % pojistné částky platné ke dni úmrtí dospělého pojištěného. Pojistné plnění ve výši 70 % pojistné částky, platné ke dni úmrtí dospělého pojištěného, bude převedeno do kapitálové hodnoty smlouvy.

V případě zjištění dlužného pojistného na pojistné smlouvě před výplatou pojistného plnění, bude toto dlužné pojištění strženo ještě před rozdělením pojistného plnění na 30 % a 70 %. Před výplatou pojistného plnění budou strženy zjištěné dluhy u dospěleho pojištěného (pojistníka) a zjištěné dluhy pojištěného na jiných pojistných smlouvách u pojištěného dítěte (příjme pojistného plnění).

- V případě úmrtí dospělého pojištěného do doby dvou let od počátku pojištění následkem jakéhokoli onemocnění, které nastalo nebo bylo diagnostikováno před počátkem pojištění, zaniká pojištění bez náhrady.
- Smrti dospělého pojištěného končí všechna jeho sjednaná pojištění.
- Pokud k úmrtí pojistníka dojde před počátkem pojištění, pojistná smlouva bude ukončena před tímto počátkem a v případě, že bylo uhrzeno pojištění, bude toto pojištění nahlášeno do dědicického řízení.

C. Pojištění plné invalidity

1. Pojištění může být sjednáno pro osobu ve věku od 18 let do 64 let, je-li současně sjednáno pojištění pro případ smrti. Pojistné krytí končí nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technickému období, ve kterém se dospělý pojištěný dožije 65 let.

2. Předpoklady pro přiznání plné invalidity

Dospělý pojištěný je plně invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu:

- poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 66 %, nebo
- je schopen pro zdravotní postižení soustavné výdělečné činnosti jen za zcela mimořádných podmínek.

Při určování poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti dospělého pojištěného se vychází z jeho zdravotního stavu doloženého výsledky funkčních vyšetření a z jeho schopnosti vykonávat práce odpovídající zachovaným tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlídnutím k výdělečné činnosti, které vykonával předtím, než k takovému poklesu došlo, a k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem; přitom se bere v úvahu, zda jde o zdravotní postižení trvale ovlivňující schopnost výdělečné činnosti dospělého pojištěného, zda a jak je dospělý pojištěný na své zdravotní postižení adaptován, a schopnost requalifikace dospělého pojištěného na jiný druh výdělečné činnosti, než dosud vykonával.

3. Pojistné plnění z pojištění plné invalidity pojistitel poskytne, pokud dojde ke splnění následujících podmínek:

- Dospělý pojištěný se stal trvale, plně a nezvratně neschopným a tímto nezpůsobilým k výkonu práce nebo jiné výdělečné činnosti. O splnění této podmínky rozhodne pojistitel na základě odborné lékařské expertizy od smluvního lékaře.
- Dospělý pojištěný byl během trvání pojištění, nejdříve však po dvou letech trvání od počátku pojištění, uznan v smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení plně invalidním.
- Splnění podmínky dvou let podle bodu C, odst. 3, písm. b) tohoto článku se nevztahuje, pokud byl uznan plně invalidním výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo v době trvání pojištění.
- Dospělý pojištěný vyvine na požádání pojistitele přiměřenou potřebnou součinnost.
- V případě, kdy došlo v posledních dvou letech, před uzáním pojištěného plně invalidním ke zvýšení pojistné částky pro případ plné invalidity, vyplatí pojistitel pojistnou částku platnou před jejím zvýšením. Jestliže byl pojištěný uznan plně invalidním výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo v době trvání pojištění, vyplatí pojistitel pojistnou částku platnou po jejím zvýšení.
- Pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky pro případ plné invalidity bude vyplaceno dospělému pojištěnému (pojistníkovi).
- Vyplacením sjednané pojistné částky pro případ plné invalidity pojištění zaniká. Ostatní pojištění, pokud byla sjednána, zůstávají v platnosti.
- Pojistitel neplní v případech vzniklých následkem onemocnění a následkem úrazu, které nastaly, byly diagnostikovány nebo léčeny před počátkem pojištění.

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

- Pojištění velmi vážných onemocnění

- Pojištění denního odkudného

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

A. Pojištění trvalých následků úrazu

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

Utrpí-li pojištěné dítě úraz, jehož trvalé následky dosáhnou minimálně 0,5 % trvalého tělesného poškození podle „Oceňovací tabulky plnění za trvalé následky úrazu“, vyplatí pojistitel po ustálení těchto následků příslušné procento ze sjednané pojistné částky pro případ trvalých následků úrazu, se zahrnutím progresivního plnění, v závislosti na rozsahu trvalého tělesného poškození. K ustálení trvalých následků úrazu dochází obvykle nejdříve po jednom roce ode dne úrazu, s výjimkou případů, kdy je rozsah trvalého tělesného poškození jednoznačně zřejmý před uplynutím této doby. Se zahrnutím progresu je pojištění plnění vypláceno takto: od 0,5% do 25% včetně – příslušné % z jednonásobku pojistné částky, nad 25% do 50% včetně – příslušné % z dvojnásobku pojistné částky, nad 50% do 75% včetně – příslušné % z trojnásobku pojistné částky, nad 75% do 100% včetně – příslušné % z čtyřnásobku pojistné částky. Po ustálení trvalých následků (nejpozději však před uplynutím promlčecí lhůty) je klient povinen nahlásit pojistnou událost pojistiteli, termín hodnocení rozsahu trvalých následků stanoví pojistitel, klient je povinen o zajištění hodnocení požádat pojistitele v termínu určeném pojistitelem.

Pojistná událost

- Výši pojištěného plnění za trvalé následky úrazu určuje pojistitel podle dále uvedených zásad a „Oceňovací tabulky plnění za trvalé následky úrazu“ (dále jen „oceňovací tabulka“) platných v době vzniku pojistné události (úrazu), do které má pojištěné dítě (v případě nezletilosti pojištěného dítěte zákonný zástupce) právo nahlédnout. Oceňovací tabulku může pojistitel doplnit a měnit. Za trvalé následky úrazu, které nejsou uvedeny v oceňovací tabulce, pojistitel pojištění plnění neposkytuje. Opakovaně hodnocení TN lze provést pouze u smluvního lékaře, kterého úřadí pojistitel, a to na náklady klienta. Pokud je to nezbytné, získává pojištěný relevantní informace na základě odborné lékařské expertizy od smluvního lékaře. Smluvní lékař vyhoví odbornou lékařskou expertizu, tj. zjištění zdravotního stavu na základě dodaných lékařských zpráv nebo zdravotnické dokumentace od ošetřujících lékařů a v případě potřeby i prohlídkou nebo vyšetřením.
- Zanech-li úraz pojištěnému dítěti trvalé následky, vyplatí pojistitel z pojistné částky (se zahrnutím progresu) tolik procent, kolika procentům odpovídá pro jednotlivá tělesná poškození podle oceňovací tabulky rozsah trvalých následků

po jejich ustálení a v případě, že se neustálily do tří let ode dne úrazu, kolika procentům odpovídá jejich stav ke konci této tříleté úbyti. Pojistitel nezohledňuje další změny ve zdravotním stavu klienta, které nastanou po ukončení této tříleté úbyti s výjimkou, kdy klient porušil ustanovení VPP v článku 8, odst. B, bodu 1, písm. h) a i). Stanoví-li oceňovací tabulka procentní rozptyl, určí pojistitel výši plnění tak, aby v rámci daného rozptylu odpovídalo plnění povaze a rozsahu tělesného poškození způsobeného úrazem.

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

B. Pojistění velmi vážných onemocnění

1. Předmět a rozsah pojistění

V pojistění velmi vážných onemocnění se vymezují následující pojmy:

- a) **rakovina** – přítomnost nekontrolovaného růstu a rozšiřování maligních buněk a jejich invaze do tkáně, termín „rakovina“ také zahrnuje leukémii (vč. chronické lymfatické leukémie), maligní lymfomy a Hodgkinovu chorobu. Vyloučeny a za nepojistné události se nepovažují:
- neinvazivní karcinomy in situ;
 - lokalizované neinvazivní tumory vykazující jen rané maligní změny (dysplazie cervixu, rakovina cervixu klasifikace CIN-1-3, rakovina prostaty klasifikace T1a nebo T1b);
 - všechny typy rakoviny kůže včetně maligního melanomu klasifikace 1A-1C;
 - všechny typy rakoviny za současného prokázání přítomnosti HIV infekce.
- Pro doložení onemocnění musí být předložena potvrzená lékařská dokumentace s přehlednou klasifikací zhoubného novotvaru (nádroru).
- b) **nitrolební (intrakraniální) nádor** – nitrolební (intrakraniální) nádory s klinickou symptomatologií, které je nutno řešit chirurgicky otevřeným přístupem (z kraniotomie), eventuelně stereotaktickým zákrokem. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem rozhodnutí odborného lékaře (neurologa, neurochirurga) o nutnosti (indikaci) operativního zákroku, eventuelně rozhodnutí o neoperabilitosti nitrolebního nádorového procesu.
- c) **následstevce životně důležitých orgánů** – nezbytné nutná a lékařským nálezem indikovaná transplantace srdce, srdce a plic, jater, ledvin, kdy je příjemcem pojistěné dítě. Operace musí být provedena na území členských států Evropské Unie (nebylo-li před provedením s pojistitelem dohodnuto jinak) lékařským pracovištěm, které je oprávněno tyto operace provádět. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem provedení operace, pokud k ní došlo po uplynutí tříměsíční čekací doby od počátku pojistění a zahrnuje pouze transplantace výše uvedených orgánů. Transplantace musí být z lékařského hlediska nezbytná a musí být objektivně potvrzeno selhání funkce příslušného orgánu.
- d) **totální ledvinové selhání** – konečné stadium ledvinového selhávání následkem chronického a nezvratného selhání funkce obou ledvin; pojistěné dítě musí podstupovat pravidelnou dialýzu nebo být po transplantaci ledviny. Za pojistnou událost se považuje také zařazení pojistěného dítěte do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci ledviny po uplynutí čekací doby uvedené v odst. 2, písm. c) tohoto článku a jeho setrvání v seznamu po dobu minimálně šesti měsíců. Vyloučena je pouze jednostranná nefrektomie a přechodná dialýza z důvodu akutního ledvinového selhání. Pro doložení onemocnění musí být doloženo potvrzení nefrologa o nezbytnosti pravidelné dialýzy.
- e) **operace aorty** – operační výkon na aortě provedený v důsledku jejího roztržení, vzniku výdutě; vyloučeny jsou operace na větvích aorty nebo by-passy vystupující z aorty a vedoucí krev do periferního řečiště a operační výkony na aortě provedené v důsledku úrazu. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem provedení operace, pokud k ní došlo na území členských států Evropské unie (nebylo-li před provedením s pojistitelem dohodnuto jinak) a po uplynutí tříměsíční čekací doby od počátku pojistění.
- f) **slepotá** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta zraku obou očí v důsledku onemocnění nebo úrazu; diagnóza musí být klinicky potvrzena odborným lékařem (oftalmologem) pojistitelem. Pojistnou událost není snížení zraku (zrak) nižšího stupně.
- g) **hluchota** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta sluchu obou uší v důsledku onemocnění nebo úrazu; diagnóza musí být klinicky potvrzena audiometrickým vyšetřením, tympanometrií a vyšetřením akustického reflexu odborným lékařem pojistitelem. Pojistnou událost není snížení sluchu nižšího stupně.
- h) **paraplegie, tetraplegie** – úplné a trvalé ochrnutí obou dolních, obou horních nebo všech končetin s úplným a trvalým přerušením vodivosti míchy pro věkna zajišťující hybnost. Povinnost pojistitele plnit vzniká nejdrve šesti měsíců od počátku onemocnění po stanovení diagnózy paraplegie nebo tetraplegie příslušným klinickým pracovištěm. Vyloučena jsou částečná a vrozená ochrnutí končetin.
- i) **koma** – stav hlubokého bezvědomí bez reakce na vnější či vnitřní podněty, který trvá nepřetržitě nejméně 96 hodin. Během této doby musí být uměle udržována některá ze základních životních funkcí. Následkem musí být trvale prokazatelné poškození v klinickém neurologickém nález. Povinnost pojistitele plnit začíná dnem potvrzení diagnózy a trvalého neurologického poškození příslušným klinickým pracovištěm. Vyloučeno je koma vzniklé následkem zneužívání alkoholu nebo aplikace návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky. Dále pojistitel neplní za koma vzniklé na podkladě úrazu v souvislosti s požitím alkoholu nebo aplikace návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky.
- j) **mozková obrna (poliomyelitida)** – akutní infekce virem poliomyelitidy způsobující trvalé zdravotní postižení a vedoucí k trvalé paralýze způsobené 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 událost není paralýza trvajcí méně než tři měsíce a případy Guillain-Barrého syndromu.
- k) **meningitida, encefalitida** – zánež mozkových blan nebo mozkové tkáně vyvolané virem nebo bakteriální infekcí; onemocnění může být prvotní nebo součástí jiného infekčního onemocnění (pouč infekční a parainfekční). Pojistnou událost 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 týž 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 pojistěného dítěte potvrzující splnění alespoň jedné z následujících podmínek po dobu minimálně šesti po sobě následujících měsíců a obsahující písemné vyjádření lékaře o očekávaném neztěpování se současného stavu:

- pojistěné dítě dosáhlo věku tří let, ohrožuje samo sebe a/nebo své okolí v důsledku svého duševního postižení, potřebuje trvalý celodenní dohled,
 - pojistěné dítě dosáhlo věku tři let, je trvale upoutáno na lůžko nebo židli, nemůže stát bez asistence další osoby nebo musí být pod trvalým celodenním dohledem.
- Nedosáhlo-li pojistěné dítě, v případě onemocnění definovaných pod tímto písmenem, věku tři let, vzniká nárok na pojistné plnění prokázáním splnění (včetně písemného vyjádření lékaře o očekávaném neztěpování 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 pojistěné dítě došlo tří let věku.
- l) **virová hepatitida** – virový zánež jaterní tkáně způsobující virem hepatitidy. Vyloučeno je infekční onemocnění virem hepatitidy typu A. Pro doložení onemocnění a podmínkou vzniku pojistné události je splnění těchto požadavků:
- pojistěné dítě je v době oznámení pojistné události infikováno virem hepatitidy, průkaz virem hepatitidy metodou PCR
 - jaterní testy (ALT, AST) jsou zvýšeny nejméně čtyřikrát nad standardní fyziologickou hladinu v důsledku zánežtu jater
 - zvýšená hladina jaterních enzymů musí být zjištěna v séru alespoň šest měsíců po skončení léčby virového zánežtu jater a zároveň v době oznámení pojistné události.

Onemocnění je doloženo také v případech, kdy byla hepatitida léčena interferonem, léčba skončila, k vyčlenění 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 cirkulaci krvi nedostatek červených a bílých krvinek a krevních destiček.

- Podmínkou vzniku pojistné události je splnění všech následujících požadavků:
- diagnóza aplastické anémie je potvrzena na základě výsledku punkce kostní dřeně,
 - koncentrace granulocytů (bílé krvineky s vyzrálými granuly v cytoplasmě) v krvi je nižší než 500 na mm³ a krevních destiček nižší než 20 000 na mm³,
 - je prokázána anémie a retikulocytopenie,
 - léčení je prováděno minimálně jedním z následujících způsobů:
 - pravidelné krevní transfuze 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 pojistěného dítěte diagnostikováno nádorové onemocnění před uzavřením tohoto pojistění.

Pojistná událost také nenastává v případě, že diagnóza aplastické anémie byla poprvé stanovena během prvních dvou let od sjednání pojistění a současně toto onemocnění souviselo s chronickým onemocněním, které si byli pojistěné dítě nebo jeho zákonní zástupci vědomi před uzavřením tohoto pojistění.

n) **diabetes mellitus I. typu s intenzifikovaným inzulínovým režimem (závislý na inzulínu)** – diabetem se pro účely pojistění rozumí získané chronické onemocnění, v jehož důsledku vznikne stav chronické hyperglykémie. Podmínkou vzniku pojistné události je doložení lékařské zprávy pojistitele s potvrzenou diagnózou diabetes mellitus I. typu, která pro svou závažnost vyžaduje léčbu pravidelnými aplikacemi inzulínových injekcí, přičemž tato léčba již trvá po dobu minimálně tři 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 začevičku traktu vzniklou po opakovaných resekcích (chirurgických výkonech na střevě s odnětím části střeva). Důsledky pro organismus jsou různé podle odřátého segmentu střeva a podle zbylé délky tenkého střeva. Nedochozí ke správnému vstřebávání živin. Následně vzniká podvýživa, kterou není možno řešit jinak než umělou parenterální výživou. Podmínkou pro poskytnutí pojistěného plnění je, že podávání umělé parenterální výživy trvá alespoň 1 rok nebo je trvalé. Další podmínkou je doložení lékařské zprávy s popisem postižení (základní dg) a odůvodněním nutnosti podávání umělé parenterální výživy.

2. Pojistná událost

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

h) V případě, kdy došlo v posledních třech měsících před stanovením diagnózy, příp. operace velmi vážného onemocnění ke zvýšení pojistné částky pro velmi vážného onemocnění, vyplatí pojistitel pojistnou částku platnou před jejím zvýšením

Pojistění velmi vážných onemocnění se nevztahuje na nemoci, které byly diagnostikovány nebo léčeny před počátkem pojistění.

C. Pojistění denního odsádného

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

Nárok na pojistné plnění nevzniká u nemocí, které vznikly v důsledku úrazu a dále ani v případech zhoršení onemocnění následkem úrazu.

Pojistná událost

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

Výluky z pojistěného plnění

Pojistitel neplní v případě:

- léčebných pobytů v lázních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, psychiatrických léčebnách nebo zařízeních, zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie nebo závislosti, s výjimkou případů, kdy pojistitel s tímto typem léčby vyjádřil předem písemně souhlas,
- hospitalizace související pouze s pečovatelskou péčí, jakož i ve speciálních dětských zařízeních a ústavech sociální péče,
- poruchy duševní a poruchy chování – MKN 10 (mezinárodní klasifikace nemocí) – diagnózy F00 – F99,
- zákroků a zásahů z lékařského hlediska ne nezbytných, které si pojistěný nechal provést na svém těle, jako např. zubní ošetření, chirurgie či ortopedie čelistí, kosmetické zákroky,
- pojistných událostí, které vzniknou zanedbáním péče pojistníka nebo zákonného zástupce o pojistěné dítě.