



## 2. Pojistná událost v pojištění velmi vážných onemocnění

Pojistné plnění bude pojištěnému vyplaceno pouze za předpokladu jeho přežití alespoň 30 kalendářních dnů od potvrzené lékařské diagnózy jednoho z velmi vážných onemocnění (čl. 10, odst. 1, bod a – d, g – l), resp. od data operace choroby (čl. 10, odst. 1, body e, f).

V pojištění velmi vážných onemocnění není pojišťitel 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. Onemocnění je pojištěný, popř. oprávněná osoba povinna, bez zbytečného odkladu nahlásit, a to nejděle do jednoho měsíce od data potvrzené lékařské diagnózy onemocnění. Při nahlášení onemocnění po tomto termínu bude vyplaceno pojistné plnění pouze v odůvodněných případech.

## B. Pojištění plně invalidity

- a) Byli-li pojištěnému během trvání pojištění, nejdříve však po dvou letech trvání od počátku pojištění, přiznán ve FZP uplatněných předpisů o sociálním zabezpečení plný invalidní důchod, vyplatí pojišťitel sjednanou pojistnou částku pro případ plně invalidity a pojištění plně invalidity skončí.
- b) Splnění podmínky dvou let podle odst. 1 tohoto článku se nevyžaduje, pokud byl invalidní důchod přiznán výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo nejdříve v den počátku pojištění.
- c) Pojištění plně invalidity se nevztahuje na onemocnění, která byla diagnostikována před počátkem pojištění.

## C. Pojištění zprůstřednění od placení pojistného

- a) V případě sjednání pojištění zprůstřednění od placení pojistného ve FZP je pojistník, pokud je současně i pojištěným 1, zprůstřednění od povinnosti platit běžné pojistné, jestliže během trvání pojištění, nejdříve však po dvou letech od počátku pojištění, mu byl přiznán ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení plný invalidní důchod.
- b) Pojištění zprůstřednění od placení pojistného nemůže být sjednáno a nárok na zprůstřednění od placení nevzniká, jsou-li pojistník a pojištěný různé osoby.
- c) Splnění podmínky dvou let podle odst. 1 tohoto článku se nevyžaduje, pokud byl invalidní důchod přiznán výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo nejdříve v den počátku pojištění.
- d) V případě ukončení zprůstřednění od placení pojistného (pojištěnému byl odejmut plný invalidní důchod), může pojistník, pokud je současně i pojištěným 1, písemně požádat o opětovné sjednání pojištění zprůstřednění od placení.
- e) Platnost a rozsah pojištění zprůstřednění od placení se dále řídí ustanoveními VPP, Zvláštní ustanovení I. – Životní pojištění, čl. 7, odst. 4 – 8.

## D. Připojištění kapitálové hodnoty

- a) Pojistná částka pro připojištění kapitálové hodnoty je ve stejné výši jako základní pojistná částka, sjednaná pro flexibilní životní pojištění.
- b) V případě smrti poslední pojištěné dospělé osoby na smlouvě, pojišťitel vyplatí kapitálovou hodnotu smlouvy ke dni nahlášení pojistné události, maximálně však do výše pojistné částky ke dni úmrtí.

## E. Úrazové pojištění

V úrazovém pojištění, které je součástí FZP, sjednává pojišťitel:

### 1. Pojištění smrti způsobené úrazem

Nastane-li smrt následkem úrazu, vyplatí pojišťitel sjednanou částku pro případ smrti úrazem.

### 2. Pojištění trvalých následků úrazu

Utrpí-li pojištěný úraz, jehož trvalé následky dosáhnou minimálně dohodnutého procenta trvalého poškození zdraví ve FZP u dospělých minimálně 0, 5 %, u dětí minimálně 0, 5 % podle „Oceňovací tabulky plnění za trvalé následky úrazu“, vyplatí pojišťitel po ustálení těchto následků příslušné procento ze sjednané pojistné částky trvalých následků úrazu.

### Progresivní plnění v trvalých následcích úrazu

Součástí rozsahu pojistného krytí trvalých následků úrazu je výplata pojistného plnění v závislosti na rozsahu trvalého tělesného poškození takto:  
od min. limitu 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 nebo  
nad 75 % do 100 % včetně – příslušné % z čtyřnásobku pojistné částky.

## 3. Pojištění denního odškodného

při pobytu v nemocnici důsledkem úrazu, včetně následné doby léčby v pracovní neschopnosti (v případě pojištění dětí celkové doby léčby)

- a) Denní odškodné je vypláceno od prvního dne trvání léčby úrazu, a to za podmínky prvotní hospitalizace pojištěného v nemocnici dosaahující minimálně 24 hodin. Pokud nedojde v důsledku úrazu k hospitalizaci pojištěného, vyplácí se pojistné plnění trvá-li doba léčby úrazu v době trvání pojištění alespoň 8 dnů. Za dobu hospitalizace pojištěného je pojistné plnění vypláceno ve výši dvojnásobku sjednané částky denního odškodného.
- b) Pojistnou událostí se pojištění denního odškodného rozumí úraz pojištěného specifikovaný VPP a ohodnocený v „Tabulce maximálních hodnot tělesného poškození v úrazovém pojištění denního odškodného“ (dále jen „oceňovací tabulce DO“), ke kterému došlo v době platnosti smlouvy. Každý pojištěný je povinen (s výjimkou pojištěných uvedených v čl. 7, bodu 3, odst. j) VPP – Zvláštní ustanovení II – Úrazové pojištění), předložit kopii dokladu o pracovní neschopnosti potvrzenou zaměstnavatelem, popř. potvrzení OSSZ o čerpání nemocenských dávek.
- c) Výplata denního odškodného končí nejdříve se zánikem pojištění.

## Zánik pojištění

Při zániku úrazového pojištění podle VPP a dalších ustanovení tohoto SPP, zaniká toto pojištění bez náhrady.

## Zvláštní ujednání

- a) V úrazovém pojištění dětí platí do posledního dne roku, v kterém dítě dovrší 10 let věku, odlišně od VPP – Zvláštní ustanovení II. – Úrazové pojištění, čl. 3 bod 1 b) ustanovení, že za pojistné události jsou u dětí považovány i otravy v důsledku požití pevných nebo kapalných látek polknutím, s výjimkou otrav způsobených potravinami.
- b) Pojistná plnění z úrazového pojištění dětí jsou vyplacena vždy ve prospěch zdravotníka.
- c) Na jedné pojistné smlouvě nelze sjednat pro pojištěné dítě dětský úrazový tarif a současně úrazový tarif dospělé osoby.

## Rizikové skupiny

- Vykonává-li pojištěný zaměstnání, sportovní nebo jinou zájmovou činnost se zvýšeným rizikem úrazu, je pojistné za úrazové pojištění upraveno podle stupně nebezpečnosti vykonávané činnosti. Bez ohledu na to, při jaké činnosti k úrazu došlo, pojišťitel nebude pojistné plnění zvyšovat, jestliže pojištěný již nevykonával zaměstnání, sportovní nebo jinou zájmovou činnost, kvůli které byl zařazen do vyšší rizikové skupiny a současně platil vyšší pojistné než měl platit. Přepřelaceno pojistné se nevrací. Pojišťitel nebude snižovat pojistné plnění podle VPP – Zvláštní ustanovení II. – Úrazové pojištění, čl. 6, bodu 2, pokud došlo následkem úrazu ke smrti pojištěného.
- 1. riziková skupina  
veškerá povolání v nevýrobní oblasti, popř. ve výrobní oblasti s podobnými riziky úrazu a osoby s převážující duševní činností, popř. malým podílem manuální práce
  - 2. riziková skupina  
všechna povolání ve výrobní oblasti a oblasti s převážujícím podílem manuální práce, popř. se zvýšeným rizikem úrazu
  - 3. riziková skupina  
zaměstnání, sportovní nebo jiná zájmová činnost s velmi vysokým, extrémním rizikem úrazu, vysokým stupněm ohrožení zdraví a vybraná sportovní činnost vykonávaná profesionálně nebo za úplatu  
Konečné rozhodnutí o zařazení do rizikové skupiny je v kompetenci pojišťitele.

## F. Doplnkové pojištění

V doplňkovém pojištění, které je součástí FZP, sjednává pojišťitel:

### Pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti vč. pojištění pobytu v nemocnici

#### 1. Předmět a rozsah pojištění

- a) V pojištění denní dávky vyplácí pojišťitel v případě pracovní neschopnosti v důsledku nemoci nebo úrazu denní dávku ve smluvně stanoveném denním rozsahu následně od 15. dne trvání (limit 15 dnů není vyžadován v případě pobytu pojištěného v nemocnici). Za dobu hospitalizace pojištěného je pojistné plnění vypláceno ve výši dvojnásobku sjednané částky denní dávky.
- b) Pojištění pobytu v nemocnici zahrnuje v případě pojistné události výplatu denní dávky za každý započatý den z lékařského hlediska nutné hospitalizace. Podmínkou výplaty je hospitalizace dosahující minimálně 24 hodin.
- c) Maximální doba trvání pracovní neschopnosti, resp. hospitalizace pojištěného pro každou pojistnou událost, za kterou se poskytuje plnění, je 365 dní. Výše denní dávky se sjednává ve smlouvě a je omezena maximálním limitem stanoveným pojištěným.
- d) Výplata denní dávky končí nejdříve se zánikem pojištění.
- e) Pokud je vystavená pracovní neschopnost ve srovnání s průměrnou délkou léčby pro uvedenou nemocní nebo následek úrazu neúměrně dlouhá, stanoví konečný celkový rozsah pojistného plnění lékař pojišťitele.
- f) Jestliže před výplatou denní dávky pojištěný zemřel, vyplátí pojišťitel oprávněné osobě částku odpovídající celkovému počtu dní léčby, resp. hospitalizace.

#### 2. Pojistná událost

Pojistnou událostí je nemoc nebo úraz, jejichž důsledkem je z lékařského hlediska nutné léčení pojištěného, jehož průběh je lékařsky potvrzen vystavenou pracovní neschopností.

- a) Pracovní neschopnosti 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 samostatnou výdělečnou, popř. řídicí nebo kontrolní činnost. Na základě tohoto lékařského rozhodnutí mu byl v souladu s platnými předpisy vystaven doklad o pracovní neschopnosti.
- b) Nárok na pojistné plnění vzniká dnem vystavení pracovní neschopnosti, resp. počátkem z lékařského hlediska nezbytné hospitalizace pojištěného na lůžkové části nemocnice důsledkem nemoci nebo úrazu, a končí dnem, kdy podle lékařského rozhodnutí pracovní neschopnost končí, resp. již není hospitalizace nezbytná.
- c) V případě vzniku nové nemoci, popř. nového úrazu v době trvání pracovní neschopnosti pojištěného a vystavení nové pracovní neschopnosti, resp. prodloužení hospitalizace, je toto pojistnou událostí pouze v případě, kdy nová nemoc, popř. nový úraz není v žádné příčinné souvislosti s již diagnostikovanou nemocí, popř. úrazem. Pokud došlo současně k pracovní neschopnosti, resp. hospitalizaci pro více nemocí nebo úrazů, vyplatí pojišťitel denní dávku maximálně do výše celkové doby léčby, a to pouze jednou.
- d) Maximální doba léčby úrazu v pracovní neschopnosti je stanovena oceňovací tabulkou DO (viz VPP – Zvláštní ustanovení II. – Úrazové pojištění, čl. 7, bod 3a).
- e) Nemocnici se ve smyslu těchto podmínek rozumí státní, popř.

soukromé zařízení s platnou koncesí zabývající se péčí a ošetřováním nemocných a zraněných osob, disponující dostatečnými diagnostickými, chirurgickými a terapeutickými zařízeními, nepetržitou ošetrovatelskou službou a pracující dle všeobecně uznávaných poznatků vědy.

## 3. Pojistná doba, pojištěné osoby, zánik pojištění

- a) Pojištění denní dávky se sjednává na dobu jednoho roku. Pokud žádná ze smluvních stran pojištění denních dávek písemně nepovolí nejdříve 6 týdnů před uplynutím jednoho roku, prodlužuje se sjednaná doba trvání automaticky vždy o rok, maximálně však do posledního dne měsíce předcházejícího pojistně-technické období, ve kterém se pojištění dožije 70 let.
- b) Pojištění denní dávky sjednané ve FZP zaniká automaticky také při odchodu pojištěného do starobního nebo přiznáním plného invalidního důchodu.
- c) Pojištění denní dávky může být sjednáno pouze pro osoby ve věku od 18 do 60 let, které jsou v trvalém pracovním poměru nebo mají pravidelné příjmy ze samostatné výdělečné činnosti.

## 4. Čekací lhůta

- a) Pojišťitel plní pouze za pojistné události, které nastaly po uplynutí čekací lhůty. Čekací lhůta začíná běžet dnem počátku pojištění.
- b) Základní čekací lhůta trvá dva měsíce, není-li ve smlouvě uvedeno jinak.
- c) V případě úrazu čekací lhůta odpadá; pojišťitel však není povinen plnit za úrazy vzniklé po počátku pojištění, avšak před datem vystavení pojistky.
- d) V pojištění denních dávek při pobytu nemocnicí je stanovena zvláštní čekací lhůta v délce 9 měsíců pro případ hospitalizace výlučně z důvodu:  
– těhotenství nebo porodu  
– zubního ošetření, zhotovení zubních náhrad a úkonů chirurgie a ortopedie čelistí
- e) Pokud dojde ke zvýšení denní dávky, platí ode dne změny ustanovení o nové čekací lhůtě (body b, c, d tohoto článku) pro dodatečnou část zvýšeného pojistného krytí.

## 5. Výluky z pojistného plnění denních dávek

Pojišťitel neplní v případě:

- a) onemocnění a následků úrazů, které nastaly, byly diagnostikovány nebo léčeny před počátkem pojištění
- b) léčebných pobytů v lázních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, psychiatrických léčebnách nebo zařízeních, zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie nebo závislosti, a to včetně následné pracovní neschopnosti, s výjimkou případů, kdy pojišťitel s tímto typem léčby vyjádřil předem písemně souhlas
- c) hospitalizace související pouze s pečovatelskou péčí, jakož i ve speciálních dětských zařízeních a ústavech sociální péče
- d) pokusu o sebevraždu nebo úmyslného sebepoškození
- e) psychoterapii prováděné ambulantně
- f) při těhotenství, porodu, předčasném porodu, přerušení těhotenství, hrozícím potratu nebo potratu s výjimkou pojistného plnění za dobu hospitalizace
- g) doby, kdy pojištěný pobírá rodičovský příspěvek nebo peněžitou pomoc v mateřství (s výjimkou pojistných událostí vzniklých výhradně následkem úrazu a pojistných plnění za dobu hospitalizace)
- h) pojistných událostí vzniklých v souvislosti s válečnými událostmi, občanskou válkou, občanskými nepokoji nebo v přímé souvislosti s nimi
- i) zákroků a zásahů z lékařského hlediska ne nezbytných, které si pojištěný nechal provést na svém těle, jako např. zubní ošetření, chirurgii či ortopedii čelistí, kosmetických zákrocích, a to jak v případě pobytu v nemocnici, tak i při pracovní neschopnosti

Pojišťitel je oprávněn snížit plnění o jednu polovinu, pokud skutečnosti uvedené v bodech a, b) tohoto odstavce přispějí ke vzniku pracovní neschopnosti, popř. mají podstatný vliv na její pokračování:

- a) při zjištění, že pojištěný během pracovní neschopnosti, resp. hospitalizace nedodržel lékařem stanovený léčebný režim;
- b) v případě pracovní neschopnosti nebo hospitalizace, k níž došlo následkem požití alkoholu nebo vědomou aplikací návykových látek, nebo pokud k ní došlo v souvislosti s požíváním alkoholu nebo návykových látek;

## 6. Povinnost pojištěného

- a) Hlášení o pracovní neschopnosti, včetně kopie dokladu o pracovní neschopnosti potvrzené zaměstnavatelem, popř. potvrzení správy sociálního zabezpečení o čerpání nemocenských dávek nebo o odhlášení z placení nemocenského pojištění a potvrzení hospitalizace, je pojištěný povinen předložit pojišťiteli bez zbytečných průtahů nejdříve do 15. dne po počátku této neschopnosti, resp. hospitalizace, pokud to stav pojištěného objektivně umožňuje. Ukončení pracovní neschopnosti, resp. hospitalizace pojištěný oznamuje pojišťiteli do tří dnů od skončení této neschopnosti
- b) Pojištěný je povinen zabezpečit a postarat se, aby všechny doklady vyžádané pojištěným byly vyhotoveny a zaslány co možná nejdříve, je povinen dodržovat stanovený léčebný režim, rady lékaře a všemi způsoby napomáhat svému celkovému uzdravení.
- c) Pojištěný je povinen se na požádání podrobit dodatečnému vyšetření u smluvního lékaře pojišťitele.
- d) Pojištěný je povinen nahlásit pojišťiteli ukončení trvalého pracovního poměru, samostatné výdělečné činnosti, popř. odchod do starobního nebo plného invalidního důchodu, a to do 15. dnů od data, kdy některý z výše uvedených důvodů nastal.