

Bella Vita

Informace pro klienta

Pojistné podmínky



Informace pro klienta	4
Produkt ZG63 – variabilní životní pojištění	4
Informace o pojistiteli	4
Slevy na pojistné	4
Prémie – zvýšené pojistné plnění (platí pouze pro investiční variantu pojištění)	5
Informace o důležitých ustanoveních všeobecných a zvláštních pojistných podmínek	5
Druhy a definice všech pojištění	5
Životní pojištění	5
Úrazové pojištění	6
Nemocenské pojištění	7
Smlouva o předběžném pojištění	8
Pojistné	8
Změny pojištění	8
Vstupní a výstupní věky a změny v souvislosti s dovršením výstupního věku	8
Pojistná událost – definice	9
Rozsah pojistné ochrany pojištění pro případ smrti pojištěného č. 1 v závislosti na výši pojistného	9
Pojistná událost – oznámení a šetření	9
Výluky a snížení pojistného plnění	9
Výpověď a zánik pojištění	9
Možnosti odstoupení – podmínky a lhůty	10
Definice pojmů uvedených v pojistných podmínkách	10
Rizikovitost povolání a sportů	10
Stanovení výše pojistné částky denního odškodného za dobu nezbytného léčení úrazu / za dobu léčení vyjmenovaných úrazů a pojištění pracovní neschopnosti	11
Daňové předpisy	13
Politicky exponovaná osoba (PEO)	13
FATCA	13
Doba platnosti poskytnutých údajů	13
Poučení o ochraně osobních údajů	13
Informace o platném právu a řešení stížností	14
Poplatky	14
Poplatky z podílového účtu pojistníka	14
Možnosti pojistníka v průběhu pojištění	15
Charakteristika typů podílových fondů	15
Charakteristika jednotlivých fondů k variabilnímu životnímu pojištění	16
Odkupní koeficienty počátečních jednotek pro tarif ZG63	18
Odkupní koeficienty akumulačních jednotek pro tarif ZG63	19
Výtah ze sazebníku poplatků	20
Postup při oznámení škodné události – úrazu	21
Postup pro čerpání služeb rodinné asistence	21
Všeobecné pojistné podmínky pro soukromé pojištění osob Generali Pojišťovna a.s. (VPP POS 2016/02)	22
článek	
1. Úvodní ustanovení	22
2. Výklad pojmů	22
3. Uzavření a změny pojistné smlouvy	22
4. Smlouva o předběžném pojištění	22
5. Vznik a trvání pojištění; pojistná období	22
6. Změny účastníků pojištění, přechod práv a povinností a zákaz postoupení smlouvy	22
7. Zánik pojištění	22
8. Pojistné	23
9. Poplatky	23
10. Práva a povinnosti z pojištění a následky jejich porušení	23
11. Šetření pojistné události a pojistné plnění	24
12. Forma jednání	25
13. Doručování	25
14. Rozhodné právo	25
15. Promlčení	25
16. Územní platnost pojistné smlouvy	25
Zvláštní pojistné podmínky pro investiční životní pojištění (ZPP IŽP 2016/09)	25
I. Obecná ustanovení	25
článek	
1. Úvodní ustanovení	25
2. Výklad pojmů	25
3. Druhy pojištění	26
4. Pojistné	26

článek	strana
5. Mimořádné pojistné	26
6. Změny pojištění	26
7. Zánik pojištění	26
8. Pojištění v redukováném stavu	27
9. Odkupné	27
10. Částečný odkup	27
11. Pojištění s přerušením placení běžného pojistného	27
12. Poplatky z podílového účtu pojistníka	27
13. Cíle a fungování fondů	28
14. Oceňování fondů, ceny jednotek	28
15. Podílový účet pojistníka a rozdělení pojistného mezi fondy	28
16. Přemístění podílových jednotek	28
17. Změna alokačního poměru	28
18. Aktualizace pojistného a pojistné částky	28
19. Oprávněné osoby	28
20. Výluky a snížení pojistného plnění	29
II. Ustanovení pro investiční životní pojištění	30
článek	
21. Rozsah pojištění	30
22. Pojistná událost	30
23. Pojistné plnění	31
24. Druhy doplňkových pojištění	31
III. Ustanovení pro doplňková životní pojištění	
Doplňkové pojištění plné invalidity, Doplňkové pojištění invalidity II. a III. stupně, Doplňkové pojištění invalidity I, II. a III. stupně	31
článek	
25. Pojistná událost	31
26. Čekací doba	31
27. Změny v pojištění	31
28. Pojistné plnění	31
29. Povinnosti při škodné události	31
Doplňkové pojištění pro případ smrti, Doplňkové pojištění závažných onemocnění, Doplňkové pojištění onkologických onemocnění	32
článek	
30. Pojistná událost	32
31. Čekací doba	32
32. Změny v pojištění	32
33. Pojistné plnění	32
34. Povinnosti při škodné události	32
Doplňkové pojištění pro případ péče o zdravotně postižené dítě, Doplňkové pojištění zproštění od placení pojistného	32
článek	
35. Pojistná událost	32
36. Čekací doba	33
37. Pojistné plnění	33
38. Povinnosti při škodné události	33
39. Zvláštní ujednání	33
IV. Ustanovení pro doplňková úrazová pojištění	
Doplňkové pojištění smrti způsobené úrazem, Doplňkové pojištění smrti úrazem následkem autonehody, Doplňkové pojištění hospitalizace následkem úrazu	33
článek	
40. Pojistná událost	33
41. Rozsah pojištění	33
42. Pojistné plnění	34
Doplňkové pojištění trvalých následků úrazu, Doplňkové pojištění trvalých následků úrazu následkem autonehody, Doplňkové pojištění trvalých následků úrazu od 70 % stupně invalidity	34
článek	
43. Výklad pojmů	34
44. Rozsah pojištění	34
45. Pojistná událost	34
46. Pojistné plnění	34
Doplňkové pojištění denní odškodné za dobu nezbytného léčení úrazu, Doplňkové pojištění denní odškodné za dobu léčení vyjmenovaných úrazů	34
článek	
47. Rozsah pojištění	34
48. Pojistná událost	35
49. Pojistné plnění	35
50. Povinnosti při škodné události	35
51. Změny v pojištění	35

	strana
Doplňkové pojištění poúrazové péče	35
článek	
52. Předmět pojištění	35
53. Pojistná událost	35
54. Pojistné plnění	35
55. Povinnosti při škodné události	35
V. Ustanovení pro doplňkové nemocenské pojištění	
Doplňkové pojištění při pracovní neschopnosti, Doplňkové pojištění při pobytu v nemocnici	36
článek	
56. Rozsah pojištění	36
57. Pojistná událost	36
58. Čekací doba	36
59. Pojistné plnění	36
60. Změny v pojištění	37
61. Práva a povinnosti pojistitele	37
62. Povinnosti pojistníka a pojištěného	37
Doplňkové pojištění pro případ ošetřování dítěte	37
článek	
63. Pojistná událost	37
64. Oprávněná osoba	37
65. Čekací doba	37
66. Pojistné plnění	37
67. Povinnosti při škodné události	37
Doplňkové pojištění rodinné asistence (ASAP)	37
článek	
68. Souhlas pojistníka, pojištěného	37
69. Předmět a rozsah pojištění	37
70. Pojistná událost	37
Tabulky ŽP 2015/05 (platné od 1. 2. 2016)	38
I. Tabulky závažných onemocnění (TDDZO a TDDZ1)	38
II. Tabulka hodnocení stupně invalidity pro trvalé následky úrazu (TTNU)	42
III. Tabulka plnění denního odškodného za dobu nezbytného léčení úrazu (TDO)	45
IV. Tabulka plnění denního odškodného za dobu léčení vyjmenovaných úrazů (TDOV)	47
V. Tabulka služeb rodinné asistence (TSRA)	48

Informace pro klienta

Vážený kliente,

velmi nás těší Váš zájem o životní pojištění Generali.

V naší pojišťovně dbáme na to, aby naši klienti měli před uzavřením smlouvy dostatek srozumitelných informací, a mohli si tak pro sebe zvolit ideální řešení. Z tohoto důvodu jsme pro Vás připravili tyto Informace pro klienta, kde se dozvíte to nejdůležitější o pojišťovně Generali i o našich produktech.

Před uzavřením pojištění se prosím pečlivě seznamte s pojistnými podmínkami a s důležitými informacemi, týkajícími se tohoto pojištění. K těmto informacím a podmínkám se prosím vracejte i v případě změny pojištění nebo nastane-li událost, se kterou by mohl být spojen vznik práva na pojistné plnění.

V případě jakéhokoli dotazu je Vám k dispozici Váš pečovatel a kolegové na lince klientského servisu.

Přejeme Vám mnoho spokojených dní pod křídly lva a budeme potěšeni, pokud se na nás obrátíte i v budoucnu.

Produkt ZG63 – variabilní životní pojištění

Dostávají se Vám do ruky informace variabilního životního pojištění. Po uzavření tohoto pojištění získáváte nejen pojistnou ochranu, ale také současně možnost investovat své finanční prostředky (investiční varianta pojištění). Variabilní životní pojištění nabízí široké spektrum pojistné ochrany proti nahodilým událostem pro Vás a Vaše nejbližší. Doplňková pojištění Vám umožňují nastavit si pojistnou ochranu dle Vašich potřeb.

Tento produkt Vám nabízí dvě varianty pojištění – RIZIKOVOU a INVESTIČNÍ.

Investiční varianta je pojištění pro případ smrti nebo dožití a umožňuje:

- a) vkládat mimořádné pojistné;
- b) převedení smlouvy do redukovaného stavu (dle ZPP IŽP 2016/09, čl. 8);
- c) provádění částečných odkupů (dle ZPP IŽP 2016/09 čl. 10);
- d) přerušení placení běžného pojistného (dle ZPP IŽP 2016/09, čl. 11);
- e) nárok na odkupné (dle ZPP IŽP 2016/09, čl. 9).

V případě dožití se konce pojistné doby pojištěného č. 1 vyplatí pojistitel aktuální hodnotu podílového účtu.

Riziková varianta je pojištění pro případ smrti a umožňuje:

- a) vkládat mimořádné pojistné;
- b) provádění částečných odkupů z mimořádného pojistného.

V případě, že se pojištěný č. 1 dožije konce pojistné doby, bude **hodnota podílového účtu nulová**, vyjma hodnoty vytvořené vložení mimořádného pojistného.

V průběhu pojištění nelze sjednanou variantu změnit.

Životní pojištění je pojištění Vašeho života a zdraví, a to jak v případě nemoci, tak úrazu. Životní pojištění Vám tak může zajistit v případě těžké životní situace jistotu finančních příjmů a zachování kvality života. Proto si zvolte v této nabídce takové parametry pojištění, které budou splňovat Vaše potřeby.

Je důležité, abyste si dobře stanovili rozsah pojistné ochrany a výši pojistných částek, neboť toto pojištění Vás bude ochraňovat v průběhu celého Vašeho života.

V případě uzavření pojistné smlouvy se pojištění neřídí jen pojistnou smlouvou, ale také pojistnými podmínkami, na které smlouva odkazuje. Věnujte prosím pozornost pojistným podmínkám, neboť právě pojistné podmínky vymezují, co je pojištěno, proti kterému nebezpečí, ve kterých případech pojistitel poskytne pojistné plnění a jakým způsobem se určuje výše plnění. Pojistné podmínky stanoví samozřejmě i případy, kdy pojistitel nemá povinnost pojistné plnění poskytnout (výluky z pojištění), a určují, za kterých okolností může pojistitel plnění snížit nebo odmítnout.

Informace o pojistiteli

Generali Pojišťovna a.s., se sídlem Bělehradská 132, 120 84 Praha 2, Česká republika, IČO: 61859869, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, spisová značka B 2866 (dále též jen „pojistitel“). Provozuje pojišťovací činnost, zajišťovací činnost a související činnosti ve smyslu uděleného povolení a zákona o pojišťovnictví. Pojistitele je možné kontaktovat písemně na adrese Generali Pojišťovna a.s., Bělehradská 132, 120 84 Praha 2, dále prostřednictvím klientského servisu na lince 844 188 188 nebo na e-mailové adrese servis.cz@generali.com. Volání na linku 844 188 188 je částečně zpoplatněno, a to dle aktuálního ceníku Vašeho telefonního operátora. Další informace naleznete též na internetových stránkách generali.cz.

Slevy na pojistné

1. Nárok na slevu z rizikového pojistného za pojištění pro případ smrti a doplňková pojištění ve výši 15 % vzniká za podmínky sjednání pojistné smlouvy s výší měsíčního pojistného (před slevou) 500 Kč a více. Sníží-li pojistník měsíční pojistné pod hranici 500 Kč, nárok na slevu zaniká.
2. Nárok na slevu z rizikového pojistného za pojištění pro případ smrti a doplňková pojištění ve výši 25 % vzniká za podmínky sjednání pojistné smlouvy s výší měsíčního pojistného (před slevou) 1 000 Kč a více. Sníží-li pojistník měsíční pojistné pod hranici 1 000 Kč, nárok na slevu zaniká.
3. V případě volby rizikové varianty pojištění, tj. preference pojistné ochrany, je výše slevy zohledněna ve skutečně placeném pojistném dle frekvence placení.
4. V případě volby investiční varianty je výše slevy automaticky převedena do investice dle zvoleného alokačního poměru.

99.50.11.48 02.2016 verze 04

Prémie – zvýšené pojistné plnění (platí pouze pro investiční variantu pojištění)

V případě dožití se konce pojištění nebo smrti pojištěného č. 1 pojistitel vyplatí oprávněné osobě nad rámec pojistného plnění sjednaného v ZPP IŽP 2016/09 pojistné plnění upravené takto:
Aktuální hodnota podílového účtu tvořená běžným pojistným (mimo část podílového účtu tvořenou podílovými jednotkami na Investici vyhlášenou Generali) bude navyšována v závislosti na uplynulé délce pojistné doby. Po uplynutí min. doby trvání pojistné smlouvy 10 let dojde k navýšení o 5 % každých 5 let doby trvání pojištění.

Zvýšené pojistné plnění náleží oprávněné osobě pouze za kumulativního splnění těchto podmínek:

- vznikl nárok na pojistné plnění při dožití se konce pojištění nebo smrti pojištěného č. 1;
- pojištění bylo sjednáno na pojistnou dobu min. 10 let;
- běžné pojistné za pojistný rok ve výši min. 12 000 Kč bylo po celou dobu trvání pojištění řádně a včas hrazeno (klient v průběhu pojištění neobdržel druhou upomínku a k datu dožití nedlužil žádné předepsané pojistné); v případě jednorázového pojistného musí poměrná část pojistného přepočítaná na každý pojistný rok činit min. 12 000 Kč;
- v průběhu trvání pojištění nedošlo k převodu pojištění do redukováného stavu dle čl. 8 ZPP IŽP 2016/09;
- v průběhu trvání pojištění nedošlo k vyplacení odkupného dle čl. 9 ZPP IŽP 2016/09;
- v průběhu trvání pojištění nedošlo k převodu pojištění na pojištění s přerušením placení běžného pojistného dle čl. 11 ZPP IŽP 2016/09.

V případě, že v průběhu trvání pojištění dojde ke zvýšení celkového běžného pojistného za pojistný rok a jsou splněny všechny podmínky pro zvýšené pojistné plnění, vzniká nárok na zvýšené pojistné plnění také z navýšené částky běžného pojistného pouze za podmínky, že takto navýšené pojistné bude řádně a včas hrazeno po dobu min. 10 let.

Informace o důležitých ustanoveních všeobecných a zvláštních pojistných podmínek

Pro lepší orientaci v pojistných podmínkách si Generali Pojišťovna a.s. dovoluje upozornit na následující údaje:

Druhy a definice všech pojištění

Druhy pojištění, které mohou být v rámci nabídky sjednány, **obsahuje** jak **samotná nabídka pojištění**, případně **další ujednání k nabídce**, tak i **ZPP IŽP 2016/09**.

Druhy jednotlivých doplňkových pojištění naleznete v čl. Druhy pojištění a Druhy doplňkových pojištění.

Životní pojištění

Investiční varianta

Pojištění pro případ smrti nebo dožití – V případě smrti pojištěného č. 1 vyplatí pojistitel aktuální hodnotu podílového účtu platnou k datu nahlášení pojistné události, minimálně však pojistnou částku pro případ smrti uvedenou v pojistné smlouvě. V případě dožití se konce pojištění pojištěného č. 1 vyplatí pojistitel aktuální hodnotu podílového účtu.

Riziková varianta

Pojištění pro případ smrti – V případě smrti pojištěného č. 1 vyplatí pojistitel jako pojistné plnění sjednanou pojistnou částku pro případ smrti a případně hodnotu podílových jednotek nakoupených z **mimořádného pojistného**.

Doplňkové pojištění invalidity III. stupně – Pojistnou událostí je pokles pracovní schopnosti pojištěného nejméně o 70 % a současně dožití se dne vzniku invalidity III. stupně podle platných předpisů o sociálním zabezpečení v České republice. Pojistitel vyplatí sjednanou pojistnou částku.

Doplňkové pojištění invalidity II. a III. stupně – Pojistnou událostí je pokles pracovní schopnosti pojištěného:

- nejméně o 50 % a současně dožití se dne vzniku invalidity II. stupně nebo
 - nejméně o 70 % a současně dožití se dne vzniku invalidity III. stupně podle platných předpisů o sociálním zabezpečení v České republice.
- Pojistitel vyplatí sjednanou pojistnou částku.

Doplňkové pojištění invalidity I., II. a III. stupně – Pojistnou událostí je pokles pracovní schopnosti pojištěného:

- nejméně o 35 % a současně dožití se dne vzniku invalidity I. stupně podle platných předpisů o sociálním zabezpečení v České republice, přičemž **nárok na výplatu prvních 50 % sjednané pojistné částky vzniká pojištěnému ihned po prokázání pojistné události a nárok na výplatu zbývajících 50 % ze sjednané pojistné částky vzniká pojištěnému po uplynutí 18 měsíců od vzniku invalidity I. stupně za předpokladu, že invalidita I. stupně stále trvá** nebo
 - nejméně o 50 % a současně dožití se dne vzniku invalidity II. stupně nebo
 - nejméně o 70 % a současně dožití se dne vzniku invalidity III. stupně podle platných předpisů o sociálním zabezpečení v České republice.
- Pojistitel vyplatí sjednanou pojistnou částku.

Čekací lhůta pro pojištění invalidity III. stupně, invalidity II. a III. stupně a invalidity I., II. a III. stupně

Do čekací doby pro tato pojištění se započítává již uběhlá doba pojištění u předchozího pojistitele, a to do výše původně sjednané pojistné částky. Pojištěný doloží kopii pojistky a doklad o ukončení pojištění od předchozího pojistitele.

Doplňkové pojištění zproštění od placení pojistného

Pojistnou událostí je pokles pracovní schopnosti pojištěného:

- nejméně o 70 % a současně dožití se dne vzniku invalidity III. stupně podle platných předpisů o sociálním zabezpečení v České republice.
- V případě pojistné události přebírá povinnost hradit pojistné za pojistníka pojistitel.

Doplňkové pojištění pro případ péče o zdravotně postižené dítě

Pojistnou událostí je III. nebo IV. stupeň závislosti pojištěného na péči jiné osoby nebo jakékoli z následujících postižení pojištěného:

- úplná a trvalá ztráta zraku v důsledku nemoci nebo úrazu;
- úplná a trvalá ztráta sluchu v důsledku nemoci nebo úrazu;
- ztráta dvou nebo více končetin, o ztrátu končetiny se jedná v případě ztráty ruky nad zápěstím a v případě ztráty nohy nad hlezenním kloubem;
- úplné a trvalé ochrnutí dvou nebo více končetin.

Doplňkové pojištění závažných onemocnění – Pojistnou událostí se rozumí první stanovení diagnózy nebo provedení operace odpovídající definici závažných onemocnění uvedených v Tabulkách závažných onemocnění TDDZO a TDDZ1. **Věnujte zvýšenou pozornost těmto tabulkám, ve kterých jsou diagnózy rozděleny na skupiny platné pro děti a dospělé.** Pojistitel vyplátí sjednanou pojistnou částku.

Doplňkové pojištění onkologických onemocnění – Pojistnou událostí se rozumí první stanovení jedné z následujících diagnóz onkologického onemocnění dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN):

- a) u žen C50-C57: zhoubný novotvar (ZN) prsu, vulvy, pochvy – vagíny, hrdla děložního, těla děložního, dělohy, vaječníku a jiných neurčených ženských pohlavních orgánů;
- b) u mužů C60-C63: zhoubný novotvar (ZN) pyje, předstojné žlázy – prostaty, varlete a jiných neurčených mužských pohlavních orgánů včetně zhoubného nádoru prsu.

Pojistitel vyplátí sjednanou pojistnou částku.

Upozornění:

- Pojistitel neposkytuje pojistné plnění, zemře-li pojištěný **během jednoho měsíce** ode dne:
- stanovení diagnózy nebo provedení operace odpovídající definici **závažných onemocnění** uvedených v Tabulkách závažných onemocnění TDDZO a TDDZ1;
 - stanovení jedné z diagnóz **onkologických onemocnění** specifikovaných v doplňkovém pojištění onkologických onemocnění dle čl. 30.

Úrazové pojištění

Doplňkové pojištění smrti způsobené úrazem – Pojistnou událostí je smrt pojištěného na následky úrazu do 1 roku ode dne tohoto úrazu. Pojistitel vyplátí sjednanou pojistnou částku.

Doplňkové pojištění smrti úrazem následkem autonehody – Pojistnou událostí je smrt pojištěného na následky úrazu do 1 roku ode dne tohoto úrazu, ke kterému dojde v příčinné souvislosti s provozem motorového vozidla. V případě nastupování a vystupování z/do vozidla a při vykládání/nakládání přepravovaných věcí se pojištění vztahuje pouze na smrt způsobenou jiným motorovým vozidlem. Pojistitel vyplátí sjednanou pojistnou částku.

Doplňkové pojištění hospitalizace následkem úrazu – Pojistnou událostí je nezbytná hospitalizace pojištěného v důsledku úrazu. Pojistné plnění se určuje jako součin sjednané pojistné částky tohoto pojištění a počtu dnů hospitalizace. Pojistné plnění poskytuje pojistitel maximálně za 90 dnů hospitalizace, ke které dojde v průběhu čtyř let od data úrazu. Právo na pojistné plnění nevzniká za dny, kdy se pojištěný v nemocnici nezdržoval.

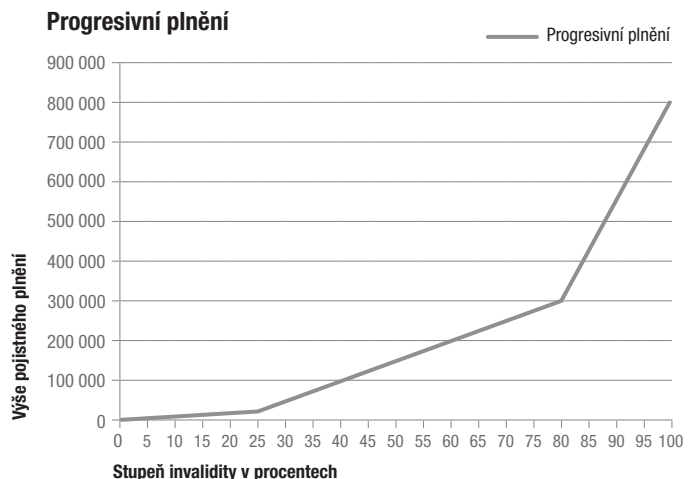
Doplňkové pojištění trvalých následků úrazu – Pojistnou událostí je vznik trvalých následků, které nastaly v důsledku úrazu pojištěného. Trvalými následky úrazu se rozumí takové následky úrazu, u nichž již není možné zlepšení, tj. trvalá ovlivnění tělesných a duševních funkcí. Stupněm invalidity se rozumí rozsah trvalých následků, jehož výše se určuje v procentech. Maximální stupeň invalidity je dán Tabulkou TTNU. Stupeň invalidity v procentech určuje lékař pojistitele. Základem pro určení stupně invalidity je Tabulka TTNU, která uvádí maximální stupeň invalidity daného úrazu. Při částečné ztrátě orgánů či smyslů nebo částečné ztrátě funkce orgánů či smyslů uvedených v Tabulce TTNU stanoví pojistitel na základě lékařského posouzení výši pojistného plnění jako procentuální podíl z maximálního ohodnocení stupně invalidity uvedeného v Tabulce TTNU. Nelze-li stanovit stupeň invalidity podle Tabulky TTNU nebo není-li poškozený orgán uveden v Tabulce TTNU, stanoví se stupeň invalidity lékařským posudkem s ohledem na míru omezení funkčnosti poškozeného orgánu.

Doplňkové pojištění trvalých následků úrazu následkem autonehody – Pojistnou událostí je vznik trvalých následků, které nastaly v důsledku úrazu pojištěného. Pojištění se vztahuje na úrazy pojištěného, ke kterým dojde v příčinné souvislosti s provozem motorového vozidla. V případě nastupování a vystupování z/do vozidla a při vykládání/nakládání přepravovaných věcí se pojištění vztahuje pouze na úrazy způsobené jiným motorovým vozidlem. Trvalými následky úrazu se rozumí takové následky úrazu, u nichž již není možné zlepšení, tj. trvalá ovlivnění tělesných a duševních funkcí. Stupněm invalidity se rozumí rozsah trvalých následků, jehož výše se určuje v procentech. Maximální stupeň invalidity je dán Tabulkou TTNU. Stupeň invalidity v procentech určuje lékař pojistitele. Základem pro určení stupně invalidity je Tabulka TTNU, která uvádí maximální stupeň invalidity daného úrazu. Při částečné ztrátě orgánů či smyslů nebo částečné ztrátě funkce orgánů či smyslů uvedených v Tabulce TTNU stanoví pojistitel na základě lékařského posouzení výši pojistného plnění jako procentuální podíl z maximálního ohodnocení stupně invalidity uvedeného v Tabulce TTNU. Nelze-li stanovit stupeň invalidity podle Tabulky TTNU nebo není-li poškozený orgán uveden v Tabulce TTNU, stanoví se stupeň invalidity lékařským posudkem s ohledem na míru omezení funkčnosti poškozeného orgánu.

Pojištění trvalých následků úrazu s progresivním plněním

V případě výplaty pojistného plnění z tohoto pojištění se výše pojistného plnění stanovuje pomocí Tabulky TTNU. Progresivní plnění je dáno výpočtem uvedeným dále.

stupeň invalidity (SI v %)	výpočet pojistného plnění
0,001 – 25,00	Pojistné plnění (PP) odpovídá pojistné částce (PČ) vynásobené stupněm invalidity Vzorec: PP = PČ x SI
25,01 – 80,00	Pojistné plnění odpovídá součtu 25 % pojistné částky a pětinasobku pojistné částky vynásobené stupněm invalidity sníženým o 25 %. PP = PČ x [25% + 5 x (SI – 25 %)]
80,01 – 100,00	Pojistné plnění odpovídá součtu 300 % z pojistné částky a dvacetipětinasobku pojistné částky vynásobené stupněm invalidity sníženým o 80 %. PP = PČ x [300% + 25 x (SI – 80 %)]



Modelový příklad: Progresivní plnění pro pojistnou částku za trvalé následky úrazu ve výši 100 000 Kč.

stupeň invalidity (SI v %)	vyplaceno	výpočet
10	10 000 Kč	(100 000 x 10 %)
40	100 000 Kč	100 000 x [25 % + 5 x (40 % – 25 %)] = 100 000 x 100 %
90	550 000 Kč	100 000 x [300 % + 25 x (90 % – 80 %)] = 100 000 x 550 %
100	800 000 Kč	100 000 x [300 % + 25 x (100 % – 80 %)] = 100 000 x 800 %

Důležité: Trvalými následky se rozumí takové následky úrazu, u nichž již není možné zlepšení, tj. trvalá ovlivnění tělesných a duševních funkcí.

Doplňkové pojištění trvalých následků úrazu od 70 % stupně invalidity – Pojistnou událostí je vznik trvalých následků, které nastaly v důsledku úrazu pojištěného, a to min. ve výši 70 % stupně invalidity dle Tabulky TTNU. Trvalými následky úrazu se rozumí takové následky úrazu, u nichž již není možné zlepšení, tj. trvalá ovlivnění tělesných a duševních funkcí. Stupněm invalidity se rozumí rozsah trvalých následků, jehož výše se určuje v procentech. Maximální stupeň invalidity je dán Tabulkou TTNU. Stupeň invalidity v procentech určuje lékař pojistitele. Pojistným plněním je sjednaná pojistná částka.

Doplňkové pojištění poúrazové péče

Pojištění poúrazové péče se sjednává pro případ vzniku nákladů na poúrazovou péči pojištěného.

Poúrazovou péčí se rozumí

- a) terapie (např. rehabilitace a jiné podpůrné terapie - vyjma psychoterapie, jako jsou masáže, koupele, zábaly, elektrolyčba apod.);
- b) pořízení zdravotních pomůcek (např. opěrné hole, protézy a jiné rehabilitační a podpůrné pomůcky);
- c) zdravotní výkony (např. kosmetické zákroky a laserové operace vedoucí k odstranění následků úrazu).

Doplňkové pojištění – denní odškodné za dobu nezbytného léčení úrazu – Pojistnou událostí je úraz pojištěného, jehož nezbytná doba léčení přesáhla stanovenou karenční lhůtu. Karenční lhůta je počet dnů stanovených pojistnou smlouvou. Maximální počet proplácených dní je dán oceňovací Tabulkou plnění denního odškodného za dobu nezbytného léčení úrazu (dále jen „TDO“). Pojistné plnění se určuje jako součin sjednané pojistné částky tohoto doplňkového pojištění a počtu dnů léčení daného úrazu.

Pojistné plnění lze sjednat formou progresivního plnění.

V případě sjednání progresivního plnění se pojistné plnění počítá následovně:

doba nezbytného léčení úrazu	výpočet pojistného plnění
0 – 30 dnů	Pojistné plnění (PP) odpovídá pojistné částce (PČ) vynásobené počtem dní doby nezbytného léčení úrazu. Vzorec: PP = PČ x počet dní
31 – 90 dnů	Pojistné plnění odpovídá součtu pojistné částky vynásobené 30 dny a dvojnásobku pojistné částky vynásobené počtem dnů doby nezbytného léčení úrazu sníženým o 30 dní. Vzorec: PP = PČ x [30 + 2x (počet dní – 30)]
91 – 365 dnů	Pojistné plnění odpovídá součtu pojistné částky vynásobené 150 dny a trojnásobku pojistné částky vynásobené počtem dnů doby nezbytného léčení úrazu sníženým o 90 dní. Vzorec: PP = PČ x [150 dní + 3x (počet dní – 90)]

Příklad: Progresivní plnění pro pojistnou částku za denní odškodné za dobu nezbytného léčení úrazu ve výši 500 Kč

počet dní nezbytného léčení úrazu	celkové pojistné plnění	výpočet
20	10 000 Kč	20 x 500
65	50 000 Kč	500 x [30 + 2 x (65 – 30)] = 500 x 100
128	132 000 Kč	500 x [150 + 3 x (128 – 90)] = 500 x 264

Doplňkové pojištění – denní odškodné za dobu léčení vyjmenovaných úrazů – Pojistnou událostí je nezbytná doba léčení vyjmenovaných úrazů dle Tabulky plnění denního odškodného za dobu léčení vyjmenovaných úrazů (dále jen „TDOV“). Výše pojistného plnění je dána součinem sjednané pojistné částky a počtem dnů uvedeným v TDOV jako doba léčení úrazu, a to i v případě, že skutečné léčení úrazu bude trvat menší nebo větší počet dnů.

Nemocenské pojištění

Doplňkové pojištění při pracovní neschopnosti – Pojistnou událostí je dočasná pracovní neschopnost uznaná a potvrzená ošetřujícím lékařem pojištěného, která nastala v důsledku nemoci nebo úrazu pojištěného, která vznikla na území ČR a byla potvrzena lékařem v ČR. Pojistné plnění se vyplácí od určeného dne pracovní neschopnosti, který je stanoven v pojistné smlouvě.

Pojištění pracovní neschopnosti DONU15 a/nebo DONU29

V případě, že bude nepřetržitě trvání pracovní neschopnosti delší než 90 dnů, vyplácí pojistitel denní dávku od 1. dne pracovní neschopnosti.

Při zvolení pracovní neschopnosti DONU62 (pojistná částka při pracovní neschopnosti s výplatou od 62. dne) vyplácí pojistitel maximálně 730 dnů.

Upozornění:

Pojištění pracovní neschopnosti **zahrnuje výlukou**, kdy pojistitel **neposkytuje pojistné plnění** v období, kdy pojištěný pobírá nebo mu vznikl nárok na **peněžitou pomoc v mateřství** a/nebo na **rodičovský příspěvek**.

Pojištění pracovní neschopnosti **zaniká** v případě, kdy pojištěný přestane mít trvalé bydliště v České republice.

Výplata pojistné částky/den při pracovní neschopnosti končí se zánikem doplňkového pojištění při pracovní neschopnosti.

Doplňkové pojištění při pobytu v nemocnici – Pojistnou událostí je hospitalizace pojištěného trvající minimálně 24 hodin, která je z lékařského hlediska nezbytná v důsledku nemoci nebo úrazu. Pojistnou událostí je též hospitalizace zapříčiněná těhotenstvím a porodem. Hospitalizace začíná dnem přijetí pojištěného k hospitalizaci a končí dnem, kdy hospitalizace již není z lékařského hlediska nezbytná. Pojistné plnění se určuje jako součin sjednané pojistné částky tohoto pojištění a počtu dnů hospitalizace. Pojištění lze sjednat **pouze** formou **progresivního plnění**.

Pojistné plnění se počítá následovně:

doba pobytu v nemocnici	výpočet pojistného plnění
0 – 30 dnů	Pojistné plnění (PP) odpovídá pojistné částce (PČ) vynásobené počtem dnů pobytu v nemocnici. Vzorec: PP = PČ x počet dní
31 – 90 dnů	Pojistné plnění odpovídá součtu pojistné částky vynásobené 30 dny a dvojnásobku pojistné částky vynásobené počtem dnů pobytu v nemocnici sníženým o 30 dní. Vzorec: PP = PČ x [30 dní + 2x (počet dní – 30)]
91 – 365 dnů	Pojistné plnění odpovídá součtu pojistné částky vynásobené 150 dny a trojnásobku pojistné částky vynásobené počtem dnů pobytu v nemocnici sníženým o 90 dní. Vzorec: PP = PČ x [150 dní + 3x (počet dní – 90)]

Doplňkové pojištění pro případ ošetřování dítěte – Pojistnou událostí je ošetřování pojištěného dítěte ve věku od 2 do 10 let v souvislosti s jeho nemocí či úrazem. **Pojistné plnění se vyplácí od 11. dne** nepřetržitého ošetřování pojištěného dítěte. Pojistné plnění je poskytováno maximálně **za dobu 30 dnů za všechny pojistné události, ke kterým dojde v průběhu 1 kalendářního roku**.

Smlouva o předběžném pojištění

Při sepsání nabídky na uzavření životního pojištění Vám zároveň pojistitel nabízí uzavření smlouvy o předběžném pojištění. Máte-li zájem být pojištěn ještě před datem počátku pojištění (předběžné pojištění), je třeba zaplatit první pojistné ve výši uvedené v nabídce. Předběžné pojištění pak začíná 5. dnem po jeho zaplacení. Předběžné pojištění je účinné pouze za předpokladu, že následně dojde k uzavření Vámi navrhované pojistné smlouvy. Podrobnější informace k předběžnému pojištění naleznete ve VPP POS 2016/02 čl. 4.

Příklad vzniku předběžného pojištění:
Sepsání nabídky a uhrazení prvního pojistného dne 1. 7. – vznik pojistné ochrany dne 6. 7.

Pojistné

Základní povinností pojistníka je řádně a včas hradit stanovené pojistné v plné výši. Případné důsledky neplacení pojistného jsou uvedeny ve VPP POS 2016/02, čl. 7, čl. 8, čl. 10.

Změny pojištění

Změny pojištění lze provádět v průběhu celé pojistné doby. Změny lze provádět písemnou formou. Pojistitel poskytuje pojistné plnění ze změněného pojištění až z pojistných událostí, které nastaly až po dni účinnosti změny pojištění.

Pojištěný i pojistník mají povinnost oznámit včas všechny změny, týkající se skutečností, na které byli při sjednávání pojištění pojistitelem tázáni nebo které jsou uvedeny v pojistné smlouvě.

Příklady důležitých změn, které je nutné včas pojistiteli nahlásit: změna trvalého bydliště, změna příjmení či jména, změna zaměstnání či oboru podnikání, změna ve vykonávání sportovní činnosti, změna ve vykonávané zájmové činnosti. Další práva a povinnosti pojistníka a pojištěného jsou podrobně popsány ve VPP POS 2016/02, čl. 10.

Pojistník je oprávněn učinit nepísemnou formou návrh změny pojistné smlouvy či dohody o zániku pojištění. Takové nepísemné oznámení se považuje za platné účinné, pokud pojistitel v písemné formě potvrdí, že oznámení obdržel, nebo se začne chovat ve shodě s ním. Za nepísemnou formu se považuje podání učiněné telefonicky, pomocí elektronického formuláře uvedeného na oficiálních webových stránkách pojistitele nebo elektronicky na elektronickou adresu pojistitele.

Vstupní a výstupní věky a změny v souvislosti s dovršením výstupního věku

Pojistná smlouva se sjednává na dobu určitou uvedenou v pojistné smlouvě, přičemž doplňková pojištění mohou být uzavřena s individuální pojistnou dobou, která je odlišná od pojistné doby Vaší smlouvy (tj. pojistná doba hlavního pojištění). Současně se pojistná doba doplňkových pojištění řídí limity maximálních vstupních věků (maximální věk pojištěného, kdy může do pojištění vstoupit) a výstupních věků (maximální věk pojištěného, dokdy může být pojištěn).

Pojištění zanikají uplynutím pojistné doby smlouvy nebo uplynutím pojistné doby doplňkového pojištění nebo k výročnímu dni v roce, v němž pojištěný – dospělý nebo pojištěný – senior dosáhne maximálního výstupního věku.

U doplňkového úrazového pojištění je klientovi nabízena změna v souvislosti s dovršením výstupního věku.

Výstupní věk 18 let: Pro pojištěnou osobu – dítě, která uzavřela pojištění ve věku 0-14 let, platí sjednaný rozsah pojištění, sjednaná pojistná částka a tomu odpovídající výše pojistného do výročního dne pojistného roku, v němž pojištěný dovrší 18 let; v uvedený výroční den dochází ke změně rozsahu pojištění, platného pro pojištěnou osobu – dospělého; snižují se pojistné částky daného pojištěného k uvedenému výročnímu dni v závislosti na poměru pojistného, které bylo sjednáno k pojistnému, jež by pojistiteli náleželo pro pojištění dospělých.

Výstupní věk 70 let: Pro pojištěnou osobu – dospělého, která uzavřela pojištění ve věku 15-69 let, platí sjednaný rozsah pojištění, sjednaná pojistná částka a tomu odpovídající výše pojistného do výročního dne pojistného roku, v němž pojištěný dovrší 70 let; v uvedený výroční den pojištění pro tuto pojištěnou osobu zaniká.

Výstupní věk 75 let: Pro pojištěnou osobu – seniora, která uzavřela pojištění ve věku 70-74 let, zaniká pojištění ve výroční den pojistného roku, v němž pojištěný dovrší 75 let.

Tabulka vstupních a výstupních věků

	Pojistitelné pro	Vstupní věk			Výstupní věk		
		Dítě	Dospělý	Senior	Dítě	Dospělý	Senior
smrt s konstantní pojistnou částkou (úrazem, nemocí) pro pojištěného č. 1 Z5MU	Pojištěný č. 1		0–70 let			75 let	
smrt s konstantní pojistnou částkou (úrazem, nemocí) pro další pojištěné Z5ZU	všichni		0–74 let			75 let	
smrt s klesající pojistnou částkou (úrazem, nemocí) ZM5CU	Pojištěný č. 1 a 2	-	15–74 let		-	75 let	
plná invalidita (III. stupeň) s konstantní pojistnou částkou ID3U	všichni	-	15–60 let	-	-	65 let	-
plná invalidita (III. stupeň) s klesající pojistnou částkou ID3CU	Pojištěný č. 1 a 2	-	15–60 let	-	-	65 let	-
invalidita II. a III. stupně s konstantní pojistnou částkou ID2U	všichni	-	15–60 let	-	-	65 let	-
invalidita II. a III. stupně s klesající pojistnou částkou ID2CU	Pojištěný č. 1 a 2	-	15–60 let	-	-	65 let	-
invalidita I., II. a III. stupně s konstantní pojistnou částkou ID1U	všichni	-	15–60 let	-	-	65 let	-
invalidita I., II. a III. stupně s klesající pojistnou částkou ID1CU	Pojištěný č. 1 a 2	-	15–60 let	-	-	65 let	-
zproštění od placení pojistného AUZU	Pojištěný č. 1	-	18–60 let	-	-	65 let	-
péče o postižené dítě PPDU	všichni	1–14 let	-	-	18 let	-	-
závažná onemocnění s konstantní pojistnou částkou DDZ0U/DDZ1U	všichni		1–64 let	-		65 let	-
závažná onemocnění s klesající pojistnou částkou DDC0U/DDC1U	Pojištěný č. 1 a 2	-	15–64 let	-	-	65 let	-
onkologická onemocnění DDOU	všichni		3–55 let	-		60 let	-
smrt způsobená úrazem UTZU	všichni	0–14 let	15–69 let	70–74 let	18 let	70 let	75 let
smrt způsobená úrazem následkem autonehody UTAU	všichni	0–14 let	15–69 let	70–74 let	18 let	70 let	75 let
trvalé následky úrazu od 0,001 % TNPOU	všichni	0–14 let	15–69 let		18 let	70 let	-
trvalé následky úrazu od 10 % TNP1U	všichni	0–14 let	15–69 let	70–74 let	18 let	70 let	75 let
trvalé následky úrazu následkem autonehody TNPAU	všichni	0–14 let	15–69 let	70–74 let	18 let	70 let	75 let
trvalé následky úrazem od 70 % UIZ7U	všichni	0–14 let	15–69 let		18 let	70 let	-
poúrazová péče POPU	všichni	0–14 let	15–69 let	-	18 let	70 let	-
denní odškodné za dobu nezbytného léčení úrazu DOUU	všichni	0–14 let	15–69 let		18 let	70 let	-
denní odškodné za vyjmenované úrazy DOVU	všichni	0–14 let	15–69 let	70–74 let	18 let	70 let	75 let
hospitalizace následkem úrazu HOUU	všichni	0–14 let	15–69 let	70–74 let	18 let	70 let	75 let
pojistná částka při hospitalizaci s progresí DOHU	všichni		0–60 let	-		65 let	-
pojistná částka při pracovní neschopnosti DONU	všichni	-	18–60 let	-	-	65 let	-
ošetřování dítěte PODU	všichni	2–9 let	-	-	10 let	-	-
rodinná asistence ASAP	všichni		0–70 let			75 let	

Pojistná událost – definice

Každé pojištění má svou definici pojistné události, tato definice přesně vymezuje situaci, při které oprávněné osobě / obmyšlenému vzniká nárok na pojistné plnění. Pojistné plnění je pak určeno Vámi stanovenou pojistnou částkou a maximálním limitem pojistného plnění, který může být pro některá pojištění uveden v příslušných tabulkách. Tyto tabulky naleznete pod označením Tabulky ŽP 2015/05. Doporučujeme Vám se s těmito tabulkami podrobně seznámit.

Rozsah pojistné ochrany pojištění pro případ smrti pojištěného č. 1 v závislosti na výši pojistného

Je-li u pojištění pro případ smrti nebo dožití sjednána pojistná částka pro případ smrti pojištěného č.1 menší než 110 % ročního, resp. jednorázového pojistného a současně není sjednáno žádné doplňkové pojištění, je do pojištění na dobu 1 roku od data jeho počátku automaticky bez zvýšení pojistného zahrnuto doplňkové pojištění smrti způsobené úrazem. Pojistná částka doplňkového pojištění smrti způsobené úrazem činí u pojištění s běžným pojistným 25 % ročního pojistného, u pojištění s jednorázovým pojistným 15 % z jednorázového pojistného.

Pojistná událost – oznámení a šetření

Pojistnou událost je nutné nahlásit včas, tj. do 14 dnů od vzniku pojistné události, a to písemnou formou. Pojistník či oprávněná osoba jsou povinni umožnit pojistiteli šetření pojistné události a při šetření této události spolupracovat. Oprávněná / obmyšlená osoba má povinnost na žádost pojistitele předložit podklady nutné k prošetření pojistné události. **Důležité:** Řádným a včasným doložením těchto podkladů urychlujete vyřízení pojistné události.

Výluky a snížení pojistného plnění

Důležitou součástí pojistných podmínek jsou výluky a snížení pojistného plnění, resp. popis situací a případů, kdy pojistitel neposkytuje pojistné plnění či jeho výši snižuje. Věnujte prosím zvýšenou pozornost čl. 20 ZPP IŽP 2016/09.

Výpověď a zánik pojištění

Obě smluvní strany mohou za splnění určitých podmínek pojistnou smlouvu vypovědět. Dále pojištění za určitých podmínek zaniká, např. uplynutím pojistné doby, smrtí pojištěného. Zániky jsou specifikovány/uvedeny ve VPP POS 2016/02, čl. 7 a ZPP IŽP 2016/09, čl. 7.

Výpověď musí být učiněna písemnou formou a musí obsahovat všechny důležité informace ke zpracování výpovědi:

- číslo pojistné smlouvy
- datum výpovědi
- jméno a příjmení pojistníka
- adresa pojistníka
- podpis pojistníka

Pro výpověď pojistné smlouvy lze využít formulář pojistitele „Nabídka na změnu / oznámení změny pojistné smlouvy pojištění osob“.

Možnosti odstoupení – podmínky a lhůty

Pojistník má právo od smlouvy odstoupit, porušil-li pojistitel povinnost pravdivě a úplně zodpovědět písemné dotazy zájemce při jednání o uzavření smlouvy nebo pojistníka při jednání o změně smlouvy.

Pojistník má právo od smlouvy odstoupit v případě, že pojistitel poruší povinnost upozornit na nesrovnalosti, musí-li si jich být při uzavírání smlouvy vědom, mezi nabízeným pojištěním a požadavky zájemce.

Pojistitel má právo odstoupit od smlouvy, porušil-li pojistník nebo pojištěný úmyslně nebo z nedbalosti povinnost pravdivě odpovídat na písemné dotazy pojistitele týkající se skutečností, které mají význam pro pojistitelovo rozhodnutí, jak ohodnotí pojistné riziko, zda je pojistit a za jakých podmínek, prokáže-li, že by po pravdivém a úplném zodpovězení dotazů smlouvu neuzavřel.

Právo odstoupit od smlouvy zaniká, nevyužije-li je strana do dvou měsíců ode dne, kdy zjistila nebo musela zjistit porušení povinnosti, které opravňuje k odstoupení. Odstoupí-li pojistník od smlouvy, nahradí mu pojistitel do jednoho měsíce ode dne, kdy se odstoupení stane účinným, zaplacené pojistné snížené o to, co již případně z pojištění plnil; odstoupil-li od smlouvy pojistitel, má právo započíst si i náklady spojené se vznikem a správou pojištění. Odstoupí-li pojistitel od smlouvy a získal-li již pojistník, pojištěný nebo jiná osoba pojistné plnění, nahradí v téže lhůtě pojistiteli to, co ze zaplaceného pojistného plnění přesahuje zaplacené pojistné.

Odstoupení v případě pojistných smluv uzavřených pojistníkem – spotřebitelem mimo obchodní prostory
V případě, že jde o pojistnou smlouvu uzavřenou mimo obchodní prostory, tj. mimo prostory obvyklé pro podnikání, může pojistník, který je spotřebitelem, **odstoupit od smlouvy do 30 dní** ode dne jejího uzavření. **Jestliže pojistník dal souhlas k začátku plnění služby před uplynutím lhůty pro odstoupení a tato služba byla splněna, nemůže již od smlouvy odstoupit.**
Pokud pojistník ve smlouvě požádal, aby poskytování služeb začalo během lhůty pro odstoupení od smlouvy, může pojistitel požadovat zaplacení částky úměrné rozsahu poskytnutých služeb do okamžiku odstoupení, a to v porovnání s celkovým rozsahem služeb stanoveným ve smlouvě. V případě neuplatnění práva na odstoupení od smlouvy je pojistná smlouva platnou a účinnou a zavazuje strany k plnění závazků v ní obsažených. Odstoupení od pojistné smlouvy je nutné podat písemně a zaslat je pojistiteli. Formulář pro odstoupení naleznete na webových stránkách a obchodních místech pojistitele.

Definice pojmů uvedených v pojistných podmínkách

V pojistných podmínkách se můžete setkat s pojmy, které jsou přesně definovány pojistitelem a jejich význam je specifický.

Těžké pohmoždění měkkých tkání: poranění s přítomností hematomu, otoku s délkou léčby min. 14 dnů a s odpovídající doloženou léčbou. U pohmoždění v oblasti kloubů je nutná pevná fixace kloubu.

Infekční oddělení: infekční oddělení nebo oddělení s obdobným režimem je uzavřené oddělení, kde je pojištěná osoba izolována od styku s veřejností.

Lékařský experiment: jedná se o zařazení klienta do lékařského experimentu na základě jeho dobrovolného souhlasu, kdy lékařský experiment není součástí léčby onemocnění klienta (testování nových léků či přípravků a léčebných postupů na zdravých lidech).

Vysokohorská turistika: turistika s nutností pomůcek či chůze po náročném terénu (ledovec, firnová pole) nad 3.000 m n. m. vždy.

Horolezecký sport: jakékoli formy horolezeckého sportu s užitím jištění i bez něho (včetně sportovního lezení po umělých stěnách).

Vodní sporty na divoké vodě: sport provozovaný na divoké vodě; za divokou vodu jsou považovány vodní toky od stupně obtížnosti WW IV dle Klasifikace vodácké obtížnosti (tzv. alpské dělení).

Amatérská a regionální úroveň: amatérský sportovec účastní se soutěží na regionální úrovni, člen sportovního svazu nebo klubu (např. TJ, FK, SK, AC, HC apod.) a připravující se na soutěže formou tréninku.

Vrcholová a profesionální úroveň: Profesionální/vrcholovou sportovní činností se pro účely pojištění rozumí provozování sportu za účelem obživy, za peněžní honorář, a/nebo v intenzitě a četnosti tréninků odpovídající přípravě na nejvyšší republikové soutěže (tj. např. u fotbalu 1. a 2. liga, u ledního hokeje extraliga a 1. liga) nebo mezinárodní soutěže daného sportu.

Rizikovost povolání a sportů

Rozdělení rizikovosti sportovní činnosti pro doplňkové úrazové pojištění
Při posuzování výše pojistného rizika u doplňkového úrazového pojištění stanovuje pojistitel přírážku na pojistném v souladu s níže uvedenou tabulkou.

Tabulka sportů

Druh sportu	Úroveň	Zvýšené riziko
Billiard, bowling, curling, dálkové pochody, golf, jachting, jóga, lukostřelba, orientační běh, pilates, plavání, spinning, vodní pólo, volejbal a tenis.	amatérská i vrcholová	ne
Aerobik, airsoft, basketbal, baseboll, bojové sporty nekontaktní (Tchai-Ti, Aikido, tradiční karate), cyklistika, cyklokros, fotbal, házená, gymnastika, hokejbal, horské kolo, jezdectví, kolová, kvadriatlon, lakros, lední hokej, lyžování sjezdové, maraton, nohejbal, moderní pětiboj, pozemní hokej, rychlobruslení, skateboarding, skoky do vody, sportovní gymnastika, triatlon, vodní lyžování, zápas a sporty s obdobným rizikem.	amatérská	ne
	vrcholová	přírážka 100 %
Akrobacie, americký fotbal, bojové sporty kontaktní (box, kick-box, kung-fu, krav maga, mussado, muai-thai), canyoning, free running, historický šerm, horolezectví, létání (bezmotorová letadla, větroně, balón), mega diving, paragliding, parašutismus, skoky na lyžích, sportovní boby, streetluge, tricking, wakeboarding, wrestling, potápění a sporty s obdobným rizikem; dále sporty vyloučené pojistnými podmínkami platnými pro tuto nabídku.	amatérská i vrcholová	nepojistitelné

Konečné rozhodnutí o zařazení pojištěného do rizikové skupiny a výše přírážky je plně v kompetenci pojistitele.

V případě změny sportovní či zájmové činnosti u pojištěné osoby nezapomeňte tuto změnu oznámit včas pojistiteli.

Seznam rizikových a nepojistitelných povolání

Pojistitel dále posuzuje výši pojistného rizika u doplňkového úrazového a nemocenského pojištění dle vykonávaného povolání či oboru podnikání.

Riziková povolání a nepojistitelná povolání pro doplňkové úrazové pojištění

Riziková povolání (přirážka 100 %)

Asfaltér, dělník u vysoké pece, dřevorubec, elektrikář, fasádník, frézař, hasič profesionál, kameník, kominík, klempíř, kovář, lesní dělník – kácení stromů, lešenář, myč oken, natěrač, policista – člen zásahové jednotky, pomocný stavební dělník, pracovník na pile, v hutnictví, v chemickém průmyslu, v těžkém průmyslu, sklář, slévač, soustružník, svářeč, tesař, truhlář, stolař, vlakový personál (výhybkář, posunovač atd.), zedník a povolání s obdobným rizikem.

Nepojistitelná povolání

Artista, cestovatel – účastník expedicí, bodyguard, dělník na vrtné plošině, fotoreportér a zpravodaj v krizových oblastech, kaskadér, práce s jedy a výbušninami, potápěč, zkušební řidič, žokej a povolání s obdobným rizikem.

Riziková a nepojistitelná povolání pro doplňkové nemocenské pojištění

Artista, akrobat, biochemik – práce s jedy a nebezpečnými látkami, bodyguard, fotoreportér v krizových oblastech, geodet v podzemí, chemik – práce s jedy a výbušninami, tovární jezdec, zkušební řidič, cestovatel – účastník expedicí, trenér, kouč, modelka, hosteska, vulkanizér, záchranář, technik – obsluha reaktoru, účastník expedicí, zpracovatel jaderných sil / uranu, horník v hlubinném nebo povrchovém dole, horolezec, horský průvodce, výrobce pyrotechniky, pyrotechnik, prostitutka, práce doma, polykač ohňů a předmětů, střelmistr, stromolezec, dělník/pracovník v těžkém průmyslu (ropném, vysoké pece, vrtná plošina, hydraulický lis), práce ve výškách, posunovač, hromosvodář, krotitel zvířete, kaskadér, parašutista, pilot (ultralight, zkušební, kluzák), potápěč, povolání sezonního charakteru, učitel létání/potápění, zpravodaj v krizových oblastech, voják pilot, voják – práce s nebezpečnými látkami, profesionální sportovec, neuvedená riziková činnost, ocelář, žokej, žonglér a povolání s obdobným rizikem.

Konečné rozhodnutí o pojistitelnosti povolání je plně v kompetenci pojistitele.

Stanovení výše pojistné částky denního odškodného za dobu nezbytného léčení úrazu / za dobu léčení vyjmenovaných úrazů a pojištění pracovní neschopnosti

V případě, že jste si zvolili pojištění denního odškodného za dobu nezbytného léčení úrazu (vyjmenovaných úrazů) nebo pojištění pracovní neschopnosti, věnujte zvýšenou pozornost následujícím podmínkám a tabulkám.

Možnosti sjednání pojistné částky při pracovní neschopnosti

Varianta A – paušální pojistná částka, nezávislá na výši měsíčního příjmu pojištěného, lze sjednat max. ve výši 300 Kč/den.
Varianta B – výše pojistné částky je vázána na měsíční příjem pojištěného, sjednává se od částky 301 Kč/den. Danému měsíčnímu příjmu odpovídá určitá maximální pojistitelná pojistná částka, kterou určují tabulky pro stanovení výše pojistné částky uvedené dále. U zaměstnanců se vychází z hrubého měsíčního příjmu, u podnikatelů (OSVČ) z čistého měsíčního příjmu dle daňového přiznání a ze skutečnosti, zda je pojištěný účastníkem státního nemocenského systému.
Výše pojistné částky bude přepočítána dle níže uvedené tabulky, a to na základě doložených příjmů klienta v době pojistné události (u OSVČ – daňové přiznání za předchozí zdaňovací období, u zaměstnance – hrubý příjem za posledních 12 měsíců).
V případě, že pojistná částka uvedená v nabídce nebude odpovídat příjmům pojištěného v době pojistné události, pojistitel upraví pojistnou částku s účinností od 1. dne měsíce následujícího poté, co se o této skutečnosti dozvěděl. Nově stanovená výše pojistné částky je platná již od počátku pojistné události, při které se pojistitel o změně výše příjmů dozvěděl.

Možnosti sjednání denního odškodného za dobu nezbytného léčení úrazu / za dobu léčení vyjmenovaných úrazů (DOUU, DOVU) a denního odškodného za dobu nezbytného léčení úrazu z progresí

Varianta A – paušální denní odškodné nezávislé na výši měsíčního příjmu pojištěného, lze sjednat max. ve výši 500 Kč.
Varianta B – výše denního odškodného je vázána na měsíční příjem pojištěného, sjednává se od částky 501 Kč nebo denního odškodného DOUU s progresí od 251 Kč. Danému měsíčnímu příjmu odpovídá určité maximální pojistitelné denní odškodné, které určují tabulky pro stanovení výše pojistné částky uvedené dále. U zaměstnanců se vychází z hrubého měsíčního příjmu, u podnikatelů (OSVČ) z čistého měsíčního příjmu dle daňového přiznání.
V případě, že výše denního odškodného uvedená v nabídce nebude odpovídat příjmům pojištěného v době pojistné události, pojistitel upraví denní odškodné s účinností od 1. dne měsíce následujícího poté, co se o této skutečnosti dozvěděl. Nově stanovená výše denního odškodného je platná již od počátku pojistné události, při které se pojistitel o změně výše příjmů dozvěděl. Nově stanovená výše denního odškodného bude odpovídat doloženým příjmům klienta, nejméně však 500 Kč.

V případě sjednání DON62 max. do 300 Kč/den v kombinaci s DON15 a/nebo DON29 max. 300 Kč/den = v celkovém součtu 600 Kč/den není nutné dokládat příjmy klienta.

Tabulky pro stanovení výše pojistné částky

DOU+DOV/DON					DOU s progresí	
měsíční příjem (zaměstnanec hrubý, OSVČ čistý)		zaměstnanec	OSVČ nemocensky pojištěné	OSVČ nemocensky nepojištěné	zaměstnanec	OSVČ nemocensky nepojištěné
min	max	maximální pojistná částka	maximální pojistná částka	maximální pojistná částka	maximální pojistná částka	maximální pojistná částka
10001	11000	300	300	310	250	250
11001	12000	300	300	340	250	250
12001	13000	300	300	370	250	250
13001	14000	300	300	400	250	250
14001	15000	300	300	430	250	250
15001	16000	300	300	460	250	250
16001	17000	300	320	490	250	250
17001	18000	300	340	520	250	260
18001	19000	300	360	550	250	275
19001	20000	310	380	580	250	290
20001	21000	330	400	610	250	305

99.50.11.48 02.2016 verze 04

DOU+DOV/DON					DOU s progresí		
měsíční příjem (zaměstnanec hrubý, OSVČ čistý)		zaměstnanec	OSVČ nemocensky pojištěné	OSVČ nemocensky nepojištěné	zaměstnanec	OSVČ nemocensky pojištěné	OSVČ nemocensky nepojištěné
min	max	maximální pojistná částka	maximální pojistná částka	maximální pojistná částka	maximální pojistná částka	maximální pojistná částka	maximální pojistná částka
21001	22000	350	420	640	250	250	320
22001	23000	360	440	670	250	250	335
23001	24000	380	460	700	250	250	350
24001	25000	400	470	730	250	250	365
25001	26000	420	500	760	250	250	380
26001	27000	440	520	790	250	260	395
27001	28000	450	550	820	250	275	410
28001	29000	470	570	850	250	285	425
29001	30000	490	590	880	250	295	440
30001	31000	510	620	910	255	310	455
31001	32000	520	640	940	260	320	470
32001	33000	540	670	970	270	335	485
33001	34000	560	690	1000	280	345	500
34001	35000	580	710	1030	290	355	500
35001	36000	600	740	1060	300	370	500
36001	37000	610	760	1090	305	380	500
37001	38000	630	790	1120	315	395	500
38001	39000	670	820	1150	335	410	500
39001	40000	680	850	1180	340	425	500
40001	41000	700	880	1210	350	440	500
41001	42000	720	910	1390	360	455	500
42001	43000	740	940	1420	370	470	500
43001	44000	760	970	1450	380	485	500
44001	45000	770	1000	1480	385	500	500
45001	46000	790	1030	1500	395	500	500
46001	47000	810	1060	1500	405	500	500
47001	48000	820	1090	1500	410	500	500
48001	49000	840	1120	1500	420	500	500
49001	50000	860	1150	1500	430	500	500
50001	51000	870	1180	1500	435	500	500
51001	52000	890	1210	1500	445	500	500
52001	53000	900	1240	1500	450	500	500
53001	54000	920	1270	1500	460	500	500
54001	55000	930	1300	1500	465	500	500
55001	56000	950	1330	1500	475	500	500
56001	57000	970	1360	1500	485	500	500
57001	58000	980	1390	1500	490	500	500
58001	59000	1000	1420	1500	500	500	500
59001	60000	1010	1450	1500	500	500	500
60001	61000	1030	1500	1500	500	500	500
61001	62000	1040	1500	1500	500	500	500
62001	63000	1060	1500	1500	500	500	500
63001	64000	1080	1500	1500	500	500	500
64001	65000	1090	1500	1500	500	500	500
65001	66000	1110	1500	1500	500	500	500
66001	67000	1120	1500	1500	500	500	500
67001	68000	1140	1500	1500	500	500	500
68001	69000	1150	1500	1500	500	500	500
69001	70000	1170	1500	1500	500	500	500
70001	71000	1190	1500	1500	500	500	500
71001	72000	1200	1500	1500	500	500	500
72001	73000	1230	1500	1500	500	500	500
73001	74000	1250	1500	1500	500	500	500
74001	75000	1260	1500	1500	500	500	500
75001	76000	1280	1500	1500	500	500	500
76001	77000	1300	1500	1500	500	500	500
77001	78000	1310	1500	1500	500	500	500
78001	79000	1330	1500	1500	500	500	500
79001	80000	1340	1500	1500	500	500	500
80001	81000	1350	1500	1500	500	500	500
81001	82000	1370	1500	1500	500	500	500
82001	83000	1390	1500	1500	500	500	500
83001	84000	1410	1500	1500	500	500	500
84001	85000	1420	1500	1500	500	500	500
85001	86000	1440	1500	1500	500	500	500
86001	87000	1450	1500	1500	500	500	500
87001	88000	1470	1500	1500	500	500	500
88001	89000	1490	1500	1500	500	500	500
89001	90000	1500	1500	1500	500	500	500
90001	a více	1500	1500	1500	500	500	500

Daňové předpisy

Právním předpisem upravujícím Vaše daňové povinnosti v souvislosti s pojištěním osob je zákon o daních z příjmu v platném znění. Životní pojištění podléhá srážkové dani při výplatě jakéhokoli plnění z pojistné smlouvy z důvodu dožití nebo odkupného/částečného odkupného. Ostatní pojištění včetně pojistných plnění z doplňkových pojištění nepodléhají dani z příjmů. V současné chvíli si nejsme vědomi dalších daní, které by měly být hrazeny v souvislosti se sjednáváním pojištění. Právní předpisy nicméně mohou v budoucnu takovou povinnost zavést.

Politicky exponovaná osoba (PEO)

PEO je fyzická osoba, která je ve významné veřejné funkci s celostátní působností nebo v obdobné funkci v EU nebo v jiných mezinárodních organizacích, a to po dobu výkonu funkce a dále jeden rok po ukončení této funkce, a která současně:

- má bydliště mimo ČR nebo
- takovou významnou veřejnou funkci vykonává mimo ČR.

Za PEO (bez podmínky bydliště mimo ČR) se považují i rodinní příslušníci PEO, dále osoba, která má s PEO společnou právnickou osobu, skutečný majitel právnické osoby, o které je známo, že byla vytvořena ve prospěch PEO. **Za PEO se dále považují osoby, které kladně odpoví na prohlášení týkající se PEO v Prohlášení pojistníka v Nabídce na uzavření pojištění; tato osoba pak musí vyplnit tiskopis Identifikace účastníka obchodu / kontrola klienta.**

FATCA

FATCA – Foreign Account Tax Compliance Act – je platný zákon Spojených států amerických, dle kterého se sleduje, zda klienti jsou, či nejsou daňové povinné vůči Spojeným státům americkým. Pokud je klient daňové povinný, je označován jako daňový rezident, což znamená, že má povinnost přiznávat daně na území Spojených států amerických. V takovém případě je nezbytné do nabídky vyplnit číslo TIN. V případě, že americký rezident odmítne vyplnit TIN, nabídka nemůže být akceptována pojistitelem.

TIN – Tax identification number – daňové identifikační číslo daňového rezidenta USA. Potřebné pro FATCA identifikaci klienta.

DIČ – daňové identifikační číslo klienta v konkrétní zemi (mimo ČR).

CRS – Common Reporting Standard – mezinárodní dohoda o automatické výměně informací o finančních účtech.

Daňový rezident – daňové povinná osoba, které má povinnost přiznávat daně na území konkrétního státu. Ve státě, kde je osoba daňovým rezidentem, zdaňuje své veškeré příjmy. Potvrzení o daňovém domocilu (příslušnosti) může na požádání vystavit daňový úřad v zemi, kde je klient daňovým rezidentem.

Doba platnosti poskytnutých údajů

Informace obsažené v této Informaci pro klienta se vztahují k přiložené nabídce na uzavření pojistné smlouvy. Není-li pojistitelem určeno jinak, platí tyto údaje 1 měsíc ode dne jejich doručení.

Poučení o ochraně osobních údajů

Dovolujeme si Vás informovat o tom, jak chráníme Vaše osobní údaje. Ochrana soukromí a osobních údajů našich klientů patří mezi naše priority. Vaše osobní údaje považujeme striktně za důvěrné a zachováváme o nich mlčenlivost. Klademe důraz na bezpečnost při zpracování osobních údajů, výběr smluvních partnerů a striktní dodržování pravidel.

Zpracovávat Vaše osobní údaje bude správce – Generali Pojišťovna a.s. a její smluvní zpracovatelé splňující podmínky zákona o ochraně osobních údajů, a to v rozsahu, v jakém jste nám je poskytli, zejména pro účely pojišťovací činnosti a činností dále vymezených zákonem o pojišťovnictví v platném znění (zejména v souvislosti se správou pojištění a řešením škodních událostí), a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu a dále po dobu vyplývající z obecně závazných právních předpisů. Pro tyto účely můžeme zpracovávat Vaše osobní údaje v souladu se zákonem i bez Vašeho souhlasu, neboť se jedná o zpracování nezbytné pro dodržení právních povinností, které nám ukládá zákon. Poskytnutí osobních údajů pojistiteli je samozřejmě vždy dobrovolné, avšak v rozsahu stanoveném právními předpisy jsou osobní údaje nezbytné pro uzavření smlouvy a pro výkon práv a povinností z pojistné smlouvy vyplývajících.

Generali Pojišťovna a.s. a její smluvní zpracovatelé splňující zákonné podmínky zpracovávají rovněž osobní údaje za účelem jednání o uzavření smlouvy, a pokud s tím subjekt údajů nevysloví písemný nesouhlas, pak zpracovávají v zákonem daném rozsahu osobní údaje za účelem nabízení obchodu nebo služeb a pro marketingové účely.

Poskytnuté osobní údaje mohou být za splnění zákonných předpokladů předávány subjektům mezinárodního koncernu Generali a jeho zajišťovacím partnerům pro účely a po dobu, jež jsou uvedeny výše. Ke zpracování bude docházet automatizovaným způsobem i manuálně.

Generali Pojišťovna a.s. jako správce a její zpracovatelé jsou povinni:

- přijmout taková opatření, aby nemohlo dojít k neoprávněnému nebo nahodilému přístupu k osobním údajům, k jejich změně, zničení či ztrátě, neoprávněným přenosům, k jejich jinému neoprávněnému zpracování, jakož i k jinému zneužití; tato povinnost platí i po ukončení zpracování osobních údajů;
- shromažďovat údaje pouze v nezbytném rozsahu ke stanovenému účelu;
- nesdružovat osobní údaje, které byly získány k různým účelům;
- při zpracování dbát na ochranu soukromého života subjektu údajů;
- zpracovat a dokumentovat přijatá a provedená technicko-organizační opatření k zajištění ochrany osobních údajů, a to včetně speciálních opatření pro účely automatizovaného zpracování;
- poskytnout na žádost subjektu údajů informace o zpracování jeho osobních údajů, a to za úhradu věcných nákladů s tím spojených;
- zpracovávat pouze pravdivé a přesné osobní údaje.

Každý klient se při uzavření smlouvy zavazuje, že nahlásí jakoukoliv změnu svých osobních údajů. Jen tak lze zajistit, že budeme pracovat vždy s aktuálními osobními údaji.

Všechny osoby, které přijdou do styku s osobními údaji (včetně zaměstnanců správce nebo zpracovatele), jsou povinny dodržovat povinnost mlčenlivosti jak o osobních údajích samotných, tak i o bezpečnostních opatřeních k jejich ochraně; tato povinnost trvá neomezeně i po skončení zaměstnání nebo příslušného vztahu.

V případě, kdy správce nebo zpracovatel provádí zpracování osobních údajů v rozporu se zákonem nebo v rozporu s ochranou soukromého a osobního života klienta, může klient žádat správce nebo zpracovatele o vysvětlení, příp. požadovat odstranění závadného stavu, a v případě nevyhovění této žádosti má možnost obrátit se na Úřad pro ochranu osobních údajů.

Informace o platném právu a řešení stížností

Pojistná smlouva se řídí právním řádem České republiky, pojistné podmínky jsou vyhotoveny v českém jazyce a pojistitel s klienty komunikuje a podává jim informace v českém jazyce, pokud se v konkrétním případě na žádost klienta nedohodnou jinak. Případné stížnosti pojištěných nebo oprávněných osob jsou přijímány v písemné podobě na adrese pojistitele nebo v elektronické podobě na e-mailové adrese stiznosti.cz@generali.com. Se stížností se mohou obrátit také na Českou národní banku, Na Příkopě 28, 115 03 Praha 1, která je orgánem dohledu nad pojišťovníctvím.

V případě životního pojištění mají spotřebitelé možnost řešit spor mimosoudně před finančním arbitrem [www.finarbitr](http://www.finarbitr.cz).

V případě neživotního pojištění mají spotřebitelé možnost řešit spor mimosoudně před Českou obchodní inspekci www.coi.cz.

Upozornění – v zájmu rychlého a bezproblémového **vyřízení pojistné události neprodleně kontaktujte** pojistitele na adrese Generali Pojišťovna a.s., likvidace PU-život, Bělehradská 132, 120 84 Praha 2, Česká republika nebo na lince **klientského servisu 844 188 188**. Dle sjednaného rozsahu pojištění Vás budou pracovníci pojistitele informovat o dalším postupu.

Upozornění – veškeré změny, které nastanou v průběhu pojištění (adresa, osobní údaje apod.), zašlete prosím neprodleně pojistiteli nebo nahlaste na lince **klientského servisu 844 188 188**, příp. na e-mailové adrese servis.cz@generali.com.

Poplatky

Podrobnější informace o poplatcích naleznete ve VPP POS 2016/02, čl. 9.

Nad rámec pojistného je pojistitel oprávněn požadovat poplatek za úkony a služby související s pojištěním. Aktuální znění Sazebníku administrativních poplatků je dostupné v sídle pojistitele, jeho obchodních místech a na generali.cz. Aktuální výše poplatků jsou uvedeny v Sazebníku administrativních poplatků.

Poplatky z podílového účtu pojistníka

Poplatky, které slouží k úhradě nákladů souvisejících s uzavřením smlouvy (dále jen "počáteční náklady"):

Za účelem krytí nákladů souvisejících s uzavřením smlouvy je po uzavření smlouvy pojistné alokováno do počátečních podílových jednotek, a to do té doby, dokud není nakoupeno za hodnotu odpovídající počáteční rezervě.

Počáteční rezerva je součin ročního pojistného platného při sjednání smlouvy a koeficientu pro vytvoření počátečních jednotek.

Koeficient nákupu počátečních jednotek je uveden v Sazebníku poplatků.

Příklad pro výpočet počáteční rezervy:

Měsíční běžné pojistné 1 000 Kč

Počáteční rezerva = roční pojistné x koeficient nákupu počátečních jednotek

Počáteční rezerva = (12 x 1 000 Kč) x 2 = 24 000 Kč

Pojistitel strhává na konci každého pojistného roku pojistitelem stanovené procento počátečních jednotek z celkového množství počátečních jednotek. Pojistitelem stanovené procento a doba, po kterou je strháváno, jsou uvedeny v Sazebníku poplatků.

Příklad účtování počátečních nákladů:

V okamžiku výročí smlouvy se na podílovém účtu počátečních jednotek na konci druhého roku pojištění nachází 12 000 Kč.

Klient si zvolil následující alokaci běžného pojistného: 50 % akciový fond a 50 % dluhopisový fond.

Stržení počátečních nákladů proběhne následujícím způsobem:

Počáteční náklady fondu = aktuální hodnota fondu x koeficient počátečních nákladů

Počáteční náklady akciového fondu = 6 000 Kč x 10 % = 600 Kč

Počáteční náklady dluhopisového fondu = 6 000 Kč x 10 % = 600 Kč

Počáteční náklady celkem = 1 200 Kč

Při zvýšení pojistného v průběhu trvání pojištění dochází z navýšeného pojistného k nakupování počátečních jednotek.

Akumulační jednotky:

Akumulační jednotky se nakupují z běžného pojistného po nakoupení celkové počáteční rezervy. Pojistitel si z akumulací jednotek měsíčně strhává rizikové pojistné a správní náklady. Z akumulací jednotek se strhávají i případné další technické poplatky (např. poplatek za částečný odkup).

Rizikové pojistné, správní náklady a případné další technické poplatky se začínají strhávat od okamžiku, kdy je pro ně vytvořena dostatečná hodnota akumulací jednotek, a to i zpětně za období, kdy byla hodnota akumulací jednotek nedostatečná.

Příklad účtování poplatků z akumulací jednotek:

Z akumulací jednotek nakoupených v 25. měsíci pojištění se strhává rizikové pojistné a správní poplatek za 1. až 25. měsíc pojištění.

Podrobnější informace o poplatcích z podílového účtu naleznete v ZPP IŽP 2016/09 čl. 12.

Všechny poplatky z podílového účtu jsou uvedené v Sazebníku poplatků. Sazebník poplatků je součástí smluvní dokumentace.

Součástí sjednávání pojištění nejsou opce.

Obsahem pojištění nejsou bonusy.

Změna alokačního poměru – Na počátku pojištění stanoví pojistník rozložení (alokaci) pojistného do fondů. Pokud chce změnit původně zvolenou investiční strategii, může kdykoli o změnu alokace budoucích plateb požádat.

Přemístění – Na písemnou žádost může pojistník již existující podílové jednotky přemístit z jednoho fondu (resp. z více fondů) do jiného fondu (resp. do jiných fondů).

Mimořádné pojistné – Možnost vložení Vašich finančních prostředků formou mimořádného pojistného. Kdykoli v průběhu trvání pojištění může pojistník zvýšit hodnotu podílového účtu zaplacením mimořádného pojistného na speciální účet.

Částečný odkup – Z aktuální hodnoty akumulovaných podílových jednotek tvořených běžným pojistným může pojistník zažádat o částečný odkup po uplynutí 2 let od počátku pojištění, bylo-li za toto období zaplacené pojistné. Podmínkou uskutečnění částečného odkupu je předpoklad dostatečné výše běžného pojistného a zůstatku odkupní hodnoty pojištění pro pokrytí rizikového pojistného a technických poplatků dle ZPP IŽP 2016/09 čl. 12 až do konce pojistné doby. Výše částečného odkupu musí dosáhnout alespoň pojistitelem předepsaného minima dle Sazebníku poplatků. Z aktuální hodnoty podílových jednotek tvořených mimořádným pojistným může pojistník kdykoli zažádat o částečný odkup.

Podmínkou pro provedení částečného odkupu je volba varianty pojištění, a to s částečnými odkupy (daňově neuznatelná), která částečný odkup umožňuje s ohledem na splnění podmínky o soukromém životním pojištění (dále jen „SŽP“) dle zákona č. 586/1992 Sb. v platném znění pro počet zaplaceného pojistného od základu daně k datu uzavření smlouvy.

V případě, že klient zvolil variantu pojištění bez částečných odkupů (daňově uznatelná), může také požádat o částečný odkup. V takovém případě musí nejprve změnit smlouvu tak, aby částečné odkupy umožňovala, tedy nesplňovala aktuální podmínky SŽP k datu částečného odkupu.

V takovém případě má klient povinnost řídit se platnými zákony k datu částečného odkupu, které upravují porušení podmínek SŽP (v době uzavření tohoto pojištění znamená např. dodanění uplatněného zaplaceného jednorázového pojistného).

Částečný odkup z hodnoty podílových jednotek nakoupených z běžného pojistného je možné provést pouze v investiční variantě pojištění.

Přerušení placení (platí pouze pro investiční variantu) – Pojištění může být na základě žádosti pojistníka převedeno na pojištění s přerušením placení běžného pojistného. Na takové pojištění lze nadále platit mimořádné pojistné a provádět částečné odkupy při zachování pojistného krytí.

Charakteristika typů podílových fondů

Akciové fondy

Akciové fondy trvale investují na akciovém trhu minimálně 66 % svých aktiv. Akciové fondy zahrnují i indexové a garantované fondy vázané na akciové indexy. V minimální míře jsou prostředky investovány také na trhu dluhopisů a trhu peněžním.

Tyto typy fondů jsou vhodné pro investora, který chce vydělat co nejvíce a kterému nevádí vysoký stupeň rizika ztráty majetku vlivem silné proměnlivosti kurzu akcií v těchto fondech obsažených. Proměnlivost kurzů akciových fondů může být vyvolána např. změnou v hospodaření emitentů, situací v daném sektoru, celkovým stavem ekonomiky či dalšími exogenními vlivy (politické šoky apod.).

U akciových fondů platí pravidlo, že doba, po kterou by měl investor své prostředky v akciových fondech ponechat investované, by neměla být kratší pěti let.

Předpokládané zhodnocení:	vysoké
Předpokládané riziko:	vysoké
Doporučený investiční horizont:	nejméně 5 let

Balancované (smíšené) fondy

Balancované fondy patří do kategorie fondů smíšených. Tyto fondy investují zejména do různých aktiv na různých trzích, přičemž nejsou stanoveny žádné limity pro podíl akcií či dluhopisů v těchto fondech. Balancované fondy jsou tedy charakteristické vyváženou investicí do termínovaných vkladů, dluhopisů, podílových listů a akcií vysoce bonitních společností. Platí však pravidlo, že by měly udržovat menší poměr akcií a větší podíl dluhopisů a hotovosti, než je tomu u akciových fondů.

Balancované fondy vystavují investora všem výhodám i nevýhodám všech ostatních fondů. Předpokládané riziko lze charakterizovat jako vyšší střední s příslibem vyšší míry zhodnocení prostředků investora.

Předpokládané zhodnocení:	vyšší střední
Předpokládané riziko:	vyšší střední
Doporučený investiční horizont:	3 až 5 let

Dluhopisové fondy

Dluhopisové fondy jsou fondy, které trvale investují zejména na trhu dluhopisů. Doplnkové investování je možné, ale podíl akcií nesmí překročit 10 % aktiv fondu. Dluhopisové fondy mohou zahrnovat i indexované a garantované fondy vázané na obligační indexy.

Optimální doba, po kterou by měl investor nechat vložené prostředky zhodnocovat, je u dluhopisových fondů tři až pět let, neboť v tomto časovém horizontu nedochází k prudkým výkyvům cen obligací, a tudíž k výkyvům v hodnotě podílových jednotek.

Dluhopisové fondy jsou určeny především pro investory, kteří očekávají, že díky investici do těchto fondů dosáhnou vyššího zhodnocení svých prostředků ve srovnání s investicí do termínovaných vkladů u bank.

Předpokládané zhodnocení:	nižší střední
Předpokládané riziko:	nižší střední
Doporučený investiční horizont:	3 až 5 let

Fondy peněžního trhu

Fondy peněžního trhu trvale investují především na peněžním trhu, doplnkově v menší míře i na trhu dluhopisů tak, aby průměrná doba splatnosti těchto dluhopisů byla kratší než jeden rok. Svá aktiva ukládají především na rychle zpeněžitelné termínované vklady a termínované účty u renomovaných bankovních domů.

Předpokládané riziko proměnlivosti výnosů je prakticky nulové, a to díky velice konzervativní skladbě podkladových finančních instrumentů. Ovšem výnos z úrokových sazeb těchto instrumentů je v porovnání s ostatními fondy nejmenší. Umístěním prostředků do fondů peněžního trhu volí investor jistotu jejich stabilního zhodnocování. Předpokládané zhodnocení by mělo lehce převýšit míru růstu cenové hladiny.

Minimální doporučená doba uložení prostředků do fondů peněžního trhu je kratší než u ostatních fondů a činí jeden rok.

Předpokládané zhodnocení:	nízké
Předpokládané riziko:	minimální
Doporučený investiční horizont:	1 rok

Komoditní fondy

Komoditní fondy investují prostředky přímo do komodit, případně do akcií společností, které se zabývají produkcí některé vybrané komodity nebo skupiny komodit. Komoditní fondy jsou zajímavou alternativou k tradičním investicím, např. do akcií. Mohou být zajímavým investičním nástrojem spíše pro zkušenější investory, kteří dokáží ohodnotit rizika s nimi spojená. Jsou vhodné také pro dynamické investory, kteří hledají příležitosti na komoditních trzích, které jsou jinak pro běžné investory obtížně přístupné.

Předpokládané zhodnocení: vysoké

Předpokládané riziko: vysoké

Doporučený investiční horizont: nejméně 5 let

Charakteristika jednotlivých fondů k variabilnímu životnímu pojištění

Generali Pojišťovna a.s., Generali Investments SICAV S.A.

Portfolio Generali Pojišťovna a.s. obsahuje interní fondy a zahraniční fondy společnosti Generali Investments SICAV S.A. Tato společnost je součástí celosvětového koncernu Generali. Byla založena v roce 2002, v souladu s příslušnými lucemburskými zákony o institucích kolektivního investování a s nařízeními EU. Fondy nabízené Generali Investments SICAV S.A. byly řádně zaregistrovány a získaly všechna potřebná oprávnění a povolení od ČNB.

• Dluhopisový fond Generali (DFG)

Investiční manažer: Generali CEE Asset Management, a.s.; měna: Kč

Fond investuje především do státních dluhopisů, zejména českých, v menší míře do bonitních korporátních dluhopisů. Menší část portfolia tvoří investice do cizoměnových dluhopisů, přičemž tyto jsou zpravidla měnově zajištěny, tedy investor nepodstupuje výraznější měnové riziko. Část prostředků portfolia je investována na peněžním trhu.

• Smíšený fond Generali (SFG)

Investiční manažer: Generali CEE Asset Management, a.s.; měna: Kč

V portfoliu fondu jsou zastoupeny všechny hlavní investiční instrumenty, tedy termínované vklady, dluhopisy a akcie. Převážná část dluhopisové části je investována do českých dluhopisů. Růstový potenciál fondu podporuje zejména akciová část, kdy fond investuje zejména do akcií obchodovaných na veřejných trzích České republiky, Polska a Maďarska. Cizoměnové investice jsou zpravidla měnově zajištěny.

• Akciový fond Generali (AFG)

Investiční manažer: Generali CEE Asset Management, a.s.; měna: Kč

Základním investičním nástrojem tohoto fondu jsou akcie. Fond investuje zejména do akcií obchodovaných na veřejných trzích České republiky, Polska a Maďarska. Stabilizující částí portfolia tohoto fondu jsou v menší míře dluhopisy a nástroje peněžního trhu.

• Generali CEE Komoditní fond (GKF)

Investiční manažer: Generali CEE Asset Management, a.s.; měna: Kč

Generali CEE Komoditní fond je určen všem investorům, kteří chtějí zvýšit diverzifikaci svého portfolia akciových a dluhopisových fondů o další třídu aktiv – komodity. Fond nakupuje investiční cenné papíry, které odrážejí ceny komodit, přičemž hlavní důraz se klade na investice do komodit energetických, zemědělských a průmyslových. Komoditní fond je vhodný také pro dynamické investory, kteří hledají příležitosti na komoditních trzích, jež jsou jinak pro běžné investory obtížně přístupné.

• Generali CEE New Economies Fund (GNEF)

Investiční manažer: Generali CEE Asset Management, a.s.; měna: EUR

Generali CEE Fond nových ekonomik představuje nabídku pro zvláště dynamické investory, kteří vyhledávají příležitost pro vysoké zhodnocení a zároveň počítají s vyšším rizikem a s delším časovým horizontem (5 až 7 let). Cílem je investovat do diverzifikovaného globálního akciového portfolia na trzích, které se vyznačují značným potenciálem růstu a zároveň patří do skupiny tzv. rozvíjejících se ekonomik. Tyto ekonomiky se vyznačují vysokým potenciálem růstu a očekávanými atraktivními výnosy. Portfolio obsahuje akcie společností, které pochází z Asie, Latinské Ameriky či střední a východní Evropy. Jedná se o tituly, které jsou v daném regionu považovány za velmi bonitní s rychlou dynamikou růstu.

• Central and Eastern European Equities C (CEECEC)

Investiční manažer: Generali Capital Management GmbH; měna: EUR

Fond je orientovaný na akcie společností, které podnikají ve střední a východní Evropě a jsou kótované na burzách. Kromě toho může fond investovat i do cenných papírů, jejichž výnos je odvozen od vývoje kapitálových trhů, do konvertibilních dluhopisů, prioritních akcií atd.

• European SRI Equity C (ESEC)

Investiční manažer: Generali Investments Europe S.p.A.; měna: EUR

Fond investuje do akcií společností kótovaných na akciových burzách členských států Evropské měnové unie. Investičním cílem je dosáhnout dlouhodobého růstu investovaného kapitálu a překonat výkonnost benchmarku, kterým je STOXX Europe Sustainability Index.

• Global Equity Allocation C (GEAC)

Investiční manažer: Generali Investments Europe S.p.A.; měna: EUR

Fond investuje do akcií hlavních rozvíjejících se oblastí. Minimálně 20 % jeho hodnoty investuje do hlavních Evropských a US společností s vysokou kapitalizací (tento poměr nezahrnuje investice do společností s průměrnou nebo nízkou kapitalizací). Fond nemá časová omezení pro alokace investic v daném regionu.

Conseq Investment Management, a.s.

Do portfolia fondů Generali Pojišťovna a.s. je zahrnuto Dynamické portfolio Conseq – Generali spravované investičním manažerem společnosti Conseq Investment Management, a.s. Tato společnost byla založena v roce 2001 jako dceřiná společnost již stabilně fungující společnosti Conseq Finance, a.s. založené v roce 1994. V současnosti je Conseq Investment Management, a.s. pevnou součástí kapitálového trhu v České republice. Objemem obhospodařovaného majetku se Conseq Investment Management, a.s. řadí mezi největší investiční manažery v České republice.

• Dynamické portfolio Conseq – Generali (DPC–G)

Investiční manažer: Conseq Investment Management, a.s.; měna: Kč

Portfolio alokuje většinu svěřených prostředků do akciových fondů. Jeho cílem je dosahovat v dlouhodobém horizontu maximálního výnosu, zároveň co nejširší diverzifikací snižovat vliv případných výrazných výkyvů jednotlivých akcií, teritorií, sektorů apod. Portfolio je alokováno nejen do fondů Conseq Invest, a.s., ale rovněž do fondů BNP Paribas Asset Management (fondy Parvest) a Franklin Templeton Investments.

C-QUADRAT Kapitalanlage AG

C-QUADRAT je nezávislý, celoevropský Asset Manager. Společnost byla založena v roce 1991, disponuje vlastní kapitálovou investiční společností a od roku 2006 kótuje na Frankfurtské burze cenných papírů. Komplexní matematická pravidla tvoří základ aktivního řízení fondů, při kterém jsou všechna investiční rozhodnutí prováděna nezávisle na lidských emocích.

• C-QUADRAT Arts Best Momentum (C-QABM)

Investiční manažer: ARTS Asset Management GmbH; měna: EUR

Tento fond fondů investuje v zásadě do akciových fondů předních světových správců vykazujících v krátkém až střednědobém horizontu pozitivní trendy. Na rozdíl od většiny klasicky obhospodařovaných fondů se investiční strategie C-QUADRAT ARTS BEST MOMENTUM neorientuje na benchmark, nýbrž usiluje z dlouhodobého hlediska o dosažení absolutního nárůstu hodnoty. Fond reprezentuje vysoce aktivní styl řízení, složení portfolia se neustále mění.

• C-QUADRAT ARTS Total Return Global-AMI (C-QATRG)

Investiční manažer: ARTS Asset Management GmbH; měna: EUR

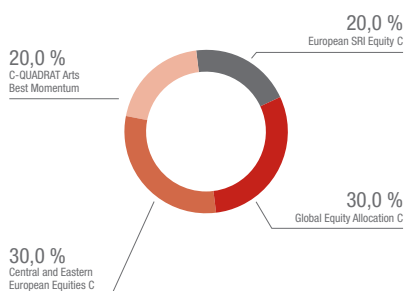
Tento fond fondů je obhospodařován na základě přístupu tzv. celkové návratnosti (Total Return) umožňující systematické řízení rizika prostřednictvím aktivního řízení akciové složky. Cílem je dosahovat absolutního nárůstu hodnoty při jakémkoliv vývoji trhu. Fond může investovat 100 % portfolia do fondů akciových, dluhopisových nebo peněžního trhu. V obdobích negativního vývoje na burzách může být akciová složka snížena až na nulu. V takovém případě je majetek fondu z velké části držen ve fondech krátkodobých dluhopisů nebo na termínovaných vkladech. C-QUADRAT ARTS Total Return Global-AMI reprezentuje vysoce aktivní styl řízení, složení portfolia se neustále mění. Alokační aktiv usiluje o využití výnosového potenciálu vždy nejúspěšnějších sektorů v rámci odvětví, zemí a regionů.

Aktuální informace o fondech Generali CEE Asset Management, a.s. **Generali** Investments SICAV S.A., Conseq Investment Management, a.s. a C-QUADRAT Kapitalanlage AG jsou zveřejněny na internetových stránkách generali.cz.

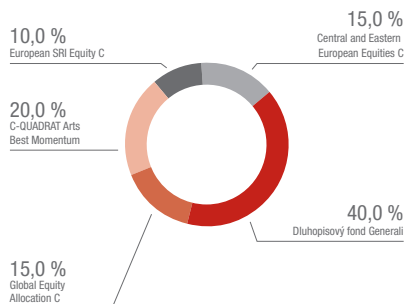
Investiční strategie

Investiční strategie fondů Generali CEE Asset Management, Generali Investments SICAV SA, Conseq Investment Management, a.s. a C-QUADRAT Kapitalanlage AG umožňuje investorovi využít potenciál hospodářského růstu jednotlivých zemí a tím pružně reagovat na aktuální vývoj světového hospodářství. Investiční strategie jsou vhodné zejména pro klienty, kteří nemají zkušenosti s investováním na kapitálovém trhu.

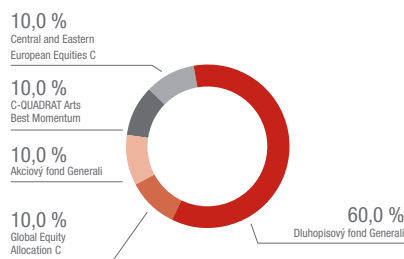
Progresivní globální strategie / 15 (100 % akcie)



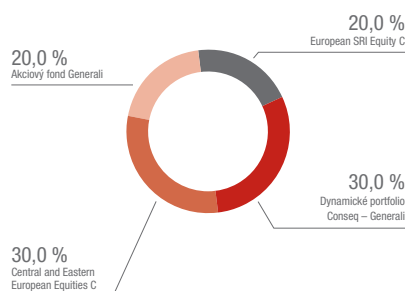
Balancovaná strategie / 15 (smíšená)



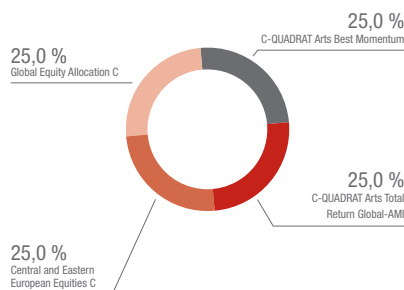
Zajištěná strategie / 15 (smíšená)



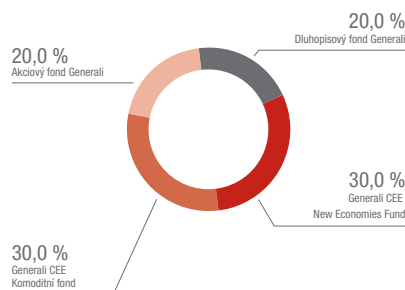
Generali – Conseq strategie (smíšená)



Generali – C-QUADRAT/11 strategie (smíšená)



Generali – progresivní smíšená strategie



Tabulka fondů

Dluhopisový fond Generali			Smišený fond Generali			Akciový fond Generali		
K2	S2	D2	K4	S4	D3	K5	S4	D4
Fondy Generali Investments SICAV								
Central and Eastern European Equities C			European SRI Equity C European Equities Oportunity C			Global Equity Allocation C		
K5	S4	D4	K5	S4	D4	K5	S4	D4
Fondy C-QUADRAT								
C-QUADRAT Arts Total Return Global			C-QUADRAT Strategie AMI CZK (t)					
K5	S4	D4	K5	S4	D4			
Fondy ČPI								
Generali CEE Komoditní fond			Generali CEE New Economies Fund					
K5	S4	D4	K5	S4	D4			
IVG15								
K1	S1	D1						

Vysvětlivky zkratk

K = krátkodobý (do 3 let)

S = střednědobý (3-10 let)

D = dlouhodobý (nad 10 let)

Míra rizika

1 = garantovaný výnos

2 = vysoce konzervativní

3 = vyvážená (balancovaná)

4 = vysoká

5 = agresivní

Vlastní strategie

Klient má možnost volby vlastní investiční strategie výběrem z nabízených fondů Generali CEE Asset Management, Generali Investments SICAV SA, Conseq Investment Management, a.s. a C-QUADRAT Kapitalanlage AG, přičemž podíl prostředků alokovaných do vybraného fondu musí činit alespoň 5 %.

Další důležitá upozornění:

Výkonnost jednotlivých fondů a strategií je uvedena na stránkách generali.cz/fondy.
Předchozí výkonnost fondů nezaručuje stejnou výkonnost i v budoucnu. Alokační poměr fondů v sobě obsahuje riziko kolísání hodnoty investice na smlouvě. Není zaručena plná návratnost původně alokovaného pojistného.
Pojistitel negarantuje žádnou minimální výši výnosů fondů. **Riziko možných cenových výkyvů jednotlivých fondů nese v plné míře pojistník.**

Aktuální hodnotou podílových jednotek (investice) je součin počtu podílových jednotek evidovaných na podílovém účtu pojistníka a aktuální (v daném okamžiku platné) nákupní ceny. Tato cena je pravidelně zveřejňována pojistitelem na internetových stránkách generali.cz.

Hodnota podílového účtu vyjádřená v jeho základní měně (Kč) kolísá podle změn v devizovém kurzu základní měny (Kč) vůči měnám, ve kterých jsou jednotlivé fondy denominovány; hodnota podílového účtu je proto vystavena měnovému riziku.

Investice vyhlášovaná Generali – IVG15

Investice vyhlášovaná Generali je investicí s vyhlášanou úrokovou mírou (VÚM) na další období, jejímiž podkladovými aktivy jsou krátkodobé státní dluhopisy. Jedná se o málo rizikovou investici, kde pojistitel garantuje dosud připsané zhodnocení. Pojistitel je oprávněn hodnotu VÚM měnit v návaznosti na zhodnocení podkladových aktiv. Informace o hodnotě a období platnosti VÚM naleznete na internetových stránkách pojistitele.

Odkupní koeficienty počátečních jednotek pro tarif ZG63

Z pojistného zaplaceného v 1. a ve 2. roce trvání pojištění, stejně jako z části navýšeného pojistného, se nakupují tzv. počáteční podílové jednotky. V případě ukončení pojistné smlouvy v tomto období nevzniká nárok na výplatu odkupného (netýká se pojištění s jednorázovým pojistným). Z počátečních jednotek jsou průběžně strhávány počáteční náklady spojené s uzavřením pojistné smlouvy, proto tyto jednotky nelze v průběhu pojištění vybrat. V případě, že v době navýšení nebudou pokryty předcházející počáteční náklady, bude pro úhradu předcházejících i nově vzniklých počátečních nákladů použita celá část pojistného, ze kterého vzniká nárok na počáteční náklady. Dojde-li k ukončení smlouvy s výplatou odkupného pojištění v době, kdy nejsou všechny nesplacené počáteční náklady vyúčtovány, vyplácí se podíl aktuální hodnoty zbývajících počátečních jednotek. Ten představuje příslušný odkupní koeficient v závislosti na uplynulých letech uvedených v Tabulce 1.

Například: Pojištění uzavřené na 20 let, vypovězeno (odkoupeno) v šestém roce (= 5 uplynulých let), z Tabulky 1 tomu odpovídá odkupní koeficient ve výši 15 %, tzn. že z aktuální hodnoty počátečních jednotek se vyplátí 15 % této hodnoty.

99.50.11.48 02.2016 verze 04

Tabulka 1 – Odkupní koeficienty počátečních jednotek ZG63 (platí pro investiční variantu pojištění)
V prvních dvou letech není nárok na odkupné.

Uplýnulá doba	Délka pojištění (roky)																													
	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30				
2	52%	46%	41%	36%	32%	29%	26%	23%	20%	18%	16%	14%	13%	11%	10%	9%	8%	7%	6%	6%	5%	5%	4%	4%	3%	3%				
3	62%	55%	49%	43%	38%	34%	30%	27%	24%	22%	19%	17%	15%	14%	12%	10%	10%	9%	7%	6%	6%	5%	4%	4%	3%	3%				
4	75%	66%	59%	52%	46%	41%	37%	32%	29%	26%	23%	20%	18%	16%	14%	13%	11%	10%	9%	8%	7%	7%	6%	5%	4%	4%				
5	100%	79%	70%	62%	55%	49%	43%	39%	34%	31%	27%	24%	22%	19%	17%	15%	14%	12%	11%	10%	8%	7%	7%	6%	5%	5%				
6		100%	84%	74%	66%	58%	51%	46%	41%	36%	32%	29%	26%	23%	20%	18%	16%	14%	12%	11%	10%	9%	8%	8%	7%	6%				
7			100%	84%	74%	66%	58%	51%	46%	41%	36%	32%	29%	26%	23%	20%	18%	16%	14%	12%	11%	10%	9%	8%	8%	7%				
8				100%	84%	74%	66%	58%	51%	46%	41%	36%	32%	29%	26%	23%	20%	18%	16%	14%	12%	11%	10%	9%	8%	8%				
9					100%	84%	74%	66%	58%	51%	46%	41%	36%	32%	29%	26%	23%	20%	18%	16%	14%	12%	11%	10%	9%	8%				
10						100%	88%	78%	69%	61%	54%	48%	43%	38%	34%	30%	27%	24%	21%	19%	17%	15%	13%	12%	11%	9%				
11							100%	88%	78%	69%	61%	54%	48%	43%	38%	34%	30%	27%	24%	21%	19%	17%	15%	13%	12%	11%				
12								100%	88%	78%	69%	61%	54%	48%	43%	38%	34%	30%	27%	24%	21%	19%	17%	15%	13%	12%				
13									100%	88%	78%	69%	61%	54%	48%	43%	38%	34%	30%	27%	24%	21%	19%	17%	15%	13%				
14										100%	88%	78%	69%	61%	54%	48%	43%	38%	34%	30%	27%	24%	21%	19%	17%	15%				
15											100%	88%	78%	69%	61%	54%	48%	43%	38%	34%	30%	27%	24%	21%	19%	17%				
16												100%	88%	78%	69%	61%	54%	48%	43%	38%	34%	30%	27%	24%	21%	19%				
17													100%	88%	78%	69%	61%	54%	48%	43%	38%	34%	30%	27%	24%	21%				
18														100%	88%	78%	69%	61%	54%	48%	43%	38%	34%	30%	27%	24%				
19															100%	88%	78%	69%	61%	54%	48%	43%	38%	34%	30%	27%				
20																100%	88%	78%	69%	61%	54%	48%	43%	38%	34%	30%				
21																	100%	88%	78%	69%	61%	54%	48%	43%	38%	34%				
22																		100%	88%	78%	69%	61%	54%	48%	43%	38%				
23																			100%	88%	78%	69%	61%	54%	48%	43%				
24																				100%	88%	78%	69%	61%	54%	48%				
25																					100%	88%	78%	69%	61%	54%				
26																						100%	88%	78%	69%	61%				
27																							100%	88%	78%	69%				
28																								100%	88%	78%				
29																									100%	88%				
30																										100%				

		Délka pojištění (roky)																													
Uplýnulá doba	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	
2	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	
3	3%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	
4	3%	3%	3%	3%	3%	3%	2%	2%	2%	2%	2%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	
5	5%	4%	4%	3%	3%	3%	2%	2%	2%	2%	2%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	
6	5%	5%	4%	4%	3%	3%	3%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	
7	6%	5%	5%	4%	4%	3%	3%	3%	2%	2%	2%	2%	2%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	
8	7%	6%	5%	5%	4%	4%	3%	3%	3%	3%	2%	2%	2%	2%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	
9	8%	7%	6%	5%	5%	4%	4%	3%	3%	3%	3%	2%	2%	2%	2%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	
10	8%	8%	7%	6%	5%	5%	4%	4%	3%	3%	3%	3%	2%	2%	2%	2%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	
11	9%	8%	8%	7%	6%	5%	5%	4%	4%	3%	3%	3%	3%	2%	2%	2%	2%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	
12	11%	9%	8%	8%	7%	6%	5%	5%	4%	4%	3%	3%	3%	3%	2%	2%	2%	2%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	
13	12%	11%	9%	8%	8%	7%	6%	5%	5%	4%	4%	3%	3%	3%	3%	2%	2%	2%	2%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	
14	13%	12%	11%	9%	8%	8%	7%	6%	5%	5%	4%	4%	3%	3%	3%	3%	2%	2%	2%	2%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	
15	15%	13%	12%	11%	9%	8%	8%	7%	6%	5%	5%	4%	4%	3%	3%	3%	3%	2%	2%	2%	2%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	
16	17%	15%	13%	12%	11%	9%	8%	8%	7%	6%	5%	5%	4%	4%	3%	3%	3%	3%	2%	2%	2%	2%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	
17	19%	17%	15%	13%	12%	11%	9%	8%	8%	7%	6%	5%	5%	4%	4%	3%	3%	3%	2%	2%	2%	2%	2%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	
18	21%	19%	17%	15%	13%	12%	11%	9%	8%	8%	7%	6%	5%	5%	4%	4%	3%	3%	3%	3%	2%	2%	2%	2%	2%	1%	1%	1%	1%	1%	
19	24%	21%	19%	17%	15%	13%	12%	11%	9%	8%	8%	7%	6%	5%	5%	4%	4%	3%	3%	3%	3%	2%	2%	2%	2%	2%	1%	1%	1%	1%	
20	27%	24%	21%	19%	17%	15%	13%	12%	11%	9%	8%	8%	7%	6%	5%	5%	4%	4%	3%	3%	3%	3%	2%	2%	2%	2%	2%	1%	1%	1%	
21	30%	27%	24%	21%	19%	17%	15%	13%	12%	11%	9%	8%	8%	7%	6%	5%	5%	4%	4%	3%	3%	3%	3%	2%	2%	2%	2%	2%	1%	1%	
22	34%	30%	27%	24%	21%	19%	17%	15%	13%	12%	11%	9%	8%	8%	7%	6%	5%	5%	4%	4%	3%	3%	3%	3%	2%	2%	2%	2%	2%	1%	
23	38%	34%	30%	27%	24%	21%	19%	17%	15%	13%	12%	11%	9%	8%	8%	7%	6%	5%	5%	4%	4%	3%	3%	3%	3%	2%	2%	2%	2%	2%	
24	43%	38%	34%	30%	27%	24%	21%	19%	17%	15%	13%	12%	11%	9%	8%	8%	7%	6%	5%	5%	4%	4%	3%	3%	3%	3%	2%	2%	2%	2%	
25	48%	43%	38%	34%	30%	27%	24%	21%	19%	17%	15%	13%	12%	11%	9%	8%	8%	7%	6%	5%	5%	4%	4%	3%	3%	3%	2%	2%	2%	2%	
26	54%	48%	43%	38%	34%	30%	27%	24%	21%	19%	17%	15%	13%	12%	11%	9%	8%	8%	7%	6%	5%	5%	4%	4%	3%	3%	3%	2%	2%	2%	
27	61%	54%	48%	43%	38%	34%	30%	27%	24%	21%	19%	17%	15%	13%	12%	11%	9%	8%	8%	7%	6%	5%</									

Tabulka 2 – Odkupní koeficienty akumulačních jednotek ZG63 (platí pro investiční variantu pojištění)
V prvních dvou letech není nárok na odkupné.

Uplynulá doba	Délka pojištění (roky)					
	5	6	7	8	9	10 a více
2	75%	75%	75%	75%	75%	75%
3	80%	80%	80%	80%	80%	80%
4	85%	85%	85%	85%	85%	85%
5	100%	90%	90%	90%	90%	90%
6		100%	95%	95%	95%	95%
7			100%	95%	95%	95%
8				100%	95%	95%
9					100%	95%
10 a více						100%

Výťah ze sazebníku poplatků

Platné od 1. 2. 2016 pro pojistné smlouvy, které se řídí ZPP IŽP 2016/09

1. Poplatek pojistitele za správu fondu

2. Správní náklady u běžného pojistného

3. Poplatek za výpis z účtu

4. Poplatek za přemístění

5. Poplatek za změnu alokace

6. Poplatek za lékařskou prohlídku

7. Minimální mimořádné pojistné

8. Investice vyhlášená Generali (IVG15)

9. Rozdíl mezi nákupní a prodejní cenou podílových jednotek

běžné pojistné

mimořádné pojistné

10. Částečný odkup pojištění
- max. 2 %/rok (zakalkulovaný do kurzu podílových jednotek)

30 Kč/měsíc – aktuální, max. výše až 100 Kč / měsíc

jednou za rok **zdarma**, další za 100 Kč

v každém pojistném roce **2 přemístění zdarma**, jinak 0,25 % přemísťované částky, minimálně však 100 Kč a maximálně 500 Kč

žádný

500 Kč

1 000 Kč

min. výnos uveden na internetových stránkách pojistitele

5 %

2 %

Tarif	Kdy	Na vrub
ZG63	po 2 letech ¹⁾	akumulačních jednotek zakoupených z běžného pojistného
	kdykoliv	akumulačních jednotek zakoupených z mimořádného pojistného

Při částečném odkupu je pojistitel oprávněn přiměřeně **snížit pojistnou částku pro případ smrti**.

1) Podmínkou uskutečnění částečného odkupu je předpoklad dostatečné výše běžného pojistného a zůstatku odkupní hodnoty pojištění pro pokrytí rizikového pojistného a technických poplatků dle ZPP IŽP 2016/09 čl. 12 až do konce pojistné doby.

Výše částečného odkupu musí dosáhnout alespoň pojistitelem předepsaného minima dle Sazebníku poplatků.

- Poplatek za částečný odkup

0,25 %

odkoupené částky, minimálně však 100 Kč a maximálně 500 Kč
- 5 %

odkoupené částky z investice vyhlášené Generali (IVG15)

11. Celkový odkup pojištění

Tarif ZG63 po uplynutí 2 let

Při celkovém odkupu se vyplácí součet odkupních hodnot všech jednotek evidovaných na účtu pojistníka podle níže uvedené tabulky

Stanovení odkupní hodnoty

Typ jednotek	Zakoupené	Odkupní hodnota
počáteční u tarifu ZG63	z běžného pojistného platného při sjednání pojištění a při navýšení dle definic v čl. 2 písmene l) a čl. 4 ZPP IŽP 2016/09	počet počátečních jednotek x aktuální nákupní kurz x odkupní koeficient z tabulky č. 1 pro tarif ZG63
akumulační u tarifu ZG63	z běžného pojistného, které nejsou počátečními jednotkami dle čl. 2 ZPP IŽP 2016/09	počet akumulačních jednotek x aktuální nákupní kurz x odkupní koeficient z tabulky č. 2 pro tarif ZG63
akumulační	z mimořádného pojistného	počet akumulačních jednotek x aktuální nákupní kurz

12. Počáteční náklady (počáteční jednotky)

Tarif	Hodnota počátečních nákladů	Za jakou dobu
ZG63	10% za rok	do konce pojištění
Koeficient ročního pojistného pro vytvoření počátečních jednotek		2



Karta rodinné asistence

Rozsah poskytovaných asistenčních služeb:

- lékařské informace/konzultace po telefonu

• právní informace/konzultace pro oblast zdraví po telefonu
- asistenční služba pro dítě/děti pojištěného

• asistenční služba pro domácího mazlíčka (pes nebo kočka) pojištěného

Postup při oznámení škodné události – úrazu

V případě úrazu oznamte tuto skutečnost pojistiteli nejpozději do 14 dnů.

Dovolujeme si Vám poskytnout několik užitečných rad a informací, jak postupovat v případě oznámení škodné události – úrazu.

- 1) Vyplňte 1. stranu tiskopisu „Oznámení o úrazu“ a neprodleně ji zašlete na adresu pojistitele.
Pokud máte k dispozici lékařské zprávy týkající se léčby úrazu, zašlete je prosím také v kopii pojišťovně.
- 2) Po ukončení léčby úrazu zajistěte vyplnění 2. strany tiskopisu „Oznámení o úrazu – zpráva ošetřujícího lékaře“ Vaším ošetřujícím lékařem a zašlete ji pojistiteli. V případě, že máte v pojistné smlouvě sjednané denní odškodné, budete po doložení všech dokumentů informován o výši pojistného plnění. Pokud jste byl v důsledku úrazu hospitalizován, zašlete prosím též kopii propouštěcí zprávy z hospitalizace.
- 3) Pokud Váš úraz zanechá trvalé následky a Vy máte toto riziko pojištěné, je nutné písemně požádat o posouzení jejich rozsahu na tiskopisu „Žádost o posouzení trvalých následků“. K žádosti doložte prosím kopie veškerých lékařských zpráv vztahujících se k Vašemu úrazu (včetně aktuální lékařské zprávy s uvedením momentálních zdravotních komplikací).
Po obdržení žádosti budete pojistitelem vyzván k absolvování lékařské prohlídky za účelem posouzení rozsahu trvalých následků u smluvního lékaře Generali Pojišťovna a.s. Jakmile obdržíme posudek smluvního lékaře, budete informováni o výši pojistného plnění z pojištění trvalých následků úrazu. Rozsah trvalých následků úrazu je možné přezkoumat po 1 roce od úrazu.

Postup pro čerpání služeb rodinné asistence

Jak využít služeb rodinné asistence?

- 1) Pro poskytnutí služeb rodinné asistence kontaktujte telefonicky poskytovatele asistenčních služeb na čísle (00420) **221 586 666**.
- 2) Sdělte své jméno, příjmení a číslo pojistné smlouvy. Specifikujte také oblast dotazu (např. konzultace zdravotního stavu, vysvětlení lékařských pojmů, právní oblast zdraví), nebo potřebu využít asistenční službu v oblasti péče o nezletilé dítě nebo domácího mazlíčka.
- 3) Služby rodinné asistence jsou poskytovány ve všední den od 9.00 do 18.00 hod.

Případné další dotazy týkající se oznámení škodné události Vám rádi zodpovíme na telefonním čísle klientského servisu **844 188 188**.

Tiskopisy pro oznámení škodných událostí jsou ke stažení na generali.cz. O jejich zaslání můžete též požádat na lince klientského servisu 844 188 188.

Postup při kontaktování rodinné asistenční služby:

1. Informace, že **jste pojištěni u Generali Pojišťovna a.s.**
2. Vaše **jméno a příjmení**
3. **Číslo** Vaší pojistné **smlouvy**
4. **Specifikace** požadované služby

**všední dny od 09.00 do 18.00 hod. na tel. čísle
(00420) 221 586 666**

Všeobecné pojistné podmínky pro soukromé pojištění osob Generali Pojišťovna a.s. (VPP POS 2016/02)

Článek 1 Úvodní ustanovení	- Pojištění, které sjednává Generali Pojišťovna a.s., se sídlem Bělehradská 132, Praha 2, 120 84, Česká republika (dále jen „pojistitel“) a pojistník, se řídí pojistnou smlouvou, těmito všeobecnými pojistnými podmínkami, zvláštními pojistnými podmínkami, Sazebníkem administrativních poplatků, zákonem č. 89/2012 Sb., občanským zákoníkem (dále jen „občanský zákoník“) a ostatními obecně závaznými právními předpisy České republiky. - Není-li v příslušných zvláštních pojistných podmínkách stanoveno jinak, pojištění se sjednává jako obnosové. - Ujednání pojistné smlouvy mají přednost před ustanoveními pojistných podmínek s tím, že zvláštní pojistné podmínky mají přednost před všeobecnými. Ustanovení pojistných podmínek mají přednost před ustanoveními právních předpisů. Nejsou-li některá práva a povinnosti účastníků pojištění, jakož i pojmy a definice upraveny v pojistné smlouvě nebo v pojistných podmínkách, řídí se občanským zákoníkem. - Pojistník, pojištěný i další účastníci pojištění mají povinnost jednat poctivě, pravdivě a úplně odpovědět na všechny dotazy a informovat druhou stranu o skutečnostech podstatných pro uzavření smlouvy, jak je blíže popsáno v pojistných podmínkách. Žádný z účastníků pojištění nemůže těžit ze svého nepoctivého nebo protiprávního jednání. - Je-li pojistníkem podnikatel, předpokládá se, že jedná s odbornou znalostí, péčí a obezřetně, a ujednává se, že se neuplatní ochranná ustanovení stanovená pro smlouvy uzavírané adhezním způsobem. - Pojistnou smlouvou se pojistitel zavazuje vůči pojistníkovi poskytnout jemu nebo jiné oprávněné osobě pojistné plnění, nastane-li nahodilá událost krytá pojištěním (pojistná událost), a pojistník se zavazuje zaplatit pojistiteli pojistné. Pojistná smlouva je smlouva odvázná, kdy prospěch nebo neprospěch jedné ze smluvních stran závisí na nejisté události. Pojistné náleží pojistiteli i v případě, že nenastane pojistná událost či je pojistné plnění nižší než zaplacené pojistné, naopak pojistitel poskytuje pojistné plnění i ve výši převyšující pojistné. Povinnost smluvních stran plnit není vzájemně podmíněna a není ve vzájemné úměře.
Článek 2 Výklad pojmů	Pro účely sjednáváného pojištění platí tento výklad pojmů: běžným pojistným je pojistné stanovené za pojistné období; jednorázovým pojistným je pojistné stanovené za celou dobu, na kterou bylo pojištění sjednáno; oprávněnou osobou je osoba, které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění; oprávněnou osobou je pojištěný, pokud právní předpis nebo pojistná smlouva nestanoví jinak; pojištěným je osoba, na jejíž život, zdraví nebo jinou hodnotu pojistného zájmu se vztahuje pojištění; pojistníkem je osoba, která uzavřela s pojistitelem pojistnou smlouvu; pojistnou dobou je doba, na kterou bylo pojištění sjednáno; pojistnou událostí je nahodilá událost krytá pojištěním blíže označená v příslušných pojistných podmínkách nebo v pojistné smlouvě; pojistnou částkou je částka stanovená v pojistné smlouvě, která je základem pro určení výše pojistného a pro výpočet pojistného plnění; škodnou událostí je událost, která by mohla být důvodem vzniku práva na pojistné plnění; pojistným nebezpečím je možná příčina vzniku pojistné události blíže vymezená v příslušných pojistných podmínkách nebo v pojistné smlouvě; pojistným obdobím je časové období, za které se platí pojistné; není-li v pojistné smlouvě ujednáno jinak, považuje se za ujednané roční pojistné období; pojistným rokem je doba, která začíná běžet v 0.00 hodin dne uvedeného v pojistné smlouvě jako počátek pojištění a končí v 24.00 hodin dne, který se svým pojmenováním nebo číslem shoduje se dnem počátku pojištění; není-li takový den v příslušném roce, je jím poslední den v měsíci; výročním dnem je den, který se svým pojmenováním nebo číslem shoduje se dnem počátku pojištění; není-li takový den v příslušném roce, je jím nejbližší předcházející den v měsíci; pojistným rizikem je míra pravděpodobnosti vzniku pojistné události vyvolané pojistným nebezpečím; pojistným zájmem je oprávněná potřeba ochrany před následky pojistné události; účastníkem pojištění je pojistitel a pojistník jakožto smluvní strany a dále pojištěný a každá další osoba, které z pojištění vzniklo právo nebo povinnost.
Článek 3 Uzavření a změny pojistné smlouvy	- Návrh pojistníka na uzavření pojistné smlouvy (dále jen „nabídka“) musí být přijat pojistitelem ve lhůtě do 3 měsíců ode dne sepsání nabídky. Pojistitel přijímá nabídku pojistníka vystavením pojistky. Pojistná smlouva je uzavřena dnem doručení pojistky pojistníkovi. - Nabídka pojistníka je sepsána k datu, které je uvedeno na nabídce jako datum podpisu pojistníka. - Nelze-li přijmout nabídku pojistníka v navrhovaném znění, je pojistitel oprávněn doručit pojistníkovi ve lhůtě 3 měsíců od sepsání nabídky protinabídku. Protinabídka je přijata pojistníkem doručením písemného souhlasu s touto protinabídkou pojistiteli ve lhůtě do 2 měsíců ode dne doručení protinabídky pojistníkovi. Pojistná smlouva je uzavřena dnem doručení písemného souhlasu s protinabídkou pojistiteli. Protinabídku pojistitele lze přijmout také zaplacením pojistného ve výši a lhůtě uvedené v protinabídce, avšak pouze za podmínky, že pojistné stanovené v protinabídce pojistitele je rozdílné od pojistného, původně navrhovaného pojistníkem. - Protinabídku pojistitele nelze přijmout jiným způsobem než podle odst. 3 tohoto článku. - Obsahuje-li přijetí protinabídky jakékoliv dodatky, výhrady, omezení nebo jiné změny či odchylky, byť nemění podstatně podmínky protinabídky pojistitele, považuje se taková odpověď za novou nabídku, kterou činí pojistník pojistiteli. Tuto novou nabídku může pojistitel přijmout do jednoho měsíce od jejího doručení, jinak se považuje za odmítnutou. - Pro nabídky změny pojistné smlouvy se výše uvedená ustanovení použijí obdobně.
Článek 4 Smlouva o předběžném pojištění	- Pojistitel činí zároveň s nabídkou pojistníka nabídku na uzavření smlouvy o předběžném pojištění. Nabídka pojistitele se vztahuje pouze pro to pojištění/ta pojištění a dále to doplňkové pojištění/ta doplňková pojištění, která/á bylo/a pojistníkem na jeho nabídce navrhována. Součástí nabídky pojistitele na uzavření smlouvy o předběžném pojištění jsou tyto všeobecné pojistné podmínky a zvláštní pojistné podmínky, které jsou součástí nabídky pojistníka. - Smlouva o předběžném pojištění je uzavřena dnem zaplacení zálohy na první pojistné ve výši navrhované pojistníkem v jeho nabídce. Smlouva o předběžném pojištění nabývá účinnosti zpětně, a to : – dnem uzavření pojistné smlouvy navrhované pojistníkem nebo – dnem uzavření pojistné smlouvy na základě protinabídky pojistitele, a to v rozsahu jím učiněné protinabídky nebo – dnem smrti pojištěného, za předpokladu, že by pojistitel s pojistníkem navrhovanou pojistnou smlouvou, nebyť smrti pojištěného, uzavřel. Obdobně se použije v případě, že pojistník navrhuje v nabídce pojištění více pojištěných osob. - Počátek předběžného pojištění je sjednán a předběžné pojištění je poskytováno od pátého dne po zaplacení zálohy na první pojistné ve výši navrhované pojistníkem v jeho nabídce do data počátku pojištění za předpokladu, že smlouva o předběžném pojištění nabyde účinnosti (je splněna některá z podmínek uvedených v odst. 2). Zaplacením se pro účely smlouvy o předběžném pojištění rozumí úhrada pojistného pojistiteli (nebo pojišťovacímu zprostředkovateli) v hotovosti nebo udělení pokynu k převodu peněžní částky na účet poskytovatele platebních služeb pojistitele. - Smlouva o předběžném pojištění pozbývá platnosti a předběžné pojištění končí uplynutím pojistné doby předběžného pojištění, tj. ve 24.00 hodin dne předcházejícího dni, ve kterém začíná pojištění dle uzavřené pojistné smlouvy. - Smluvní strany ujednávají, že maximální výše pojistného plnění vyplacená z předběžného pojištění činí 3.000.000 Kč za všechny pojistné události.
Článek 5 Změny účastníků pojištění; pojistná období	- Pojištění vzniká dnem uvedeným v pojistné smlouvě jako datum počátku pojištění. Není-li v pojistné smlouvě uvedeno datum počátku pojištění, vzniká pojištění dnem následujícím po uzavření pojistné smlouvy. - Není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak, sjednává se pojištění na dobu určitou s pojistným obdobím, kterým je časové období dohodnuté v pojistné smlouvě, za které se platí pojistné (měsíc, čtvrtletí, pololetí), přičemž první pojistné období začíná dnem počátku pojištění. Následná pojistná období pak začínají běžet v den, jehož označení se shoduje se dnem počátku pojištění. Konec pojistného období připadá na den, který předchází dni, který se svým označením shoduje se dnem počátku pojištění, není-li takový den v daném měsíci, případně konec pojistného období na jeho poslední den. - Počátek pojištění lze sjednat i k datu, které předchází datu sepsání nabídky. V tomto případě není pojistitel povinen poskytnout pojistné plnění, pokud pojistník v době sepsání nabídky věděl nebo vědět měl a mohl, že pojistná událost již nastala.
Článek 6 Změny účastníků pojištění, přechod práv a povinností a zákaz postoupení smlouvy	- V případě smrti pojistníka, není-li zároveň pojištěným, vstupuje na jeho místo pojištěný. Je-li v pojistné smlouvě více pojištěných osob, vstupuje na jeho místo pojištěný č.1. - Pojištěný je oprávněn do 3 měsíců ode dne smrti pojistníka oznámit pojistiteli, že na trvání pojištění nemá zájem. V takovém případě zaniká pojištění uplynutím pojistného období, za které je ke dni smrti pojistníka zaplacené pojistné. Nebylo-li ke dni smrti pojistníka pojistné dle výše uvedeného zaplacené, zaniká pojištění dnem smrti pojistníka. Obdobně se postupuje i při zániku pojistníka bez právního nástupce. - Pojistnou smlouvu nelze s výjimkou převodu pojistného kmene postoupit na třetí osobu bez souhlasu druhé smluvní strany.
Článek 7 Zánik pojištění	- Pojištění zaniká zejména: a) písemnou dohodou smluvních stran; v dohodě musí být určen okamžik zániku pojištění a dohodnut způsob vzájemného vyrovnání závazků; b) uplynutím pojistné doby;

	c) výpovědi pojištění pojistitelem nebo pojistníkem zejména: (i) doručenou druhé smluvní straně nejméně šest týdnů před koncem pojistného období u smluv s běžným pojistným; pojištění zanikne uplynutím pojistného období; při doručení výpovědi později než šest týdnů před koncem pojistného období, zaniká pojištění ke konci následujícího pojistného období; (ii) doručenou druhé smluvní straně do dvou měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy; dnem doručení výpovědi počíná běžet osmidenní výpovědní doba, jejímž uplynutím pojištění zanikne; (iii) doručenou druhé smluvní straně do tří měsíců ode dne oznámení vzniku pojistné události; dnem doručení výpovědi počíná běžet měsíční výpovědní doba, jejímž uplynutím pojištění zanikne; d) marným uplynutím lhůty stanovené pojistitelem v upomínce o zaplacení dlužného pojistného nebo jeho části; e) smrtí pojištěného; f) z dalších důvodů uvedených ve zvláštních pojistných podmínkách, občanském zákoníku nebo jiných příslušných právních předpisech. 2. Pojištění dále zaniká: a) odstoupením od pojistné smlouvy; pojištění zaniká od počátku odstoupením od pojistné smlouvy pojistitelem nebo pojistníkem, a to z důvodů uvedených v občanském zákoníku nebo pojistných podmínkách; b) odstoupením od smlouvy v případě, že došlo k porušení smlouvy podstatným způsobem; pojištění zanikne dnem doručení odstoupení druhé straně; za podstatné porušení smlouvy se považuje zejména porušení povinností, u nichž to bylo výslovně stanoveno v příslušných pojistných podmínkách nebo dohodnuto v pojistné smlouvě; za podstatné porušení smlouvy se považuje nesplnění pokynů pojistitele, které byly účastníku pojištění při sjednávání nebo během trvání pojištění uloženy.
Článek 8 Pojistné	- Pojistitel má právo na pojistné za dobu trvání pojištění, ledaže je v občanském zákoníku či v pojistných podmínkách stanoveno, že má právo na pojistné i po zániku pojištění. - Není-li v pojistné smlouvě ujednáno jinak, sjednává se pojistné jako běžné. - Pojistné se platí v české měně. - Běžné pojistné je splatné prvního dne příslušného pojistného období a jednorázové pojistné dnem počátku pojištění, není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak. - Běžné pojistné se platí po celou smlouvenou pojistnou dobu. Lze sjednat i pojištění, za která se platí běžné pojistné po dobu kratší, než je smlouvená pojistná doba. - Pojistitel je oprávněn v prvním pojistném zohlednit skutečnost, že pojištěný absolvoval lékařskou prohlídku. - Je-li pojistné období kratší než jeden rok, je pojistitel oprávněn účtovat přírůstek v procentech ročního pojistného. - Konečná výše pojistného je stanovena v pojistce. Takto stanovené pojistné se může na základě výsledné kalkulace lišit maximálně o 5 % od pojistného uvedeného v nabídce pojistníka. - Není-li ujednáno jinak, je pojistník povinen hradit pojistné na bankovní účet a s variabilním symbolem určeným pojistitelem. Má se za to, že pojistné uhrazené pod správným variabilním symbolem určeným pojistitelem bylo uhrazeno pojistníkem či s jeho souhlasem jinou osobou. Pojistné uhrazené bez uvedení variabilního symbolu určeného pojistitelem nebo na jiný účet pojistitele není uhrazeno řádně a pojistník je s jeho hrazením v prodlení. - Je-li pojistné hrazeno prostřednictvím poskytovatele platebních služeb, je pojistné uhrazeno připsáním částky na účet pojistitele vedený u poskytovatele platebních služeb. - Dluží-li pojistník pojistné za více pojistných období a zaplacené pojistné není dostatečné k uhrazení celého dluhu, uhradí se zaplaceným pojistným pohledávky na pojistné v pořadí, v jakém po sobě vznikly. - Je-li pojistník v prodlení s placením pojistného, poplatků a příslušenství pohledávky dlužného pojistného, bude ze zaplacené částky uhrazeno nejdříve dlužné pojistné, poté poplatky v pořadí podle jejich splatnosti, následně náklady spojené s vymáháním dlužného pojistného a nakonec úrok z prodlení. - Pojistitel je oprávněn odečíst od pojistného plnění dlužné částky pojistného a jiné splatné pohledávky ze všech pojištění sjednaných s pojistníkem s výjimkou pojistných plnění z povinných pojištění. - Poskytl-li pojistitel pojistníkovi slevu z pojistného za sjednanou pojistnou dobu a pojištění zanikne z důvodů na straně pojistníka či pojištěného před uplynutím takové doby, je pojistník povinen vrátit pojistiteli částku odpovídající takové poskytnuté slevě za celou dobu trvání pojištění (tj. rozdíl mezi celkovou částkou pojistného za dobu trvání pojištění, který by byl pojistník povinen uhradit, pokud by mu nebyla poskytnuta sleva, a částky pojistného, které uhradil podle pojistné smlouvy). - Je-li pojistník v prodlení s placením pojistného, má pojistitel vedle práva požadovat úrok z prodlení v zákonné výši právo na náhradu nákladů spojených s upomínáním a uplňováním této pohledávky. Výše náhrady je uvedena v Sazebníku administrativních poplatků. - Pojistitel má právo změnit výši běžného pojistného na další pojistné období na základě pojistné matematických metod, pokud dojde ke změně následujících podmínek rozhodných pro jeho stanovení, tj.: – pokud celkový průměrný škodný průběh předmětného doplňkového pojištění neumožňuje zajištění trvalé splnitelnosti závazků pojistitele z tohoto doplňkového pojištění, zejména pokud takový celkový škodný průběh přesahuje 100 %. - Bylo-li v důsledku nesprávně uvedeného data narození pojištěného placeno vyšší pojistné, je pojistitel povinen upravit jeho výši počínaje pojistným obdobím následujícím po pojistném období, ve kterém se správné údaje dozvěděl. Pojistné placené za následující pojistná období se snižuje o přeplatek pojistného, v případě jednorázového pojistného je pojistitel povinen vrátit přeplatek pojistného pojistníkovi do 1 měsíce od data, kdy byl přeplatek zjištěn. - Pojištění nelze přerušit neplacením pojistného.
Článek 9 Poplatky	- Pojistitel je oprávněn požadovat poplatky za úkony a služby, které jsou zejména: a) spojené s činnostmi pojistitele konanými nad rámec jeho povinností stanovených právními předpisy nebo pojistnou smlouvou; b) vyvolané porušením povinností ze strany některého z účastníků pojištění; c) prováděny z podnětu účastníka pojištění, v jeho prospěch nebo na jeho žádost. - Přehled úkonů a služeb, za které je pojistitel oprávněn požadovat poplatek a jeho výše, jsou uvedeny v Sazebníku administrativních poplatků, se kterým byl pojistník seznámen před uzavřením pojistné smlouvy. V případě změny Sazebníku administrativních poplatků je rozhodná výše poplatku podle Sazebníku administrativních poplatků platného ke dni provedení zpoplatňovaného úkonu či služby. - Pojistitel může Sazebník administrativních poplatků měnit. Takovou změnu oznámí vhodným způsobem na svých internetových stránkách. Aktuální znění Sazebníku administrativních poplatků je současně dostupné k nahlédnutí v sídle pojistitele a jeho obchodních místech. - Poplatek je splatný dnem provedení úkonu či služby pojistitelem, není-li ve výzvě pojistitele uvedeno jinak. Je-li tak stanoveno, provede pojistitel požadovaný úkon či službu pouze za podmínky uhrazení příslušného poplatku.
Článek 10 Práva a povinnosti z pojištění a následky jejich porušení	Pravdivá sdělení při sjednání pojistné smlouvy a při jejich změnách Zájemce o pojištění, pojistník a pojištěný jsou při jednání o uzavření pojistné smlouvy nebo o její změně povinni odpovědět pravdivě a úplně na písemné dotazy pojistitele týkající se sjednávajícího pojištění. A dále jsou povinni sdělit pojistiteli v písemné formě všechny podstatné okolnosti, které jsou jim známy a které mají význam pro rozhodnutí pojistitele, jak ohodnotí pojistné riziko, zda je pojistí a za jakých podmínek. Okolnosti, na které se pojistitel výslovně ptal, se za podstatné považují vždy. Práva a povinnosti ve vztahu k pojistnému riziku a další povinnosti v průběhu trvání pojištění - Změní-li se okolnosti, které byly uvedeny ve smlouvě anebo na které se pojistitel tázal tak podstatně, že zvyšují pravděpodobnost vzniku pojistné události z výslovně ujednaného pojistného nebezpečí, zvýší se pojistné riziko. Pro posouzení výše pojistného rizika jsou rozhodné mimo jiné: (i) změna zaměstnání či oboru podnikání; (ii) změna ve vykonávané sportovní činnosti; (iii) změna ve vykonávané zájmové činnosti. - Pojistník a pojištěný jsou povinni oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu změnu pojistného rizika. Obdobně jsou zájemce o pojištění, pojistník a pojištěný povinni oznámit pojistiteli zvýšení rizika, ke kterému došlo mezi učiněním nabídky pojistníkem a uzavřením pojistné smlouvy. - V případě, že se v pojistné době pojistné riziko podstatně sníží, vzniká pojistiteli povinnost snížit pojistné úměrně ke snížení pojistného rizika s účinností ode dne, kdy se o tomto snížení dozvěděl. V případě, že se v pojistné době pojistné riziko podstatně zvýší, má pojistitel za podmínek upravených v občanském zákoníku právo navrhnout novou výši pojistného nebo pojištění vypovědět. - Po uzavření pojistné smlouvy nesmí pojistník nebo pojištěný bez souhlasu pojistitele žádným způsobem zvyšovat riziko a nesmí připustit jeho zvýšení třetí osobou. - Pojistník je povinen prokázat na žádost pojistitele svůj pojistný zájem. - Pojistník a pojištěný jsou povinni umožnit pojistiteli nebo jím pověřeným osobám: (i) přezkoumat jejich zdravotní stav, a to na základě informací vyžádaných se souhlasem pojistníka/pojištěného od zdravotnických zařízení, zdravotních pojišťoven či dalších subjektů, které mohou předložit podklady relevantní pro přezkoumání zdravotního stavu. Za tímto účelem jsou povinni předložit pojistiteli veškerou příslušnou zdravotnickou dokumentaci a/nebo sdělit pojistiteli jména a adresy lékařů, u nichž se léčí/ byli v péči. Pojistitel má právo určit lékaře, který provede přezkoumání zdravotního stavu; (ii) ověřením správnosti a úplnosti podkladů rozhodných pro výpočet pojistného; za tímto účelem jsou povinni zpřístupnit pojistiteli veškerou příslušnou dokumentaci a umožnit pořízení jejích kopií, v případech a za podmínek stanovených pojistnými podmínkami nebo pojistnou smlouvou jsou dále povinni předložit pojistiteli doklad o skutečné výši rozhodných údajů, a to i v průběhu trvání pojištění, ve lhůtě 1 měsíce ode dne doručení žádosti pojistitele;

- (iii) identifikovat účastníka pojištění v rozsahu stanoveném zákonem, zvláštním právním předpisem nebo vyplývajícím z mezinárodních závazků České republiky (zejména v oblasti opatření proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu a dále Foreign Account Tax Compliance Act /FATCA/).

3. Prevenční povinnosti a povinnosti v případě pojistné události

- a) Pojištěný je povinen dbát, aby pojistná událost nenastala, zejména:
- (i) nesmí porušovat povinnosti směřující ke zmenšení nebezpečí nebo k jeho odvrácení, které jsou mu uloženy právními předpisy anebo které mu byly uloženy pojistitelem, ani strpět podobná jednání třetích osob;
 - (ii) nesmí zanedbávat péči o své zdraví zejména nedodržením preventivní lékařské péče (např. povinné očkování) nebo odmítnutím lékařské péče při ohrožení života či zdraví.
- b) V případě vzniku škodné události je pojištěný povinen:
- (i) bez zbytečného odkladu vyhledat lékařskou pomoc, svědomitě dodržovat rady lékaře a stanovený léčebný režim a vyloučit veškerá jednání, která brání uzdravení; učinit veškerá opatření tak, aby minimalizoval rozsah a následky škodné události;
 - (ii) oznámit tuto skutečnost písemně pojistiteli, a to do 14 dnů od jejího vzniku s výjimkou stavů, kdy pojištěný/oprávněná osoba nemůže ze závažných důvodů tuto povinnost splnit;
 - (iii) podat pojistiteli pravdivé, úplné a nezkrácené vysvětlení vzniku, příčiny a rozsahu následků takové události, předložit mu nezbytné doklady a doklady, které si pojistitel vyžádá; náklady spojené s prokázáním nároku na pojistné plnění a s plněním povinností uložených pojistnou smlouvou hradí ten, kdo uplatňuje nárok vůči pojistiteli;
 - (iv) zdržet se všech jednání, která by byla na újmu šetření pojistitele ohledně jeho povinnosti plnit;
 - (v) umožnit pojistiteli nebo jím pověřeným osobám šetření nezbytná pro posouzení nároku na pojistné plnění, zejména umožnit přezkoumání zdravotního stavu pojištěného, prozkoumat okolnosti vzniku škodné události, nutné pro zjištění, zda se jedná o událost pojistnou nebo pro stanovení výše pojistného plnění;
 - (vi) podrobit se lékařskému vyšetření k přezkoumání zdravotního stavu na žádost pojistitele u lékaře určeného pojistitelem; nepodrobí-li se pojištěný vyšetření ve stanoveném termínu bez náležitého odůvodnění, které je povinen pojistiteli sdělit ještě před termínem vyšetření, je pojistitel oprávněn pojistné plnění přiměřeně snížit;
 - (vii) na písemnou žádost pojistitele dodat výpis z účtu pacienta příslušné zdravotní pojišťovny;
 - (viii) nést náklady na kontrolní vyšetření (opětovné posouzení) v případě, že toto pojištěný požaduje;
 - (ix) v souvislosti s šetřením škodné události je pojištěný povinen umožnit nahlížení do soudních, policejních a případně dalších úředních spisů; pojistitel je oprávněn zhotovovat z nich kopie či výpisy;
 - (x) oznámit bez zbytečného odkladu orgánům činným v trestním, správním nebo přestupkovém řízení, vznik události, která nastala za okolností nasvědčujících spáchání trestného činu nebo přestupku;
 - (xi) plnit oznamovací povinnosti uložené obecně závaznými právními předpisy.

4. Následky porušení povinností

- a) V případě porušení povinností k pravdivým sdělením či jiných povinností před sjednáním smlouvy:
- (i) mají pojistitel i pojistník právo odstoupit od pojistné smlouvy za podmínek stanovených v občanském zákoníku; odstoupením od smlouvy se pojistná smlouva od počátku ruší; odstoupí-li pojistník od smlouvy, nahradí mu pojistitel do jednoho měsíce ode dne, kdy se odstoupení stane účinným, zaplacené pojistné; snižené o to, co již případně z pojištění plnil; odstoupí-li od smlouvy pojistitel, má právo také na náklady spojené se vznikem a správou pojištění; paušální výši těchto nákladů nebo způsob jejich výpočtu může pojistitel určit v Sazebníku poplatků; odstoupí-li pojistitel od smlouvy a získal-li již účastník pojištění pojistné plnění, nahradí v téže lhůtě pojistiteli to, co ze zaplaceného pojistného plnění přesahuje zaplacené pojistné; důvodem k odstoupení od smlouvy ze strany pojistitele je také skutečnost, kdy v době mezi učiněním nabídky pojistníkem a uzavřením pojistné smlouvy dojde ke změně skutečností uvedených v nabídce (zvýšení rizika) a pojistník nebo pojištěný tuto změnu pojistiteli bezodkladně neoznámil;
 - (ii) má pojistitel právo snížit pojistné plnění, bylo-li v důsledku porušení povinností pojistníka nebo pojištěného při jednání o uzavření smlouvy nebo o její změně ujednáno nižší pojistné, a to o takovou část, jaký je poměr pojistného, které obdržel, k pojistnému, které měl obdržet;
 - (iii) má pojistitel právo odmítnout pojistné plnění, byla-li příčinou pojistné události skutečnost, o které se dozvěděl až po vzniku pojistné události a kterou nemohl zjistit při sjednávání pojištění nebo jeho změny v důsledku zaviněné nepravdivě nebo neúplně zodpovězených písemných dotazů pojistníkem nebo pojištěným, pokud by při znalosti této skutečnosti při uzavírání smlouvy tuto smlouvu neuzavřel nebo pokud by ji uzavřel za jiných podmínek; odmítnutím pojistného plnění pojištění zaniká.
- b) V případě porušení povinností oznámit zvýšení pojistného rizika má pojistitel právo:
- (i) vypovědět pojištění bez výpovědní doby; vypoví-li pojistitel pojištění, náleží mu pojistné až do konce pojistného období, v němž pojištění zaniklo; jednorázové pojistné náleží pojistiteli v tomto případě celé;
 - (ii) nastala-li po zvýšení rizika pojistná událost, snížit pojistné plnění úměrně k tomu, jaký je poměr pojistného, které obdržel, k pojistnému, které by měl obdržet, kdyby se byl o zvýšení pojistného rizika z oznámení včas dozvěděl.
- c) V případě porušení prevenčních povinností má pojistitel právo:
- (i) snížit pojistné plnění, pokud pojistník, pojištěný nebo oprávněná osoba poruší povinnosti stanovené právními předpisy nebo uložené pojistnou smlouvou, nebo nesplní pokyny pojistitele, a takové porušení nebo nesplnění mělo podstatný vliv na vznik pojistné události, její průběh nebo na zvětšení rozsahu jejích následků nebo na zjištění nebo určení výše pojistného plnění nebo na ztížení nebo znemožnění provést vlastní šetření pojistitele zejména ke zjištění oprávněnosti nároku na pojistné plnění nebo zjištění okolností podstatných pro stanovení výše pojistného plnění, a to úměrně tomu, jaký vliv mělo uvedené porušení na rozsah povinností pojistitele poskytnout pojistné plnění.
- d) V případě porušení povinností při vzniku škodné události má pojistitel právo:
- (i) v případě pozdního nahlášení škodné události snížit pojistné plnění, a to úměrně tomu, jaký vliv mělo uvedené porušení povinností na průběh šetření škodní události pojistitelem;
 - (ii) v případě odmítnutí nebo nepodrobení se vyšetření pojištěným neposkytnout pojistné plnění;
 - (iii) odmítnout plnění z pojistné smlouvy, jestliže oprávněná osoba uvede při uplatňování práva na plnění z pojištění vědomě nepravdivě nebo hrubě zkrácené údaje týkající se rozsahu pojistné události nebo podstatné údaje týkající se této události zamlčí; odmítnutím pojistného plnění pojištění nezaniká;
 - (iv) na náhradu nákladů nebo škody, pokud v důsledku porušení některé z povinností pojistníkem, pojištěným nebo oprávněnou osobou vznikne pojistiteli škoda nebo pojistitel zbytečně vynaloží náklady; pojistitel má právo na náhradu těchto nákladů nebo škody proti osobě, která škodu způsobila nebo vynaložení nákladů vyvolala.

5. Odpovědnost za plnění povinností

Všechna ustanovení pojistné smlouvy nebo pojistných podmínek a povinnosti vyplývající z právních předpisů, které se týkají pojištěného, se obdobně vztahují i na pojistníka a na všechny osoby, které uplatňují právo na pojistné plnění.

6. Ostatní

Veškeré doklady týkající se pojištění včetně těch, které jsou předkládány k prokázání práva na pojistné plnění, jsou účastníci pojištění povinni předkládat v českém nebo slovenském jazyce. V případě dokladů v jiném jazyce je nutné předložit tento doklad spolu s jeho úředně ověřeným překladem do českého nebo slovenského jazyka. Náklady na překlad hradí ten, kdo doklad předkládá.

Článek 11 Šetření pojistné události a pojistné plnění

1. Pojistitel je povinen zahájit šetření pojistné události bez zbytečného odkladu po oznámení toho, kdo se pokládá za oprávněnou osobu a s nastalou událostí spojuje požadavek na pojistné plnění, nebo osoby, která má na pojistném plnění právní zájem.
2. V případě, že výsledky šetření prokážou, že osoba, která uplatnila právo na pojistné plnění, není oprávněnou osobou, sdělí jí pojistitel tuto skutečnost, jakmile je z výsledků šetření zřejmá.
3. Oprávněná osoba je povinna pojistiteli před výplatou pojistného plnění prokázat, že jí svědčí právo na pojistné plnění. Pojistitel není povinen vyplatit pojistné plnění do doby, než mu budou předloženy doklady potřebné pro ukončení šetření pojistné události, zejména ty, které si v této souvislosti vyžádá.
4. Pokud nemůže být skončeno šetření do 3 měsíců od oznámení pojistné události, je pojistitel povinen sdělit oprávněné osobě důvody, pro které nelze šetření ukončit; na žádost sdělí pojistitel důvody v písemné formě.
5. Pojistné plnění je splatné do 15 dnů po ukončení šetření nutného ke zjištění existence a rozsahu povinností pojistitele plnit. Šetření je skončeno, jakmile pojistitel sdělí jeho výsledky oprávněné osobě.
6. Pojistitel poskytuje pojistné plnění v penězích v tuzemské měně. Pojistitel může poskytnout zálohu na pojistné plnění, a to na základě písemné žádosti osoby, která uplatňuje nárok na pojistné plnění a po doložení všech požadovaných podkladů.
7. Pokud bylo vyplaceno pojistné plnění nebo záloha na pojistné plnění, na které osoba oprávněná k převzetí pojistného plnění podle pojistné smlouvy neměla nárok, je povinna vyplacenou částku vrátit v plné výši, a to i po zániku pojištění.
8. Pojistitel nehradí náklady spojené s uplatněním pohledávky na pojistné plnění.
9. Pojistitel je oprávněn odečíst od pojistného plnění, jakož i od vráceného přepłatku pojistného, náklady, které pojistiteli vznikly v souvislosti s provedením platby z pokynu účastníka pojištění prostřednictvím poštovní poukázky.
10. Oprávněná osoba může postoupit pohledávku na pojistné plnění pouze se souhlasem pojistitele.

Článek 12 Forma jednání	- Pojistná smlouva musí mít písemnou formu. - Právní jednání směřující ke změně pojištění (včetně změny rozsahu pojištění či výše pojistného nebo jeho splatnosti) anebo k zániku pojištění musí být učiněna v písemné formě. - Pokud si to pojistitel vyžádá, musí být oznámení či jednání, pro které není písemná forma vyžadována, dodatečně doplněna v písemné formě. K jednáním či oznámením, která nebudou na výzvu pojistitele ve stanovené lhůtě doplněna v písemné formě, se nepřihlíží. - Písemná forma je dodržena zejména tehdy, je-li vlastnoručně podepsána jednajícím osobou, zaslána elektronickou poštou se zaručeným elektronickým podpisem či prostřednictvím veřejné datové sítě do datové schránky.
Článek 13 Doručování	- K doručování slouží zejména korespondenční adresa a kontaktní spojení, které účastník pojištění sdělil pojistiteli v písemné formě či osobně po ověření své totožnosti. Korespondenční adresou je adresa, kterou účastník pojištění pro tyto účely sdělil pojistiteli (v případě sdělení adresy osoby odlišné od účastníka pojištění nese účastník pojištění důsledky plynoucí z předávání korespondence mezi těmito osobami). Korespondenční adresou může být pouze adresa na území České republiky. Kontaktním spojením se pak rozumí zejména email a telefonní číslo účastníka pojištění. - Účastníci pojištění jsou povinni oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu jakoukoliv změnu korespondenční adresy a kontaktního spojení. - Písemnosti mohou být doručovány rovněž na adresu zjištěnou v souladu s právními předpisy, na které se účastník pojištění zdržuje. Doručovat lze i prostřednictvím veřejné datové sítě do datové schránky nebo osobním předáním. - Bude-li jakékoliv právní jednání nebo oznámení, které nemusí být učiněno v písemné formě, učiněno z kontaktního spojení sděleného pojistiteli, má se za to, že je učiněno příslušným účastníkem pojištění. Takové právní jednání či oznámení bude tedy považováno za řádně učiněné, i pokud bude provedeno jinou osobou, které účastník pojištění umožnil (ať úmyslně či neúmyslně) využít svůj email či telefon. Z tohoto důvodu je účastník pojištění povinen bez zbytečného odkladu informovat pojistitele o možném zneužití své e-mailové adresy či telefonu (například při prozrazení přístupových údajů k e-mailové schránce nebo při ztrátě mobilního telefonu). - Za doručené do sféry adresáta se pak považují i písemnosti: - jejichž přijetí adresát odepřel; okamžikem doručení je pak den takového odepření; - uložené u provozovatele poštovních služeb; okamžikem doručení je pak poslední den úložní lhůty. - Zmařil-li vědomě adresát dojítí, platí, že jednání či oznámení řádně došlo. O vědomě zmaření se jedná také vždy, když účastník pojištění neoznámil pojistiteli změnu údajů rozhodných pro doručování (např. změnu příjmení, korespondenční adresy, kontaktního spojení). - Není-li prokázán jiný okamžik doručení, má se za to, že písemnost odeslaná s využitím provozovatele poštovních služeb došla adresátovi 3. pracovní den po odeslání, byla-li však odeslána na adresu v jiném státu, pak 15. pracovní den po odeslání, a to i když se adresát, který vědomě doručení zmařil, o zásilce nedozvíděl.
Článek 14 Rozhodné právo	- Pojistná smlouva a právní vztahy z ní vyplývající nebo s ní související se řídí právním řádem České republiky, ať již bude tento vztah posouzen z jakéhokoliv právního titulu. - Pro spory vyplývající z pojistné smlouvy či s ní související jsou příslušné soudy České republiky. - V případě životního pojištění mají spotřebitelé možnost řešit spor mimosoudně před finančním arbitrem www.finarbitr.cz. V případě neživotního pojištění mají spotřebitelé možnost řešit spor mimosoudně před Českou obchodní inspekcí www.coi.cz.
Článek 15 Promlčení	Právo na plnění z pojištění se promlčí nejpozději za tři roky, v případě životního pojištění nejpozději za deset let. Promlčecí doba práva na pojistné plnění počíná běžet za 1 rok po vzniku pojistné události.
Článek 16 Územní platnost pojistné smlouvy	Pojištění se vztahuje na pojistné události, ke kterým dojde kdekoli na světě, není-li ujednáno jinak.

Zvláštní pojistné podmínky pro investiční životní pojištění (ZPP IŽP 2016/09)

I. Obecná ustanovení	
Článek 1 Úvodní ustanovení	Pro investiční životní pojištění (dále jen „pojištění“), které sjednává Generali Pojišťovna a.s., se sídlem Bělehradská 132, Praha 2, 120 84, Česká republika (dále jen „pojistitel“) platí občanský zákoník a ostatní obecné závazné právní předpisy České republiky, všeobecné pojistné podmínky pro soukromé pojištění osob (dále jen VPP POS 2016/02), Sazebník administrativních poplatků, tyto zvláštní pojistné podmínky (dále jen ZPP IŽP 2016/09), Tabulky ŽP 2015/05, Sazebník poplatků, další ujednání a pojistná smlouva.
Článek 2 Výklad pojmů	Pro účely sjednávaného pojištění platí toto vymezení pojmů: pojištěný č. 1 je pojištěný, jenž je v nabídce na uzavření pojistné smlouvy a v pojistce uveden jako první v pořadí; další pojištěný je pojištěný, jenž je v nabídce na uzavření pojistné smlouvy a v pojistce uveden jako druhý a další v pořadí; dítě, dospělý nebo senior je pojištěný, který je jmenovitě uveden v nabídce na uzavření pojistné smlouvy a v pojistce; rozdělení pojištěných dle vstupního věku je uvedeno v tabulce vstupních a výstupních věků; vstupní věk pojištěného se stanoví rozdílem aktuálního kalendářního roku při vzniku pojištění a kalendářního roku narození pojištěného; aktuální věk pojištěného je rozdíl aktuálního kalendářního roku a kalendářního roku narození pojištěného; obmyslený je osoba určená pojistníkem se souhlasem pojištěného v pojistné smlouvě, které vznikne právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného; mimořádné pojistné je pojistné placené v průběhu trvání pojištění nad rámec běžného, resp. jednorázového pojistného; rizikové pojistné je součet pojistného za pojištění pro případ smrti a pojistného doplňkových pojištění v rozsahu pojistné ochrany sjednané v pojistné smlouvě; rizikové pojistné je součástí běžného, resp. jednorázového pojistného; fond je portfolio různých investičních instrumentů založené a spravované pojistitelem nebo správcem fondu určeným pojistitelem nebo portfolio ve vlastnictví třetí osoby a ve správě třetí osoby a pojistitele; podílová jednotka: pojistitel rozděluje každý fond na části – jednotky stejné hodnoty; pojistník alokuje pojistné do podílových jednotek zvolených fondů; hodnota fondu je hodnota prostředků patřících fondu snížená o hodnotu závazku k datu ocenění; aktuální hodnotou podílových jednotek je součin počtu podílových jednotek evidovaných na podílovém účtu pojistníka a aktuální (v daném okamžiku platné) nákupní ceny; počáteční jednotky: po uzavření pojistné smlouvy s běžně placeným pojistným, je pojistné alokováno do počátečních podílových jednotek, není-li ve smlouvě ujednáno jinak; částka potřebná k vytvoření počátečních jednotek se vypočítá jako součin ročního pojistného platného při sjednání smlouvy a koeficientu pro vytvoření počátečních jednotek uvedeného v Sazebníku poplatků; k nakupování bude docházet tak dlouho, dokud se nenakoupí celá částka potřebná pro nákup počátečních podílových jednotek; u smluv s jednorázovým pojistným odpovídá výše počátečních jednotek celému jednorázovému pojistnému; pokud dojde během trvání pojistné smlouvy k navýšení běžného pojistného, jsou počáteční jednotky nakupovány také z navýšené části pojistného; akumulační jednotky jsou podílové jednotky nakoupené zaplacením mimořádného pojistného anebo běžného pojistného, které nejsou počátečními jednotkami; alokační poměr je poměr, ve kterém se pojistné rozděluje do jednotlivých fondů; oceňovací den je den oceňování aktiv jednotlivých fondů a stanovení nákupní a prodejní ceny podílových jednotek těchto fondů; podílový účet pojistníka je účet založený pojistitelem, který slouží k evidenci podílových jednotek pojistníka vázaných k různým fondům; redukce (pojištění v redukovaném stavu) je úprava pojistné smlouvy na pojistnou smlouvu bez povinnosti dál platit pojistné; úraz je neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného nebo neočekávané a nepřerušené působení vysokých nebo nízkých zevních teplot, plynů, par, záření, elektrického proudu a jedů (s výjimkou mikrobiálních jedů a imunitotoxických látek), kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt. Za úraz se též považují: - utonutí a tonutí; - tělesná poškození způsobená popálením, bleskem, elektrickým proudem, plyny nebo parami, požitím jedovatých nebo leptavých látek, s výjimkou případů, kdy se účinky dostavily postupně; - vyknutí končetin, stejně jako natržení nebo odtržení části končetin a svalů na páteři, šlach, vaziva a pouzder kloubů v důsledku náhlé odchylky od běžného pohybu. Úrazem nejsou: nemoci včetně infekčních nemocí; srdeční infarkt, mozková mrtvice, amoce sítnice, duševní choroby a poruchy, a to i když se dostavily jako následky úrazu; lehké pohmoždění měkkých tkání; řezné a tržné rány s rozsahem menším než 3 cm; nádory zhoubné i nezhoubné; kýly všech lokalizací; zhoršení nemoci následkem úrazu; aseptické záněty tlivých váčků, šlachových pochev a svalových úponů (bursitidy, epikondylitidy, impingement syndrom); přerušení degenerativně změněných kloubů malým nepřímým násilím (např. meniskus); porušení Achillovy šlachy s výjimkou přetěží z vnějšku; náhlé ploténkové páteřní syndromy, poškození meziobratlových plotének; krvácení do vnitřních orgánů a do mozku nebo poranění břicha či podbřišku, pokud vzniklo v důsledku zdravotní predispozice pojištěného; duševní chorobné stavy po úrazu, jako např. neurozy nebo psychoneurozy.

	s) nemoc je porucha tělesného zdraví pojištěného zjištěná a klasifikovaná podle všeobecně uznávaného stavu lékařské vědy; t) nemocnice je zdravotnické zařízení, které pracuje pod stálým odborným lékařským dozorem, disponuje dostatečnými diagnostickými a terapeutickými možnostmi, užívá vědecky obecně uznávané léčebné diagnostické metody, vede záznamy o zdravotním průběhu léčeni a jeho provozování je v souladu s příslušnými platnými právními předpisy; u) hospitalizace je poskytnutí nemocniční (lůžkové) péče nemocnicí trvajících min. 24 hodin, za hospitalizaci se nepovažuje hospitalizace zapříčiněná výhradně nemožností poskytnout domácí péči či jinými osobními důvody ze strany pojištěného; v) vrozená vada je jakákoliv vrozená abnormalita, která byla přítomna nebo pro niž byl pojištěný léčen anebo navštěvoval lékaře nebo měl předepsány léky nebo jejíž příznaky se projevíly nebo které byly diagnostikovány lékařem dříve, než pojištěný dosáhl věku 18 let; w) závažné onemocnění je onemocnění a operace uvedené v Tabulkách závažných onemocnění TDDZ0 a TDDZ1; x) onkologické onemocnění je přítomnost zhoubného nádoru charakterizovaná nekontrolovatelným bujením a rozšiřováním maligních buněk invazí a destrukcí normální tkáně; y) preventivní péče je vyšetření nebo očkování preventivního charakteru v přímé souvislosti s onemocněními dle čl. 30 odst. 2; z) motorové vozidlo je vozidlo poháněné vlastní pohonnou jednotkou a trolejbus, vč. vozidel kolejových dopravních prostředků; aa) pracovní neschopnost je stav člověka, který je ze zdravotních důvodů dočasně uznán neschopným k výkonu svého dosavadního zaměstnání nebo výkonu výdělečné činnosti. V době trvání pracovní neschopnosti nesmí pojištěný vykonávat činnost, za kterou by měl příjem; bb) imobilita je omezení fyzických funkcí horních nebo dolních končetin nebo páteře pojištěného; cc) lékařský experiment – jedná se o zařazení klienta do lékařského experimentu na základě jeho dobrovolného souhlasu, kdy lékařský experiment není součástí léčby onemocnění klienta (testování nových léků či přípravků a léčebných postupů na zdravých lidech); dd) obvyklá cena je určena porovnáním prodejní ceny stejného nebo obdobného majetku (zdravotní pomůcky); ee) vznik invalidity – invalidita vzniká dnem, kdy posudkový lékař OSSZ konstatuje snížení pracovní schopnosti, nebo dnem, který je v posudku o invaliditě označen jako den vzniku invalidity.
Článek 3 Druhy pojištění	1. V rámci tohoto pojištění se sjednává v investiční nebo rizikové variantě životního pojištění pro pojištěného č. 1: 2. Dále lze sjednat následující doplňková pojištění pro pojištěného č. 1 a další pojištěné osoby: a) doplňkové životní pojištění; b) doplňkové úrazové pojištění; c) doplňkové nemocenské pojištění. 3. Doplňkové životní pojištění, doplňkové úrazové pojištění ani doplňkové nemocenské pojištění nelze sjednat samostatně; tato pojištění lze sjednat pouze současně se sjednáním investičního životního pojištění. 4. Pojistné za doplňkové pojištění je součástí běžného, resp. jednorázového pojistného. 5. Pojistná doba doplňkového pojištění je shodná s pojistnou dobou investičního životního pojištění, pokud není ve smlouvě ujednáno jinak.
Článek 4 Pojistné	1. Je-li u pojištěného dáno zvýšené pojistné riziko, lze určit vyšší rizikové pojistné nebo dohodnout zvláštní podmínky pojištění. Toto lze i v průběhu pojistné doby. 2. Zaplacené pojistné použije pojistitel na nákup podílových jednotek. 3. Rizikové pojistné za pojištění pro případ smrti a doplňková pojištění je peněžním ekvivalentem odpovídajícím rozsahu pojistitelem poskytnuté pojistné ochrany. Výše rizikového pojistného se přepočítává vždy k 1. dni měsíce a je kalkulována v závislosti na aktuálním věku a aktuální pojistné částce. 4. Zanikne-li pojištění v důsledku pojistné události, náleží pojistiteli pojistné do konce pojistného období, v němž pojistná událost nastala. Jednorázové pojistné náleží v takovém případě pojistiteli celé. 5. V průběhu pojistné doby může dojít ke změně výše pojistného v důsledku: a) změn pojistné smlouvy nebo změn rozsahu pojištění (zahrnutí, vyloučení pojištěných osob; zahrnutí, vyloučení doplňkových pojištění; změn profesní, sportovní nebo zájmové činnosti; změn pojistné doby, pojistného období nebo způsobu placení; jiných změn obdobného charakteru); b) uplynutí pojistné doby doplňkových pojištění nebo jejich zániku; c) dovršení výstupních věků doplňkových pojištění.
Článek 5 Mimořádné pojistné	1. Pojistník má kromě placení běžného, resp. jednorázového pojistného možnost kdykoliv platit mimořádné pojistné. Jeho výše musí být rovna alespoň minimálnímu mimořádnému pojistnému stanovenému v Sazebniku poplatků. Běžné, resp. jednorázové pojistné nemůže být nahrazeno mimořádným pojistným. 2. Mimořádné pojistné se platí na bankovní účet, který je určen pouze pro platby mimořádného pojistného. V případě zániku pojištění, na něž bylo uhrazeno mimořádné pojistné, vyplátí pojistitel aktuální odkupní hodnotu podílových jednotek nakoupených z mimořádného pojistného. 3. Pojistitel je oprávněn odmítnout platbu mimořádného pojistného. Je však povinen poskytnout pojistníkovi, pokud o to písemně požádá, patřičné vysvětlení. 4. Pojistitel má právo stanovit pravidla pro investování mimořádného pojistného do fondů. 5. Pojistník má možnost platit mimořádné pojistné i v případě, že si zvolil rizikovou variantu pojištění, v takovém případě je povinen sdělit písemně pojistiteli alokační poměr pro mimořádné pojistné.
Článek 6 Změny pojištění	1. Dohodnou-li se účastníci na změně již sjednaného pojištění, poskytuje pojistitel pojistné plnění ze změněného pojištění až z pojistných událostí, které nastaly po dni účinnosti změny pojištění. 2. Pojistník je oprávněn kdykoli písemně požádat o změnu rozsahu pojištění. Pojistitel není povinen žádosti o změnu vyhovět. Je-li se změnou, na které se účastníci pojištění dohodli, spojena změna výše běžného pojistného, je běžné pojistné ve změněné výši splatné k datu účinnosti změny. 3. Pojistitel je oprávněn kdykoli písemně požádat o snížení běžného pojistného k datu splatnosti následného pojistného na úroveň danou platnými pojistně-matematickými zásadami, Sazebníkem poplatků, příp. interními směrnici pojistitele. 4. Pojistník může písemně požádat o zvýšení běžného pojistného k datu splatnosti následného pojistného. Při zvýšení pojistného dochází z navýšeního pojistného k nakupování počátečních jednotek. V případě, že v době navýšení nebudou nakoupeny předcházející počáteční jednotky, bude pro úhradu předcházejících i nově vzniklých počátečních jednotek použito celé pojistné. K nákupu akumulačních jednotek z této části pojistného dojde až po nakoupení všech počátečních jednotek. 5. Pojistník může písemně požádat o zvýšení, resp. snížení pojistné částky k datu splatnosti následného pojistného, přičemž pojistitel má právo zvýšit, popř. snížit pojistné na úroveň danou platnými pojistně-matematickými zásadami příp. interními směrnici pojistitele. 6. Pojistitel je oprávněn kdykoli písemně požádat o zahrnutí, vyloučení nebo o změnu doplňkových pojištění, přičemž pojistitel má právo snížit, popř. zvýšit pojistné částky nebo snížit, popř. zvýšit pojistné na úroveň danou platnými pojistně-matematickými zásadami příp. interními směrnici pojistitele. 7. Pojistník může kdykoli v průběhu pojistné doby požádat o prodloužení pojistné doby. Pojistitel bude akceptovat pouze takovou žádost o stanovení nové pojistné doby, která je v souladu s maximálním výstupním věkem pojištěného. Zkrácení pojistné doby nelze provést. 8. Nastane-li na straně pojištěného změna v okolnostech, která má vliv na přiznání slevy nebo přírážky dle podmínek stanovených pojistitelem v nabídce pojistné smlouvy a/nebo v Informacích pro klienta. Pojistitel je oprávněn slevu nebo přírážku odebrat nebo zahrnout od následujícího pojistného období. 9. Pojistitel je oprávněn provést posouzení rizika i v průběhu pojistné doby, jestliže požadovaná změna mění rozsah poskytované pojistné ochrany dle odst. 2 až 8. 10. Změny uvedené v odstavcích 2 až 8 mají vliv na vývoj stavu podílového účtu pojistníka. 11. Změny provedené v bodě 2 až 8 mohou ovlivnit způsob a dobu nakupování počátečních jednotek ve smyslu prodloužení doby, za kterou budou počáteční podílové jednotky nakupovány. 12. Pojistník a pojištěný jsou povinni oznámit všechny změny týkající se skutečností, na které byli při sjednávání pojištění pojistitelem tázáni, nebo uvedených v pojistné smlouvě, jak je uvedeno ve VPP POS 2016/02, čl. 10, odst. 1. a 2. 13. Všechny požadované změny mohou být provedeny pouze na základě písemné žádosti pojistníka, příp. pojistníka se souhlasem pojištěného, nevyhradí-li pojistitel pro tyto účely jiné komunikační kanály. O tyto změny může požádat pojistník, případně pojistník se souhlasem pojištěného, a to nejméně 6 týdnů před datem účinnosti požadované změny, přičemž datem účinnosti změny může být vždy pouze první den v měsíci, není-li ujednáno jinak. Pojistitel akceptuje požadované změny písemným potvrzením.
Článek 7 Zánik pojištění	Kromě způsobů zániku pojištění uvedených ve VPP POS 2016/02, čl. 7 zaniká pojištění i v těchto případech: 1. Dnem smrti pojištěného č. 1 zanikají veškerá sjednaná pojištění pro všechny pojištěné osoby. 2. Doplňková pojištění zanikají nejpozději dnem zániku investičního životního pojištění. 3. Doplňková pojištění zanikají ve výroční den toho roku, ve kterém pojištěný dosáhne maximálního výstupního věku stanoveného pojistitelem. 4. Doplňkové pojištění plné invalidity, doplňkové pojištění invalidity II. a III. stupně, doplňkové pojištění invalidity I., II. a III. stupně, doplňkové pojištění závažných onemocnění, doplňkové pojištění onkologických onemocnění, doplňkové pojištění péče o zdravotně postižené dítě, doplňkové pojištění poutavých péče a doplňkové pojištění zproštění od placení zanikají ke konci pojistného období, ve kterém byla nahlášena pojistná událost pojistiteli. 5. Doplňkové pojištění plné invalidity, doplňkové pojištění invalidity II. a III. stupně, doplňkové pojištění invalidity I., II. a III. stupně a doplňkové pojištění zproštění od placení pojistného zaniká v případě škodné události, ke které dojde do dvou let od počátku pojištění ve smyslu čl. 25, a to k datu škodné události bez náhrady. 6. Pojistitel je oprávněn vypovědět doplňkové pojištění plné invalidity a doplňkové pojištění invalidity II. a III. stupně, doplňkové pojištění invalidity I., II. a III. stupně a doplňkové pojištění zproštění od placení pojistného v případě, že se změnil podmínky pro určení a přiznávání invalidity ve smyslu čl. 25, a to do 6 měsíců od dne účinnosti právního předpisu, který upravuje podmínky pro určení a přiznávání invalidy. Výpovědní doba je dvouměsíční a běží od prvního dne kalendářního měsíce následujícího poté, co byla doručena pojistníkovi. Uplynutím výpovědní doby zaniká toto doplňkové pojištění bez náhrady.

	7. Pojistitel je oprávněn vypovědět doplňkové pojištění ošetřování dítěte v případě, že se změní obecně závazné právní předpisy pro vznik nároku na ošetrovné dle platné legislativy, a to do 6 měsíců ode dne účinnosti právního předpisu, který upravuje podmínky pro přiznání nároku na ošetrovné. Výpovědní doba je dvouměsíční a běží od 1. dne kalendářního měsíce následujícího poté, co byla výpověď pojistníkovi doručena. Uplynutím výpovědní doby zaniká toto doplňkové pojištění bez náhrady. 8. Doplňkové pojištění závažných onemocnění a doplňkové pojištění onkologických onemocnění zaniká v případě škodné události, ke které dojde do 3 měsíců od počátku ve smyslu čl. 30, a to k 1. dni měsíce následujícího po datu škodné události. 9. Doplňkové pojištění pouřazové péče zaniká dnem zániku doplňkového pojištění denního odškodného za dobu nezbytného léčení úrazu (DOU) nebo doplňkového pojištění denního odškodného za dobu léčení vyjmenovaných úrazů (DOV). 10. Doplňkové pojištění při pracovní neschopnosti zaniká: - posledním dnem měsíce, ve kterém pojištěný přestal být v trvalém pracovním poměru nebo přestal mít příjmy ze samostatné výdělečné činnosti; - posledním dnem měsíce, ve kterém pojištěný přestal být v trvalém pracovním poměru nebo přestal mít příjmy ze samostatné výdělečné činnosti uvedené v pojistné smlouvě; v případě změny zaměstnání či podnikatelské činnosti lze v doplňkovém pojištění pokračovat pouze, pokud se na tom účastníci doplňkového pojištění písemně dohodnou; - dnem přiznání starobního důchodu, příp. starobního důchodu před dovršením důchodového věku; - dnem přiznání invalidního důchodu. 11. Doplňkové pojištění při pracovní neschopnosti zaniká dnem, kdy pojištěný přestane mít trvalé bydliště v České republice. 12. Doplňkové pojištění zproštění od placení pojistného zaniká dnem změny pojistníka a ke dni, kdy byl pojištěnému přiznán starobní důchod. 13. Doplňkové pojištění péče o zdravotně postižené dítě je pojistitel oprávněn vypovědět v případě, že se změní podmínky pro určení stupně závislosti a/nebo přiznání nároku na příspěvek na péči o závislou osobu ve smyslu čl. 35, a to do 6 měsíců ode dne účinnosti příslušného právního předpisu. Výpovědní doba je dvouměsíční a běží od 1. dne kalendářního měsíce následujícího poté, co byla doručena pojistníkovi. Uplynutím výpovědní lhůty zaniká toto doplňkové pojištění bez náhrady.
Článek 8 Pojištění v redukováném stavu	1. Pojištění může být redukováno pouze v případě zvolení investiční varianty pojištění. 2. Pojištění může být redukováno v případě, kdy bylo zapláceno pojistné alespoň za dobu 2 let a pokud aktuální odkupní hodnota pojištění, definovaná v čl. 9 překračuje pojistitelem předepsané minimum. 3. Pojistitel převede pojištění do redukováného stavu: - na žádost pojistníka; - pro neplacení pojistného, není-li uhrazeno dlužné pojistné ve lhůtě stanovené pojistitelem ve kvalifikované upomínce. 4. V případě převedení pojištění na pojištění v redukováném stavu pojistitel přemění počáteční podílové jednotky ve výši jejich odkupní hodnoty na akumulaci podílové jednotky. 5. Pojištění bude převedeno na pojištění v redukováném stavu k datu splatnosti pojistného za pojistné období, za které nebylo poprvé řádně zapláceno pojistné. 6. Po dobu trvání pojištění v redukováném stavu bude podílový účet pojistníka nadále snižován o rizikové pojistné a technické poplatky popsané v čl. 12. V okamžiku, kdy aktuální hodnota akumulací podílových jednotek nebude stačit na pokrytí poplatků dle čl. 12, pojištění zaniká bez náhrady. 7. U pojištění v redukováném stavu lze nadále platit mimořádné pojistné. 8. Z pojištění v redukováném stavu lze provádět částečné odkupy ve smyslu čl. 10. 9. Pojistné zaplacené na smlouvu v redukováném stavu se považuje za mimořádné pojistné. Toto pojistné alokuje pojistitel v alokačním poměru určeném pro alokaci mimořádného pojistného, není-li určený, pak dle posledního alokačního poměru určeného pro běžné pojistné. 10. Pojistník má právo vypovědět pojištění v redukováném stavu. Po výpovědi vyplácí pojistitel odkupné, je-li na něj nárok dle čl. 9. 11. Pojistník je do 3 měsíců od redukce pojistné smlouvy oprávněn požádat o její uvedení do původního stavu. Pojistitel nemá povinnost vyhovět žádosti pojistníka o tuto změnu.
Článek 9 Odkupné	1. Nárok na odkupné vzniká, byla-li vytvořena odkupní hodnota. 2. Odkupní hodnota pojištění se vytváří u smluv s běžně placeným pojistným nejdříve po 2 letech pojištění, bylo-li za toto období řádně zapláceno pojistné. Pojištění s řádně zaplaceným jednorázovým pojistným má vždy vytvořenou odkupní hodnotu. 3. Odkupné se vypočítá podle kalkulačních zásad pojistitele jako součet odkupní hodnoty počátečních a akumulací podílových jednotek snížený o nevyúčtované poplatky popsané v čl. 12. Výše odkupného závisí na úhradě pojistného, na době uplynulé od počátku pojištění, na sjednané pojistné době, na rozsahu sjednaného rizika a na nákladech spojených se vznikem a správou pojistné smlouvy. 4. Odkupní hodnota počátečních jednotek se vypočítá jako procentní podíl z aktuální hodnoty počátečních jednotek. Výše procentního podílu je uvedena v tabulce odkupních koeficientů počátečních jednotek. 5. Odkupní hodnota akumulací jednotek se vypočítá jako procentní podíl z aktuální hodnoty akumulací jednotek. Výše procentního podílu je uvedena v tabulce odkupních koeficientů akumulací jednotek. 6. Odkupné neodpovídá celkově zaplacenému pojistnému. 7. V případě zániku pojištění nevzniká nárok na vrácení pojistného. 8. Při stanovení výše odkupného uplatní pojistitel nákupní cenu podílové jednotky platnou k: - datu zániku pojištění, jedná-li se o výplatu odkupného na základě předchozího zániku pojištění; - k 1. dni měsíce předcházejícího dni zániku pojištění, jedná-li se o výplatu odkupného, jehož vyplacením pojištění zaniká. 9. V případě zániku pojištění ve smyslu VPP POS 2016/02, čl. 7, odst. 1 (vyjma písm. e) vyplácí pojistitel pojistníkovi odkupné z hodnoty akumulací jednotek tvořených mimořádným pojistným.
Článek 10 Částečný odkup	1. U investiční varianty pojištění z aktuální hodnoty akumulací podílových jednotek tvořených běžným pojistným může pojistník požádat o částečný odkup po uplynutí 2 let od počátku pojištění, bylo-li za toto období zapláceno pojistné. Podmínkou uskutečnění částečného odkupu je předpoklad dostatečné výše běžného pojistného a zůstatku odkupní hodnoty pojištění pro pokrytí rizikového pojistného a technických poplatků dle čl. 12 až do konce pojistné doby. 2. U investiční varianty pojištění z aktuální hodnoty podílových jednotek tvořených jednorázovým pojistným lze kdykoli požádat o částečný odkup, přičemž hodnota částečného odkupu se vypočítá dle čl. 9 odst. 4. Podmínkou uskutečnění částečného odkupu je předpoklad dostatečné výše zůstatku odkupní hodnoty pojištění pro pokrytí rizikového pojistného a technických poplatků dle čl. 12 až do konce pojistné doby. 3. Z aktuální hodnoty podílových jednotek tvořených mimořádným pojistným může pojistník kdykoli požádat o částečný odkup. 4. Výše částečného odkupu musí dosáhnout alespoň pojistitelem předepsaného minima dle Sazebníku poplatků. 5. Pojistitel provede částečný odkup za poslední nákupní cenu podílových jednotek platnou před datem obdržení žádosti pojistníka o částečný odkup. Za datum obdržení této žádosti se považuje její doručení pojistiteli. 6. Odkupní hodnota akumulací jednotek se vypočítá jako procentní podíl z aktuální hodnoty akumulací jednotek. Výše procentního podílu je uvedena v tabulce odkupních koeficientů akumulací jednotek. 7. Pojistitel je oprávněn stanovit poplatek podle čl. 12 související s částečným odkupem.
Článek 11 Pojištění s přerušením placení běžného pojistného	1. U investiční varianty pojištění může být na žádost pojistníka převedeno na pojištění s přerušením placení běžného pojistného (dále jen „přerušení placení pojistného“). Pojistitel si vyhrazuje právo tuto žádost zamítnout. 2. K přerušení placení pojistného může dojít max. třikrát během pojistné doby, pokud byla vytvořena odkupní hodnota pojištění definovaná v čl. 9 a zároveň pokud je aktuální hodnota podílových jednotek dostačující na pokrytí rizikového pojistného a technických poplatků dle čl. 12 na dobu přerušení placení pojistného. 3. K přerušení placení pojistného dochází ode dne nejbližší splatnosti pojistného následující po datu přijetí žádosti od pojistníka a, nebo k prvnímu dni měsíce uvedeného v jeho žádosti. Tento den musí předcházet dni, ke kterému by pojištění zaniklo či by bylo převedeno do redukováného stavu. O přerušení placení pojistného nelze požádat zpětně. 4. Pojistitel má nárok na pojistné do dne, kdy došlo k přerušení placení pojistného. 5. Podílový účet pojistníka bude i v době přerušení placení pojistného snižován o rizikové pojistné a technické poplatky popsané v čl. 12. V okamžiku, kdy aktuální hodnota akumulací podílových jednotek nebude stačit na pokrytí poplatků, pojištění zaniká bez náhrady. 6. Rozsah pojistného krytí může být na žádost pojistníka upraven ve smyslu snížení pojistných částek, popř. vyloučení doplňkových pojištění. 7. Přerušit placení pojistného je možné vždy nejdéle na dobu jednoho roku. Neobnoví-li pojistník placení pojistného po uplynutí jednoho roku od okamžiku přerušování placení pojistného do jednoho měsíce od splatnosti pojistného a dosahuje-li odkupní hodnota pojištění pojistitelem stanoveného minima určeného podle kalkulačních zásad, pojištění se mění na pojištění v redukováném stavu podle čl. 8. 8. U pojištění s přerušením placení pojistného lze nadále platit mimořádné pojistné. 9. U pojištění s přerušením placení pojistného lze provádět částečné odkupy ve smyslu čl. 10. 10. Pojistitel má nárok účtovat poplatek za přerušení placení pojistného.
Článek 12 Poplatky z podílového účtu pojistníka	1. Pojistitel snižuje každý měsíc podílový účet pojistníka o rizikové pojistné za pojištění a doplňková pojištění sjednaná v pojistné smlouvě. 2. Přehled a výše poplatků je uveden v Sazebníku poplatků, který je k nahlédnutí v sídle a obchodních místech pojistitele. 3. Za účelem krytí nákladů souvisejících s uzavřením pojistné smlouvy (dále jen „počáteční náklady“) strhává pojistitel na konci každého pojistného roku pojistitelem stanovené procento počátečních jednotek z celkového množství počátečních jednotek, a to po dobu uvedenou v Sazebníku poplatků. Pojistitel strhává každý měsíc z podílového účtu pojistníka správní náklady za daný měsíc. Správní náklady je pojistitel oprávněn měnit nejvýše jednou za pojistný rok.

	- Hodnotu podílového účtu pojistníka může pojistitel navíc snížit o další technické poplatky související se správou pojištění. U pojistných smluv s běžným pojistným strhává pojistitel poplatky uvedené v odst. 1, 3 a 4 tohoto článku z akumulčních jednotek. Pojistitel přeměňuje tyto poplatky podle nákupní ceny podílové jednotky platné k 1. dni v měsíci na akumulční jednotky, o které pak sníží počet aktuálních podílových jednotek evidovaných na podílovém účtu pojistníka. - U pojistných smluv s jednorázovým pojistným strhává pojistitel poplatky uvedené v odst. 1, 3 a 4 tohoto článku z počátečních jednotek, příp. z akumulčních jednotek, pokud tyto na pojistné smlouvě vznikly. Pojistitel přeměňuje tyto poplatky podle nákupní ceny podílové jednotky platné k 1. dni v měsíci na podílové jednotky, o které pak sníží počet aktuálních podílových jednotek evidovaných na podílovém účtu pojistníka.
Článek 13 Cíle a fungování fondů	- Cílem fondů je investování prostředků patřících fondu a dlouhodobé zvyšování hodnoty uložených aktiv. Hodnota fondů, a tedy i hodnota podílových jednotek vázaných k fondu se mění podle výsledků investic. Fondy se od sebe liší typem investic, očekávaným výnosem a rizikem investic. - Pojistitel je oprávněn fondy založit, zařadit do nabídky a také zrušit a z nabídky vyřadit. - Alespoň 2 měsíce před plánovaným zrušením nebo vyřazením fondu z nabídky zašle pojistitel pojistníkovi oznámení a nabídne bezplatné přemístění podílových jednotek vázaných k zanikajícímu fondu na podílové jednotky vázané ke kterémukoliv jinému fungujícímu fondu. Pokud se pojistník k přemístění nevýjádří do 15 dnů od doručení oznámení o zrušení fondu, pojistitel přemístí podílové jednotky podle nákupního kurzu platného v den zániku fondu do jiných fondů dle vlastního rozhodnutí. - Pojistitel je oprávněn rozdělit nebo sloučit jednotky jednotlivých fondů, čímž se mění počet i hodnota podílových jednotek vázaných k fondu. Tato operace má jen technický význam a celkovou hodnotu jednotek ve fondech, resp. podílových jednotek na podílovém účtu pojistníka neovlivňuje. - Vývoj hodnoty podílových jednotek jednotlivých fondů není pojistitelem garantován. Současně pojistitel žádným způsobem nezaručuje návratnost investice. - Aktiva jednotlivých fondů a výnosy plynoucí z těchto aktiv jsou vlastnictvím pojistitele a zůstávají jím po celou pojistnou dobu. Pojištění proto nezakládá nárok na jakákoliv aktiva pojistitele a fondů.
Článek 14 Oceňování fondů, ceny jednotek	- Pojistitel fondy pravidelně oceňuje za účelem stanovení nákupní a prodejní ceny podílových jednotek. Fondy jsou oceňovány v oceňovacích dnech stanovených pojistitelem, minimálně však jednou za měsíc. Hodnotou fondu je hodnota prostředků patřících fondu snížená o hodnotu závazků k datu ocenění. Pojistitel je oprávněn odečítat z hodnoty fondu náklady související s nákupem a prodejem prostředků patřících fondu. Pojistitel stanoví roční poplatek za správu fondů v procentech hodnoty fondu, jehož výši může jednou za rok měnit, přičemž hodnota ročního poplatku nemůže být vyšší než pojistitelem stanovené maximum. Tento poplatek je odečítán úměrně při každém oceňování. - Nákupní cenou podílových jednotek vázaných na daný fond je podíl aktuální hodnoty fondu a počtu podílových jednotek vázaných na fond. Za tuto cenu nakupuje pojistitel podílovou jednotku od pojistníka. - Aktuální cenu prodeje podílových jednotek stanoví pojistitel tak, aby rozdíl mezi nákupní a prodejní cenou činil maximálně 5 % prodejní ceny. Za tuto cenu prodá pojistitel podílovou jednotku pojistníkovi. - Nákupní a prodejní cena stanovená v oceňovací den je zpětně platná do data předchozího dne oceňování. Ceny pojistitel eviduje s přesností na pět desetinných míst. - Pojistitel je oprávněn odečítat z hodnoty fondu při každém oceňování výdaje související s pořízováním, prodejem a oceňováním fondu. - Pojistitel je dále oprávněn snižovat hodnotu fondu o všechny daňové srážky spojené s aktivy fondu. - Poplatek uvedený v odst. 1 až 5 tohoto článku jsou součástí Sazebníku poplatků podle čl. 12. - Pojistitel je oprávněn měnit hodnotu vyhlášené úrokové míry. Pojistitel má povinnost uvádět na svých internetových stránkách informace o hodnotě a období platnosti vyhlášené úrokové míry.
Článek 15 Podílový účet pojistníka a rozdělení pojistného mezi fondy	- Pojistník určuje alokační poměr pro rozdělení běžného pojistného do jednotlivých fondů pouze v případě zvolení investiční varianty. U dalších plateb běžného pojistného může pojistník tento poměr kdykoliv po dobu trvání pojištění změnit. Podíl investic do jednotlivých fondů musí dosáhnout minimální výše stanovené pojistitelem. - Z mimořádného pojistného nakupuje pojistitel podílové jednotky v alokačním poměru platném k datu zpracování tohoto pojistného pro běžné nebo jednorázové pojistné. Pojistník může pro mimořádné pojistné stanovit jiný alokační poměr, který musí písemně doručit pojistiteli nejpozději 7 dní od úhrady mimořádného pojistného. - Připsání pojistného na podílový účet pojistníka v podílových jednotkách se uskutečňuje po zaplacení pojistného opatřeného příslušnými identifikačními znaky a následném připsání tohoto pojistného na pojistnou smlouvu, nejpozději však s datem 1. pracovního dne následujícího po nejbližším oceňovacím dni. - Počet podílových jednotek připsaných na podílový účet pojistníka pojistitel eviduje s přesností na pět desetinných míst. - Pojistitel je povinen informovat pojistníka způsobem umožňujícím dálkový přístup: - nejméně jednou za čtvrtletí o aktuální hodnotě podílových jednotek; - nejméně jednou za rok o struktuře podkladových aktiv.
Článek 16 Přemístění podílových jednotek	- Na základě písemné žádosti pojistníka mohou být podílové jednotky přemístěny z jednoho fondu na podílové jednotky vázané k jinému fondu. Pojistitel provede přemístění podílových jednotek v nákupních cenách podílových jednotek platných v den, kdy obdržel žádost pojistníka, není-li pojistníkem požadováno přemístění k pozdějšímu datu. Za datum obdržení žádosti o přemístění podílových jednotek se považuje její doručení pojistiteli. Pojistitel není povinen přjmout žádost pojistníka o přemístění podílových jednotek. - Poplatek za přemístění podílových jednotek stanoví pojistitel z aktuální hodnoty přemístěných podílových jednotek podle nákupního kurzu platného v den provedení přemístění. Za jedno přemístění se považuje přemístění pojistníkem definovaného počtu podílových jednotek z jednoho fondu do jednoho nebo více fondů. Pojistitel může za provedení přemístění podílových jednotek srážet poplatek z podílového účtu pojistníka. Poplatek za přemístění podílových jednotek je uveden v Sazebníku poplatků.
Článek 17 Změna alokačního poměru	- Alokační poměr umístění budoucích plateb pojistného do podílových jednotek vázaných k jednotlivým fondům je možné na základě písemné žádosti pojistníka kdykoliv upravit. - Pojistitel provede změnu alokačního poměru k datu obdržení žádosti od pojistníka, není-li v této žádosti požadováno provedení změny k pozdějšímu datu. - Pojistitel je oprávněn za provedení změny alokačního poměru srážet poplatek z podílového účtu pojistníka. Poplatek za změnu alokačního poměru je uveden v Sazebníku poplatků.
Článek 18 Aktualizace pojistného a pojistné částky	- Aktualizace je zvýšení pojistné částky a sjednaného běžného pojistného investičního životního pojištění. Aktualizaci pojistných částek lze provést jen u pojistitelem stanovených pojištění. - Aktualizaci může pojistitel nabízet pojistitel v zájmu zachování hodnoty pojištění u pojištění s běžným pojistným. - Pojistitel doručí pojistníkovi nabídku aktualizace pojistné smlouvy, ve které jsou uvedeny zvýšené pojistné částky a zvýšené pojistné. Nabídka aktualizace doručí pojistitel pojistníkovi nejpozději k datu provedení aktualizace. Neodmítne-li pojistník nabídku aktualizace zpětným zasláním nabídky do 6 týdnů od jejího doručení nebo nepožádá-li do 6 týdnů od jejího doručení pouze o zvýšení pojistného, má se za to, že s nabídkou pojistitele souhlasí. Na základě vyjádření pojistníka vystaví pojistitel dodatek k pojistné smlouvě. - Nároky z příslušné aktualizace jsou účinné k výročnímu dni pojištění, k němuž dochází k aktualizaci. - Neodmítne-li pojistník aktualizaci podle odst. 3 a neuhradí-li zvýšené pojistné, považuje to pojistitel za odmítnutí aktualizace. - Odmítne-li pojistník aktualizaci ve lhůtách uvedených v odst. 3, tato aktualizace se neprovede. - Bude-li pojistník v době trvání pojištění zproštěn od placení pojistného, zaniká možnost aktualizace, a to od výročního dne následujícího po datu zproštění od placení pojistného. Zaniknou-li důvody pro zproštění od placení pojistného, je pojistník oprávněn o obnovení možnosti aktualizace požádat, a to písemně. Pojistitel pak bude opětovně provádět aktualizaci od výročního dne následujícího po obdržení žádosti pojistníka.
Článek 19 Oprávněné osoby	- Právo na pojistné plnění má pojištěný, pokud není ve smlouvě nebo v pojistných podmínkách ujednáno jinak. - Je-li dohodnuto, že pojistnou událostí je smrt pojištěného, pojistník má právo se souhlasem pojištěného určit obmyšleného, kterému má vzniknout právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného, a to jménem nebo vztahem k pojištěnému. Pokud nestanoví pojistník se souhlasem pojištěného jinak, vzniká oprávněné osobě nebo obmyšlenému právo na pojistné plnění okamžikem vzniku pojistné události. - Vznikne-li právo na pojistné plnění několika obmyšleným a nejsou-li podíly určeny, má každý z nich právo na stejný díl. Podíl nenabytý některým z obmyšlených náleží ostatním. - Není-li v době pojistné události, kterou je smrt pojištěného, určen obmyšlený nebo nenabude-li právo na pojistné plnění, nabývají tohoto práva tyto osoby: - manžel/manželka pojištěného; - není-li ho/jí, děti pojištěného; - nejsou-li osoby uvedené pod písm. b) tohoto odstavce, rodiče pojištěného; - není-li ani těchto osob, dědici pojištěného. - V průběhu pojištění až do vzniku pojistné události může být obmyšlený měněn pouze se souhlasem pojištěného. Změna musí být učiněna písemně a je účinná dnem jejího doručení pojistiteli.

6. Obmyšlený, kterému má smrtí pojištěného vzniknout právo na pojistné plnění, tohoto práva nenabude, způsobil-li pojištěnému smrt úmyslným trestným činem, pro který byl soudem pravomocně odsouzen.
7. Je-li obmyšleným nezletilý nebo osoba, která nemá plnou svéprávnost k právním úkonům, bude případné pojistné plnění ve prospěch této osoby vyplaceno osobě určené soudem.
8. Pojistné plnění z obnosového pojištění lze vinkulovat. Pokud je pojistník odlišný od pojištěného, může být pojistné plnění vinkulováno a následně může být vinkulace zrušena pouze se souhlasem pojištěného. Účinnost vinkulace nebo jejího zrušení nastává nejdříve dnem, kdy pojistitel obdržel písemný souhlas pojištěného s vinkulací, resp. jejím zrušením.
9. Pohledávku z pojištění lze postoupit nebo zastavit. Pokud je pojistník odlišný od pojištěného, může pohledávku z pojištění postoupit nebo zastavit jen se souhlasem pojištěného.
10. Obmyšlené osoby jsou určeny jako odvolatelné obmyšlené osoby, není-li písemně ujednáno jinak.

Článek 20
Výluky a snížení
pojistného plnění

1. Výluky pro investiční životní pojištění

Pojistitel neposkytuje pojistné plnění, nastane-li smrt pojištěného:

- v důsledku sebevraždy, k níž dojde do 2 let od počátku pojištění; v případě navýšení pojistné částky v průběhu pojištění se toto omezení vztahuje pouze na navýšenou část pojistné částky.

Pokud dojde ke smrti pojištěného č. 1, poskytne pojistitel v případě investiční varianty pojištění pojistné plnění ve výši odkupného.

2. Snížení pojistného plnění u investičního životního pojištění

Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění, jestliže:

- pojištěný zemře v souvislosti s protiprávním jednáním, kterým způsobil úmyslně jinému těžkou újmu na zdraví nebo smrt;
- pojištěný zemře po požití nebo v souvislosti s požíváním alkoholu, návykových toxických a omamných látek, nebo léků a je zde dána příčinná souvislost se vznikem pojistné události.

Nastane-li smrt pojištěného č. 1, pojistitel sníží pojistné plnění následovně:

- je-li hodnota podílového účtu nižší než pojistná částka hlavního pojištění, vyplátí pojistitel hodnotu podílového účtu a polovinu z části zbyvajících do pojistné částky hlavního pojištění
- je-li hodnota podílového účtu vyšší než pojistná částka hlavního pojištění, vyplátí pojistitel hodnotu podílového účtu.

Nastane-li smrt dalších pojištěných osob, pojistitel sníží pojistné plnění podle toho, jaký vliv měly výše uvedené skutečnosti na vznik pojistné události.

3. Výluky pro investiční životní pojištění včetně všech doplňkových pojištění (tj. životních, úrazových a nemocenských)

Pojistitel neposkytuje pojistné plnění, nastane-li pojistná událost:

- následkem přímé nebo nepřímé účasti na bojových akcích nebo jiných válečných operacích;
- následkem přímé nebo nepřímé účasti při vnitrostátních nepokojích (vzpouře či povstání s výjimkou smrti pojištěného, ke které došlo při plnění služby v armádě nebo u Policie ČR v České republice při potlačování vnitrostátních nepokojů);
- v přímé nebo nepřímé souvislosti s nukleární katastrofou;
- při řízení motorového vozidla, kdy se pojištěný odmítne podrobit vyšetření za účelem zjištění obsahu alkoholu v krvi, příp. toxických či omamných látek v krvi;
- při řízení vozidla pojištěným, který není držitelem příslušného řidičského oprávnění nebo který vozidlo použil neoprávněně;
- při použití leteckých prostředků s výjimkou případů, kdy k pojistné události došlo v letadle určeném pro cestující veřejnost, kde byl pojištěný jako dopravovaná osoba – cestující; za dopravovanou osobu se nepovažuje člen posádky letadla ani jiná osoba činná při provozu nebo obsluze letadla; při létání s bezmotorovými letadly, větroni s pomocným motorem a ultralehkými letadly, při závěsném létání, paraglidingu a létání v balonech, při seskocích a letech s padákem z letadel i z výšin apod.; **v případě zážitkové akce, která bude řádně doložena, se tato výluha neuplatňuje (jedná se o tyto zážitkové akce – seskok padákem, paragliding, let balónem, výhlídkový let, bungee-jumping, bubble-zorbing);**
- při účasti na motoristických závodech a soutěžích a při přípravných jízdách k nim, a to i v případě, kdy se pojištěný zúčastní těchto závodů a soutěží nebo přípravy na ně jako spolujezdec;
- v přímé souvislosti s nedodržením povinného očkování;
- v důsledku odmítnutí podrobit se předepsané a doporučené lékařské péči;
- při přípravě či spáchání úmyslné trestné činnosti pojištěného nebo při pokusu o ni;
- v důsledku účasti pojištěného na lékařském experimentu.

Pokud však v důsledku události podle předchozího odstavce dojde ke smrti pojištěného č. 1, poskytne pojistitel v případě investiční varianty pojištění pojistné plnění ve výši odkupného.

4. Výluky pro všechna doplňková pojištění (tj. životní, úrazová a nemocenská)

Pojistitel neposkytuje pojistné plnění, je-li hlavní příčinou pojistné události:

- vrozená vada, nemoc či úraz nebo jejich důsledky, které vznikly před počátkem doplňkového pojištění a pro něž byl pojištěný před počátkem doplňkového pojištění léčen, lékařsky sledován nebo byly v tomto období přítomny či diagnostikovány jejich příznaky.

Pojistitel neposkytuje pojistné plnění, nastane-li pojistná událost:

- v důsledku léčebných postupů nebo zásahů, které si pojištěný na sobě sám neodborně provedl nebo si je nechal neodborně provést;
- při výkonu horolezeckého sportu, vysokohorské turistiky s nutností pomůcek či chůze po náročném terénu (ledovec, firmová pole, mimo vyznačené trasy), hloubkovém potápění s nutností i bez nutnosti dýchacího přístroje (vyjma potápění do hloubky 5 metrů), vodních sportech na divoké vodě a při provozování extrémních, tzv. adrenalinových sportů, jako je např. canyoning, sky-surfing, sky-bungee, bungee-jumping, shark-diving, mega-diving, rocket-bungee, hell-skiing, rafting, black-water-rafting, a sporty s obdobným rizikem;
- při účasti na celostátních nebo mezinárodních závodech v lyžování, snowboardingu, ve skocích na lyžích, závodech na bobech, skibobech, saních, skeletonech apod. a při oficiálním tréninku k nim;
- v souvislosti s pokusem o sebevraždu nebo pokusem o sebepoškození.

5. Výluky pro doplňkové pojištění plné invalidity, doplňkové pojištění invalidity II. a III. stupně, doplňkové pojištění invalidity I., II. a III. stupně, doplňkové pojištění závažných onemocnění, doplňkové pojištění onkologických onemocnění, doplňkové pojištění zproštění od placení pojistného, doplňkové pojištění péče o zdravotně postižené dítě a doplňkové nemocenská pojištění

Pojistitel neposkytuje pojistné plnění, jedná-li se o pojistnou událost, ke které dojde následkem požití nebo v souvislosti s požíváním alkoholu nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky pojištěným.

6. Výluky pro doplňkové pojištění závažných onemocnění a doplňkové pojištění onkologických onemocnění

Pojistitel neposkytuje pojistné plnění, zemře-li pojištěný během jednoho měsíce ode dne:

- stanovení diagnózy nebo provedení operace odpovídající definici závažných onemocnění uvedených v Tabulkách závažných onemocnění TDDZ0 a TDDZ1;
- stanovení jedné z diagnóz onkologických onemocnění specifikovaných v doplňkovém pojištění onkologických onemocnění dle čl. 30.

7. Výluky pro doplňkové pojištění onkologických onemocnění

Pojistitel neposkytuje pojistné plnění, je-li hlavní příčinou pojistné události některé z následujících onemocnění:

- jiné neepitelové nádory (zhoubné lymfomy, angiosarkomy měkkých tkání);
- kožní nádory;
- nádory in situ vykazující maligní změny karcinomu (včetně poševní dysplazie CIN-1, CIN-2 a CIN-3), nebo které byly histologicky popsány jako premaligní nebo neinvazivní nádory;
- život neohrožující zhoubné novotvary jako např. zhoubný novotvar prostaty, které byly histologicky popsány jako T1(a) nebo T1(b), ale nikoliv T1(c) podle TNM klasifikace, nebo stejné či nižší podle jiné klasifikace;
- jakékoliv onkologické onemocnění za přítomnosti HIV;
- sekundární výskyt onkologického onemocnění ve smyslu čl. 30 odst. 2.

8. Snížení pojistného plnění u doplňkového pojištění pro případ smrti

Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění, jestliže:

- pojištěný zemře v souvislosti s protiprávním jednáním, kterým způsobil úmyslně jinému těžkou újmu na zdraví nebo smrt;
- pojištěný zemře po požití nebo v souvislosti s požíváním alkoholu, návykových toxických a omamných látek, nebo léků a je zde dána příčinná souvislost se vznikem pojistné události.

Pojistitel sníží pojistné plnění podle toho, jaký vliv měly výše uvedené skutečnosti na vznik pojistné události.

9. Výluky pro doplňková úrazová pojištění

Pojistitel neposkytuje pojistné plnění za pojistné události:

- způsobené psychickou poruchou či poruchou vědomí, v souvislosti se srdečním infarktem, mozkovou příhodou, epileptickým záchvatem, cukrovkou;
- které způsobily drobné poškození kůže a sliznic, ale mají za následek vniknutí infekčního činitele, který dříve nebo později způsobí onemocnění (výjma vztekliny a tetanu);
- které způsobily drobné poškození kůže bez chirurgického ošetření.

10. Snížení pojistného plnění u doplňkových úrazových pojištění

Pojistitel sníží pojistné plnění až na polovinu:

- došlo-li k úrazu následkem požití alkoholu nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky pojištěným, a okolnosti, za kterých k úrazu došlo, to odůvodňují; měl-li takový úraz za následek smrt pojištěného, sníží pojistitel plnění jen tehdy, jestliže k tomuto úrazu došlo v souvislosti s jednáním pojištěného, jímž jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt;
- v případech, kdy pojištěný nedodržel povinnosti vyplývající ze zákona nebo obecně závazného právního předpisu nebo nařízení (např. nepoužil bezpečnostní pás v autě, nerespektoval výstrahu horské služby, vstoupil do prostoru s výstrahou ohrožení života, pohyboval se na lavinových polích, apod.).

11. Výluky pro doplňkové pojištění hospitalizace následkem úrazu

Pojistitel neposkytuje pojistné plnění, zemře-li pojištěný během 1 měsíce ode dne úrazu.

Pojistitel neposkytuje pojistné plnění za léčebné pobyty:

- v lázeňských zařízeních, léčebnách, centrech a sanatoriích, zotavovnách, dietetických zařízeních, léčebnách pro dlouhodobě nemocné a zvláště-ních dětských zařízeních;
- v rehabilitačních zařízeních a centrech, kromě hospitalizace ve speciálních rehabilitačních zařízeních, kdy pojistitel vyjádřil s tímto pobytem předem písemný souhlas;
- při hospitalizaci z důvodu kosmetických úkonů provedených za účelem léčení následků úrazu, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné;
- v psychiatrických léčebnách a jiných zdravotnických zařízeních v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu;
- při používání diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznány.

12. Výluky pro doplňkové pojištění při pracovní neschopnosti

Pojistitel neposkytuje pojistné plnění za pojistné události:

- vzniklé v souvislosti s provozováním profesionálního sportu;
- vzniklé v souvislosti s těhotenstvím, rizikovým těhotenstvím, porodem a potratem;
- vzniklé v období, kdy pojištěný pobírá nebo mu vznikl nárok na peněžitou pomoc v mateřství a/nebo na rodičovský příspěvek;
- vzniklé v důsledku duševního onemocnění či poruchy nebo změny psychického stavu; jedná se o diagnózy F00 až F99 dle mezinárodní klasifikace nemocí, např. organické duševní poruchy, schizofrenie, syndromy poruch chování, neurotické a stresové poruchy, mentální retardace, depresivní poruchy, fobie, úzkosti apod.;
- z důvodu pobytu pojištěného v protialkoholní léčebně a při léčbě toxikomanie a jiných závislostí;
- vzniklé v důsledku používání diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznány;
- z důvodu kosmetických úkonů, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné;
- z důvodu léčebného pobytu v lázeňských léčebnách, rehabilitačních centrech a sanatoriích, kromě těch případů, kdy je pobyt v nich z lékařského hlediska nezbytnou součástí léčení nemocí nebo úrazu a pojistitel, resp. lékař pojistitele s tímto pobytem vyjádřil předem písemný souhlas;
- pro bolesti zad a onemocnění páteře, jejich příčiny, následky a komplikace po dobu 3 let od počátku pojištění;
- pro varixy (křečové žíly) po dobu 2 let od počátku pojištění;
- při nichž pojistitel nebo příslušný orgán státní správy zjistil porušení léčebného režimu;
- vzniklé následkem pracovního úrazu nebo onemocnění nemocí z povolání dle pracovněprávních předpisů;
- kdy se pojištěný nezdržuje v místě bydliště uvedeného v rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti s těmito výjimkami:
 - pojištěný je v lékařsky nutném nemocničním ošetření;
 - pojištěný opustil místo tohoto bydliště se souhlasem ošetřujícího lékaře;
 - v případě akutního onemocnění či úrazu je jeho návrat do místa uvedeného v rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti bydliště z lékařského hlediska vyloučen.

13. Výluky pro doplňkové pojištění při pobytu v nemocnici

Pojistitel neposkytuje pojistné plnění za:

- hospitalizaci pojištěného v souvislosti s provozováním profesionálního sportu;
- hospitalizaci pojištěného v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, v léčebnách tuberkulózy a respiračních nemocí a v dalších odborných léčebných ústavech; u tuberkulózních onemocnění se plnění poskytuje ve smluvním rozsahu i v případě hospitalizace v tuberkulózních léčebnách a sanatoriích;
- hospitalizaci pojištěného v psychiatrických léčebnách a v jiných zdravotnických zařízeních v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu;
- hospitalizaci pojištěného v protialkoholní léčebně a při léčbě toxikomanie a jiných závislostí;
- hospitalizaci pojištěného, která vznikla v důsledku používání diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznány;
- hospitalizaci pojištěného z důvodů kosmetických úkonů, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné; o nezbytnosti rozhoduje pojistitel, resp. lékař pojistitele;
- léčebné pobyty pojištěného v lázeňských zařízeních a sanatoriích a při léčebném pobytu v rehabilitačních zařízeních;
- hospitalizaci pojištěného pro bolesti zad a onemocnění páteře, jejich příčiny, následky a komplikace po dobu 3 let od počátku pojištění;
- hospitalizaci pojištěného pro varixy (křečové žíly) po dobu 2 let od počátku pojištění;
- hospitalizaci pojištěného související pouze s potřebou pečovatelské a opatrovnícké péče;
- hospitalizaci pojištěného v souvislosti s vrozeními vadami.

14. Výluka pro doplňkové pojištění péče o zdravotně postižené dítě

Pojistitel neposkytuje pojistné plnění za pojistné události:

- vzniklé v důsledku duševního onemocnění či poruchy nebo změny psychického stavu; jedná se o diagnózy F00 až F99 dle mezinárodní klasifikace nemocí, např. organické duševní poruchy, schizofrenie, syndromy poruch chování, neurotické a stresové poruchy, mentální retardace, depresivní poruchy, fobie, úzkosti apod.

15. Výluky pro doplňkové pojištění pro případ ošetřování dítěte

Pojistitel neposkytuje pojistné plnění za pojistné události, pokud:

- je ošetřování dítěte důsledkem zákroku či léčby, která je provedena na žádost zákonného zástupce pojištěného dítěte a která není z lékařského hlediska nezbytná jako například zubní ošetření, kosmetické zákroky;
- je ošetřování dítěte důsledkem jeho duševního onemocnění či poruchy nebo změny psychického stavu, jedná se o diagnózy F00 až F99 dle mezinárodní klasifikace nemocí, např. organické duševní poruchy, schizofrenie, syndromy poruch chování, neurotické a stresové poruchy, mentální retardace, depresivní poruchy, fobie, úzkosti apod.
- došlo k porušení léčebného režimu ošetřovaného pojištěného dítěte.

II. Ustanovení pro investiční životní pojištění

**Článek 21
Rozsah pojištění**

1. V rámci investiční varianty pojištění se sjednává **pojištění pro případ smrti nebo dožití** pojištěného č. 1 (obnosové pojištění).
2. V rámci rizikové varianty životního pojištění se sjednává **pojištění pro případ smrti** pojištěného č. 1 (obnosové pojištění).

**Článek 22
Pojistná událost**

1. Pojistnou událostí v investičním životním pojištění je smrt pojištěného č. 1, nastane-li během pojistné doby, nebo dožití se dne uvedeného v pojistné smlouvě jako konec pojištění.
2. K prokázání pojistné události, již je dožití se dne uvedeného v pojistné smlouvě jako konec pojištění pojištěného č. 1, je nezbytné předložit zejména následující doklady:
 - a) písemná žádost o poskytnutí pojistného plnění;
 - b) řádně vyplněné podklady pojistitele.
3. K prokázání pojistné události, již je smrt pojištěného č. 1, je nezbytné sdělit požadované údaje a předložit zejména následující doklady:
 - a) písemná žádost o poskytnutí pojistného plnění;
 - b) úředně ověřená kopie úmrtního listu;
 - c) podrobná zpráva lékaře nebo jiné lékařské či úřední osvědčení o příčině smrti, počátku a průběhu smrtelného onemocnění nebo o bližších okolnostech smrti;
 - d) jméno a adresa praktického a odborného lékaře, u kterých byl pojištěný č. 1 léčen pro úraz nebo onemocnění, které následně vedly ke smrti.

Článek 23 Pojistné plnění	1. Investiční varianta – V případě: a) dožití se konce pojištění pojištěného č. 1 vyplatí pojistitel aktuální hodnotu podílového účtu; b) smrti pojištěného č. 1 vyplatí pojistitel aktuální hodnotu podílového účtu platnou k datu nahlášení pojistné události, minimálně však pojistnou částku pro případ smrti uvedenou v pojistné smlouvě. 2. Riziková varianta – V případě smrti pojištěného č. 1 vyplatí pojistitel jako pojistné plnění sjednanou pojistnou částku pro případ smrti a hodnotu akumulačních jednotek tvořených mimořádným pojistným. 3. Investiční a riziková varianta – Je-li u pojištění pro případ smrti sjednána pojistná částka pro případ smrti pojištěného č. 1 menší než 110 % ročního, resp. jednorázového pojistného a současně není sjednáno žádné doplňkové pojištění, je do pojištění na dobu 1 roku od data jeho počátku automaticky bez zvýšení pojistného zahrnuto doplňkové pojištění smrti způsobené úrazem. Pojistná částka doplňkového pojištění smrti způsobené úrazem činí u pojištění s běžným pojistným 25 % ročního pojistného, u pojištění s jednorázovým pojistným 15 % z jednorázového pojistného.		
Článek 24 Druhy doplňkových pojištění	1. Doplňková životní pojištění: – doplňkové pojištění plné invalidity (ID3U/ID3CU); – doplňkové pojištění invalidity II. a III. stupně (ID2U/ID2CU); – doplňkové pojištění invalidity I., II a III.stupně (ID1U/ID1CU); – doplňkové pojištění pro případ smrti (Z5ZU/ZM5CU); – doplňkové pojištění závažných onemocnění (DDZ0U/DDZ1U/DDC0U/DDC1U); – doplňkové pojištění onkologických onemocnění (DDOU); – doplňkové pojištění zproštění od placení pojistného (AUZU); – doplňkové pojištění péče o zdravotně postižené dítě (PPDU).	2. Doplňková úrazová pojištění: – doplňkové pojištění smrti způsobené úrazem (UTZU); – doplňkové pojištění smrti úrazem následkem autonehody (UTAU); – doplňkové pojištění hospitalizace následkem úrazu (HOUU); – doplňkové pojištění trvalých následků úrazu (TNPU); – doplňkové pojištění trvalých následků úrazu následkem autonehody (TNPAU); – doplňkové pojištění trvalých následků úrazu od 70% stupně invalidity (UIZ7U); – doplňkové pojištění denní odškodné za dobu nezbytného léčení úrazu (DOUU); – doplňkové pojištění denní odškodné za dobu nezbytného léčení úrazu s progresivním plněním (DOUUP); – doplňkové pojištění denní odškodné za dobu léčení vyjmenovaných úrazů (DOVU); – doplňkové pojištění poúrazové péče (POPU).	3. Doplňková nemocenská pojištění: – doplňkové pojištění při pracovní neschopnosti (DONU); – doplňkové pojištění při pobytu v nemocnici s progresivním plněním (DOHU); – doplňkové pojištění rodinná asistence (ASAP) (pojištění škodové); – doplňkové pojištění pro případ ošetřování dítěte (PODU).
III. Ustanovení pro doplňková životní pojištění			
	Doplňkové pojištění plné invalidity (ID3U/ID3CU)	Doplňkové pojištění invalidity II. a III. stupně (ID2U/ID2CU)	Doplňkové pojištění invalidity I., II. a III. stupně (ID1U/ID1CU)
Článek 25 Pojistná událost	1. Pojistnou událostí je pokles pracovní schopnosti pojištěného nejméně o 70 % a současně dožití se dne vzniku invalidity III. stupně podle platných předpisů o sociálním zabezpečení v České republice. Pojistitel vyplatí sjednanou pojistnou částku.	2. Pojistnou událostí je pokles pracovní schopnosti pojištěného: – nejméně o 50 % a současně dožití se dne vzniku invalidity II. stupně nebo – nejméně o 70 % a současně dožití se dne vzniku invalidity III. stupně podle platných předpisů o sociálním zabezpečení v České republice. Pojistitel vyplatí sjednanou pojistnou částku.	3. Pojistnou událostí je pokles pracovní schopnosti pojištěného: – nejméně o 35 % a současně dožití se dne vzniku invalidity I. stupně podle platných předpisů o sociálním zabezpečení v České republice, přičemž nárok na výplatu prvních 50 % sjednané pojistné částky vzniká pojištěnému ihned po prokázání pojistné události a nárok na výplatu zbývajících 50 % ze sjednané pojistné částky vzniká pojištěnému po uplynutí 18 měsíců od vzniku invalidity I. stupně za předpokladu, že invalidita I. stupně stále trvá nebo – nejméně o 50 % a současně dožití se dne vzniku invalidity II. stupně nebo – nejméně o 70 % a současně dožití se dne vzniku invalidity III. stupně podle platných předpisů o sociálním zabezpečení v České republice. Pojistitel vyplatí sjednanou pojistnou částku.
Článek 26 Čekací doba	1. Nárok na pojistné plnění vzniká u pojistných událostí, které nastaly po uplynutí čekací doby. 2. Čekací doba začíná běžet od 00.00 hodin dne následujícího po sepsání nabídky. 3. Čekací doba činí 2 roky. 4. Čekací doba se neuplatní v případě, kdy pojistná událost nastane výlučně z důvodu úrazu.		
Článek 27 Změny v pojištění	Při navýšení pojistné částky se na navýšenou část pojistné částky vztahuje čekací doba dle čl. 26.		
Článek 28 Pojistné plnění	1. V případě pojistné události vyplatí pojistitel jednorázové pojistné plnění ve výši pojistné částky.		2. V případě pojistné události vzniká pojištěnému nárok na výplatu prvních 50 % sjednané pojistné částky ihned po prokázání pojistné události a nárok na výplatu zbývajících 50 % ze sjednané pojistné částky vzniká pojištěnému po uplynutí 18 měsíců od vzniku invalidity I. stupně za předpokladu, že invalidita I. stupně stále trvá.
Článek 29 Povinnosti při škodné události	1. Vznikne-li škodná událost je pojištěný, který uplatňuje nárok na pojistné plnění, povinen: a) doložit podklady uvedené v odst. 2) tohoto článku; b) zmocnit příslušnou správu sociálního zabezpečení k poskytnutí informací pojistiteli; c) podrobit se případnému vyšetření u lékaře určeného pojistitelem, který provede přezkoumání postižení, na základě kterého byl invalidní důchod přiznán; d) sdělit jméno a adresu praktického a odborného lékaře. 2. Podklady nutné pro uplatnění nároku na pojistné plnění: a) písemná žádost o poskytnutí pojistného plnění; b) originál, případně úředně ověřený posudek o invaliditě, příp. potvrzení o trvání invalidity; c) lékařské zprávy dokládající průběh onemocnění, v důsledku jehož došlo ke vzniku invalidity.		

	Doplňkové pojištění pro případ smrti (Z5ZU/ZM5CU)	Doplňkové pojištění závažných onemocnění (DDZ0U/DDZ1U/DDC0U/DDC1U)	Doplňkové pojištění onkologických onemocnění (DDOU)
Článek 30 Pojistná událost	1. Pojistnou událostí je smrt pojištěného, nastane-li během pojistné doby.	2. Pojistnou událostí se rozumí první stanovení diagnózy nebo provedení operace odpovídající definici závažných onemocnění uvedených v Tabulkách závažných onemocnění TDDZ0 nebo TDDZ1 dle sjednání v pojistné smlouvě. Tabulky TDDZ0 a TDDZ1 rozdělují diagnózy závažných onemocnění do dvou skupin, pro děti do věku 18 let a pro dospělé starší 18 let.	3. Pojistnou událostí se rozumí první stanovení jedné z následujících diagnóz onkologického onemocnění dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN): a) u žen C50–C57: zhoubný novotvar (ZN) prsu, vulvy, pochvy – vagíny, hrdla děložního, těla děložního, dělohy, vaječníku a jiných neurčených ženských pohlavních orgánů; b) u mužů C60–C63: zhoubný novotvar (ZN) pyje, předstojné žlázy – prostaty, varlete a jiných neurčených mužských pohlavních orgánů včetně zhoubného nádoru prsu; c) u dětí do věku 18 let C91.0 akutní lymfoblastická leukemie. 4. Diagnóza onkologického onemocnění musí být stanovena lékařem specialistou onkologem nebo patologem a prokázána histologickými nálezy malignity.
Článek 31 Čekací doba		Pojistná ochrana se vztahuje na pojistné události, ke kterým dojde nejdříve po uplynutí 3 měsíců od počátku doplňkového pojištění.	
Článek 32 Změny v pojištění		1. Při navýšení pojistné částky se na navýšenou část pojistné částky vztahuje čekací doba dle čl. 31. 2. Pojistitel si vyhrazuje právo zrevidovat rozsah a definice závažných onemocnění uvedených v Tabulkách závažných onemocnění TDDZ0 nebo TDDZ1 a nebo definici onkologických onemocnění. Úpravu může provést jednou ročně, a to k výročnímu dni. K této změně může dojít v následujících případech: a) v důsledku změn lékařské terminologie a/nebo klasifikace MKN; b) za účelem zahrnutí nových závažných a/nebo onkologických onemocnění, pokud to pojistitel považuje za vhodné. 3. V případě, že pojistník a pojištěný se změnou nesouhlasí, musí svůj nesouhlas vyjádřit do jednoho měsíce od doručení oznámení o změně. V takovém případě doplňkové pojištění závažných a/nebo onkologických onemocnění zaniká bez náhrady k výročnímu dni.	
Článek 33 Pojistné plnění	1. V případě pojistné události vyplatí pojistitel jednorázové pojistné plnění ve výši pojistné částky.		
		2. Kromě pojistného plnění uvedeného v odst. 1 uhradí pojistitel pojištěnému příspěvek na náklady, které mu vznikly v souvislosti s preventivní péčí onkologických onemocnění. Příspěvek činí 500 Kč za rozhodné období. Rozhodným obdobím se rozumí vždy každé 3 roky trvání doplňkového pojištění onkologických onemocnění. Pojistitel poskytne příspěvek po splnění všech následujících podmínek: – od počátku doplňkového pojištění onkologických onemocnění uplynul min. 1 rok; – pojistná doba doplňkového pojištění onkologických onemocnění je sjednána min. na dobu 3 roky; – pojištěný absolvoval preventivní péči v době trvání doplňkového pojištění onkologických onemocnění; – pojištěný uplatní nárok na úhradu nákladů vynaložených na preventivní péči v době trvání doplňkového pojištění onkologických onemocnění; – pojištěný předloží pojistiteli originál účetního dokladu, ze kterého jasně vyplývá, že se jedná o úhradu nákladů preventivní péče.	
Článek 34 Povinnosti při škodné události	1. Vznikne-li škodná událost, je obmyšlená osoba, resp. osoba, která uplatňuje nárok na pojistné plnění, povinen doložit či poskytnout: a) písemnou žádost o poskytnutí pojistného plnění; b) úředně ověřenou kopii úmrtního listu; c) podrobné zprávy lékaře nebo jiného lékařského či úředního osvědčení o příčině smrti, počátku a průběhu smrtelného onemocnění nebo o bližších okolnostech smrti; d) jména a adresy praktického a odborného lékaře, u kterých byl pojištěný léčen pro úraz nebo onemocnění, které následně vedly ke smrti.	2. Vznikne-li škodná událost, je pojištěný, resp. osoba, která uplatňuje nárok na pojistné plnění, povinen: a) doložit lékařské zprávy vztahující se k jeho zdravotnímu stavu před i po vzniku pojistné události; b) zmocnit ošetřujícího lékaře k poskytnutí informací pojistiteli; c) podrobit se případnému vyšetření u lékaře specialisty určeného pojistitelem, který provede přezkoumání zdravotního stavu.	
	Doplňkové pojištění pro případ péče o zdravotně postižené dítě (PPDU)		Doplňkové pojištění zproštění od placení pojistného (AUZU)
Článek 35 Pojistná událost	1. Pojistnou událostí v pojištění péče o zdravotně postižené dítě je vznik potřeby péče o pojištěného: a) pro jeho III. nebo IV. stupeň závislosti (těžká nebo úplná závislost) na pomoci jiné fyzické osoby v důsledku jeho úrazu či nemoci, pokud k úrazu nebo nemoci došlo v průběhu trvání pojištění, a v souvislosti s tím mu vznikne právo na příspěvek na péči podle platných předpisů o sociálních službách;		2. Pojistnou událostí je pokles pracovní schopnosti pojištěného nejméně o 70 % a současně dožití se dne vzniku invalidity III. stupně podle platných předpisů o sociálním zabezpečení v České republice, pokud k datu vzniku invalidity bylo pojistné řádně a včas uhrazeno. Datem pojistné události je den vzniku invalidity III. stupně.

	b) pro tato jeho tělesná a smyslová postižení v důsledku nemoci nebo úrazu, pokud k úrazu nebo nemoci došlo v průběhu trvání pojištění: – úplná a trvalá ztráta zraku; – úplná a trvalá ztráta sluchu; – ztráta dvou nebo více končetin, přičemž za ztrátu končetiny se považuje ztráta ruky nad zápěstím a ztráta nohy nad hlezenním kloubem; – úplné a trvalé ochrnutí dvou nebo více končetin.	
Článek 36 Čekací doba	1. Nárok na pojistné plnění vzniká u pojistných událostí, které nastaly po uplynutí čekací doby. 2. Čekací doba začíná běžet od 00.00 hodin dne následujícího po sepsání nabídky. 3. Čekací doba činí 3 měsíce. 4. Čekací doba se neuplatní v případě, kdy pojistná událost nastane výlučně z důvodu úrazu.	5. Nárok na pojistné plnění vzniká u pojistných událostí, které nastaly po uplynutí čekací doby. 6. Čekací doba začíná běžet od 00.00 hodin dne následujícího po sepsání nabídky. 7. Čekací doba činí 2 roky. 8. Čekací doba se neuplatní v případě, kdy pojistná událost nastane výlučně z důvodu úrazu.
Článek 37 Pojistné plnění	1. V případě pojistné události vyplatí pojistitel jednorázové pojistné plnění ve výši pojistné částky.	2. V případě pojistné události je pojistným plněním ze strany pojistitele zproštění pojistníka od povinnosti platit běžné pojistné, což znamená, že za pojistníka hradí běžné pojistné pojistitel. 3. Pojistitel zproští pojistníka od povinnosti platit pojistné ode dne splatnosti pojistného za pojistné období: a) které následuje po pojistném období, za které bylo naposledy uhrazeno pojistné; b) které současně následuje po datu pojistné události, nejdele však: (i) ke dni splatnosti pojistného, ke kterému pojištěný nedoloží svůj nárok na pojistné plnění dle odst. 3 tohoto článku; (ii) do konce pojistného období, v němž bylo vydáno rozhodnutí posudkového lékaře OSSZ o snížení invalidity III. stupně nebo zániku invalidity; (iii) ke dni zániku tohoto pojištění (např. v důsledku dosažení výstupního věku). 4. Prokáže-li pojištěný vždy nejpozději ke dni splatnosti pojistného, který se označením shoduje s datem splatnosti pojistného, jehož úhrady byl pojistník poprvé zproštěn , že mu nadále trvá invalidita III. stupně, prodlužuje se zproštění od placení o další rok. 5. Došlo-li k ke vzniku invalidity III. stupně ve lhůtě kratší než 6 měsíců od navýšení běžného pojistného (vyjma navýšení běžného pojistného po aktualizaci pojistného a pojistné částky), týká se zproštění pojistníka od povinnosti platit běžné pojistné pouze ve výši běžného pojistného před tímto navýšením, což znamená, že zproštění se nevztahuje na v této lhůtě navýšenou část pojistného.
Článek 38 Povinnosti při škodné události	1. Vznikne-li škodná událost, je pojištěný, který uplatňuje nárok na pojistné plnění, povinen doložit: a) písemnou žádost o poskytnutí pojistného plnění; b) doklady prokazující závislost pojištěného na pomoci jiné osoby ve III. nebo IV. stupni nebo lékařské zprávy týkající se postižení dle čl. 35; c) posudek nebo rozhodnutí příslušného orgánu státní správy o závislosti pojištěného dítěte na pomoci jiné osoby včetně odborných lékařských zpráv, na základě kterých byl tento posudek nebo toto rozhodnutí vydáno; d) potvrzení příslušného úřadu o přiznání příspěvku na péči podle platných předpisů o sociálních službách.	2. Vznikne-li škodná událost, je pojištěný, který uplatňuje nárok na pojistné plnění, povinen: a) doložit pojistiteli podklady uvedené v odst 2 tohoto článku; b) zmocnit příslušnou správu sociálního zabezpečení k poskytnutí informací pojistiteli; c) podrobit se případnému vyšetření u lékaře určeného pojistitelem, který provede přezkoumání postižení, na základě kterého byla přiznána invalidita III. stupně; d) sdělit jméno a adresu praktického a odborného lékaře. 3. Podklady nutné pro uplatnění nároku na pojistné plnění: a) písemná žádost o poskytnutí pojistného plnění; b) originál, případně úředně ověřený posudek o invaliditě; c) lékařské zprávy dokládající průběh onemocnění, v důsledku jehož došlo ke vzniku invalidity. 4. Pojištěný je povinen od okamžiku zproštění od placení pojistného dokládat každoročně pojistiteli, že jeho invalidita III. stupně nadále trvá dle čl. 37, odst. 3. 5. Pojištěný je povinen oznámit pojistiteli bez odkladu, že jeho invalidita III. stupně zanikla.
Článek 39 Zvláštní ujednání		1. Toto doplňkové pojištění lze sjednat pouze pro pojištěného č. 1, je-li současně pojistníkem. 2. Po dobu zproštění od placení běžného pojistného nelze navýšovat pojistné. 3. Po dobu zproštění od placení běžného pojistného lze nadále platit mimořádné pojistné. 4. Po dobu zproštění od placení běžného pojistného lze provádět čas- tečné odkupy ve smyslu čl. 10.

IV. Ustanovení pro doplňková úrazová pojištění

	Doplňkové pojištění smrti způsobené úrazem (UTZU)	Doplňkové pojištění smrti úrazem následkem autonehody (UTAU)	Doplňkové pojištění hospitalizace následkem úrazu (HOUU)
Článek 40 Pojistná událost	1. Pojistnou událostí je smrt pojištěného na následky úrazu do 1 roku ode dne tohoto úrazu.	2. Pojistnou událostí je smrt pojištěného na následky úrazu do 1 roku ode dne tohoto úrazu, ke kterému dojde v příčinné souvislosti s provozem motorového vozidla. V případě nastupování a vystupování z/do vozidla a při vykládání/nakládání přepravovaných věcí se pojištění vztahuje pouze na smrt způsobenou jiným motorovým vozidlem.	3. Pojistnou událostí je nezbytná hospitalizace pojištěného v důsledku úrazu.
Článek 41 Rozsah pojištění			1. Pojištění pro případ hospitalizace následkem úrazu se vztahuje na hospitalizaci poskytnutou na území zemí Evropského hospodářského prostoru. 2. Hospitalizace začíná dnem přijetí pojištěného k hospitalizaci a končí dnem, kdy hospitalizace již není z lékařského hlediska nezbytná.

			3. Hospitalizace za účelem ošetření zubů a zákroky v oblasti čelistní a zubní chirurgie v důsledku úrazu se považují za lékařský nezbytné pouze v případě, že z lékařských důvodů není možné ambulantní ošetření. 4. Dojde-li v době hospitalizace v důsledku úrazu k dalšímu úrazu s nutností hospitalizace, (tj. v případě souběhu nezbytné hospitalizace v důsledku více úrazů s rozdílným datem počátku), započítává se hospitalizace ve dnech souběhu tak, že pojistitel poskytne pojistnou částku za každý den souběhu pouze jednou.
Článek 42 Pojistné plnění	1. V případě pojistné události vyplátí pojistitel pojistnou částku sjednanou pro toto doplňkové pojištění. 2. Do pojistného plnění z tohoto doplňkového pojištění se zahrnují platby, které byly pojištěnému vyplaceny jako pojistné plnění z doplňkového pojištění trvalých následků úrazu z téhož úrazu. Byla-li pojistitelem plněna z doplňkového pojištění trvalých následků úrazu vyšší částka, než je pojistná částka sjednaná pro případ smrti, pojistitel nemá právo na vrácení rozdílu těchto dvou plnění.		3. Pojistné plnění se určuje jako součin sjednané pojistné částky tohoto pojištění a počtu dnů hospitalizace. 4. Pojistné plnění poskytuje pojistitel maximálně za 90 dnů hospitalizace, ke kterému dojde v průběhu čtyř let od data úrazu. 5. Právo na pojistné plnění nevzniká za dny, kdy se pojištěný v nemocnici nezdržoval.
	Doplňkové pojištění trvalých následků úrazu (TNPU)	Doplňkové pojištění trvalých následků úrazu následkem autonehody (TNPAU)	Doplňkové pojištění trvalých následků úrazu od 70 % stupně invalidity (UIZ7U)
Článek 43 Výklad pojmů	1. Trvalými následky úrazu se rozumí takové následky úrazu, u nichž již není možné zlepšení, tj. trvalá ovlivnění tělesných a duševních funkcí. Stupněm invalidity se rozumí rozsah trvalých následků, jehož výše se určuje v procentech. Maximální stupeň invalidity je dán Tabulkou TTNU. Stupeň invalidity v procentech určuje lékař pojistitele. 2. Týkají-li se jednotlivé následky po jednom nebo více úrazech téhož orgánu, smyslu nebo jejich částí, hodnotí je pojistitel jako celek, a to nejvýše procentem stanoveným v Tabulce TTNU pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného orgánu, smyslu nebo jejich částí.		
Článek 44 Rozsah pojištění		1. Pojištění se vztahuje na úrazy pojištěného, ke kterým dojde v příčinné souvislosti s provozem motorového vozidla. V případě nastupování a vystupování z/do vozidla a při vykládání/nakládání přepravovaných věcí se pojištění vztahuje pouze na úraz způsobený jiným motorovým vozidlem. 2. V případě úrazu ve smyslu odst. 1 se pojistná částka snižuje o 50 %, pokud došlo k úrazu v příčinné souvislosti s provozem jednostopého motorového vozidla, kde byl pojištěný jako řidič nebo spolujezdec.	
	3. Základem pro určení stupně invalidity je Tabulka TTNU a uvádí maximální stupeň invalidity daného úrazu. Při částečné ztrátě orgánů či smyslu nebo částečné ztrátě funkce orgánů či smyslů uvedených v Tabulce TTNU stanoví na základě lékařského posouzení pojistitel výši pojistného plnění jako procentuální podíl z maximálního ohodnocení stupně invalidity uvedeného v Tabulce TTNU. 4. Nelze-li stanovit stupeň invalidity podle Tabulky TTNU nebo není-li poškozený orgán uveden v Tabulce TTNU, stanoví se stupeň invalidity lékařským posudkem s ohledem na míru omezení funkčnosti poškozeného orgánu. 5. Byl-li pojištěný stížen tělesnou nebo smyslovou nemocí či vadou již před úrazem a zhorší-li se stav postiženého orgánu následkem úrazu, určí se stupeň předchozí invalidity z dosavadní vady obdobně, jak je uvedeno v čl. 43 a 44, a o takto zjištěný rozsah předchozí invalidity se sníží pojistné plnění		
Článek 45 Pojistná událost	1. Pojistnou událostí je vznik trvalých následků, které nastaly v důsledku úrazu pojištěného.		2. Pojistnou událostí je vznik trvalých následků, které nastaly v důsledku úrazu pojištěného, a to min. ve výši 70 % stupně invalidity dle Tabulky TTNU.
Článek 46 Pojistné plnění	1. Pojistitel má povinnost vyplatit pojistné plnění za trvalé následky úrazu, které objektivně nastaly během 1 roku ode dne úrazu. Pojistitel neposkytuje pojistné plnění za trvalé následky úrazu, které se poprvé objektivně objevily po uplynutí 1 roku ode dne úrazu. 2. Podmínkou výplaty pojistného plnění za trvalé následky úrazu je nejen prokázání vzniku trvalých následků úrazu, ale i lékařsky jednoznačné stanovení stupně invalidity. Pokud je zjištěn vznik trvalých následků úrazu během 1 roku ode dne úrazu a není lékařsky jednoznačně stanoven stupeň invalidity, poskytne pojistitel plnění teprve po uplynutí 1 roku ode dne úrazu. Není-li po 1 roce ode dne úrazu stupeň invalidity jednoznačný z hlediska druhu a rozsahu následků úrazu, provede lékař určený pojistitelem přezkoumání stupně invalidity, a to nejpozději do 3 let ode dne vzniku úrazu. Jestliže ani po 3 letech není stupeň invalidity jednoznačný, stanoví pojistitel stupeň invalidity podle stavu ke konci této lhůty. K rozsahu následků úrazu, které nastanou po uplynutí 3 let od úrazu, se nepřihlíží. 3. Zemře-li pojištěný: a) během 1 roku ode dne úrazu na následky úrazu, nevzniká nárok na pojistné plnění; b) během 1 roku ode dne úrazu z důvodů, které nejsou v příčinné souvislosti s úrazem, vyplátí pojistitel plnění ve výši, která odpovídá předpokládanému stupni invalidity, stanovenému podle posledního lékařského posudku; c) po uplynutí 1 roku ode dne úrazu vyplátí pojistitel plnění ve výši, která odpovídá předpokládanému stupni invalidity, stanovenému podle posledního lékařského posudku. 4. Pojistným plněním z tohoto pojištění je procento ze sjednané pojistné částky pro případ trvalých následků úrazu vyplácené formou progresivního plnění specifikovaného v odst. 5 tohoto článku v závislosti na stupni invalidity.		
	5. Progresivní pojistné plnění pro trvalé následky úrazu bude stanoveno následovně:	6. V případě pojistné události vyplátí pojistitel jednorázové pojistné plnění ve výši pojistné částky.	
	stupeň invalidity (SI v %)		
	0,001 – 25,00	Pojistné plnění (PP) odpovídá pojistné částce (PČ) vynásobené stupněm invalidity Vzorec: $PP = PČ \times SI$	
	25,01 – 80,00	Pojistné plnění odpovídá součtu 25 % pojistné částky a pětinasobku pojistné částky vynásobené stupněm invalidity пониženým o 25%. $PP = PČ \times [25\% + 5 \times (SI - 25\%)]$	
	80,01 – 100,00	Pojistné plnění odpovídá součtu 300 % pojistné částky a dvacetipětinásobku pojistné částky vynásobené stupněm invalidity пониženým o 80 %. $PP = PČ \times [300\% + 25 \times (SI - 80\%)]$	
	Doplňkové pojištění denní odškodné za dobu nezbytného léčení úrazu (DOUU)		Doplňkové pojištění denní odškodné za dobu léčení vyjmenovaných úrazů (DOVU)
Článek 47 Rozsah pojištění	1. Bylo-li pojištěnému způsobeno několik tělesných poškození, plní pojistitel jen za úraz s nejdelší dobou nezbytného léčení.		2. Bylo-li pojištěnému způsobeno několik tělesných poškození, plní pojistitel jen za dobu nejdelšího léčení dle Tabulky TDOV.
	3. Pojistné plnění za dobu léčení jednoho úrazu se proplácí nejdéle za dobu 365 dnů po dobu 2 let ode dne úrazu.		

Článek 48 Pojistná událost	1. Pojistnou událostí je nezbytná doba léčení úrazu pojištěného, jehož doba přesáhla stanovenou karenční lhůtu. Karenční lhůta je počet dnů stanovených pojistnou smlouvou.	2. Pojistnou událostí je nezbytná doba léčení vyjmenovaných úrazů dle Tabulky TDOV.
Článek 49 Pojistné plnění	1. Denní odškodné se vyplácí vždy od 1. dne léčení, pokud nezbytná doba léčení úrazu byla delší, než je stanovená karenční lhůta.	
	2. Maximální počet dní nezbytného léčení je dán Tabulkou TDO.	
	3. Není-li tělesné poškození v Tabulce TDO uvedeno, určí na základě lékařského posouzení pojistitel výši plnění podle doby nezbytného léčení, která je přiměřená průměrné době nezbytného léčení dle rozsahu a povahy poškození. K určení celkové výplaty pojistného plnění použije pojistitel hodnoty uvedené v Tabulce TDO, které jsou danému poškození svou povahou nejbližší.	
	4. Pojistné plnění se určuje jako součin sjednané pojistné částky tohoto doplňkového pojištění a počtu dnů léčení daného úrazu.	
	5. Pojistné plnění lze sjednat formou progresivního plnění. V případě sjednání progresivního plnění se pojistné plnění počítá následovně:	
doba nezbytného léčení úrazu	Výpočet pojistného plnění	
0 – 30 dnů	Pojistné plnění (PP) odpovídá pojistné částce (PČ) vynásobené počtem dní doby nezbytného léčení úrazu. Vzorec: PP = PČ x počet dní	
31– 90 dnů	Pojistné plnění odpovídá součtu pojistné částky vynásobené 30 dny a dvojnásobku pojistné částky vynásobené počtem dní doby nezbytného léčení úrazu sníženým o 30 dní. Vzorec: PP = PČ x [30 + 2x (počet dní – 30)]	
91 – 365 dnů	Pojistné plnění odpovídá součtu pojistné částky vynásobené 150 dny a trojnásobku pojistné částky vynásobené počtem dní doby nezbytného léčení úrazu sníženým o 90 dní. Vzorec: PP = PČ x [150 dní + 3x (počet dní – 90)]	
	7. Dozví-li se pojistitel v průběhu pojištění, že došlo ke snížení příjmu pojištěného oproti příjmům v době sjednání pojištění, upraví denní odškodné s účinností od 1. dne měsíce následujícího poté, co se o této skutečnosti dozvěděl. Pojistné do data účinnosti změny náleží pojistiteli. Nově stanovená výše denního odškodného je platná již od počátku pojistné události, při které se pojistitel o změně výše příjmů dozvěděl.	
	8. Pokud si léčení úrazu do 24 hodin od okamžiku úrazu vyžádá pobyt v nemocnici delší než 24 hodin, zvyšuje se po dobu nezbytné hospitalizace sjednaná částka denního odškodného na dvojnásobek.	
Článek 50 Povinnosti při škodné události	Je-li pojistitelná výše denního odškodného závislá na výši příjmů pojištěného, je pojištěný povinen v případě pojistné události doložit své příjmy. Příjem pojištěné osoby se dokládá potvrzením od zaměstnavatele o výši příjmu za období posledních 12 měsíců nebo úplným výpisem příznání k dani z příjmu za předchozí zdaňovací období, který byl vydán a ověřen (otiskem razítka) příslušným finančním úřadem.	
Článek 51 Změny v pojištění	1. Vyplyvá-li pro novou profesní, sportovní nebo zájmovou činnost pojištěného nižší pojistné, sníží pojistitel pojistné od pojistného období následujícího po okamžiku, kdy bylo pojistiteli prokazatelně doručeno oznámení o změně profesní, sportovní nebo zájmové činnosti, případně oznámení o jiné změně, z níž pojištěnému vzniká nárok na snížení pojistného.	
	2. Pokud pojistiteli nebyla oznámena změna profesní, sportovní nebo zájmové činnosti, ze které vyplývá snížení pojistného, nebude v případě pojistné události výplata pojistného plnění navýšena.	
	3. Patří-li změněná profesní, sportovní nebo zájmová činnost k činnostem, které jsou z doplňkového úrazového pojištění vyloučeny, má pojistitel právo doplňkové úrazové pojištění vypovědět. Výpovědní lhůta je osmidená, jejím uplynutím pojištění zanikne. Dojde-li k pojistné události, na jejíž vznik mohla mít přímý nebo zprostředkovaný vliv nově vykonávaná profesní, sportovní či zájmová činnost, která nebyla pojistiteli oznámena, je pojistitel oprávněn pojistné plnění z takovéto pojistné události snížit nebo odmítnout.	
	4. V souvislosti s věkem pojištěného dochází k následujícím změnám:	
	a) u doplňkového úrazového pojištění sjednaného pro pojištěnou osobu – dítě platí sjednaná pojistná částka a tomu odpovídající výše pojistného do výročního dne pojistného roku, v němž tato osoba dovršila 18 let ve výroční den pojistného roku, v němž pojištěná osoba – dítě dovrší 18 let, snižují se pojistné částky daného pojištěného k uvedenému výročnímu dni v závislosti na poměru pojistného, které bylo sjednáno, k pojistnému, které by pojistiteli náleželo pro pojištění pojištěné osoby – dospělého; uplynutím výročního dne pojistného roku, v němž pojištěná osoba – dítě dosáhne 18 let, zaniká pojištění zlomenin s výplatou formou paušálních částek dle tabulek TTNU;	
	b) v případě doplňkového úrazového pojištění pojištěné osoby – dospělého platí sjednaný rozsah pojištění, sjednaná pojistná částka a tomu odpovídající výše pojistného do výročního dne pojistného roku, v němž pojištěný dovrší 70 let; pojištění pro tuto pojištěnou osobu k uvedenému výročnímu dni zaniká;	
	c) ve výroční den pojistného roku, ve kterém pojištěná osoba – senior dovrší 75 let, pojištění pro tuto pojištěnou osobu zaniká.	
	Doplňkové pojištění pourazové péče (POPU)	
Článek 52 Předmět pojištění	1. Pojištění pourazové péče se sjednává pro případ vzniku nákladů na pourazovou péči pojištěného.	
	2. Za pourazovou péči se pro účely tohoto pojištění považují:	
	a) terapie související s úrazem s dobou nezbytného léčení min. 90 dnů dle tabulky TDO nebo TDOV, které byly absolvovány nejdéle do 6 měsíců od zahájení první terapie, přičemž terapií se rozumí rehabilitace a jiné podpůrné terapie (výjma psychoterapie), jako jsou masáže, koupele, zábaly, elektro léčba apod.;	
	b) pořízení zdravotních pomůcek , přičemž zdravotními pomůckami se rozumí opěrné hole, protézy a jiné rehabilitační a podpůrné pomůcky;	
	c) zdravotní výkony , přičemž zdravotními výkony se rozumí kosmetické zákroky a laserové operace vedoucí k odstranění následků úrazu.	
	3. Pojištění pourazové péče lze sjednat pouze k doplňkovému pojištění denního odškodného za dobu nezbytného léčení úrazu (DOU) nebo k doplňkovému pojištění denního odškodného za dobu léčení vyjmenovaných úrazů (DOV).	
Článek 53 Pojistná událost	Pojistnou událostí v pojištění pourazové péče je absolvování tzv. pourazové péče pojištěným za účelem odstranění nebo zmírnění následků úrazu, k němuž došlo v době trvání pojištění, pokud:	
	a) pourazová péče byla doporučena ošetřujícím lékařem pojištěného, a zároveň	
	b) pourazová péče není veřejným zdravotním pojištěním hrazena vůbec, nebo jen částečně, a zároveň	
	c) pourazová péče byla absolvována do 24 měsíců od úrazu, a to i v případě, že následky úrazu trvají, a zároveň	
	d) potřeba pourazové péče byla oznámena pojistiteli nejpozději do 3 měsíců od jejího doporučení.	
Článek 54 Pojistné plnění	1. Pojistitel poskytne pojistné plnění za pourazovou péči pouze v souvislosti s jedním úrazem za celou dobu trvání tohoto pojištění.	
	2. Pojistné plnění je poskytováno do maximální výše limitu pojistného plnění 100 000 Kč .	
	3. V případě pojistné události poskytuje pojistitel pojistné plnění ve výši prokázaných, účelně vynaložených nezbytných nákladů na:	
	a) terapie ;	
	b) pořízení zdravotních pomůcek , přičemž pojistné plnění za pořízené zdravotní pomůcky je poskytováno pouze do jejich obvyklé ceny ;	
	c) zdravotní výkony , přičemž pojistné plnění za zdravotní výkony je poskytováno pouze, pokud tyto zdravotní výkony byly předem schváleny pojistitelem, resp. jeho lékařem .	
Článek 55 Povinnosti při škodné události	1. Pojištěný je povinen oznámit pojistiteli skutečnost, že mu byla v souvislosti s úrazem doporučena pourazová péče, nejpozději do 3 měsíců od tohoto doporučení jeho ošetřujícím lékařem. V případě pozdějšího oznámení není pojistitel povinen poskytnout pojistné plnění.	
	2. Pojištěný je povinen zaslat pojistiteli:	
	a) písemné oznámení o úrazu, v němž uvede zejména okolnosti pojistné události a označí náklady na pourazovou péči, které žádá z pojištění proplatit;	
	b) aktuální lékařskou zprávu s uvedením konkrétní pourazové péče včetně pomůcek, která byla pojištěnému ošetřujícím lékařem doporučena a z jakého důvodu;	
	c) doklady o absolvování pourazové péče (terapie a výkony) a nákupu zdravotních pomůcek, nákladů na ně a o jejich úhradě.	
	3. Pojištěný je povinen podrobit se na vyzvu pojistitele prohlídce u lékaře určeného pojistitelem, který posoudí vhodnost a nezbytnost ošetřujícím lékařem doporučené pourazové péče. V případě rozporu mezi doporučením ošetřujícího lékaře a lékaře pojistitele bude vhodnost pourazové péče zhodnocena revizním lékařem pojistitele.	

V. Ustanovení pro doplňkové nemocenské pojištění

	Doplňkové pojištění při pracovní neschopnosti (DONU)	Doplňkové pojištění při pobytu v nemocnici (DOHU)								
Článek 56 Rozsah pojištění	1. Pojistitel poskytuje pojistné plnění pojištěnému, který je v trvalém pracovním poměru nebo má pravidelné příjmy ze samostatné výdělečné činnosti, pokud v důsledku pracovní neschopnosti došlo ke ztrátě na výdělku. 2. Pojištění je možné sjednat pro osoby, které mají trvalé bydliště v České republice a které jsou v trvalém pracovním poměru nebo mají pravidelné příjmy ze samostatné výdělečné činnosti.	3. Pojistná ochrana se vztahuje na hospitalizaci poskytnutou na území zemí Evropského hospodářského prostoru.								
Článek 57 Pojistná událost	1. Pojistnou událostí je dočasná pracovní neschopnost uznaná a potvrzená ošetřujícím lékařem pojištěného, která nastala v důsledku nemoci nebo úrazu pojištěného a která vznikla na území ČR a byla potvrzena lékařem v ČR. 2. Datem pojistné události je první den pracovní neschopnosti. Pracovní neschopnost začíná dnem, od kterého uznal ošetřující lékař pojištěného práce neschopným, a končí dnem, kdy byla pracovní neschopnost ošetřujícím lékařem ukončena nebo její další trvání není z lékařského hlediska dále nezbytné nebo byla ukončena v souvislosti s uznáním invalidity prvního až třetího stupně anebo byly na základě lékařského posouzení splněny zákonné předpoklady pro uznání invalidity pojištěného. 3. Pojištěnému musí být vystaven doklad o pracovní neschopnosti dle platné legislativy (pokud má pojištěný nárok na nemocenské dávky podle zákona o nemocenském pojištění) nebo doklad pojištěného Potvrzení pracovní neschopnosti (pokud pojištěný nemá nárok na nemocenské dávky podle zákona o nemocenském pojištění). 4. Pokud je vystaveno Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti současně pro více nemocí či úrazů, pak se pojistné plnění vyplácí pouze jednou.	5. Pojistnou událostí je hospitalizace pojištěného, která je z lékařského hlediska nezbytná v důsledku nemoci nebo úrazu. Pojistnou událostí je též hospitalizace zapříčiněná těhotenstvím a porodem. 6. Datem vzniku pojistné události je 1. den hospitalizace pojištěného. 7. Hospitalizace začíná dnem přijetí pojištěného k hospitalizaci a končí dnem, kdy hospitalizace již není z lékařského hlediska nezbytná.								
Článek 58 Čekací doba	1. Nárok na pojistné plnění vzniká u pojistných událostí, které nastaly po uplynutí čekací doby. 2. Čekací doba začíná běžet od 00.00 hodin dne následujícího po sepsání nabídky. 3. Čekací doba činí tři měsíce. 4. Čekací doba se neuplatní v případech, kdy pojistná událost nastane výlučně z důvodu úrazu.	5. Čekací doba se neuplatní při akutních infekčních onemocněních s hospitalizací na infekčním oddělení nebo na oddělení s obdobným režimem. 6. V případě hospitalizace v souvislosti s těhotenstvím a porodem činí čekací doba osm měsíců, přičemž tato doba se neuplatní, jestliže lékařem stanovený termín porodu je minimálně osm měsíců po počátku pojištění.								
Článek 59 Pojistné plnění	1. V případě pojistné události vyplácí pojišťitel pojistnou částku sjednanou v pojistné smlouvě, nejvýše však ve výši pojistitelné pojistné částky. Výše pojistitelné pojistné částky je určována dle směrnic pojištěného, a to v závislosti na variantě pojištění sjednané v nabídce na uzavření pojištění. Je-li pojistitelná pojistná částka závislá na příjmech pojištěného, pak se od výše příjmu odečtou další nároky, které pojištěnému přísluší z důvodu pracovní neschopnosti. K těmto nárokům patří všechna plnění, která pojištěný v případě pojistné události může nárokovat ze sociálního pojištění České správy sociálního zabezpečení, od zaměstnavatele nebo dalších pojišťitelů k vyrovnání své ztráty na výdělku. 2. Příjemem se rozumí: a) příjmy ze závislé činnosti a funkční požitky podle zákona o daních z příjmů v platném znění; hrubý příjem se dokládá potvrzením zaměstnavatele o výši příjmu za období posledních 12 měsíců před vznikem pojistné události; b) příjmy z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti podle zákona o daních z příjmů v platném znění; příjem se dokládá úplným výpisem příznání k dani z příjmu za předchozí zdaňovací období, který byl vydán a ověřen (otiskem razítka) příslušným finančním úřadem. 3. Je-li v pojistné smlouvě sjednána pojistná částka do 300 Kč včetně, pojišťitel k pojistitelné pojistné částce ve smyslu odst. 1 nepřihlíží. 4. Pojistné plnění se vyplácí od určeného dne pracovní neschopnosti, který je stanoven v pojistné smlouvě. Nejpozději k tomuto dni je pojištěný povinen předložit pojišťiteli ošetřujícím lékařem vystavené potvrzení o pracovní neschopnosti na formuláři pojištěného. V případě opožděného doručení je pojišťitel povinen plnit až ode dne doručení tohoto potvrzení, ledaže pojištěný svoji povinnost nemohl z vážných důvodů splnit. 5. V případě pracovní neschopnosti, na jejímž počátku byl pojištěný hospitalizován z důvodu úrazu, přičemž hospitalizace následovala bezprostředně, maximálně 24 hodin po úrazu, poskytuje pojišťitel pojistné plnění od počátku pracovní neschopnosti. 6. Po uplynutí dvou let trvání pojištění poskytuje pojišťitel pojistné plnění od prvního dne pracovní neschopnosti způsobené těmito onemocněními: srdečním infarktem, rakovinou, náhlou cévní mozkovou příhodou, selháním ledvin, infekční žloutenkou, tyfem, paratyfem, cholerou, žlutou zimnicí. 7. Pokud pojistná částka stanovená v pojistné smlouvě přesahuje pojistitelnou pojistnou částku podle odst. 1, je pojišťitel oprávněn výši pojistné částky upravit s účinností od prvního dne měsíce následujícího poté, co se o této skutečnosti dozvěděl. Pojistné do data účinnosti změny náleží pojišťiteli. Nově stanovená pojistná částka je však platná již od počátku pojistné události, při které se pojišťitel o změně výše příjmů dozvěděl. 8. Pojistné plnění je vypláceno po dobu maximálně 365 dnů pro každou pojistnou událost. 9. Bude-li délka pracovní neschopnosti neúměrně delší než průměrná doba léčení pro uvedené onemocnění nebo následek úrazu a toto prodloužení pracovní neschopnosti nebude v lékařské dokumentaci dostatečně odborně zdůvodněno, určí přiměřenou délku pracovní neschopnosti lékař určený pojišťitelem. V takovém případě pojišťitel plní za takto přiměřenou dobu. 10. Pojistné plnění je vypláceno pouze v případech, že se pojištěný po dobu trvání pracovní neschopnosti léčí u lékaře s platnou licencí v daném oboru, popř. v nemocnici. 11. Pro doplňkové pojištění pracovní neschopnosti s výplatou pojistného plnění od 15. a/nebo 29. dne platí, že v případě, že bude nepřetržitě trvání pracovní neschopnosti delší než 90 dnů, vyplácí pojišťitel denní dávku již od 1. dne pracovní neschopnosti.	12. Pojistné plnění se určuje jako součin sjednané pojistné částky tohoto pojištění a počtu dnů hospitalizace. Pojištění lze sjednat pouze formou progresivního plnění. Pojistné plnění se počítá následovně: <table><tr><th>Doba pobytu v nemocnici</th><th>Výpočet pojistného plnění</th></tr><tr><td>0–30 dnů</td><td>Pojistné plnění (PP) odpovídá pojistné částce (PČ) vynásobené počtem dnů pobytu v nemocnici. Vzorec: PP = PČ x počet dní</td></tr><tr><td>31–90 dnů</td><td>Pojistné plnění odpovídá součtu pojistné částky vynásobené 30 dny a dvojnásobku pojistné částky vynásobené počtem dnů pobytu v nemocnici poniženým o 30 dní. Vzorec: PP = PČ x [30 dní + 2x (počet dní – 30)]</td></tr><tr><td>91–365</td><td>Pojistné plnění odpovídá součtu pojistné částky vynásobené 150 dny a trojnásobku pojistné částky vynásobené počtem dnů pobytu v nemocnici poniženým o 90 dní. Vzorec: PP = PČ x [150 dní + 3x (počet dní – 90)]</td></tr></table> 13. V případě hospitalizace v důsledku onemocnění nebo komplikací souvisejících s těhotenstvím se pojistné plnění vyplácí maximálně za 20 dnů pro každé těhotenství, výjma vlastního porodu. 14. Pojistné plnění se vyplácí maximálně za 365 dnů pro jednu pojistnou událost. 15. Nárok na výplatu pojistného plnění nevzniká za dny, kdy se pojištěný v nemocnici vůbec nezdržoval. 16. Jako doklad o vzniku pojistné události je třeba předložit potvrzení o nemocniční lůžkové péči na formuláři pojištěného spolu s kopií propouštěcí zprávy. 17. Bude-li délka hospitalizace neúměrně delší, než je pro uvedené onemocnění nebo následek úrazu obvyklé, a toto prodloužení nebude v lékařské dokumentaci dostatečně odborně zdůvodněno, určí přiměřenou délku hospitalizace lékař pojištěného. V takovém případě pojišťitel plní za takto přiměřenou dobu. 18. V případě hospitalizace bezprostředně, maximálně do 24 hodin po úrazu, poskytuje pojišťitel pojistné plnění ve výši dvojnásobku dohodnuté pojistné částky. 19. Pro pojištěné dítě ve věku od 0 do 1 roku je maximální výše pojistné částky stanovena pojišťitelem na 100 Kč.	Doba pobytu v nemocnici	Výpočet pojistného plnění	0–30 dnů	Pojistné plnění (PP) odpovídá pojistné částce (PČ) vynásobené počtem dnů pobytu v nemocnici. Vzorec: PP = PČ x počet dní	31–90 dnů	Pojistné plnění odpovídá součtu pojistné částky vynásobené 30 dny a dvojnásobku pojistné částky vynásobené počtem dnů pobytu v nemocnici poniženým o 30 dní. Vzorec: PP = PČ x [30 dní + 2x (počet dní – 30)]	91–365	Pojistné plnění odpovídá součtu pojistné částky vynásobené 150 dny a trojnásobku pojistné částky vynásobené počtem dnů pobytu v nemocnici poniženým o 90 dní. Vzorec: PP = PČ x [150 dní + 3x (počet dní – 90)]
Doba pobytu v nemocnici	Výpočet pojistného plnění									
0–30 dnů	Pojistné plnění (PP) odpovídá pojistné částce (PČ) vynásobené počtem dnů pobytu v nemocnici. Vzorec: PP = PČ x počet dní									
31–90 dnů	Pojistné plnění odpovídá součtu pojistné částky vynásobené 30 dny a dvojnásobku pojistné částky vynásobené počtem dnů pobytu v nemocnici poniženým o 30 dní. Vzorec: PP = PČ x [30 dní + 2x (počet dní – 30)]									
91–365	Pojistné plnění odpovídá součtu pojistné částky vynásobené 150 dny a trojnásobku pojistné částky vynásobené počtem dnů pobytu v nemocnici poniženým o 90 dní. Vzorec: PP = PČ x [150 dní + 3x (počet dní – 90)]									

Článek 60 Změny v pojištění	Při navýšení pojistné částky se na navýšenou část pojistné částky vztahuje čekací doba dle čl. 58.	
Článek 61 Práva a povinnosti pojistitele	1. Kromě dalších práv stanovených právními předpisy a uvedených ve VPP POS 2016/02 je pojistitel oprávněn zjišťovat i příjmy pojištěného. Pojištěný je povinen na žádost pojistitele předložit k tomuto účelu potřebné doklady. 2. Neprokáže-li pojištěný trvání pracovní neschopnosti do 30 dnů od předložení posledního potvrzení o pracovní neschopnosti, je pojistitel oprávněn ukončit výplatu pojistného plnění k datu posledního lékařem potvrzeného ošetření pojištěného.	
Článek 62 Povinnosti pojistníka a pojištěného	1. Pojistník a pojištěný jsou povinni písemně oznámit do 15 dnů pojistiteli změnu příjmu nebo změny mající vliv na stanovení výše sjednané pojistné částky. 2. Nastane-li pojistná událost, je pojištěný povinen: a) doručit bez zbytečného odkladu, nejpozději ke dni, od kterého dle pojistné smlouvy poskytuje pojistitel pojistné plnění, pojistiteli potvrzení ošetřujícího lékaře o vzniku pracovní neschopnosti na formuláři pojistitele; nemůže-li tuto povinnost ze závažných důvodů splnit, je povinen potvrzení doručit ihned poté, co tyto důvody pominuly; formulář pojistitele nemůže být potvrzen ošetřujícím lékařem, který je manželem/kou, rodičem, sourozencem ani dítětem pojištěného; b) doložit potvrzení o trvání pracovního poměru; c) zasílat při pokračující pracovní neschopnosti pojistiteli průběžně bez zbytečného odkladu, nejmeně vždy po 2 týdnech, potvrzení ošetřujícího lékaře na formuláři pojistitele o trvání pracovní d) oznámit ukončení pracovní neschopnosti pojistiteli do 5 dnů ode dne ukončení; e) umožnit pojistiteli kontrolu dodržování léčebného režimu; není-li pojistiteli kontrola umožněna, má se za to, že léčebný režim nebyl dodržen. 3. Po ukončení hospitalizace je pojištěný povinen bez zbytečného odkladu zaslat pojistiteli potvrzení o nemocniční lůžkové péči na formuláři pojistitele spolu s kopií propouštěcí zprávy.	
	Doplňkové pojištění pro případ ošetřování dítěte (PODU)	
Článek 63 Pojistná událost	Pojistnou událostí je ošetřování pojištěného ve věku od 2 do 10 let v souvislosti s jeho nemocí či úrazem, k nimž došlo v době trvání pojištění, pokud: a) v souvislosti s tím vznikne oprávněně osobě nárok na ošetřovné dle platné legislativy, a zároveň b) ošetřující lékař rozhodl o vzniku potřeby ošetřování pojištěného dítěte, a zároveň c) ošetřování dítěte trvá déle než 10 dnů, a zároveň d) oprávněná osoba nevykonává po dobu ošetřování dítěte žádnou výdělečnou činnost. Jednou pojistnou událostí je nepřetržité ošetřování pojištěného dítěte.	
Článek 64 Oprávněná osoba	Oprávněnou osobou je ten, jemuž vznikl nárok na ošetřovné dle platné legislativy.	
Článek 65 Čekací doba	1. Nárok na pojistné plnění vzniká u pojistných událostí, které nastaly po uplynutí čekací doby. 2. Čekací doba začíná běžet od 00.00 hodin dne následujícího po sepsání nabídky. 3. Čekací doba činí 3 měsíce. 4. Čekací doba se neuplatní v případě, kdy pojistná událost nastane výlučně z důvodu úrazu.	
Článek 66 Pojistné plnění	1. V případě pojistné události vyplácí pojistitel pojistné plnění, které se určí jako součin sjednané pojistné částky tohoto pojištění a počtu dnů ošetřování pojištěného, nejdéle však 30 dnů. 2. Pojistné plnění je poskytováno maximálně za 30 dnů ošetřování za všechny pojistné události, ke kterým dojde v průběhu 1 kalendářního roku.	
článek 67 Povinnosti při škodné události	K uplatnění práva na pojistné plnění je nutné předložit: a) písemnou žádost o poskytnutí pojistného plnění; b) rozhodnutí ošetřujícího lékaře o vzniku potřeby ošetřování, jehož součástí je potvrzení zaměstnavatele o nástupu do zaměstnání po ukončení ošetřování; o ukončení potřeby ošetřování, příp. potvrzení o trvání potřeby ošetřování; c) lékařské zprávy o průběhu léčby pojištěného.	
Doplňkové pojištění rodinné asistence (ASAP)		
Článek 68 Souhlas pojistníka, pojištěného	Pojistník a pojištěný souhlasí s pořizováním a uchováváním nahrávek příchodích i odchozích telefonních hovorů poskytovatelem asistenčních služeb na zvukový záznam a s použitím takového záznamu v souvislosti se smluvním nebo jiným právním vztahem pro účely pojišťovací činnosti a dalších činností vymezených zákonem o pojišťovnictví.	
Článek 69 Předmět a rozsah pojištění	1. Doplnkové pojištění rodinné asistence se sjednává na dobu 1 roku s tím, že uplynutím doby toto pojištění nezaniká, pokud pojistitel nebo pojistník nejméně 6 týdnů před uplynutím pojistné doby nesdělí druhé straně, že na dalším trvání tohoto pojištění nemá zájem. Pokud toto pojištění nezanikne, prodlužuje se za stejných podmínek o stejnou dobu, na kterou bylo sjednáno. 2. Doplnkové pojištění rodinné asistence je poskytováno na území České republiky. 3. Druhy rodinné asistenční služby: a) péče o dítě; b) péče o domácího mazlíčka; c) medicínská asistence; d) právní asistence. 4. V případě pojistné události vzniká pojištěnému nárok na pojistné plnění formou zajištění služeb. Pojistitel zajistí poskytnutí služby prostřednictvím poskytovatele asistenčních služeb, který provede úkony v rozsahu a dle limitů uvedených v Tabulce služeb rodinné asistence TSRA.	
Článek 70 Pojistná událost	1. Pro rodinnou asistenci – péče o dítě se pojistnou událostí rozumí: – potřeba pojištěného zajistit a uhradit transport rodinného příslušníka nebo kvalifikované osoby do místa bydliště pojištěného za účelem hlídání nezletilého dítěte/dětí pojištěného v případě hospitalizace nebo imobility pojištěného. Náklady na práci kvalifikované osoby si pojištěný hraď sám; – potřeba pojištěného zajistit a uhradit transport nezletilého dítěte/dětí pojištěného do/ze školy v případě hospitalizace, imobility nebo onemocnění pojištěného. 2. Pro rodinnou asistenci – péče o domácího mazlíčka se pojistnou událostí rozumí: – potřeba pojištěného zajistit a uhradit péči o domácího mazlíčka, přičemž domácím mazlíčkem se rozumí pes nebo kočka, v případě hospitalizace pojištěného po dobu delší než 48 hodin; – potřeba pojištěného zajistit kvalifikovanou osobu do místa bydliště pojištěného za účelem dovozu krmiva pro domácího mazlíčka, přičemž domácím mazlíčkem se rozumí pes nebo kočka, a poskytnutí běžné péče o domácího mazlíčka v případě hospitalizace nebo imobility pojištěného. 3. Pro rodinnou asistenci – medicínská asistence se pojistnou událostí rozumí potřeba pojištěného získat obecné zdravotnické informace po telefonu související s jeho zdravotním stavem nebo změnou zdravotního stavu, která nastala v době trvání pojištění. Jedná se o obecné vysvětlující informace k existující diagnóze, léčbě nebo diagnostickým postupům. Služba nesplňuje lékařskou pohotovost. 4. Pro rodinnou asistenci – právní asistence se pojistnou událostí rozumí potřeba pojištěného získat informace právního charakteru po telefonu související s právy a povinnostmi pojištěného jakožto pacienta. 5. Nárok na pojistné plnění vzniká dnem, kdy pojištěný sdělí poskytovateli asistenčních služeb, že splňuje podmínky tohoto pojištění, současně ne však dříve, kdy poskytovatel asistenčních služeb tuto skutečnost ověří.	

Nedílnou součástí zvláštních pojistných podmínek jsou tyto Tabulky ŽP 2015/05:

1. Tabulky závažných onemocnění TDDZ0 a TDDZ1 („Tabulky TDDZ0 a TDDZ1“)
2. Tabulka hodnocení stupně invalidity pro trvalé následky úrazu TTNU („Tabulka TTNU“)
3. Tabulka plnění denního odškodného za dobu nezbytného léčení úrazu TDO („Tabulka TDO“)
4. Tabulka plnění denního odškodného za dobu léčení vyjmenovaných úrazů TDOV („Tabulka TDOV“)
5. Tabulka služeb rodinné asistence TSRA („Tabulka TSRA“)

I. Tabulky závažných onemocnění (TDDZ0 a TDDZ1)	
Tabulky závažných onemocnění TDDZ0	
Závažná onemocnění (TDDZ0) – uvedené diagnózy se vztahují na pojistné události, ke kterým dojde do 18 let věku pojištěného	
Rakoviny Rakovinou se rozumí přítomnost zhoubného nádoru charakterizovaná nekontrolovatelným bujením a rozšiřováním maligních buněk a invazí a destrukcí normální tkáně. Diagnóza rakoviny musí být stanovena lékařem specialistou onkologem nebo patologem a prokázána histologickými nálezy malignity. Pojistná ochrana se nevztahuje na: – nádory in situ vykazující maligní změny karcinomu (včetně poševní dysplazie CIN-1, CIN-2 a CIN-3), nebo které byly histologicky popsány jako premaligní nebo neinvazivní nádory; – veškeré rakoviny pokožky včetně hyperkeratosy, bazální buněčné karcinomy a melanomy ve stádiu 1A nebo nižším dle klasifikace TNM (maximální tloušťka ≤ 1,0mm, bez ulcerace) podle nové klasifikace „American Joint Committee of Cancer“ (Amerického společného výboru pro rakovinu) z roku 2002; – život neohrožující rakoviny jako např. rakovina prostaty, které byly histologicky popsány jako T1(a) nebo T1(b), ale nikoliv T1(c) podle TNM klasifikace, nebo stejné neurologem. Přítomnost výchozího nádoru musí být potvrzena zobrazovací technikou jako např. CT skenem nebo MRI. Pojistná ochrana se nevztahuje na cysty, kalcifikace, granulomy, malformace v tepnách či žilách nebo tepen a žil mozku, hematomy a nádory hypofýzy nebo míchy. Datem škodné události je datum diagnostikování nezhoubného mozkového nádoru lékařem specialistou.	Bakteriální meningitida Bakteriální meningitidou se rozumí onemocnění způsobující zánět blan pokrývajících mozek nebo míchu. Průkazný trvalý neurologický deficit musí být potvrzen specialistou neurologem a tento stav musí být lékařsky zdokumentován po dobu nejméně 90 dnů. K doložení diagnózy bakteriální meningitidy je třeba výsledku z lumbální punkce mozko-míšň tekutiny. Datem škodné události je datum diagnostikování bakteriální meningitidy lékařem specialistou.
Transplantace životně důležitých orgánů Transplantací životně důležitých orgánů se rozumí to, že se pojištěný podrobil transplantaci orgánů z člověka na člověka: – lidské kostní dřeně s použitím hematopoietických kmenových buněk a s předchozí úplnou ablací kostní dřeně nebo – jednoho z následujících lidských orgánů: srdce, plíce, játra, ledviny nebo slinivka následkem nezvratného selhání daného orgánu v konečné fázi. Transplantace musí být lékařsky nezbytná a založená na objektivním potvrzení selhání daného orgánu. Pojistná ochrana se nevztahuje na transplantace jiných orgánů, částí orgánů nebo jakékoliv tkáně nebo transplantace buněk. Datem škodné události je datum provedení transplantace. Transplantace musí být provedena na území zemí EU a musí být předem schválena písemnou formou pojistitelem. V případě, že pojištěný tuto podmínku nesplní, není pojistitel povinen plnit.	Popáleniny velkého rozsahu Popáleninami velkého rozsahu se rozumí zranění způsobená termickými, elektrickými nebo chemickými látkami způsobující popáleniny třetího stupně nebo popáleniny plně tloušťky na minimálně 20 % povrchu těla (měřeno podle Pravidla 9 Lundovy nebo Browderovy mapy povrchu těla). Popáleninami třetího stupně se rozumí popáleniny v plné tloušťce epitelálních prvků kůže vyžadující štěp. Datem škodné události je datum úrazu, při kterém došlo k popáleninám velkého rozsahu.
Encefalitida Encefalitidou se rozumí vážný zánět mozkové tkáně (cerebrální hemisféry, mozkového kmene nebo mozečku) pravidla doprovázený virovou nebo bakteriální infekcí s následným signifikantním trvalým neurologickým deficitem potvrzený a přetrvávající nejméně 180 dnů od data výskytu. Datem škodné události je datum diagnostikování encefalitidy lékařem specialistou.	Diabetes mellitus I. typu Diabetes s intenzifikovaným inzulinovým režimem (závislý na inzulinu) pro děti od tří let věku. Diabetem se 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 inzulinových injekcí, přičemž tato léčba již trvá po dobu minimálně tří měsíců. Z pojistné ochrany je vyloučen diabetes mellitus II. typu vzniklý na základě obezity.
Závažná onemocnění (TDDZ0) – uvedené diagnózy se vztahují na pojistné události, ke kterým dojde po dovršení 18 let věku pojištěného	Poliomyelitida (dětská obrna) Pojistnou událostí je jednoznačně stanovení diagnózy poliomyelitidy specialistou neurologem. Poliomyelitidou se rozumí infekce virem dětské obrny s následnou paralytickou nemocí provázenou sníženými motorickými funkcemi nebo respirační slabostí. Tento stav musí být lékařsky zdokumentován po dobu nejméně třech měsíců. Případy neprovážené paralyzou nejsou považovány za poliomyelitidu. Na jiné příčiny paralýzy se pojistná ochrana nevztahuje. Datem škodné události je datum diagnostikování poliomyelitidy lékařem specialistou.
Rakoviny Rakovinou se rozumí přítomnost zhoubného nádoru charakterizovaná nekontrolovatelným bujením a rozšiřováním maligních buněk a invazí a destrukcí normální tkáně. Diagnóza rakoviny musí být stanovena lékařem specialistou onkologem nebo patologem a prokázána histologickými nálezy malignity. Pojistná ochrana se nevztahuje na: – nádory in situ vykazující maligní změny karcinomu (včetně poševní dysplazie CIN-1, CIN-2 a CIN-3), nebo které byly histologicky popsány jako premaligní nebo neinvazivní nádory; – veškeré rakoviny pokožky včetně hyperkeratosy, bazální buněčné karcinomy a melanomy ve stádiu 1A nebo nižším dle klasifikace TNM (maximální tloušťka ≤ 1,0mm, bez ulcerace) podle nové klasifikace „American Joint Committee of Cancer“ (Amerického společného výboru pro rakovinu) z roku 2002; – život neohrožující rakoviny jako např. rakovina prostaty, které byly histologicky popsány jako T1(a) nebo T1(b), ale nikoliv T1(c) podle TNM klasifikace, nebo stejné techniky nebo laserové zákroky. Zásah musí být specialistou kardiologem prohlášen za lékařsky nezbytný. Datem škodné události je datum provedení operace. Operace musí být provedena na území zemí EU a musí být předem schválena písemnou formou pojistitelem. V případě, že pojištěný tuto podmínku nesplní, není pojistitel povinen plnit.	Ztráta končetin / Ztráta končetin nebo zrazu Ztráta končetin: Pojistnou událostí je úplná a nezvratná ztráta schopnosti používání dvou nebo více končetin následkem úrazu. Tento stav zahrnuje ztrátu nebo nemožnost používání obou rukou nebo obou chodidel nebo nemožnost používání jedné ruky a jednoho chodidla. Ztráta končetin nebo zrazu: Pojistnou událostí je úplná a nezvratná ztráta nebo nemožnost používání kterékoli z následujících částí těla nebo orgánů: – používání obou rukou nebo obou chodidel; – zrazu obou očí; – jedné ruky a jednoho chodidla; – používání jedné ruky a zrazu jednoho oka; – používání jednoho chodidla a zrazu jednoho oka. Datem škodné události je datum úrazu, při kterém dojde ke ztrátě končetin a/nebo ztrátě zrazu.
Infarkt Infarktem se rozumí odumření části srdečního svalu, způsobené nedostatečným přívodem krve do příslušných oblastí. Nárok na plnění vznikne, pokud budou splněna všechna čtyři následující kritéria: – anamnéza typických bolestí na prsou; – potvrzené nové změny na EKG diagnostické pro myokardiální nekrózu; – diagnostická elevace kardiálních enzymů nebo troponinů, zaznamenaných na následujících úrovních nebo vyšších: Troponin T > 1,0 ng/ml Accu Tnl > 0,5 ng/ml, nebo ekvivalentní prahy podle jiných metod Troponin I; – průkaz poruchy stažlivosti svaloviny myokardu při echokardiografickém vyšetření. Dále musí být dodán důkaz prokazující transmurální akutní infarkt myokardu. Diagnóza musí být potvrzena specialistou kardiologem. Pojistná ochrana se nevztahuje na anginu pectoris a jiné akutní koronární syndromy. Datem škodné události je datum, ke kterému byla stanovena diagnóza prvního výskytu akutního infarktu myokardu odborným lékařem kardiologem.	Parkinsonova nemoc Parkinsonova nemoc je pozvolna postupující degenerativní onemocnění centrálního nervového systému následkem ztráty pigment obsahujících neuronů mozku (substantia-nigra). Pojistitel vyžaduje jednoznačné doložení diagnózy Parkinsonovy nemoci specialistou neurologem potvrzující, že stav nelze léčit medikamentózně a že onemocnění vykazuje postupné zhoršování stavu pojištěného. Dále musí vyhodnocení schopnosti vykonávat činnosti běžného života potvrdit trvalou neschopnost pojištěného vykonávat bez cizí pomoci alespoň tři z „činností běžného života“. Tento stav musí být potvrzen lékařem specialistou a musí přetrvávat alespoň 180 po sobě následujících dní od data výskytu onemocnění. Pojištění se vztahuje pouze na idiopatickou Parkinsonovu chorobu. Pojištění se nevztahuje na Parkinsonovu nemoc způsobenou drogami, toxickými látkami či jinými příčinami. Datem škodné události je datum diagnostikování Parkinsonovy nemoci.
Roztroušená skleróza Roztroušená skleróza (sclerosis multiplex) je charakterizována oblastmi demyelinizace (úbytkem myelinu v nervových vláknech). Diagnóza musí být stanovena specializovaným neurologem a musí být potvrzena výsledky CT nebo MRI nebo lézími centrálního nervového systému. Pojistná ochrana se nevztahuje na onemocnění centrálního nervového systému z jiných příčin (např. nemoci cévní, bakteriální nebo virové). Lékařská dokumentace onemocnění vystavená neurologem musí stanovit trvalý neurologický deficit, který byl diagnostikován nejdříve po 180 dnech od data prvotního výskytu onemocnění. Datem škodné události je datum diagnostikování roztroušené sklerózy.	Slepota Slepotou se rozumí úplná a nezvratná ztráta zrazu obou očí v důsledku nemoci nebo zranění. Slepota musí být nekorigovatelná lékařskými zákroky. K doložení diagnózy jsou vyžadovány lékařské zprávy od oftalmologa určeného pojistitelem prokazující tuto diagnózu. Datem škodné události je datum diagnostikování slepoty.
	Hluchota Hluchotou se rozumí úplná ztráta schopnosti slyšet jakékoliv vnější zvuky v obou uších. Lékařské prokázání diagnózy musí být potvrzeno lékařem specialistou na ORL a musí obsahovat audiometrický a prahový zvukový test. Nárok na plnění nevzniká, pokud by použití jakékoliv sluchové pomůcky, zařízení nebo implantátu vedlo k částečné nebo plné obnově sluchu. Datem škodné události je datum diagnostikování hluchoty.

Infarkt

Infarktem se rozumí odumření části srdečního svalu, způsobené nedostatečným přívodem krve do příslušných oblastí. Nárok na plnění vznikne, pokud budou splněna všechna čtyři následující kritéria:

- anamnéza typických bolestí na prsou;
- potvrzené nové změny na EKG diagnostické pro myokardiální nekrózu;
- diagnostická elevace kardiálních enzymů nebo troponinů, zaznamenaných na následujících úrovních nebo vyšších: Troponin T > 1,0 ng/ml Accu TnI > 0,5 ng/ml, nebo ekvivalentní prahy podle jiných metod Troponin I;
- průkaz poruchy stažlivosti svaloviny myokardu při echokardiografickém vyšetření.

Dále musí být dodán důkaz prokazující transmurální akutní infarkt myokardu. Diagnóza musí být potvrzena specialistou kardiologem.

Pojistná ochrana se nevztahuje na anginu pectoris a jiné akutní koronární syndromy.

Datem škodné události je datum, ke kterému byla stanovena diagnóza prvního výskytu akutního infarktu myokardu odborným lékařem kardiologem.

Operace srdeční chlopně

Operaci srdeční chlopně se rozumí kardiochirurgický zákrok nebo oprava jedné či více srdečních chlopní z důvodu vad nebo abnormalit srdeční chlopně. Pojistná ochrana se nevztahuje na veškeré nekardiochirurgické zákroky a výměny chlopněových protéz. Diagnóza abnormality srdeční chlopně musí být potvrzena srdeční katetrizací nebo na EKG a zákrok musí být specialistou kardiologem prohlášen za lékařsky nezbytný.

Datem škodné události je datum provedení operace. Operace musí být provedena na území zemí EU a schválena předem písemnou formou pojistitelem. V případě, že pojištěný tuto podmínku nesplní, není pojistitel povinen plnit.

Chirurgický zásah – koronární by-pass

Koronárním by-passem se rozumí podstoupení kardiochirurgického zákroku operace srdce za účelem korigování zúžení nebo uzávěru dvou či více koronárních tepen pomocí by-passového štepů. Pojistná ochrana se nevztahuje na perkutánní koronární intervence jako např. angioplastika a veškeré jiné intraarteriální na katétru založené techniky nebo laserové zákroky. Zásah musí být specialistou kardiologem prohlášen za lékařsky nezbytný. Datem škodné události je datum provedení operace. Operace musí být provedena na území zemí EU a musí být předem schválena písemnou formou pojistitelem. V případě, že pojištěný tuto podmínku nesplní, není pojistitel povinen plnit.

Operace aorty

Operaci aorty se rozumí podstoupení operace prostřednictvím thorakotomie nebo laparotomie z důvodu onemocnění aorty vyžadujícího opravu nebo chirurgickou výměnu nemocné aorty štěpem. Pro účely této definice se aortou rozumí hrudní a břišní aorta, nikoliv však její větve. Pojistná ochrana se nevztahuje na traumatická zranění aorty a chirurgické zákroky provedené použitím nitrožilní techniky. Operace musí být provedena na základě doporučení lékaře specialisty kardiologa. Datem škodné události je datum provedení operace. Operace musí být provedena na území zemí EU a schválena předem písemnou formou pojistitelem. V případě, že pojištěný tuto podmínku nesplní, není pojistitel povinen plnit.

Rakoviny

Rakovinou se rozumí přítomnost zhoubného nádoru charakterizovaná nekontrolovatelným bujením a rozšiřováním maligních buněk a invazí a destrukcí normální tkáně. Diagnóza rakoviny musí být stanovena lékařem specialistou onkologem nebo patologem a prokázána histologickými nálezy malignity. Pojistná ochrana se nevztahuje na:

- nádory in situ vykazující maligní změny karcinomu (včetně poševní dysplazie CIN-1, CIN-2 a CIN-3), nebo které byly histologicky popsány jako premaligní nebo neinvazivní nádory;
- veškeré rakoviny pokožky včetně hyperkeratosy, bazální buněčné karcinomy a melanomy ve stádiu 1A nebo nižším dle klasifikace TNM (maximální tloušťka ≤ 1,0 mm, bez ulcerace) podle nové klasifikace „American Joint Committee of Cancer“ (Amerického společného výboru pro rakovinu) z roku 2002;
- život neohrožující rakoviny jako např. rakovina prostaty, které byly histologicky popsány jako T1(a) nebo T1(b), ale nikoliv T1(c) podle TNM klasifikace, nebo stejné či nižší podle jiné klasifikace, papilární mikrokarcinomy štítné žlázy nebo močového měchýře nižšího stadia než T2N0M0 bez metastáz, chronická lymfatická leukémie nižší než RA1 ve stadiu 1, Hodgkinova nemoc ve stadiu 1;
- jakoukoliv rakovinu za přítomnosti HIV.

Datem škodné události je datum diagnostikování rakoviny.

Aplastická anémie

Aplastickou anémií se rozumí chronicky přetrvávající selhání kostní dřeně s následnou anémií, neutropenií a trombocytopenií, vyžadující alespoň jeden z následujících druhů léčby:

- a) transfuze krevního produktu;
- b) stimulatory kostní dřeně;
- c) imunosupresivní činidla;
- d) transplantaci kostní dřeně.

Diagnóza musí být potvrzena hematologem.

Datem škodné události je datum diagnostikování aplastické anémie lékařem specialistou. Léčba musí být provedena na území zemí EU a musí být předem písemnou formou schválena pojistitelem. V případě, že pojištěný tuto podmínku nesplní, není pojistitel povinen plnit.

Nezhoubný mozkový nádor

Nezhoubný mozkový nádor je mozkový nádor způsobující charakteristické příznaky zvýšeného nitrolebního tlaku jako např. otok papily, mentální syndromy, záchvaty a snížení motorické nebo senzorické schopnosti s následným život ohrožujícím a/nebo trvalým neurologickým deficitem. Diagnóza musí být potvrzena specialistou neurologem. Přítomnost výchozího nádoru musí být potvrzena zobrazovací technikou jako např. CT skenem nebo MRI. Pojistná ochrana se nevztahuje na cysty, kalcifikace, granulomy, malformace v tepnách či žilách nebo tepen a žil mozku, hematomy a nádory hypofýzy nebo míchy. Datem škodné události je datum diagnostikování nezhoubného mozkového nádoru lékařem specialistou.

Mrtvice (cerebrovaskulární příhoda)

Mrtvicí se rozumí náhlý vznik ložiska neurologického deficitu následkem cerebrovaskulární příhody, včetně infarktu mozkové tkáně, krvácení z nitrolebních cév nebo embolizace, způsobený mimolebními zdroji, se všemi následujícími důsledky:

- symptomy přetrvávající déle než 24 hodin;
- permanentní ztráta motorických a senzorických funkcí nebo ztráta řeči a
- trvalý neurologický deficit.

Neurolog musí předložit nálezy dokládající trvalý neurologický deficit ne dříve než 180 dnů od data výskytu, přičemž pojistnou událost nelze ohlásit dříve. Pojistné události musí být potvrzeny zobrazovacími studiemi typu CT nebo MRI.

Pojistná ochrana se nevztahuje na následující stavy:

- transitorní ischemická ataka;
- incidenty, které jsou důsledkem změn v paměti nebo osobnosti;
- cerebrální symptomy způsobené migrénou;
- cerebrální zranění způsobená traumatem nebo hypoxií;
- ischemická cévní choroba postihující oko, oční nerv nebo vestibulární systém.

Datem škodné události je datum diagnostikování mrtvice.

Encefalitida

Encefalitidou se rozumí vážný zánět mozkové tkáně (cerebrální hemisféry, mozkového kmene nebo mozečku) zpravidla doprovázený virovou nebo bakteriální infekcí s následným signifikantním trvalým neurologickým deficitem potvrzený a přetrvávající nejméně 180 dnů od data výskytu.

Datem škodné události je datum diagnostikování encefalitidy lékařem specialistou.

Bakteriální meningitida

Bakteriální meningitidou se rozumí onemocnění způsobující zánět blan pokrývajících mozek nebo míchu. Průkazný trvalý neurologický deficit musí být potvrzen specialistou neurologem a tento stav musí být lékařsky zdokumentován po dobu nejméně 90 dnů. K doložení diagnózy bakteriální meningitidy je třeba výsledku z lumbální punkce mozkomíšni tekutiny. Datem škodné události je datum diagnostikování bakteriální meningitidy lékařem specialistou.

Paralýza

Paralýzou se rozumí trvalá a úplná ztráta funkcí dvou nebo více končetin následkem úrazu nebo nemoci míchy nebo mozku (končetina je definována jako celá paže nebo celá noha). Postižení musí být trvalé a musí přetrvávat minimálně po dobu 180 po sobě jdoucích dnů od data vzniku a musí být prokázáno příslušnými neurologickými nálezy. Datem škodné události je datum diagnostikování paralýzy lékařem specialistou.

Demence včetně Alzheimerovy choroby / nezvratná organická degenerativní

Demenci včetně Alzheimerovy choroby se rozumí zhoršení nebo ztráta duševní kapacity anebo abnormální chování v důsledku nezvratného globálního selhání funkcí mozku prokázané klinickým stavem a uznávaným standardizovaným dotazníkem nebo testy, a to v důsledku Alzheimerovy choroby nebo nezvratné organické poruchy mozku, s výjimkou neuroózy, psychiatrické choroby a jakékoliv poruchy spojené s užíváním alkoholu či drog, jehož důsledkem je podstatné snížení mentálních a společenských funkcí vyžadující stálý dohled. Diagnóza musí být klinicky potvrzena příslušným specialistou a musí splňovat minimálně následující kritéria:

- celková atropie kúry mozkové potvrzená na CT nebo na MRI a
- trvalá neschopnost pojištěného vykonávat bez cizí pomoci nejméně tři z „činností běžného života“, potvrzená a přetrvávající alespoň 180 dnů po datu výskytu.

Pojištění tohoto onemocnění zaniká uplynutím pojistné doby nebo neįpořzděį dovršením 60 let věku pojištěného.

Datem škodné události je datum diagnostikování demence včetně Alzheimerovy choroby.

Parkinsonova nemoc

Parkinsonova nemoc je pozvolna postupující degenerativní onemocnění centrálního nervového systému následkem ztráty pigment obsahujících neuronů mozku (substantia-nigra). Pojistitel vyžaduje jednoznačné doložení diagnózy Parkinsonovy nemoci specialistou neurologem potvrzující, že stav nelze léčit medikamentózně a že onemocnění vykazuje postupné zhoršování stavu pojištěného. Dále musí vyhodnocení schopností vykonávat činnosti běžného života potvrdit trvalou neschopnost pojištěného vykonávat bez cizí pomoci alespoň tři z „činností běžného života“. Tento stav musí být potvrzen lékařem specialistou a musí přetrvávat alespoň 180 po sobě následujících dní od data výskytu onemocnění. Pojištění se vztahuje pouze na idiopatickou Parkinsonovu chorobu. Pojištění se nevztahuje na Parkinsonovu nemoc způsobenou drogami, toxickými látkami či jinými příčinami. Datem škodné události je datum diagnostikování Parkinsonovy nemoci.

Roztroušená skleróza

Roztroušená skleróza (sclerosis multiplex) je charakterizována oblastmi demyelinizace (úbytkem myelinu v nervových vláknech). Diagnóza musí být stanovena specializovaným neurologem a musí být potvrzena výsledky CT nebo MRI anebo lézemi centrálního nervového systému. Pojistná ochrana se nevztahuje na onemocnění centrálního nervového systému z jiných příčin (např. nemoci cévní, bakteriální nebo virové). Lékařská dokumentace onemocnění vystavená neurologem musí stanovit trvalý neurologický deficit, který byl diagnostikován nejdříve po 180 dnech od data prvního výskytu onemocnění. Datem škodné události je datum diagnostikování roztroušené sklerózy.

Selhání ledvin

Selhání ledvin je renální selhání v konečné fázi definované jako chronické, nezvratné selhání funkcí obou ledvin, jehož následkem byla indikována pravidelná a dlouhodobá renální dialýza. Datem škodné události je datum diagnostikování selhání ledvin.

Systemic Lupus Erythematosus

Jednoznačná diagnóza onemocnění Systemic Lupus Erythematosus musí být potvrzena specializovaným lékařem podle mezinárodně uznávaných kritérií, včetně „American College of Rheumatology revised criteria for the diagnosis of systemic lupus erythematosus“ (Revidovaná kritéria American College of Rheumatology pro diagnózu systemic lupus erythematosus). Navíc musí existovat zřetelné příznaky srdečního, neurologického či ledvinového postižení. Datem škodné události je datum diagnostikování onemocnění Systemic Lupus Erythematosus.

Závažná onemocnění (TDDZ1) – uvedené diagnózy se vztahují na pojistné události, ke kterým dojde do 18 let věku pojištěného

Transplantace životně důležitých orgánů

Transplantací životně důležitých orgánů se rozumí to, že se pojištěný podrobil transplantaci orgánů z člověka na člověka:

- lidské kostní dřeně s použitím hematopoietických kmenových buněk a s předchozí úplnou ablací kostní dřeně nebo
- jednoho z následujících lidských orgánů: srdce, plíce, játra, ledviny nebo slinivka následkem nezvratného selhání daného orgánu v konečné fázi.

Transplantace musí být lékařsky nezbytná a založená na objektivním potvrzení selhání daného orgánu. Pojistná ochrana se nevztahuje na transplantace jiných orgánů, částí orgánů nebo jakékoliv tkáně nebo transplantace buněk.

Datum škodné události je datum provedení transplantace. Transplantace musí být provedena na území země EU a musí být předem schválena písemnou formou pojistitelem. V případě, že pojištěný tuto podmínku nesplní, není pojistitel povinen plnit.

HIV

HIV se rozumí diagnóza onemocněním specifikovaná v bodech a), b) nebo c).

a) HIV způsobené transfuzí krve

Pojištěný nakažený lidským imunodeficitním virem (Human Immunodeficiency Virus – HIV) nebo diagnostikován jako trpící syndromem získaného imunitního deficitu (Acquired Immune Deficiency Syndrome – AIDS) za splnění následujících podmínek:

- infekce byla způsobena lékařsky nezbytnou transfuzí krve poskytnutou po datu počátku pojistné smlouvy;
- instituce, která transfúzi provedla, přiznala odpovědnost;
- infikovaný pojištěný není hemofilik;
- sérokonverze na infekci HIV musí nastat do šesti měsíců po transfuzi;
- přítomnost HIV musí být prokázána uznanou laboratoří.

b) HIV z výkonu povolání

Pojištěný, který se nakazil lidským imunodeficitním virem v důsledku poranění náhodným vpichem jehly, ke kterému došlo při výkonu normálních profesních povinností této osoby jako: lékaře či zubního lékaře, zdravotní sestry, zdravotníka, hasiče nebo policisty. Jakákoliv nehoda, ze které vyplýne potenciální pojistná událost, musí nastat v době platnosti pojistné smlouvy a musí být nahlášena pojistořně do sedmi dnů po incidentu a musí být prokázána negativním výsledkem testu na HIV protilátky, který byl proveden po nehodě. K sérokonverzi na HIV musí dojít do šesti měsíců od incidentu.

c) HIV získané při transplantaci orgánů

Pojištěný, který se nakazil lidským imunodeficitním virem při transplantaci orgánu, který byl před operací nakažen virem AIDS, za předpokladu, že instituce, která transplantaci provedla, přiznala odpovědnost. Nárok na pojistné plnění nenastane, pokud se nalezne léčebná metoda na AIDS nebo na vlivy viru HIV nebo pokud se vyvine léčba, která povede k prevenci výskytu AIDS. Pojistná ochrana se nevztahuje na infekce jakéhokoliv jiného druhu, včetně infekcí způsobených sexuálními aktivitami nebo zneužitím nitrožilních drog. Pojistovna musí mít volný přístup ke všem vzorkům krve a je oprávněna si nechat udelat nezávislé testy těchto vzorků krve.

Datum škodné události je datum diagnostikování HIV.

Krvácivá horečka Ebola

Pojistnou událostí je diagnostikování krvácivé horečky způsobené virem Ebola. Konečná diagnóza horečky Ebola musí být potvrzena lékařem specialistou a laboratorními testy. Onemocnění musí být rovněž doprovázeno komplikacemi v podobě infekce trvající déle než 30 dnů po datu prvního výskytu příznaků onemocnění. Datum škodné události je datum diagnostikování krvácivé horečky Ebola.

Ztráta končetin / Ztráta končetin nebo zraku

Ztráta končetin:

Pojistnou událostí je úplná a nezvratná ztráta schopnosti používání dvou nebo více končetin následkem úrazu. Tento stav zahrnuje ztrátu nebo nemožnost používání obou rukou nebo obou chodidel nebo nemožnost používání jedné ruky a jednoho chodidla.

Ztráta končetin nebo zraku:

Pojistnou událostí je úplná a nezvratná ztráta nebo nemožnost používání kterékoli z následujících částí těla nebo orgánů:

- používání obou rukou nebo obou chodidel;
- zraku obou očí;
- jedné ruky a jednoho chodidla;
- používání jedné ruky a zraku jednoho oka;
- používání jednoho chodidla a zraku jednoho oka.

Datum škodné události je datum úrazu, při kterém dojde ke ztrátě končetin a/nebo ztrátě zraku.

Popáleniny velkého rozsahu

Popáleninami velkého rozsahu se rozumí zranění způsobená termickými, elektrickými nebo chemickými látkami způsobující popáleniny třetího stupně nebo popáleniny plné tloušťky na minimálně 20 % povrchu těla (měřeno podle Pravidla 9 Lundovy nebo Browderovy mapy povrchu těla). Popáleninami třetího stupně se rozumí popáleniny v plné tloušťce epitelálních prvků kůže vyžadující štěp.

Datum škodné události je datum úrazu, při kterém došlo k popáleninám velkého rozsahu.

Závažná onemocnění (TDDZ1) – uvedené diagnózy se vztahují na pojistné události, ke kterým dojde po dovršení 18 let věku pojištěného

Infarkt

Infarktem se rozumí odumření části srdečního svalu, způsobené nedostatečným přívodem krve do příslušných oblastí. Nárok na plnění vznikne, pokud budou splněna všechna čtyři následující kritéria:

- anamnéza typických bolestí na prsou;
- potvrzené nové změny na EKG diagnostické pro myokardiální nekrózu;
- diagnostická elevace kardiálních enzymů nebo troponinů, zaznamenaných na následujících úrovních nebo vyšších: Troponin T > 1,0 ng/ml Accu TnI > 0,5 ng/ml, nebo ekvivalentní prahy podle jiných metod Troponin I;
- průkaz poruchy stažlivosti svaloviny myokardu při echokardiografickém vyšetření.

Dále musí být dodán důkaz prokazující transmurální akutní infarkt myokardu. Diagnóza musí být potvrzena specialistou kardiologem.

Pojistná ochrana se nevztahuje na anginu pectoris a jiné akutní koronární syndromy.

Datum škodné události je datum, ke kterému byla stanovena diagnóza prvního výskytu akutního infarktu myokardu odborným lékařem kardiologem.

Operace srdeční chlopně

Operací srdeční chlopně se rozumí kardiochirurgický zákrok nebo oprava jedné či více srdečních chlopní z důvodu vad nebo abnormalit srdeční chlopně. Pojistná ochrana se nevztahuje na veškeré nekardiochirurgické zákroky a výměny chlopníových protéz. Diagnóza abnormality srdeční chlopně musí být potvrzena srdeční katetrizací nebo na EKG a zákrok musí být specialistou kardiologem prohlášen za lékařsky nezbytný.

Datum škodné události je datum provedení operace. Operace musí být provedena

Slepota

Slepotou se rozumí úplná a nezvratná ztráta zraku obou očí v důsledku nemoci nebo zranění. Slepota musí být nekorigovatelná lékařskými zákroky. K doložení diagnózy jsou vyžadovány lékařské zprávy od oftalmologa určeného pojistitelem prokazující tuto diagnózu.

Datem škodné události je datum diagnostikování slepoty.

Hluchota

Hluchotou se rozumí úplná ztráta schopnosti slyšet jakékoliv vnější zvuky v obou uších. Lékařské prokázání diagnózy musí být potvrzeno lékařem specialistou na ORL a musí obsahovat audiometrický a prahový zvukový test. Nárok na plnění nevzniká, pokud by použití jakékoliv sluchové pomůcky, zařízení nebo implantátu vedlo k částečné nebo plné obnově sluchu.

Datem škodné události je datum diagnostikování hluchoty.

Ztráta řeči

Ztrátou řeči se rozumí úplná, trvalá a nezvratná ztráta schopnosti mluvit následkem zranění nebo nemoci, která přetrvává nepřetržitě po dobu 12 měsíců. Lékařská zpráva musí prokazovat tuto diagnózu a musí být potvrzena příslušným specialistou na choroby ORL a potvrzovat poranění či chorobu hlasivek způsobující ztrátu řeči. Pojistná ochrana se nevztahuje na veškeré s psychiatrií související příčiny. Stav musí být neléčitelný lékařským zákrokem. Datum škodné události je datum diagnostikování ztráty řeči.

Kóma

Kóma je stav bezvědomí bez reakce na externí stimuly nebo interní potřeby přetrvávající nepřetržitě za použití podpůrného systému životních funkcí po dobu nejméně jednoho měsíce, s následným trvalým neurologickým deficitem. Diagnóza musí být potvrzena specialistou neurologem. Pojistná ochrana se nevztahuje na kóma způsobené alkoholem, drogami nebo zneužíváním léků. Datum škodné události je datum diagnostikování kómatu.

Diabetes mellitus I. typu

Diabetes s intenzifikovaným inzulinovým režimem (závislý na inzulinu) pro děti od tří let věku. Diabetem se 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 inzulinových injekcí, přičemž tato léčba již trvá po dobu minimálně tří měsíců. Z pojistné ochrany je vyloučen diabetes mellitus II. typu vzniklý na základě obezity.

Epilepsie

Epilepsií se 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 následující požadavek:

- více než jeden záchvat tonicko-klonických křečí postihující všechny kosterní svaly a současná porucha vědomí (grand mal) častěji než jedenkrát za 30 dnů po dobu více než 12 měsíců.

Po celou dobu musí být pojištěné dítě odpovídajícím způsobem léčeno (antiepileptiky) a záchvaty musí být dokumentovány lékařskými zprávami.

Revmatická horečka

Revmatickou horečkou 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 6 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 jakéhokoliv původu před počátkem pojištění DDZ.

Poliomyelitida (dětská obrna)

Pojistnou událostí je jednoznačné stanovení diagnózy poliomyelitidy specialistou neurologem. Poliomyelitidou se rozumí infekce virem dětské obrny s následnou paralytickou nemocí provázenou sníženými motorickými funkcemi nebo respirační slabostí. Tento stav musí být lékařsky zdokumentován po dobu nejméně třech měsíců. Případy neprovážené paralýzou nejsou považovány za poliomyelitidu. Na jiné příčiny paralýzy se pojistná ochrana nevztahuje.

Datem škodné události je datum diagnostikování poliomyelitidy lékařem specialistou.

na území země EU a schválena předem písemnou formou pojistitelem. V případě, že pojištěný tuto podmínku nesplní, není pojistitel povinen plnit.

Chirurgický zásah – koronární by-pass

Koronárním by-passem se rozumí podstoupení kardiochirurgického zákroku operace srdce za účelem korigování zúžení nebo uzavěru dvou či více koronárních tepen pomocí by-passového štepů. Pojistná ochrana se nevztahuje na perkutánní koronární intervence jako např. angioplastika a veškeré jiné intraarteriální na katétru založené techniky nebo laserové zákroky. Zásah musí být specialistou kardiologem prohlášen za lékařsky nezbytný. Datum škodné události je datum provedení operace. Operace musí být provedena na území země EU a musí být předem schválena písemnou formou pojistitelem. V případě, že pojištěný tuto podmínku nesplní, není pojistitel povinen plnit.

Operace aorty

Operací aorty se rozumí podstoupení operace prostřednictvím thorakotomie nebo laparotomie z důvodu onemocnění aorty vyžadujícího opravu nebo chirurgickou výměnu nemocné aorty štěpem. Pro účely této definice se aortou rozumí hrudní a břišní aorta, nikoliv však její větve. Pojistná ochrana se nevztahuje na traumatická zranění aorty a chirurgické zákroky provedené použitím nitrožilní techniky. Operace musí být provedena na základě doporučení lékaře specialisty kardiologa. Datum škodné události je datum provedení operace. Operace musí být provedena na území země EU a schválena předem písemnou formou pojistitelem. V případě, že pojištěný tuto podmínku nesplní, není pojistitel povinen plnit.

Závažná onemocnění (TDDZ1) – uvedené diagnózy se vztahují na pojistné události, ke kterým dojde po dovršení 18 let věku pojištěného

Rakoviny

Rakovinou se rozumí přítomnost zhoubného nádoru charakterizovaná nekontrolovaným bujením a rozšiřováním maligních buněk a invazí a destrukcí normální tkáně. Diagnóza rakoviny musí být stanovena lékařem specialistou onkologem nebo patologem a prokázána histologickými nálezy malignity. Pojistná ochrana se nevztahuje na:

- nádory in situ vykazující maligní změny karcinomu (včetně poševní dysplazie CIN-1, CIN-2 a CIN-3), nebo které byly histologicky popsány jako premaligní nebo neinvazivní nádory;
- veškeré rakoviny pokožky včetně hyperkeratosy, bazální buněčné karcinomy a melanomy ve stádiu 1A nebo nižším dle klasifikace TNM (maximální tloušťka $\leq 1,0$ mm, bez ulcerace) podle nové klasifikace „American Joint Committee of Cancer“ (Amerického společného výboru pro rakovinu) z roku 2002;
- život neohrožující rakoviny jako např. rakovina prostaty, které byly histologicky popsány jako T1(a) nebo T1(b), ale nikoliv T1(c) podle TNM klasifikace, nebo stejné či nižší podle jiné klasifikace, papilární mikrokarcinomy štítné žlázy nebo močového měchýře nižšího stadia než T2N0M0 bez metastáz, chronická lymfatická leukémie nižší než RA1 ve stadiu 1, Hodgkinova nemoc ve stadiu 1;
- jakoukoliv rakovinu za přítomnosti HIV.

Datem škodné události je datum diagnostikování rakoviny.

Aplastická anémie

Aplastickou anémii se rozumí chronicky přetrvávající selhání kostní dřeně s následnou anémií, neutropenií a trombocytopenií, vyžadující alespoň jeden z následujících druhů léčby:

- a) transfuze krevního produktu;
- b) stimulatory kostní dřeně;
- c) imunosupresivní činidla;
- d) transplantaci kostní dřeně.

Diagnóza musí být potvrzena hematologem. Datem škodné události je datum diagnostikování aplastické anémie lékařem specialistou. Léčba musí být provedena na území země EU a musí být předem písemnou formou schválena pojistitelem. V případě, že pojištěný tuto podmínku nesplní, není pojistitel povinen plnit.

Nezhoubný mozkový nádor

Nezhoubný mozkový nádor je mozkový nádor způsobující charakteristické příznaky zvýšeného nitrolebního tlaku jako např. otok papily, mentální syndromy, záchvaty a snížení motorické nebo senzorické schopnosti s následným život ohrožujícím a/nebo trvalým neurologickým deficitem. Diagnóza musí být potvrzena specialistou neurologem. Přítomnost vychozího nádoru musí být potvrzena zobrazovací technikou jako např. CT skenem nebo MRI. Pojistná ochrana se nevztahuje na cysty, kalcifikace, granulomy, malformace v tepnách či žilách nebo tepen a žil mozku, hematomy a nádory hypofýzy nebo míchy. Datem škodné události je datum diagnostikování nezhoubného mozkového nádoru lékařem specialistou.

Mrtvice (cerebrovaskulární příhoda)

Mrtvice se rozumí náhlý vznik ložiska neurologického deficitu následkem cerebrovaskulární příhody, včetně infarktu mozkové tkáně, krvácení z nitrolebních cév nebo embolizace, způsobený mimolebnními zdroji, se všemi následujícími důsledky:

- symptomy přetrvávající déle než 24 hodin;
- permanentní ztráta motorických a senzorických funkcí nebo ztráta řeči a
- trvalý neurologický deficit.

Neurolog musí předložit nálezy dokládající trvalý neurologický deficit ne dříve než 180 dnů od data výskytu, přičemž pojistnou událost nelze ohlásit dříve. Pojistné události musí být potvrzeny zobrazovacími studiemi typu CT nebo MRI. Pojistná ochrana se nevztahuje na následující stavy:

- transitorní ischemická ataka;
- incidenty, které jsou důsledkem změn v paměti nebo osobnosti;
- cerebrální symptomy způsobené migrénou;
- cerebrální zranění způsobená traumatem nebo hypoxií;
- ischemická cévní choroba postihující oko, oční nerv nebo vestibulární systém.

Datem škodné události je datum diagnostikování mrtvice.

Encefalitida

Encefalitidou se rozumí vážný zánět mozkové tkáně (cerebrální hemisféry, mozkového kmene nebo mozečku) zpravidla doprovázený virovou nebo bakteriální infekcí s následným signifikantním trvalým neurologickým deficitem potvrzený a přetrvávající nejméně 180 dnů od data výskytu. Datem škodné události je datum diagnostikování encefalitidy lékařem specialistou.

Bakteriální meningitida

Bakteriální meningitidou se rozumí onemocnění způsobující zánět blan pokrývajících mozek nebo míchu. Průkazný trvalý neurologický deficit musí být potvrzen specialistou neurologem a tento stav musí být lékařsky zdokumentován po dobu nejméně 90 dnů. K doložení diagnózy bakteriální meningitidy je třeba výsledku z lumbální punkce mozko-míšní tekutiny. Datem škodné události je datum diagnostikování bakteriální meningitidy lékařem specialistou.

Paralýza

Paralýzou se rozumí trvalá a úplná ztráta funkcí dvou nebo více končetin následkem úrazu nebo nemoci míchy nebo mozku (končetina je definována jako celá paže nebo celá noha). Postižení musí být trvalé a musí přetrvávat minimálně po dobu 180 po sobě jdoucích dnů od data vzniku a musí být prokázáno příslušnými neurologickými nálezy. Datem škodné události je datum diagnostikování paralýzy lékařem specialistou.

Demence včetně Alzheimerovy choroby / nezvratná organická degenerativní porucha mozku

Demencí včetně Alzheimerovy choroby se rozumí zhoršení nebo ztráta duševní kapacity anebo abnormální chování v důsledku nezvratného globálního selhání funkcí mozku prokázané klinickým stavem a uznaným standardizovaným dotazníkem nebo testy, a to v důsledku Alzheimerovy choroby nebo nezvratné organické poruchy mozku, s výjimkou neurózy, psychiatrické choroby a jakékoliv poruchy spojené s užíváním alkoholu či drog, jehož důsledkem je podstatné snížení mentálních a společenských funkcí vyžadující stálý dohled. Diagnóza musí být klinicky potvrzena příslušnými specialistou a musí splňovat minimálně následující kritéria:

- celková atropie kúry mozkové potvrzená na CT nebo na MRI a
- trvalá neschopnost pojištěného vykonávat bez cizí pomoci nejméně tři z „činností běžného života“, potvrzená a přetrvávající alespoň 180 dnů po datu výskytu.

Pojištění tohoto onemocnění zaniká uplynutím pojistné doby nebo nejpozději dovršením 60 let věku pojištěného. Datem škodné události je datum diagnostikování demence včetně Alzheimerovy choroby.

Parkinsonova nemoc

Parkinsonova nemoc je pozvolna postupující degenerativní onemocnění centrálního nervového systému následkem ztráty pigment obsahujících neuronů mozku (substantia-nigra). Pojistitel vyžaduje jednoznačné doložení diagnózy Parkinsonovy nemoci specialistou neurologem potvrzující, že stav nelze léčit medikamentózně a že onemocnění vykazuje postupné zhoršování stavu pojištěného. Dále musí vyhodnocení schopností vykonávat činnosti běžného života potvrdit trvalou neschopnost pojištěného vykonávat bez cizí pomoci alespoň tři z „činností běžného života“. Tento stav musí být potvrzen lékařem specialistou a musí přetrvávat alespoň 180 po sobě následujících dní od data výskytu onemocnění. Pojištění se vztahuje pouze na idiopatickou Parkinsonovu chorobu. Pojištění se nevztahuje na Parkinsonovu nemoc způsobenou drogami, toxickými látkami či jinými příčinami. Datem škodné události je datum diagnostikování Parkinsonovy nemoci.

Roztroušená skleróza

Roztroušená skleróza (sclerosis multiplex) je charakterizována oblastmi demyelinizace (úbytkem myelinu v nervových vláknech). Diagnóza musí být stanovena specializovaným neurologem a musí být potvrzena výsledky CT nebo MRI anebo lézemi centrálního nervového systému. Pojistná ochrana se nevztahuje na onemocnění centrálního nervového systému z jiných příčin (např. nemoci cévní, bakteriální nebo virové). Lékařská dokumentace onemocnění vystavená neurologem musí stanovit trvalý neurologický deficit, který byl diagnostikován nejdříve po 180 dnech od data prvotního výskytu onemocnění. Datem škodné události je datum diagnostikování roztroušené sklerózy.

Selhání ledvin

Selhání ledvin je renální selhání v konečné fázi definované jako chronické, nezvratné selhání funkcí obou ledvin, jehož následkem byla indikována pravidelná a dlouhodobá renální dialýza. Datem škodné události je datum diagnostikování selhání ledvin.

Systemic Lupus Erythematosus

Jednoznačná diagnóza onemocnění Systemic Lupus Erythematosus musí být potvrzena specializovaným lékařem podle mezinárodně uznávaných kritérií, včetně „American College of Rheumatology revised criteria for the diagnosis of systemic lupus erythematosus“ (Revidovaná kritéria American College of Rheumatology pro diagnózu systemic lupus erythematosus). Navíc musí existovat zřetelné příznaky srdečního, neurologického či ledvinového postižení. Datem škodné události je datum diagnostikování onemocnění Systemic Lupus Erythematosus.

Transplantace životně důležitých orgánů

Transplantaci životně důležitých orgánů se rozumí to, že se pojištěný podrobil transplantaci orgánů z člověka na člověka:

- lidské kostní dřeň s použitím hematopoietických kmenových buněk a s předchozí úplnou ablací kostní dřeně nebo
- jednoho z následujících lidských orgánů: srdce, plíce, játra, ledviny nebo slinivka následkem nezvratného selhání daného orgánu v konečné fázi.

Transplantace musí být lékařsky nezbytná a založená na objektivním potvrzení selhání daného orgánu. Pojistná ochrana se nevztahuje na transplantace jiných orgánů, částí orgánů nebo jakékoliv tkáně nebo transplantace buněk. Datem škodné události je datum provedení transplantace. Transplantace musí být provedena na území země EU a musí být předem schválena písemnou formou pojistitelem. V případě, že pojištěný tuto podmínku nesplní, není pojistitel povinen plnit.

HIV

HIV se rozumí diagnóza onemocnění specifikovaná v bodech a), b) nebo c).

a) HIV způsobené transfúzí krve

Pojištěný nakažený lidským imunodeficitním virem (Human Immunodeficiency Virus – HIV) nebo diagnostikovaný jako trpící syndromem získaného imunitního deficitu (Acquired Immune Deficiency Syndrome – AIDS) za splnění následujících podmínek:

- infekce byla způsobena lékařsky nezbytnou transfúzí krve poskytnutou po datu počátku pojistné smlouvy;
- instituce, která transfúzi provedla, přiznala odpovědnost;
- infikovaný pojištěný není hemofilik;
- sérokonverze na infekci HIV musí nastat do šesti měsíců po transfuzi;
- přítomnost HIV musí být prokázána uznanou laboratoří.

b) HIV z výkonu povolání

Pojištěný, který se nakazil lidským imunodeficitním virem v důsledku poranění náhodným vpichem jehly, ke kterému došlo při výkonu normálních profesních povinností této osoby jako: lékaře či zubního lékaře, zdravotní sestry, zdravotníka, hasiče nebo policisty. Jakákoliv nehoda, ze které vyplyne potenciální pojistná událost, musí nastat v době platnosti pojistné smlouvy a musí být nahlášena pojistovně do sedmi dnů po incidentu a musí být prokázána negativním výsledkem testu na HIV protilátky, který byl proveden po nehodě. K sérokonverzi na HIV musí dojít do šesti měsíců od incidentu.

c) HIV získané při transplantaci orgánů

Pojištěný, který se nakazil lidským imunodeficitním virem při transplantaci orgánu, který byl před operací nakažen virem AIDS, za předpokladu, že instituce, která transplantaci provedla, přiznala odpovědnost.

Nárok na pojistné plnění nenastane, pokud se nalezne léčebná metoda na AIDS nebo na vlivy viru HIV nebo pokud se vyvine léčba, která povede k prevenci výskytu AIDS. Pojistná ochrana se nevztahuje na infekce jakéhokoliv jiného druhu, včetně infekcí způsobených sexuálními aktivitami nebo zneužitím nitrožilních drog. Pojistovna musí mít volný přístup ke všem vzorkům krve a je oprávněna si nechat udělat nezávislé testy těchto vzorků krve. Datem škodné události je datum diagnostikování HIV.

Krvácivá horečka Ebola

Pojistnou událostí je diagnostikování krvácivé horečky způsobené virem Ebola. Konečná diagnóza horečky Ebola musí být potvrzena lékařem specialistou a laboratorními testy. Onemocnění musí být rovněž doprovázeno komplikacemi v podobě infekce trvající déle než 30 dnů po datu prvního výskytu příznaků onemocnění. Datem škodné události je datum diagnostikování krvácivé horečky Ebola.

Ztráta končetin / Ztráta končetin nebo zraku

Ztráta končetin:

Pojistnou událostí je úplná a nezvratná ztráta schopnosti používání dvou nebo více končetin následkem úrazu. Tento stav zahrnuje ztrátu nebo nemožnost používání obou rukou nebo obou chodidel nebo nemožnost používání jedné ruky a jednoho chodidla.

Závažná onemocnění (TDDZ1) – uvedené diagnózy se vztahují na pojistné události, ke kterým dojde po dovršení 18 let věku pojištěného

Ztráta končetin nebo zraku:

Pojistnou událostí je úplná a nezvratná ztráta nebo nemožnost používání kterékoli z následujících částí těla nebo orgánů:

- používání obou rukou nebo obou chodidel;
- zraku obou očí;
- jedné ruky a jednoho chodidla;
- používání jedné ruky a zraku jednoho oka;
- používání jednoho chodidla a zraku jednoho oka.

Datem škodné události je datum úrazu, při kterém dojde ke ztrátě končetin a/nebo ztrátě zraku.

Popáleniny velkého rozsahu

Popáleninami velkého rozsahu se rozumí zranění způsobená termickými, elektrickými nebo chemickými látkami způsobující popáleniny třetího stupně nebo popáleniny plně tloušťky na minimálně 20 % povrchu těla (měřeno podle Pravidla 9 Lundovy nebo Browderovy mapy povrchu těla). Popáleninami třetího stupně se rozumí popáleniny v plné tloušťce epitelálních prvků kůže vyžadující štěp.

Datem škodné události je datum úrazu, při kterém došlo k popáleninám velkého rozsahu.

Slepota

Slepotou se rozumí úplná a nezvratná ztráta zraku obou očí v důsledku nemoci nebo zranění. Slepotu musí být nekorigovatelná lékařskými zákroky. K doložení diagnózy jsou vyžadovány lékařské zprávy od oftalmologa určeného pojistitelem prokazující tuto diagnózu.

Datem škodné události je datum diagnostikování slepoty.

Hluchota

Hluchotou se rozumí úplná ztráta schopnosti slyšet jakékoliv vnější zvuky v obou uších. Lékařské prokázání diagnózy musí být potvrzeno lékařem specialistou na ORL a musí obsahovat audiometrický a prahový zvukový test. Nárok na plnění nevzniká, pokud by použití jakékoli sluchové pomůcky, zařízení nebo implantátu vedlo k částečné nebo plné obnově sluchu.

Datem škodné události je datum diagnostikování hluchoty.

Ztráta řeči

Ztrátou řeči se rozumí úplná, trvalá a nezvratná ztráta schopnosti mluvit následkem zranění nebo nemoci, která přetrvává nepřetržitě po dobu 12 měsíců. Lékařská zpráva musí prokazovat tuto diagnózu a musí být potvrzena příslušným specialistou na choroby ORL a potvrzovat poranění či chorobu hlasivek způsobující ztrátu řeči. Pojistná ochrana se nevztahuje na veškeré s psychiatrií související příčiny. Stav musí být neléčitelný lékařským zákrokem.

Datem škodné události je datum diagnostikování ztráty řeči.

Kóma

Kóma je stav bezvědomí bez reakce na externí stimuly nebo interní potřeby přetrvávající nepřetržitě za použití podpůrného systému životních funkcí po dobu nejméně jednoho měsíce, s následným trvalým neurologickým deficitem. Diagnóza musí být potvrzena specialistou neurologem. Pojistná ochrana se nevztahuje na kóma způsobené alkoholem, drogami nebo zneužíváním léků. Datem škodné události je diagnostikování kómatu.

Amyotrofická laterální skleróza

Diagnóza musí být potvrzena klinickým neurologickým vyšetřením včetně uvedení nálezu EMG vyšetření a nálezu MR mozku a krční míchy, eventuálně vyšetřením mozkomíšního moku.

Ruptura aneuryzmatu mozkové tepny

Rupturu aneuryzmatu mozkové tepny, tj. protržení výdutě mozkové tepny s následkem nitrolebního krvácení. Musí být prokázáno trvalé objektivně zjištěné neurologické postižení doložené objektivním nálezem lékaře specialisty v oboru neurologie, a to nejdříve šest měsíců po stanovení diagnózy.

II. Tabulka hodnocení stupně invalidity pro trvalé následky úrazu (TTNU)

Hlava

001	Skalpice hlavy úplná (nošení paruky nutné)	
	– u žen	30%
	– u mužů	od 10 do 20%
002	Skalpice částečná	do 10%
003	Defekt v klenbě lebni	
004	do 10 cm ²	do 4%
005	více než 10 cm ²	do 10%
005	Moková píštěl po poranění spodiny lebni (likvoreja)	do 10%

Pouřazová epilepsie

006	– velmi ojedinělé záchvaty	od 20% do 30%
007	– ojedinělé záchvaty	od 30% do 40%
008	– časté záchvaty	od 50% do 60%
009	– velmi časté záchvaty	od 70% do 100%
010	– bez záchvatů 2-3 roky s nutností medikace	od 10% do 20%
011	– bez záchvatů 2-3 roky a bez terapie	0%

Organický psychosyndrom

012	– minimálního stupně	od 5% do 15%
013	– velmi malého stupně	od 15% do 30%
014	– mírného stupně	od 30% do 50%
015	– středního stupně	od 50% do 80%
016	– vyššího stupně	od 80% do 100%
017	– nejvyššího stupně	100%

Poškození hlavových nervů

018	Nervus trigeminus kompletní motorický i sensitivní	do 20%
019	Nervus trigeminus sensitivní	od 0% do 15%
020	Nervus trigeminus sensitivní kožní citlivost	od 0% do 5%
021	Nervus trigeminus motorický	do 10%
022	Nervus facialis periferní jednostranný	od 10% do 20%
023	Nervus facialis periferní oboustranný	od 20% do 30%
024	Nervus vestibularis jednostranný	od 0% do 20%
025	Nervus vestibularis oboustranný	od 50% do 80%
026	Ochrmnutí měkkého patra jednostranné	do 10%
027	Ochrmnutí měkkého patra oboustranné	do 20%
028	Nervus recurens jednostranné	od 10% do 20%
029	Nervus recurens oboustranné	od 30% do 50%
030	Nervus accessorius jednostranné	do 23,33%
031	Nervus accessorius oboustranné	do 46,66%
032	Nervus hypoglossus jednostranné	do 5%
033	Nervus hypoglossus oboustranné	do 50%
034	Ztráta částí nebo celého nosu – bez poruchy dýchání	do 10%
035	Ztráta celého nosu – s neodstranitelnou poruchou dýchání	15%
036	Deformace nosu s funkčně významnou poruchou průchodnosti	do 8%
037	Ztráta čichu podle rozsahu	do 10%

Oko

Při úplné ztrátě zraku nemůže hodnocení celkových trvalých následků činit na jednom oku více než 35 %, na druhé více než 65 % a na obou očích více než 100 %.

038	Následky očních zranění, jež měla za následek snížení zrakové ostrosti – hodnocení	dle přílohy č. 1
039	Anatomická ztráta nebo atrofie oka – připočítává se ke zjištěné hodnotě trvalé zrakové méněcnosti	5%
040	Ztráta čočky na jednom oku bez implantace nitrooční čočky a při snášenlivosti kontaktních čoček	do 3%
041	Ztráta čočky obou očí bez implantace nitrooční čočky a při snášenlivosti kontaktních čoček	do 6%

042	Porucha okohybných nervů nebo porucha rovnováhy okohybných svalů podle stupně	do 25%
	Omezení zorného pole následkem úrazu	
043	Koncentrické omezení – hodnocení	dle přílohy č. 2
044	Ostatní omezení – hodnocení	dle přílohy č. 3
	Porušení průchodnosti slzných cest	
045	– na jednom oku	do 5%
046	– na obou očích	do 8%

	Chybné postavení brv operativně nekorigovatelné	
047	– na jednom oku	do 5%
048	– na obou očích	do 10%
049	Rozšíření a ochrnutí zornice u vidoucího oka	do 5%
050	Deformace zevního segmentu oka a jeho okolí – nezávisle od poruchy visu pro každé oko	do 3%
	Lagofthalmus posttraumatický operativně nekorigovatelný	
051	– jednostranný	do 8%
052	– oboustranný	do 12%
	Porucha akomodace se hodnotí podle stáří, max. do 45 let věku	
053	– jednostranná	do 5%
054	– oboustranná	do 10%
055	Ptosa horního víčka/ u vidoucího oka / pokud nekryje zornici	do 3%
	Ptosa horního víčka/ u vidoucího oka / operativně nekorigovatelná pokud kryje zornici (omezení zorného pole je zahrnuto v položce).	
056	– jednostranná	do 25%
057	– oboustranná	do 60%

Ucho

Pouřazové omezení sluchu posuzuje odborný lékař a počítá se z ohodnocení pro ztrátu sluchu jednoho ucha.

058	Úplná ztráta sluchu jednoho ucha	15%
059	Ztráta sluchu druhého ucha (pokud sluch jednoho byl ztracen již před úrazem)	45%
060	Úplná ztráta sluchu obou uší	60%
061	Ztráta jednoho boltce	do 10%
062	Ztráta obou boltců	do 15%
063	Porucha labyrintu – jednostranná podle stupně	do 15%
064	Porucha labyrintu – oboustranná podle stupně	do 30%

Zuby a dutina ústní

065	Úplná ztráta jednoho zubu trvalého chrupu	0,5%
066	Ztráta více zubů trvalého chrupu	do 15%
067	Ztráta jazyka nebo podstatné části	do 30%
068	Zúžení ústní štěrbiny nebo snížení možnost otevření úst – možné jen přijímání tekutin	do 30%
069	Defekt rtů s výtokem slin	do 20%
070	Úplná ztráta chuti	5%

Krk

071	Stav po tracheotomii s trvale zavedenou kanylou	do 50%
	Zúžení hrtanu nebo průdušnice	
072	– lehké	do 10%
073	– střední	do 15%
074	– těžké	do 30%
075	Ztráta hrtanu	50%
076	Úplná ztráta hlasu – následkem poškození ústrojí mluvy	30%
077	Píštěl jícnu	do 30%

Při posuzování trvalých následků u orgánových poranění se hodnotí funkční poškození (omezení). Rozsah anatomické ztráty není rozhodující.

Hrudník, plíce, srdce

078	Následky poranění plic podle stupně porušení funkce a rozsahu jednostranné	do 40 %
079	Následky poranění plic podle stupně porušení funkce a rozsahu oboustranné	do 80 %
Omezení hybnosti hrudníku a srůsty plic a stěny hrudní klinicky ověřené		
080	– lehkého stupně	do 5 %
081	– středního stupně	do 10 %
082	– těžkého stupně	do 30 %
083	Poruchy srdeční a cévní (pouze po přímém poranění) klinicky ověřené podle stupně porušení	do 80 %

Břícho

084	Poškození břišní stěny provázené poškozením břišního lisu	do 10 %
085	Porušení funkce trávicích orgánů podle stupně poruchy výživy	do 80 %
086	Poškození tlustého střeva nebo konečníku, včetně souvisejících obtíží	do 40 %
087	Ztráta slезiny včetně souvisejících obtíží	10 %

Ústrojí urogenitální

088	Ztráta části ledviny podle stupně poruchy funkce	do 15 %
089	Ztráta jedné ledviny	20 %
090	Ztráta obou ledvin - nutná trvalá dialýza	100 %
091	Poškození ženských pohlavních orgánů	do 10 %
092	Ztráta penisu nebo závažné deformity	do 10 %
093	Ztráta jednoho varlete při intaktním druhém varleti	10 %
Ztráta obou varlat		
094	– do 50 let	30 %
095	– nad 50 let	20 %

Páteř

096	Omezení hybnosti páteře po zlomeninách obratlů bez neurologických příznaků	od 5 % do 30 %
097	Zlomeniny trnů obratlů a příčných výběžků	0 %
Poruchy neurologického charakteru po úrazu míchy, míšních plen nebo kořenů (vyloučeny jsou obtíže způsobené výhřezem ploténky, pokud nesouvisí se současnou zlomeninou přilehlého obratle)		
098	– lehkého stupně	do 10 %
099	– středního stupně	do 40 %
100	– těžkého stupně	do 100 %
101	Transversální léze krční míchy s kvadruplegií	100 %

Pánev

102	Porušení souvislosti pánevního prstence s poruchou statiky páteře a funkce dolních končetin u žen do 45 let	do 50 %
103	Porušení souvislosti pánevního prstence s poruchou statiky páteře a funkce dolních končetin u mužů a u žen přes 45 let	do 30 %

Horní končetina

Ramenní kloub a kost pažní

104	Ztráta horní končetiny v ramenním kloubu	70 %
105	Úplná ztuhlost ramenního kloubu v nepříznivém postavení (úplná abdukce, addukce nebo postavení jím blízká)	30 %
106	Úplná ztuhlost ramene v příznivém postavení nebo v postavení jemu blízkém (odtažení 50 st. až 70 st., předpažení 40 st. až 45 st. a vnitřní rotace 20 st.)	25 %
107	Omezení pohyblivosti ramenního kloubu lehkého stupně (vzpažení předpažením, předpažení neúplné nad 135 st.)	do 4 %
108	Omezení pohyblivosti ramenního kloubu středního stupně (vzpažení předpažením do 135 st.)	do 7 %
109	Omezení pohyblivosti ramenního kloubu těžkého stupně (vzpažení předpažením do 90 st.)	do 14 %
110	U omezení pohyblivosti ramenního kloubu lehkého, středního nebo těžkého stupně se při současném omezení pohybů rotačních hodnocení podle bodů 107 až 109 zvyšuje o jednu třetinu.	
111	Habituální vykloubení ramene	do 15 %
112	Plnění podle bodu 111 vylučuje nároky na plnění za dobu nezbytného léčení dalších vymknutí	
113	Nenapravené vykloubení sternoklavikulární kromě případné poruchy funkce	do 2 %
114	Nenapravené vykloubení akromioklavikulární kromě případné poruchy funkce ramenního kloubu	do 4 %
115	Trvalé následky po přetržení dlouhé hlavy dvouhlavého svalu při neporušené funkci ramenního a loketního kloubu	do 3 %

Loketní kloub a předloktí

116	Úplná ztuhlost loketního kloubu v nepříznivém postavení (úplné natažení nebo úplné ohnutí a postavení jím blízká)	25 %
117	Úplná ztuhlost loketního kloubu v příznivém postavení nebo v postaveních jemu blízkých (ohnutí v úhlu 90 až 95 st.)	16 %
118	Omezení pohyblivosti loketního kloubu	do 14 %
119	Úplná ztuhlost kloubů radioulnárních (s nemožností přivracení nebo odvrácení předloktí)	15 %
120	Omezení přivracení a odvrácení předloktí	do 12 %
121	Viklavý kloub loketní	do 20 %
122	Ztráta jedné paže do výše nad loket	65 %
123	Ztráta jedné paže do výše pod loket nebo jedné ruky	60 %

Ruka

124	Úplná ztuhlost zápěstí	20 %
125	Pakloub člunkové kosti	do 10 %
126	Omezení pohyblivosti zápěstí lehkého stupně	do 6 %
127	Omezení pohyblivosti zápěstí těžšího stupně	do 18 %

Palec

128	Ztráta koncového článku palce	8 %
129	Ztráta palce se záprstní kostí	20 %
130	Ztráta obou článků palce	16 %
131	Úplná ztuhlost mezičlánekového kloubu palce	6 %
132	Úplná ztuhlost základního kloubu palce	5 %
133	Úplná ztuhlost karpometakarpálního kloubu palce	6 %
134	Porucha úchopové funkce palce při omezení pohyblivosti mezičlánekového kloubu	do 5 %
135	Porucha úchopové funkce palce při omezení pohyblivosti základního kloubu	do 4 %
136	Porucha úchopové funkce palce při omezení pohyblivosti karpometakarpálního kloubu	do 5 %

Ukazovák

137	Ztráta koncového článku ukazováku	3 %
138	Ztráta dvou článků ukazováku	6 %
139	Ztráta ukazováku se záprstní kostí	10 %
140	Úplná ztuhlost všech tří kloubů ukazováku	10 %
141	Porucha úchopové funkce ukazováku; do úplného sevření do dlaně chybí do 6cm	do 8 %
142	Porucha úchopové funkce ukazováku; do úplného sevření do dlaně chybí přes 6cm	do 9 %
143	Nemožnost úplného natažení některého z mezičlánekových kloubů ukazováku při neporušené úchopové funkci	do 1 %
144	Nemožnost úplného natažení základního kloubu ukazováku s poruchou abdukce	do 1,5 %

Prostředník, prsteník a malík

145	Ztráta celého prstu	5 %
146	Ztráta koncového článku jednoho z těchto prstů	2 %
147	Úplná ztuhlost všech tří kloubů jednoho z těchto prstů	5 %
148	Porucha úchopové funkce prstu; do úplného sevření do dlaně chybí do 6cm	do 4 %
149	Porucha úchopové funkce prstu; do úplného sevření do dlaně chybí přes 6cm	do 4,5 %
150	Nemožnost úplného natažení jednoho z mezičlánekových kloubů při neporušené úchopové funkci prstu	do 0,5 %
151	Nemožnost úplného natažení základního kloubu prstu s poruchou abdukce	do 1 %

Dolní končetina

152	Ztráta jedné dolní končetiny v kyčelním kloubu nebo nad polovinu stehna	70 %
153	Ztráta jedné dolní končetiny do poloviny stehna	60 %
154	Ztráta jedné dolní končetiny do poloviny lýtky, nebo jednoho chodidla	50 %
155	Endoprotéza velkého kloubu, mimo hodnocení omezení hybnosti kloubu	15 %
156	Zkrácení jedné dolní končetiny do 2cm	0 %
157	Zkrácení jedné dolní končetiny do 4cm	do 5 %
158	Zkrácení jedné dolní končetiny do 6cm	do 15 %
159	Zkrácení jedné dolní končetiny přes 6cm	do 25 %
160	Pourazové deformity kosti stehenní (zlomeniny zhojené s úchylnou osovou nebo rotační), za každých 5 st. úchyly	4 %
161	Úchyly přes 45 st. se hodnotí jako ztráta končetiny. Při hodnocení osové úchyly nelze současně započítávat relativní zkrácení končetiny.	
162	Úplná ztuhlost kyčelního kloubu	do 35 %
163	Omezení pohyblivosti kyčelního kloubu	do 30 %

Koleno

164	Úplná ztuhlost kolena	30 %
165	Omezení pohyblivosti kolenního kloubu	do 25 %
166	Viklavost kolenního kloubu, při nedostatečnosti jednoho postranního vazy	do 5 %
167	Viklavost kolenního kloubu, při nedostatečnosti jednoho zkříženého vazy	do 10 %
168	Viklavost kolenního kloubu, je-li nutný ortopedický podpůrný přístroj	do 30 %
169	Trvalé následky po poranění měkkého kolena s příznaky poškození menisku	do 5 %
170	Trvalé následky po operativním vynětí jednoho menisku (při úplném rozsahu pohybů a dobré stabilitě kloubu; jinak podle poruchy funkce)	do 5 %

Bérec

171	Pourazové deformity bérce vzniklé zhojením zlomeniny v osové nebo rotační úchyly (úchyly musí být prokázány na rtg); za každých 5 st.	3 %
-----	---	-----

Hlezenní kloub

172	Úplná ztuhlost hlezenního kloubu	20 %
173	Omezení pohyblivosti hlezenního kloubu	do 15 %
174	Úplná ztráta pronace a supinace nohy	12 %
175	Omezení pronace a supinace nohy	do 10 %
176	Viklavost hlezenního kloubu	do 15 %
177	Plochá noha nebo vbočená nebo vybočená následkem úrazu a jiné pourazové deformity v oblasti hlezna a nohy	do 20 %

Noha

178	Ztráta celého palce nohy	5 %
179	Ztráta koncového článku palce nohy	2,5 %
180	Ztráta jiného prstu nohy (včetně malíku) – za každý prst	2 %
181	Omezení pohyblivosti mezičlánekového kloubu palce nohy	do 2 %
182	Omezení pohyblivosti základního kloubu palce nohy	do 3 %
183	Porucha funkce kteréhokoliv jiného prstu nohy než palce – za každý prst	do 1 %

Poranění nervové soustavy

184	Traumatická porucha n. accessorius	do 23,33 %
Traumatická porucha celého brachiálního plexu		do 70 %
185	– horní	do 42 %
186	– střední	do 10,5 %
187	– dolní	do 56 %
188	Traumatická porucha nervus dorsalis scalulae	do 3,5 %

189	Traumatická porucha nervus suprascapularis	do 7 %	214	Traumatická porucha celého lumbosacrálního plexu	do 70 %
190	Traumatická porucha nervus subscapularis	do 3,5 %	215	Traumatická porucha kompletní nervus femoralis	do 42 %
191	Traumatická porucha nervus thoracicus longus	do 23,33 %	216	Traumatická porucha proximální nervus femoralis /isolované postižení hybnosti kyčle/	do 23,33 %
192	Traumatická porucha nervus thoracodorsalis	do 7 %	217	Traumatická porucha dolního nervus femoralis	do 28 %
193	Traumatická porucha nervi pectorales	do 7 %	218	Traumatická porucha nervus obturatorius	do 7 %
194	Traumatická porucha nervus axillaris	do 28 %	219	Traumatická porucha nervus glutaneus superior	do 14 %
Traumatická porucha nervus radialis			220	Traumatická porucha nervus glutaneus inferior	do 21 %
195	– horní	do 28 %	221	Traumatická porucha nervi glutanei superior et interior	do 23,33 %
196	– střední	do 23,33 %	222	Traumatická porucha horní nervus ischiadicus	do 46,62 %
197	– dolní	do 21 %	223	Traumatická porucha dolní nervus ischiadicus	do 42 %
198	Traumatická porucha ramus superficialis nervi radialis	do 3,5 %	224	Traumatická porucha nervi tibialis et peroneus communis	do 42 %
199	Traumatická porucha nervus musculocutaneus	do 23,33 %	225	Traumatická porucha nervi ischiadicus, glutanei interior et superior	do 70 %
200	Traumatická porucha horní nervus medianus	do 35 %	226	Traumatická porucha horní nervus tibialis	do 23,33 %
201	Traumatická porucha střední nervus medianus	do 28 %	227	Traumatická porucha doní nervus tibialis	do 17,5 %
202	Traumatická porucha nervus interosseus anterior /čistě motorický/	do 14 %	228	Traumatická porucha nervus peroneus communis	do 23,33 %
203	Traumatická porucha dolní nervus medianus	do 23,33 %	229	Traumatická porucha nervus peroneus profundus	do 21 %
204	Traumatická porucha nervus /čistě sensorický/nervus medianus	do 21 %	230	Traumatická porucha nervus peroneus superficialis	do 14 %
205	Traumatická porucha nervi ulnaris	do 28 %	Jiná poranění		
206	Traumatická porucha nervus dolní nervus ulnaris	do 23,33 %	231	Poúrazové oběhové a trofické poruchy na jedné dolní končetině	do 10 %
207	Traumatická porucha nervi digitales palmares communes odpovídající sensitivnímu n. medianus	do 21 %	232	Poúrazové atrofie svalstva končetin dolních při neomezeném rozsahu pohybů v kloubu	do 2 %
208	Traumatická porucha nervi digitales palmares communes odpovídající sensitivnímu n. ulnaris	do 7 %	233	Rozsáhlé plošné jizvy (bez přihlednutí k poruše funkce kloubu) od 1% tělesného povrchu	do 40 %
209	Traumatická porucha nervi radialiset axillaris	do 56 %	234	Pakloub velkých kostí	do 20 %
210	Traumatická porucha nervi radialis et ulnaris	do 52,5 %	235	Chronický zánět kostní dřene jen po otevřených zraněních nebo po operativních zákrocích nutných k léčení následků úrazu	do 25 %
211	Traumatická porucha nervi radialis et medianus	do 52,5 %			
212	Traumatická porucha nervi ulnaris et medianus	do 52,5 %			
213	Traumatická porucha nervus cutaneus femoris lateralis	do 3,5 %			

Přílohy vztahující se k trvalým následkům v oblasti oka – viz položky 038, 043 a 044 TTNU

Příloha č. 1											
Plnění za trvalé tělesné poškození při snížení zrakové ostrosti s optimální brýlovou korekcí											
	6/6	6/9	6/12	6/15	6/18	6/24	6/36	6/60	3/60	1/60	0
6/6	0 %	2 %	4 %	6 %	9 %	13 %	17 %	21 %	25 %	30 %	35 %
6/9	2 %	4 %	6 %	9 %	13 %	17 %	21 %	25 %	30 %	35 %	40 %
6/12	4 %	6 %	9 %	13 %	17 %	21 %	25 %	30 %	35 %	40 %	45 %
6/15	6 %	9 %	13 %	17 %	21 %	25 %	30 %	35 %	40 %	45 %	50 %
6/18	9 %	13 %	17 %	21 %	25 %	30 %	35 %	40 %	45 %	55 %	60 %
6/24	13 %	17 %	21 %	25 %	30 %	35 %	45 %	50 %	60 %	65 %	70 %
6/36	17 %	21 %	25 %	30 %	35 %	45 %	55 %	65 %	70 %	75 %	80 %
6/60	21 %	25 %	30 %	35 %	40 %	50 %	65 %	75 %	80 %	85 %	90 %
3/60	25 %	30 %	35 %	40 %	45 %	60 %	70 %	80 %	90 %	95 %	95 %
1/60	30 %	35 %	40 %	45 %	55 %	65 %	75 %	85 %	95 %	100 %	100 %
0	35 %	40 %	45 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	95 %	100 %	100 %

Příloha č. 2			
Plnění za trvalé tělesné poškození při koncentrickém zúžení zorného pole			
Stupeň zúžení	jednoho oka	obou očí stejně	jednoho oka při slepotě druhého
k 60°	0 %	10 %	40 %
Stupeň koncentrického zúžení	Procenta plnění trvalých tělesných poškození	Procenta plnění trvalých tělesných poškození	Procenta plnění trvalých tělesných poškození
k 50°	5 %	25 %	50 %
ke 40°	10 %	35 %	60 %
ke 30°	15 %	45 %	70 %
ke 20°	20 %	55 %	80 %
k 10°	23 %	75 %	90 %
k 5°	25 %	100 %	100 %
Bylo-li před úrazem jedno oko slepé a na druhém bylo koncentrické zúžení na 35° nebo více a na tomto oku nastala úplná nebo praktická slepota nebo zúžení zorného pole k 5°, náleží pojistné plnění ve výši 35%.			

Příloha č. 3	
Plnění za trvalé tělesné poškození při nekoncentrickém zúžení zorného pole	
Hemianopsie homonymní	Procento plnění
levostranná	35 %
pravostranná	45 %
binasální	10 %
bitemporální	od 60 % do 70 %
oboustranná horní	od 10 % do 15 %
oboustranná dolní	od 30 % do 50 %
jednostranná nasální	6 %
jednostranná temporální	od 15 % do 20 %
jednostranná horní	od 5 % do 10 %
jednostranná dolní	od 10 % do 20 %
kvadrantová nasální horní	4 %
nasální dolní	6 %
temporální horní	6 %
temporální dolní	12 %
Centrální scotom jednostranný i oboustranný se hodnotí podle hodnoty zrakové ostrosti.	

Základem pro určení stupně invalidity je Tabulka TTNU, která je nedílnou součástí pojistné smlouvy a uvádí maximální stupeň invalidity daného úrazu. Při částečné ztrátě orgánů či smyslu nebo částečné ztrátě funkce orgánů či smyslů uvedených v Tabulce TTNU stanoví lékař pojistitele výši pojistného plnění jako procentuální podíl z maximálního ohodnocení stupně invalidity uvedeného v Tabulce TTNU, která je nedílnou součástí pojistné smlouvy. Při výpočtu pojistného plnění se vychází ze sjednané pojistné částky. Jednotlivé procentní sazby se sčítají, celkový součet nesmí v žádném případě přesáhnout 100 %. Je-li součet vyšší než 100 %, činí celkový stupeň invalidity 100 %.

Pojistné plnění paušálních částek

Je-li sjednáno doplňkové pojištění trvalých následků úrazu, je bez zvýšení pojistného zahrnuto pojistné plnění za jizvy a ztráty trvalých zubů s paušálními částkami stanovenými následovně:

- ztráta trvalého zubu následkem působení zevního násilí: 1 000 Kč;
- jizva způsobená úrazem o délce min. 6cm, v příp. jizvy na obličejích a na krku min. 3cm (nevztahuje se na jizvy způsobené jakýmkoliv chirurgickým zákrokem): 1 000 Kč;
- ruptura nebo parciální ruptura degenerativně změněné Achillovy šlachy: 4 000 Kč.

V případě ruptury nebo parciální ruptury degenerativně změněné Achillovy šlachy se nejedná o úraz ve smyslu příslušných zvláštních pojistných podmínek platných pro sjednaný druh pojištění. Jednorázová výplata paušální částky 4 000 Kč za rupturu nebo parciální rupturu degenerativně změněné Achillovy šlachy nezakládá pojištěnému nárok na výplatu pojistného plnění z jiného doplňkového úrazového pojištění.

Pojištěným dětem je do výročního dne v roce, ve kterém pojištěná osoba dosáhne maximálního výstupního věku pro pojištěné dítě navíc poskytováno pojistné plnění za zlomeniny s takto stanovenými paušálními částkami:

- zlomenina dlouhé kosti, kosti lebeční a pánce: 1 000 Kč;
- zlomenina ostatních kostí: 500 Kč.

V případě vzniku nároku na pojistné plnění z denního odškodného bude pojistitel plnit z toho sjednaného pojistného krytí, ze kterého bude vyplacené plnění vyšší.

III. Tabulka plnění denního odškodného za dobu nezbytného léčení úrazu (TDO)

Hlava			
Skalpace hlavy s kožním defektem			
001 částečná	do 35 dnů	066 Úrazové postižení zrakového nervu a chiasmatu	do 105 dnů
002 úplná	do 84 dnů	067 Zlomení stěny vedlejší dutiny nosní s podkožním emfysemem	do 21 dnů
003.1 Pohmoždění hlavy bez otřesu mozku	do 14 dnů	068 Zlomení nosních kůstek přerušující slzné cesty	do 49 dnů
003.2 Pohmoždění obličeje	do 14 dnů	069 Poranění oka vyžadující bezprostřední vynětí oka	do 90 dnů
004 Vymknutí dolní čelisti (jednostranné i oboustranné)	do 21 dnů	070 Poranění okohybného aparátu s diplopií	do 70 dnů
005 Zlomenina spodiny lebeční	do 140 dnů		
Zlomenina klenby lebeční		Ucho	
006 bez vpáčení úlomků	do 49 dnů	071 Pohmoždění boltce s rozsáhlým krevním výronem nebo poúrazový othematom	do 14 dnů
007 s vpáčením úlomků	do 84 dnů	072 Proděravění bubínku bez zlomeniny lebních kostí a bez druhotné infekce	do 21 dnů
Za úplné zlomeniny se považují i fisury kostí lebečních (týká se položky 005 až 007).		073 Otřes labyrintu	do 49 dnů
008 Zlomenina okraje očníce	do 70 dnů		
Zlomenina kostí nosních		Zuby	
009 bez posunutí úlomků	do 21 dnů	Ztráta nebo nutná extrakce trvalého zubu následkem působení zevního násilí (nikoli skousnutí)	
010 s posunutím úlomků	do 28 dnů	074 dvou až šesti zubů	do 42 dnů
011 Zlomenina přepážky nosní	do 21 dnů	075 sedmi nebo více zubů	do 77 dnů
012 Zlomenina kostí lícní	do 70 dnů	Jako ztráta zubu se hodnotí i odlomení korunky o rozsahu větším než 1/3. V případě odlomení korunky o rozsahu 1/3 a menším je podmínkou pro poskytnutí plnění ztráta vitality dřeně vyžadující léčení.	
Zlomenina dolní čelisti		076 Za vyražení nebo poškození umělých zubů a zubů dočasných (mléčných) pojistitel neposkytuje plnění.	
013 bez posunutí úlomků	do 56 dnů	077 Uvolnění závěsného vazového aparátu jednoho i více zubů (subluxace, luxace, reimplantace) s nutnou fixační dlahou	do 42 dnů
014 s posunutím úlomků	do 84 dnů	078 Zlomení jednoho nebo více kořenů zubů s nutnou fixační dlahou	do 70 dnů
Zlomenina horní čelisti			
015 bez posunutí úlomků	do 77 dnů	Krk	
016 s posunutím úlomků	do 112 dnů	079 Poleptání, proděravění nebo roztržení jícnu	do 49–112 dnů
017 Zlomenina dášňového výběžku horní nebo dolní čelisti	do 56 dnů	080 Perforující poranění hrtanu nebo průdušnice	do 112 dnů
018 Zlomenina komplexu kostí jářmové a horní čelisti	do 84 dnů	081 Zlomenina jazyky nebo chrupavek hrtanu	do 112 dnů
Sdružené zlomeniny Le Fort			

Pohmoždění těžšího stupně		
121 ramenního kloubu s následnou periarthritidou jako přímým následkem úrazu	do 42 dnů	
Poranění svalů a šlach		
122 přerušení šlach natahovačů nebo ohýbačů na prstu na ruce nebo v zápěstí	do 60 dnů	
123 natržení svalu nadhřebenového	do 42 dnů	
Úplné přetržení svalu nadhřebenového		
124 léčené operativně	do 49 dnů	
Přetržení (odtržení) šlachy dlouhé hlavy dvouhlavého svalu pažního		
125 léčené konzervativně	do 28 dnů	
126 léčené operativně	do 56 dnů	
127 natržení jiného svalu	do 35 dnů	
Podvrtnutí		
128 skloubení mezi klíčkem a lopatkou	do 21 dnů	
129 skloubení mezi klíčkem a kostí hrudní	do 21 dnů	
130 ramenního kloubu	do 21 dnů	
131 loketního kloubu	do 21 dnů	
132 zápěstí	do 21 dnů	
133 základních nebo mezičlankových kloubů prstů ruky s pevnou fixací	do 14 dnů	
Vymknutí		
Kloubu mezi klíčkem a kostí hrudní		
134 léčené konzervativně	do 28 dnů	
135 léčené operativně	do 63 dnů	
Kloubu mezi klíčkem a lopatkou		
136 léčené konzervativně	do 49 dnů	
137 léčené operativně	do 84 dnů	
138 kosti pažní (ramene)	do 49 dnů	
139 předloktí	do 49 dnů	
140 zápěstí (kosti měsíční a luxace perilunární)	do 70 dnů	
141 záprstních kostí	do 35 dnů	
142 základních nebo druhých a třetích článků prstu	do 35 dnů	
Pojistitel plní za dobu nezbytného léčení vymknutí kloubu končetin jen tehdy, bylo-li vymknutí lékařem léčeno repozicí (napravením).		
Zlomeniny		
143 Zlomenina lopatky	do 42 dnů	
144 Zlomenina klíčku	do 42 dnů	
Zlomenina horního konce kosti pažní		
145 velkého hrbolku bez posunutí	do 35 dnů	
146 roztržštěná zlomenina hlavičky	do 84 dnů	
147 chirurgického krčku	do 42 dnů	
148 Zlomenina těla kosti pažní	do 70 dnů	
149 Zlomenina kosti pažní nad kondyly u dětí	do 49 dnů	
Zlomenina humeru v oblasti lokte		
150 léčená konzervativně	do 42 dnů	
151 léčená operativně	do 70 dnů	
Zlomenina okovce kosti loketní		
152 léčená konzervativně	do 42 dnů	
153 léčená operativně	do 56 dnů	
154 Zlomenina hlavičky kosti vřetenní	do 49 dnů	
155 Zlomenina jedné kosti předloktí		

253	do 30 % povrchu těla	do 63–84 dnů	260	do 10 % povrchu těla	do 81–98 dnů
254	do 40 % povrchu těla	do 88–126 dnů	261	do 15 % povrchu těla	do 102–126 dnů
255	do 50 % povrchu těla	do 130–182 dnů	262	do 20 % povrchu těla	do 130–154 dnů
256	větším než 50 % povrchu těla podle přiměřené doby nezbytného léčení	do 186–364 dnů	263	do 30 % povrchu těla	do 158–182 dnů
Třetího stupně s nutností chirurgické léčby v rozsahu			264	do 40 % povrchu těla	do 186–273 dnů
257	od 3 cm ² do 5 cm ²	do 21 dnů	265	více než 40 % povrchu těla podle přiměřené doby nezbytného léčení	do 277–364 dnů
258	od 6 cm ² do 10 cm ² včetně	do 28–49 dnů	Za každou druhou a další transplantaci se zvyšuje horní hranice plnění u bodů 258 až 265 o jeden týden.		
259	od 10 cm ² do 5 % povrchu těla	do 56–77 dnů			

IV. Tabulka plnění denního odškodného za dobu léčení vyjmenovaných úrazů (TDOV)

Hlava

005	Zlomenina spodiny lebeční	140 dnů
	Zlomenina klenby lebeční	
006	bez vpáčení úlomků	49 dnů
007	s vpáčením úlomků	84 dnů
Za úplné zlomeniny se považují i fisury kostí lebečních (týká se pol. 005 až 007).		
008	Zlomenina okraje očníce	70 dnů
	Zlomenina kostí nosních	
009	bez posunutí úlomků	21 dnů
010	s posunutím úlomků	28 dnů
011	Zlomenina přepážky nosní	21 dnů
012	Zlomenina kosti lícní	70 dnů
	Zlomenina dolní čelisti	
013	bez posunutí úlomků	56 dnů
014	s posunutím úlomků	84 dnů
	Zlomenina horní čelisti	
015	bez posunutí úlomků	77 dnů
016	s posunutím úlomků	112 dnů
017	Zlomenina dásňového výběžku horní nebo dolní čelisti	56 dnů
018	Zlomenina komplexu kostí jařmové a horní čelisti	84 dnů
	Sdružené zlomeniny Le Fort	
019	Le Fort I.	84 dnů
020	Le Fort II.	112 dnů
021	Le Fort III.	182 dnů

Zuby

Ztráta nebo nutná extrakce trvalého zubu následkem působení zevního násilí (nikoli skousnutí)		
074	dvou až šesti zubů	42 dnů
075	sedmi nebo více zubů	77 dnů
Jako ztráta zubu se hodnotí i odlomení korunky o rozsahu větším než 1/3. V případě odlomení korunky o rozsahu 1/3 a menším je podmínkou pro poskytnutí plnění		

V. Tabulka služeb rodinné asistence (TSRA)	
Typ služby rodinné asistence	Rozsah poskytované služby
Péče o dítě	V případě, kdy není pojištěný schopen zajistit si uvedenou službu běžným/jiným způsobem v důsledku pojistné události, poskytovatel asistenční služby zajistí a uhradí: Zajištění hlídání – transport rodinného příslušníka pojištěného do místa bydliště pojištěného za účelem hlídání dítěte/děti pojištěného – transport kvalifikované osoby (osoba způsobilá k péči o dítě zprostředkovaná poskytovatelem asistenční služby), která bude pověřena hlídáním dítěte/děti pojištěného po nezbytně nutnou dobu dle přání pojištěného (náklady na práci hlídající osoby nese pojištěný, náklady se rovnají ceně obvyklé) – tuto službu je možné využít maximálně 1x za jeden pojistný rok; maximální limit pojistného plnění na jednu pojistnou událost je 5 000 Kč Zajištění transportu – transport a doprovodující osobu, které odvezou dítě/děti pojištěného do/ze školy do místa bydliště pojištěného – tuto službu je možné využít maximálně 1x za jeden pojistný rok; maximální limit pojistného plnění na jednu pojistnou událost je 5 000 Kč
Péče o domácího mazlíčka (psa nebo kočku)	V případě hospitalizace pojištěného trvajících déle než 48 hodin ve zdravotnickém zařízení v důsledku pojistné události, poskytovatel asistenční služby zajistí a uhradí: – péči o domácího mazlíčka v útulku pro zvířata – transport domácího mazlíčka do/z útulku po skončení hospitalizace pojištěného do místa bydliště pojištěného – tuto službu je možné využít maximálně 1x za jeden pojistný rok; maximální limit pojistného plnění na jednu pojistnou událost je 2 000 Kč V případě imobility (nepohyblivost pojištěné osoby v důsledku pojistné události – úrazu nebo nemoci) pojištěného v důsledku pojistné události, poskytovatel asistenční služby zajistí: – vyslání kvalifikované osoby (osoba způsobilá k péči o domácího mazlíčka zprostředkovaná poskytovatelem asistenční služby) do místa bydliště pojištěného za účelem běžné péče o domácího mazlíčka, tedy dovozu krmiva pro domácího mazlíčka (cenu krmiva hradí pojištěný) a vyvenčení domácího mazlíčka v délce 30 minut – tuto službu je možné využít maximálně 1x za jeden pojistný rok; maximální limit pojistného plnění na jednu pojistnou událost je 2 000 Kč
Lékař na telefonu	Poskytnutí lékařské informace/konzultace po telefonu lékařem asistenční služby dle požadavků klienta v následujících oblastech: Konzultace zdravotního stavu – vysvětlení symptomů – vysvětlení příznaků onemocnění, zdravotních potíží, dalších případných souvisejících symptomů – vysvětlení příčin – vysvětlení příčin popsaných symptomů a možný vliv předchozích zdravotních komplikací či aktivit Vysvětlení lékařských pojmů – vysvětlení běžně užívaných pojmů ve zdravotnictví, zdravotnických zařízeních – vysvětlení zkratk a názvů z lékařských zpráv a jiných lékařských odborných dokumentací – vysvětlení latinských pojmů z lékařské dokumentace – vysvětlení diagnóz (v rámci zaslané dokumentace), jejich možných následků a souvislostí – vysvětlení číselných kódů diagnóz – vysvětlení následného nutného postupu při léčbě pro danou diagnózu Vysvětlení laboratorních výsledků – informace o základních laboratorních vyšetřeních – účel jednotlivých vyšetření – forma jednotlivých vyšetření a jejich náročnost pro pacienta – vysvětlení zkratk a základních typů naměřených hodnot – informace o rozmezí výsledků jednotlivých hodnot, vztahení těchto hodnot k obvyklým výsledkům a naznačení výkladu odchylek od normálních hodnot Vysvětlení lékařských postupů – vysvětlení obecných postupů léčby daného onemocnění – vysvětlení všeobecných diagnostických postupů při daném onemocnění – základní informace o časové náročnosti léčby jednotlivých onemocnění Informace o lécích a jejich účincích – informace o účinných látkách léků – možných nežádoucích účincích Vysvětlení pojmů z oblasti prenatální problematiky – informace, na co má těhotná žena nárok v rámci prenatálních prohlídek, jaká vyšetření a proč se provádějí