



Generali Pojišťovna a.s.
Generální ředitelství

Bělehradská 132, 120 84 Praha 2, Česká republika

Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění s bonifikací (ZPP BON 2009/01)

I. Obecná ustanovení

Článek 1 Úvodní ustanovení

Pro pojištění s bonifikací (dále jen „pojištění“), které sjednává Generali Pojišťovna a.s., se sídlem Bělehradská 132, Praha 2, 120 84, Česká republika (dále jen „pojistitel“) jako pojištění obnosové, platí zákon č. 37/2004 Sb. o pojistné smlouvě, občanský zákoník a ostatní obecně závazné právní předpisy České republiky, všeobecné pojistné podmínky pro soukromé pojištění osob (dále jen VPP POS 2005/01), tyto ZPP BON 2009/01, další ujednání a pojistná smlouva.

Článek 2 Vymezení pojmů

Pro účely sjednáváného pojištění platí toto vymezení pojmů:

- obmyšleným** je osoba určená pojistníkem se souhlasem pojištěného v pojistné smlouvě, které vznikne právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného;
- bonifikací** se rozumí vrácení části zaplaceného pojistného pojistníkovi v závislosti na vyplaceném pojistném plnění za pojistitelem stanovené rozhodné období.

Článek 3 Druhy pojištění

V rámci tohoto pojištění se sjednává:

- životní pojištění;
- doplňkové životní pojištění;
- doplňkové úrazové pojištění;
- doplňkové nemocenské pojištění.

Článek 4 Pojistná doba

Není-li ujednáno jinak, sjednává se pojištění na dobu neurčitou.

Článek 5 Pojistná událost

- Pojistnou událostí je skutečnost specifikovaná pro jednotlivé druhy pojištění a blíže určená v pojistné smlouvě, se kterou je spojena povinnost pojistitele plnit.
- Za pojistnou událost se nepovažuje smrt pojištěného, ke které došlo v období do třetích narozenin pojištěného. V případě smrti v období do třetích narozenin pojištěného vyplácí pojistitel pojistníkovi částku odpovídající pojistnému zaplacenému za pojištěná rizika, která se vztahují na život tohoto pojištěného.
- Je-li pojistnou událostí ve smyslu pojistné smlouvy úraz pojištěného, rozumí se úrazem neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného nebo neočekávané a nepřerušené působení vysokých či nízkých zevních teplot, plynů, par, záření, elektrického proudu a jedů (s výjimkou jedů mikrobiálních a látek imunotoxických), kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt.
- 3.1 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, slach, 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; nádory zhoubné i nezhoubné; kýly všech lokalizací; zhoršení nemocí následkem úrazu; aseptické záněty tluhových váčků, slachových pochev a svalových úponů (bursitidy, epikondylitidy, impingement syndrom); přerušení degenerativně změněných orgánů malým nepřímým násilím (např. meniskus); porušení Achillovy šlachy s výjimkou přetětí z vnějšku; náhlé ploténkové páteřní syndromy, poškození meziobratlových plotének, i když se dostavily jako následky úrazu; 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. neurózy nebo psychoneurózy.
 - V případě oznámení škodní události a předložení cizojazyčných podkladů je ten, kdo uplatňuje nárok na plnění, povinen obstarat příslušné lékařské zprávy a tyto předat pojistiteli přeložené do českého jazyka. Toto ustanovení neplatí pro podklady ve slovenském jazyce. Příklad musí být proveden soudním překladatelem příslušného jazyka.

Článek 6 Nepojistitelné osoby

- 1.1 Za nepojistitelné osoby, na které se nevztahuje pojistná ochrana a které jsou z pojištění vyloučeny, se považují osoby stížené nervovou nebo duševní poruchou, která není jen přechodná, a osoby závislé na alkoholu a jiných návykových toxických či omamných látkách. Míru přechodnosti má právo určit pojistitel.
- 1.2 Pro doplňkové úrazové pojištění a doplňkové nemocenské pojištění jsou nepojistitelné osoby v plném invalidním důchodu nebo osoby, u nichž byly na základě lékařského posouzení splněny zákonné předpoklady pro uznání jejich invalidity a osoby, které jsou k počátku pojištění v pracovní neschopnosti. Lékařské posouzení provede lékař stanovený pojistitelem.
- 1.3 Pro doplňkové pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti jsou dále nepojistitelné osoby v částečném invalidním důchodu nebo osoby, u nichž byly na základě lékařského posouzení splněny zákonné předpoklady pro uznání jejich částečné invalidity.
2. V případě, že se pojištěný stane v průběhu pojistné doby nepojistitelnou osobou ve smyslu odst. 1.1–1.3, má povinnost tuto skutečnost oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu. Pojistitel má v takovém případě právo pojištění vypovědět ve lhůtě 1 měsíce ode dne, kdy se o této skutečnosti dozvěděl. Pojištění zanikne uplynutím 8 dnů ode dne doručení výpovědi pojistníkovi.

Článek 7

Zánik pojištění

- K zániku pojištění dojde způsobem uvedeným ve VPP POS 2005/01 v čl. 5. K těmto způsobům se dále ujednávají následující ustanovení uvedená v odst. 2 až 10.
- Dnem smrti pojištěného, pokud je jediným pojištěným v pojistné smlouvě.
- Zanikne-li pojištění výpovědí ze strany pojistníka, jedná se o výpověď:
 - doručenou do 2 měsíců od počátku pojištění; výpovědní lhůta je osmidení, jejím uplynutím pojištění zanikne; pojistitel má nárok na pojistné do doby zániku pojištění;
 - doručenou nejméně 6 týdnů před uplynutím pojistného období;
 - doručenou do 3 měsíců ode dne doručení písemného oznámení vzniku pojistné události pojistiteli; výpovědní lhůta je 1 měsíc od doručení výpovědi, jejím uplynutím pojištění zanikne bez náhrady;
 - doručenou do 1 měsíce ode dne výplaty pojistného plnění; výpovědní lhůta je 1 měsíc, jejím uplynutím pojištění zanikne.
- Zanikne-li pojištění výpovědí ze strany pojistitele, jedná se o výpověď doručenu do 2 měsíců od počátku pojištění; výpovědní lhůta je osmidení, jejím uplynutím pojištění zanikne; pojistitel má nárok na pojistné do doby zániku pojištění.
- Dnem doručení písemného oznámení o odmítnutí pojistného plnění zaniká pojištění bez náhrady. Pojistitel má právo odmítnout pojistné plnění za podmínek uvedených v těchto ZPP BON 2009/01 a VPP POS 2005/01.
- Zanikne-li pojištění odstoupením od pojistné smlouvy, jedná se o zánik pojištění od počátku. Pojistitel v tomto případě vrátí pojistníkovi zaplacené pojistné po odečtení nákladů prokazatelně vzniklých v souvislosti s uzavřením a správou daného pojištění. Pojistník a pojištěný jsou povinni vrátit pojistiteli to, co jim bylo na základě pojistné smlouvy již plněno. Pojistník a pojistitel mají právo odstoupit od pojistné smlouvy za podmínek uvedených ve VPP POS 2005/01. Pojistník může zaslat odstoupení od pojistné smlouvy na adresu sídla pojistitele.
- V případě zániku pojištění dohodou je nutné v dohodě určit okamžik zániku pojištění a způsob vzájemného vyrovnání závazků. Pojistitel je oprávněn k dohodě připojit doložku, že nevyjádří-li se účastník do 1 měsíce od doručení, má se za to, že s úkonem pojistitele souhlasí.
- Pojištění zaniká výpovědí pojistitele dle čl. 6, odst. 2.
- Pojištění zaniká též dovršením maximálního výstupního věku pojištěného stanoveného pojistitelem pro jednotlivá pojištění ve smyslu ZPP BON 2009/01.
- Doplňková pojištění zanikají nejpozději dnem zániku životního pojištění.

Článek 8 Pojistné

- Aktuální věk pojištěného se stanoví rozdílem aktuálního kalendářního roku a kalendářního roku narození pojištěného.

- Je-li u pojištěného dáno zvýšené pojistné riziko, lze určit vyšší pojistné nebo dohodnout zvláštní podmínky pojištění. Určit vyšší pojistné nebo dohodnout zvláštní podmínky pojištění z důvodu zvýšení pojistného rizika je možné i v průběhu pojistné doby.
- Pojistitel má nárok na poplatky podle čl. 11.
- Odlíšně od čl. 8 VPP POS 2005/01 se pro pojištění ujednává, že v případě smrti pojistníka, není-li zároveň pojištěným č. 1, vstupuje na jeho místo pojištěný č. 1. Není-li pojištěný č. 1 zletilý, vstupuje na místo pojistníka zletilý pojištěný s nejnižším pořadovým číslem, není-li ho, vstupuje na místo pojistníka zákonný zástupce pojištěného č. 1.

Článek 9

Změny pojištění

- Dohodnou-li se účastníci pojištění na změně již sjednaného pojištění, poskytuje pojistitel pojistné plnění ze změněného pojištění až z pojistných událostí, které nastaly po dni uzavření dohody o změně pojištění, nejdříve však v 00.00 hodin dne, ke kterému byla uzavřena dohoda o změně pojištění.
- Pojistitel je oprávněn provést posouzení rizika i v průběhu pojistné doby, jestliže požadovaná změna mění rozsah poskytované pojistné ochrany dle odst. 4 až 5.
- 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 2005/01, článek 8, odst. 2.
- Pojistník je oprávněn kdykoli písemně požádat o změnu rozsahu pojištění, tzn. o zahrnutí, vyloučení nebo o změnu doplňkových pojištění. O tuto změnu může pojistník požádat nejméně 6 týdnů před datem účinnosti požadované změny, přičemž datem účinnosti změny může být vždy pouze první den v měsíci.
- Pojistník je oprávněn kdykoliv se souhlasem pojištěné osoby, které se požadovaná změna týká, písemně požádat o zahrnutí či vyloučení této pojištěné osoby z/do pojištění. Pojistitel není povinen žádosti o zahrnutí osoby vyhovět. O tuto změnu může pojistník požádat nejméně 6 týdnů před datem účinnosti požadované změny. Datem účinnosti změny je vždy první den v měsíci.
- Je-li se změnou, která byla oznámena nebo na které se účastníci pojištění dohodli, spojena změna výše běžného pojistného, je běžné pojistné ve změněné výši splatné k počátku nejbližšího pojistného období ode dne, ke kterému byla provedena změna pojištění.
- Pokud pomínou důvody, pro které byla poskytnuta sleva, jsou pojistník a pojištěný povinni tuto skutečnost pojistiteli písemně oznámit a pojistitel je oprávněn slevu od následujícího pojistného období odebrat.
- Opětovné obnovení pojistné smlouvy (dále jen „reaktivace“) je možné provést do tří měsíců od zániku pojistné smlouvy podle čl. 7. V období mezi datem zániku pojistné smlouvy podle čl. 7 a provedením reaktivece není poskytována pojistná ochrana. Pojistitel nemá povinnost vyhovět žádosti pojistníka o provedení reaktivece.
- Všechny požadované změny mohou být provedeny pouze na základě písemné žádosti pojistníka, příp. pojistníka a pojištěného. Pojistitel akceptuje požadované změny písemným potvrzením.

Článek 10

Územní platnost pojistné smlouvy

Pojištění se vztahuje na pojistné události, ke kterým dojde kdekoli ve světě, není-li ujednáno jinak.

Článek 11

Poplatky

Aktuální sazebník poplatků je k nahlédnutí v sídle a obchodních místech pojistitele.

Článek 12

Bonifikace

- Pro přiznání bonifikace je určující rozhodná doba. Rozhodná doba je doba nepřerušného trvání pojištění, která se počítá v celých ukončených měsících. Rozhodná doba pro účely přiznání bonifikace se sleduje od počátku pojištění nebo od výročního dne následujícího po posledním rozhodné události,

a to u smluv s dobou trvání 36 měsíců a delší, nestanoví-li pojistitel jinak.

- Rozhodnou událostí je každá pojistná událost, ze které vzniká pojistiteli povinnost poskytnout pojistné plnění.
- Za rozhodnou událost se nepovažuje:
 - skodní událost, ze které pojistitel nemá povinnost poskytnout pojistné plnění;
 - pojistná událost, která byla k rozhodnému dni nahlášena, ale za kterou pojistitel k tomuto dni nevyplatil pojistné plnění.
- Přiznání bonifikace se provádí na základě vyhodnocení rozhodné doby. V případě, že v rozhodné době nedošlo k rozhodné události, vzniká pojistníkovi nárok na výplatu bonifikace.
- Dozví-li se pojistitel o rozhodné události až poté, co vyplatil bonifikaci, má právo snížit o již vyplacenou hodnotu bonifikace hodnotu pojistného plnění.
- Vyhodnocení bonifikace provádí pojistitel nejdříve po uplynutí čtyř měsíců od uplynutí rozhodné doby.
- Výše bonifikace je stanovena jako procentuální podíl z celkového pojistného zaplaceného v průběhu rozhodné doby.
- Pojistitel se zavazuje informovat pojistníka písemnou formou o nároku na bonifikaci, a to nejpозději do šesti měsíců od výročního dne pojistné smlouvy. Pojistitel může využít pro splnění této informační povinnosti elektronickou poštu nebo jiné obdobné komunikační kanály.

Článek 13

Oprávněné osoby

- Právo na pojistné plnění má pojištěný, pokud není ve smlouvě 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 podílí 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/ka pojištěného;
 - není-li ho/jí, děti pojištěného;
 - nejsou-li osoby uvedené v bodě b) tohoto odstavce, rodiče pojištěného;
 - není-li jich, pak osoby, které žily s pojištěným nejméně po dobu 1 roku před jeho smrtí ve společné domácnosti a které z tohoto důvodu pečovaly o společnou domácnost nebo byly odkázány výživou na pojištěného;
 - není-li ani těchto osob, dědici pojištěného. Případně-li dědictví jako odumřelý státu, nevzniká mu právo na pojistné plnění.
- V průběhu pojištění může být obmyšlený měněn pouze se souhlasem pojištěného. Změna musí být učiněna písemně a je účinná dnem jejího doručení pojistiteli.
- 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.
- Je-li obmyšleným nezletilý nebo osoba, která nemá plnou způsobilost k právním úkonům, bude případné pojistné plnění vyplaceno osobě určené soudem.
- V případě smrti nezletilého se pojistné plnění poskytne ve výši sjednané pojistné částky jeho zákonnému zástupci.

Článek 14

Vztah mezi doplňkovým pojištěním a životním pojištěním

Doplňkové pojištění nelze sjednat samostatně.

Článek 15

Závěrečná ustanovení

Těmito ZPP BON 2009/01 se řídí pojistné smlouvy uzavřené k datu 1. 4. 2009 a pozdějšímu datu.

II. Zvláštní ustanovení pro životní pojištění

Článek 16

Druhy pojištění

- V rámci tohoto životního pojištění pojistitel sjednává:
 - pojištění pro případ smrti;
 - doplňkové rizikové pojištění.
- Pojistitel může též sjednávat i jiné druhy životního pojištění. Pokud takové pojištění není upraveno zvláštními podmínkami nebo pojistnou smlouvou, platí pro ně ta ustanovení těchto ZPP BON 2009/01, která jsou mu povahou a účelem nejbližší.

Článek 17

Pojistná událost

- Pojistnou událostí se v životním pojištění rozumí smrt pojištěného, nastane-li během pojistné doby, anebo jiná skutečnost uvedená v pojistné smlouvě, s níž je spojen vznik povinnosti pojistitele plnit.
- Pojistitel poskytuje pojistné plnění v případě úmrtí pojištěného po předložení:
 - písemné žádosti o poskytnutí pojistného plnění;
 - pojistiky;
 - úředně ověřené kopie úmrtního listu;
 - kopie dokladu o posledním zaplacení pojistného;
 - podrobné zprávy lékaře nebo jiného lékařského či úředního osvědčení o příčině úmrtí, počátku a průběhu smrtelného onemocnění nebo o bližších okolnostech úmrtí;
 - jména a adresy praktického a odborného lékaře, u kterých byl pojištěný léčen pro úraz nebo onemocnění, které následně vedly k úmrtí.
- Na žádost pojistitele je třeba rovněž předložit i další doklady, které jsou nezbytné pro šetření pojistitele ve věci pojistné události. Pojistitel může rovněž provést šetření sám. Náklady spojené s výše uvedenými ustanoveními hradí ten, kdo uplatňuje nárok vůči pojistiteli. Šetření a důkazní řízení, která nebyla nutná pro zjištění příčiny smrti, počátku a průběhu smrtelného onemocnění pojištěného a bližších okolností jeho smrti, hradí pojistitel.

Článek 18

Pojistné plnění

- Součástí pojištění nejsou opce.
- V případě smrti pojištěného vyplatí pojistitel obmyšlenému určenému v pojistné smlouvě pojistnou částku určenou pojistnou smlouvou. Z doplňkového rizikového pojištění vyplatí pojistitel v případě smrti pojištěného obmyšlenému pojistnou částku uvedenou v pojistné smlouvě.
- Pojištění pro případ smrti a doplňkové rizikové pojištění mohou být uzavřeny maximálně na pojistnou částku stanovenou pojistitelem.

Článek 19

Omezení pojistného plnění

- Nebylo-li ujednáno jinak, pojištění zaniká bez nároku na pojistné plnění, nastane-li smrt pojištěného:
 - o důsledku sebevraždy před uplynutím dvou let od počátku pojištění nebo od zvýšení rozsahu pojistné ochrany ve prospěch pojištěného podle čl. 9, příp. od reaktivece pojistné smlouvy;
 - v přímé nebo nepřímé souvislosti s nukleární katastrofou;
 - následkem přímé nebo nepřímé účasti:
 - na bojových akcích nebo jiných válečných operacích;
 - při vnitrostátních nepokojích (vzpourě 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);
 - při aktivní účasti na závodech nebo trénincích v pozemních, vzdušných nebo vodních dopravních prostředcích;
 - při použití leteckých prostředků, s výjimkou případu, kdy ke smrti pojištěného došlo v letadle schváleném pro letecký provoz, kde byl jako cestující či jako neprofesionálně činný pilot s platným pilotním průkazem;
 - v souvislosti s teroristickými událostmi všeho druhu, bez ohledu na to, zda ke smrti došlo bezprostředně nebo zprostředkovaně.

2. Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění až o jednu polovinu:
 - a) jestliže pojištěný zemřel v souvislosti s jedním, kterým způsobil jinému těžkou újmu na zdraví nebo smrt nebo které bylo v rozporu s dobrými mravy anebo kterým jinak hrubě porušil důležitý zájem společnosti;
 - b) dojde-li ke smrti pojištěného po požití nebo v souvislosti s požíváním alkoholu nebo po aplikaci návykových toxických či omamných látek pojištěným a je zde dána příčinná souvislost se vznikem pojistné události.
3. Pokud byly v důsledku nepravdivého uvedení data narození, pohlaví nebo zdravotního stavu pojištěného stanoveny nesprávné technické parametry pojištění (pojistné, pojistná doba, pojistná částka), je pojistitel oprávněn pojistné plnění přiměřeně snížit.
4. Dojde-li k úrazu při řízení motorového vozidla, není pojistitel povinen vyplatit pojistné plnění:
 - a) v případě, že se pojištěný odmítne podrobit vyšetření za účelem zjištění obsahu alkoholu, příp. jiných toxických či omamných látek;
 - b) při řízení vozidla osobou, která není držitelem příslušného řídičského oprávnění nebo která vozidlo použila neoprávněně.
5. Pojistitel neposkytuje pojistné plnění tehdy, dojde-li k pojistné události z důvodu onemocnění, které již bylo před uzavřením pojištění přítomno či diagnostikováno, příp. z důvodu komplikací s tímto onemocněním spojených nebo na jeho následky. Pojištění v takovém případě zaniká bez náhrady.

III. Zvláštní ustanovení pro doplňkové úrazové pojištění

Článek 20 Druhy pojištění

V rámci doplňkového úrazového pojištění pojistitel sjednává:

- doplňkové pojištění pro případ smrti způsobené úrazem;
- doplňkové pojištění pro případ smrti úrazem následkem autonehody;
- doplňkové pojištění pro případ plné trvalé invalidity způsobené úrazem;
- doplňkové pojištění trvalých následků úrazu;
- denní odškodné za dobu nezbytného léčení úrazu;
- denní odškodné za dobu léčeni vyjmenovaných úrazů;
- pojistné plnění formou paušálních částek;
- pojištění odškodnění definovaných úrazů s asistenčními službami;
- pojištění hospitalizace následkem úrazu.

Uvedená pojištění lze sjednat v kombinacích a rozsahu určených pravidly pojistitele.

Článek 21 Rozsah doplňkového úrazového pojištění

Toto doplňkové úrazové pojištění se vztahuje na úrazy, které pojištěný utrpí v běžném životě, pokud tyto ZPP BON 2009/01 nebo pojistná smlouva nestanoví jinak.

Článek 22 Zánik doplňkového úrazového pojištění

Pro účely doplňkového úrazového pojištění se ustanovení čl. 7 navíc rozšiřuje o následující výpovědi ze strany pojistitele:

- a) výpověď doručená nejmeně 6 týdnů před uplynutím pojistného období, bylo-li za toto období řádně zaplacené pojistné; pojištění zanikne uplynutím pojistného období bez náhrady;
- b) doručeno do 3 měsíců ode dne doručení písemného oznámení vzniku pojistné události pojistiteli; výpovědní lhůta je 1 měsíc od doručení výpovědi, jejím uplynutím pojištění zanikne bez náhrady.

Článek 23 Pojistná událost

1. Pojistnou událostí ve smyslu tohoto doplňkového úrazového pojištění je úraz pojištěného ve smyslu čl. 5 odst. 3, se kterým je spojena povinnost pojistitele plnit.
2. Za pojistnou událost se nepovažuje úraz způsobený úmyslným jednáním pojištěného nebo jednáním jiné osoby z podnětu jakéhokoli účastníka pojištění.

3. Pojistná ochrana se nevztahuje na úrazy, které pojištěná osoba prodělala v minulosti nebo jejichž důsledky trpí v současné době. Takové úrazy a zároveň jejich příčiny, následky a komplikace jsou z pojistné ochrany vyloučeny. Pojistná ochrana se poskytuje zásadně jen na úrazy, ke kterým dojde až po počátku pojistné ochrany.
4. Pokud došlo k pojistné události, která je definována v pojistné smlouvě, a vznikl nárok na výplatu pojistného plnění, bude oprávněně osobě nebo obmyšlenému toto pojistné plnění vyplaceno. Pojistné plnění bude vypočteno na základě sjednané pojistné částky. Způsob a podmínky výplaty jsou specifikovány v čl. 24 až 32.
5. Pojistitel je oprávněn přezkoumat zdravotní stav pojištěného, a to i prohlídkou, příp. vyšetřením u lékaře, kterého pojistitel sám určí. Souvislé přezkoumání zdravotního stavu se škodní událostí a nepodrobí-li se pojištěný vyšetření ve stanoveném termínu bez náležitého odůvodnění, které je povinen pojistiteli sdělit ještě před termínem vyšetření, nebo vyšetření bez náležitého odůvodnění odmítne, není pojistitel povinen poskytnout pojistné plnění.

Článek 24 Smrt úrazem

1. Zemře-li pojištěný do 1 roku ode dne úrazu na následky tohoto úrazu, vyplatí pojistitel pojistnou částku sjednanou pro případ smrti následkem úrazu osobě, které po smrti pojištěného vzniklo právo na pojistné plnění.
2. Do pojistného plnění pro případ smrti se zahrnují platby, které byly pojištěnému vyplaceny jako pojistné plnění za trvalé následky z téhož úrazu. Byla-li pojistitelem plněna za trvalé následky úrazu vyšší částka, než je pojistná částka sjednaná pro případ smrti, pojistitel nemá právo na vrácení rozdílů těchto dvou plnění.
3. Za pojistnou událost se nepovažuje smrt pojištěného, ke které došlo v období do třetích narozenin pojištěného. V případě smrti v období do třetích narozenin pojištěného vyplatí pojistitel pojistníkovi částku odpovídající dosud zaplacenému pojistnému za pojištěná rizika, která se vztahují na život tohoto pojištěného.

Článek 25 Smrt úrazem následkem autonehody

1. Pojištění se sjednává pro případ úrazu účastníka provozu na pozemních komunikacích, ke kterému dojde v době trvání pojištění v příčinné souvislosti s provozem motorového vozidla a jehož následkem je smrt. Za úrazy vzniklé v příčinné souvislosti s provozem motorového vozidla se považují též úrazy, ke kterým dojde při nakládání a vykládání přepravovaných věcí a při nastupování a vystupování z motorového vozidla. Účastníkem provozu na pozemních komunikacích je každý, kdo se přímým způsobem účastní provozu na pozemních komunikacích.
2. Zemře-li pojištěný do 1 roku ode dne úrazu na následky tohoto úrazu, vyplatí pojistitel pojistnou částku sjednanou pro případ smrti úrazem následkem autonehody osobě, které po smrti pojištěného vzniklo právo na pojistné plnění.
3. Do pojistného plnění pro případ smrti úrazem následkem autonehody se zahrnují platby, které byly pojištěnému vyplaceny jako pojistné plnění za trvalé následky z téhož úrazu. Byla-li pojistitelem plněna za trvalé následky úrazu vyšší částka, než je pojistná částka sjednaná pro případ smrti, pojistitel nemá právo na vrácení rozdílu těchto dvou plnění.
4. Za pojistnou událost se nepovažuje smrt pojištěného, ke které došlo v období do třetích narozenin pojištěného vyplatí pojistitel pojistníkovi částku odpovídající dosud zaplacenému pojistnému za pojištěná rizika, která se vztahují na život tohoto pojištěného.
5. Pojištění se nevztahuje na úrazy, které si pojištěný způsobil při činnosti vozidla jako pracovního stroje.

Článek 26 Plná trvalá invalidita způsobená úrazem

Je-li v průběhu 1 roku ode dne úrazu nepochybně

prokázáno, že následkem úrazu je plná trvalá invalidita pojištěného, a pojištěný má sjednáno doplňkové pojištění pro případ plné trvalé invalidity způsobené úrazem, pojistitel vyplatí pojistné plnění z tohoto doplňkového pojištění. Plnou trvalou invaliditou se rozumí takové následky úrazu, při kterých součet jednotlivých stupňů invalidity stanovených v Tabulce pro hodnocení trvalých následků úrazu (dále jen "TTNU"), která je nedílnou součástí pojistné smlouvy, činí nejméně 100 %.

Článek 27

Trvalé následky úrazu

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. Stupeň invalidity v procentech určuje lékař pojistitele.
2. Týká-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.
3. Pojistitel má povinnost vyplatit pojistné plnění za trvalé následky úrazu vzniklé následkem úrazu, které objektivně nastaly během 1 roku ode dne úrazu, na základě písemné žádosti pojištěného. Pojistitel nemá povinnost plnit za trvalé následky úrazu, které se poprvé objektivně objevily po uplynutí 1 roku ode dne úrazu.
4. 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 se plnění teprve po uplynutí 1 roku ode dne úrazu.
5. Základem pro určení stupně invalidity je tabulka TTNU, která je nedílnou součástí pojistné smlouvy. Při částečné ztrátě orgánů či smyslu nebo částečné ztrátě funkce výše uvedených orgánů či smyslu se pro výpočet pojistného plnění použijí sazby vypočítané podílem ze sazeb z tabulky TTNU, která je nedílnou součástí pojistné smlouvy.
6. Nelze-li stanovit stupeň invalidity podle výše uvedených tabulek, stanoví se stupeň invalidity lékařským posudkem s ohledem na míru funkčnosti poškozeného orgánu.
7. 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 odst. 1, 2, 5 a 6, a o takto zjištěný rozsah předchozí invalidity se sníží pojistné plnění.
8. 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.
9. Zemře-li pojištěný:
 - a) během 1 roku ode dne úrazu na následky úrazu, nevzniká nárok na plnění za trvalé následky úrazu;
 - b) během 1 roku ode dne úrazu z důvodů, které nejsou v příčinné souvislosti s úrazem, vyplatí pojistitel plnění ve výši, která odpovídá předpokládanému stupni invalidity, stanovenému podle posledního lékařského posudku;
 - c) po uplynutí 1 roku ode dne úrazu na následky úrazu, vyplatí pojistitel plnění ve výši, která odpovídá předpokládanému stupni invalidity, stanovenému podle posledního lékařského posudku;
 - d) po uplynutí 1 roku ode dne úrazu z důvodů, které nejsou v příčinné souvislosti s úrazem, vyplatí pojistitel plnění ve výši, která odpovídá předpokládanému stupni invalidity, stanovenému podle posledního lékařského posudku.
10. Pojistným plněním pro trvalé následky úrazu je částka, která je odvozena od pojistné částky stanovené pojistnou smlouvou.

11. Progresivní pojistné plnění pro trvalé následky úrazu bude stanoveno následovně:

stupeň invalidity (SI)	výpočet výše pojistného plnění
0,001–30,00 %	jednonásobek pojistné částky
30,01–80,00 %	do 30 % SI jednonásobek pojistné částky
	část převyšující 30 % SI bude násobena pětkrát
80,01–100,00 %	do 30 % SI jednonásobek pojistné částky
	část převyšující 30 % SI bude násobena pětkrát
	část převyšující 80 % SI bude násobena šestkrát

Článek 28

Denní odškodné za dobu nezbytného léčení úrazu

- Dojde-li k úrazu, vyplátí pojistitel denní odškodné za dobu léčení tohoto úrazu. Pojistné plnění se určuje jako součin sjednané pojistné částky (denního odškodného) a počtu dnů léčení daného úrazu. Maximální doba léčení je dána oceňovací Tabulkou plnění denního odškodného za dobu nezbytného léčení úrazu (dále jen „TDO“), která je nedílnou součástí pojistné smlouvy.
- Není-li tělesné poškození v TDO uvedeno, určí lékař pojistitele výši plnění podle doby nezbytného léčení, která je přiměřená průměrné době nezbytného léčení dle rozsahu a povahy poškození.
- Bylo-li pojištěnému způsobeno několik tělesných poškození, plní pojistitel jen za dobu nejdelšího nezbytného léčení. Denní odškodné za dobu nezbytného léčení jednoho úrazu se proplácí nejdéle za dobu 365 dnů po dobu 2 let ode dne úrazu.
- Denní odškodné za dobu nezbytného léčení úrazu se vyplácí vždy od 1. dne léčení, pokud nezbytná doba léčení úrazu byla delší, než je stanovená karenční lhůta.
- Pokud si léčení úrazu do 24 hodin od okamžiku úrazu vyžadá pobyt v nemocnici delší než 24 hodin, zvyšuje se po dobu hospitalizace sjednaná částka denního odškodného na dvojnásobek. Hospitalizace musí být z lékařského hlediska nezbytná, přičemž za nezbytnou hospitalizaci se nepovažuje hospitalizace zapříčiněná výhradně nemožností poskytnout domácí péči či jinými osobními důvody ze strany pojištěného. Denní odškodné se navyšuje pouze v případě pobytu v nemocnici, která pracuje pod stálým odborným lékařským dozorem, disponuje dostatečnými diagnostickými a terapeutickými možnostmi, užívá vědecky obecně uznávané léčebné diagnostické metody, vede záznamy o zdravotním průběhu léčení a její provozování je v souladu s příslušnými platnými právními předpisy. Bude-li délka hospitalizace neúměrně delší, než je pro uvedený následek úrazu obvyklé, a toto prodloužení nebude v lékařské dokumentaci dostatečně odborně zdůvodněno, určí vyšší pojistného plnění lékař pojistitele.

Článek 29

Denní odškodné za dobu léčení vyjmenovaných úrazů

- Dojde-li k úrazu, který je uveden v oceňovací Tabulce plnění denního odškodného za dobu léčení vyjmenovaných úrazů (dále jen „TDOV“), jež je nedílnou součástí pojistné smlouvy, vyplátí pojistitel denní odškodné za počet dnů uvedený v této tabulce jako doba léčení.
- Bylo-li pojištěnému způsobeno několik tělesných poškození, plní pojistitel jen za dobu nejdelšího léčení podle TDOV. Denní odškodné za dobu léčení jedné pojistné události se proplácí nejdéle za dobu 365 dnů po dobu 2 let ode dne úrazu.
- Denní odškodné za dobu léčení úrazu se vyplácí vždy od 1. dne léčení. V případě pojistné události bude sjednaná pojistná částka vždy násobena počtem dnů uvedeným v TDOV, která je součástí smlouvy, a to i v případě, že skutečné léčení úrazu bude trvat menší nebo větší počet dnů.
- Pokud si léčení úrazu do 24 hodin od okamžiku úrazu vyžadá pobyt v nemocnici delší než 24 hodin, zvyšuje se po dobu hospitalizace sjednaná částka denního odškodného na dvojnásobek. Hospitalizace musí být z lékařského hlediska nezbytná, přičemž za nezbytnou hospitalizaci se nepovažuje hospitalizace zapříčiněná výhradně nemožností poskytnout domácí péči či jinými osobními důvody ze

strany pojištěného. Denní odškodné se vyplácí pouze v případě pobytu v nemocnici, která pracuje pod stálým odborným lékařským dozorem, disponuje dostatečnými diagnostickými a terapeutickými možnostmi, užívá vědecky obecně uznávané léčebné diagnostické metody, vede záznamy o zdravotním průběhu léčení a její provozování je v souladu s příslušnými platnými právními předpisy. Bude-li délka hospitalizace neúměrně delší, než je pro uvedený následek úrazu obvyklé, a toto prodloužení nebude v lékařské dokumentaci dostatečně odborně zdůvodněno, určí vyšší pojistného plnění lékař pojistitele.

Článek 30

Pojistné plnění formou paušálních částek

- Je-li v pojistné smlouvě dohodnuto pojistné plnění formou paušálních částek, je v případě pojistné události vyplacena ve smlouvě uvedená částka dle tabulek TTNÚ.
- Pokud je v pojistné smlouvě dohodnuto pojistné plnění formou paušálních částek a zároveň formou denního odškodného dle článku 28 nebo 29, bude v případě pojistné události pojistitel plnit z toho sjednaného pojistného krytí, z něhož bude vyplaceno pojistné plnění vyšší.

Článek 31

Pojištění odškodnění definovaných úrazů s asistenčními službami

- Dojde-li k úrazu, který je uveden v Tabulce odškodnění definovaných úrazů s asistenčními službami (dále jen „TDUA“), jež je nedílnou součástí pojistné smlouvy, vzniká pojištěnému nárok na pojistné plnění formou jednorázové výplaty. V takovém případě bude vyplaceno pojistné plnění určené jako procentuální podíl uvedený u konkrétního úrazu v TDUA ze sjednané pojistné částky uvedené v pojistné smlouvě.
- Utrpěl-li pojištěný v rámci jedné pojistné události současně několik úrazů uvedených v TDUA, plní pojistitel za tyto úrazy jen jeden, a to o pouze za ten úraz, z něhož vyplývá nárok na vyšší pojistné plnění. Maximální výše pojistného plnění pro jednu pojistnou událost je pojistná částka uvedená v pojistné smlouvě.
- Byla-li poraněná část těla poškozena nebo byl-li poraněn orgán poškozen již před úrazem, může být pojistné plnění sníženo, a to o procentuální podíl odpovídající procentuálnímu vyjádření poškození daného orgánu nebo části těla před úrazem.
- Pojistitel je oprávněn přezkoumat zdravotní stav pojištěného, a to i prohlídkou, příp. vyšetřením u lékaře, kterého pojistitel sám určil.
- Poskytnutí asistenčních služeb ve smyslu odst. 7 nezakládá právní nárok na pojistné plnění formou jednorázové výplaty dle odstavce 1 ani z ostatních úrazových pojištění uvedených v těchto ZPP BON 2009/01.
- Odškodnění definovaných úrazů s asistenčními službami se sjednává na dobu určitou, která činí 1 rok s tím, že uplynutím doby, na niž bylo toto pojištění sjednáno, 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, nebylo-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak.
- Asistenční služby
 - 1 V případě úrazu uvedeného v TDUA má pojištěný zároveň nárok na poskytnutí asistenčních služeb v rozsahu a po dobu, jež jsou uvedeny v TDUA.
 - 2 Asistenční službou se rozumí poskytnutí služeb uvedených v TDUA.
 - 3 Asistenční služby ve smyslu TDUA jsou poskytovány při současném splnění následujících podmínek:
 - úraz pojištěného uvedený v TDUA, ke kterému dojde v době platnosti pojištění;
 - uplatnění nároku formou telefonického nebo písemného podání žádosti o poskytnutí asistenčních služeb, a to nejdéle do jednoho roku ode dne úrazu;
 - omezení soběstačnosti pojištěného v důsledku úrazu uvedeného v TDUA ve smyslu 7.4;
 - doložení dokumentů vyžadovaných pojistitelem.
 - 4 Při splnění výše uvedených podmínek bude zahájeno poskytování asistenčních služeb v rozsahu uvedeném v TDUA do jednoho pracovního dne od doložení všech podkladů nutných pro rozhodnutí o nároku na poskytování asistenčních služeb. Nárok

na poskytování asistenčních služeb v rozsahu uvedeném v TDUA trvá po dobu omezení soběstačnosti v důsledku úrazu pojištěného, maximálně však po dobu uvedenou v TDUA. Omezením soběstačnosti se rozumí stav, kdy pojištěný potřebuje v důsledku úrazu pomoc jiné osoby při některých nezbytných životních úkonech (osobní hygiena, oblékání atp.). O rozsahu omezení soběstačnosti a následně o poskytnutí asistenčních služeb rozhoduje na základě předložených lékařských zpráv lékař pojistitele. Nárok na poskytování asistenčních služeb může být lékařem pojistitele přezkoumán též v průběhu poskytování asistenčních služeb.

- 7.5 Asistenční služby mohou být poskytnuty v průběhu pojistného roku max. ke třem úrazům uvedeným v TDUA.

- 7.6 Asistenční služby jsou poskytovány výlučně na území České republiky.

Článek 32

Pojištění hospitalizace následkem úrazu

- Pojistnou událostí je hospitalizace pojištěného v důsledku úrazu ve smyslu čl. 5. K úrazu a následně hospitalizaci musí dojít v době platnosti pojištění. Hospitalizací se rozumí poskytnutí nemocniční (lůžkové) péče pojištěnému (dále jen „hospitalizace“), která je z lékařského hlediska nezbytná a trvá minimálně 24 hodin. Z lékařského hlediska nezbytná hospitalizace je taková, kdy vzhledem k závažnosti a charakteru úrazu musí být ošetření a léčení provedeno v nemocnici v lůžkové části.
- Pojištění pro případ hospitalizace následkem úrazu se vztahuje na hospitalizaci poskytnutou na území České republiky a ostatních zemí Evropské unie.
- Pojistná událost začíná dnem přijetí pojištěného k hospitalizaci a končí dnem, kdy hospitalizace již není z lékařského hlediska nezbytná. Pojištěnému je za každý den hospitalizace vyplácena denní dávka, jejíž výše odpovídá sjednané pojistné částce.
- Denní dávka se vyplácí pouze v případě hospitalizace v lůžkové části nemocnice, která pracuje pod stálým odborným lékařským dozorem, disponuje dostatečnými diagnostickými, chirurgickými a terapeutickými možnostmi, užívá vědecky obecně uznávané léčebné a diagnostické metody, vede záznamy o zdravotním stavu a průběhu léčení a její provozování je v souladu s příslušnými platnými právními předpisy.
- Za lékařsky nezbytnou hospitalizaci se nepovažuje ústavní pobyt v případě, pokud hospitalizace souvisí s potřebou pečovatelské a opatrovnícké péče nebo je-li pobyt v nemocnici odůvodněn pouze nedostatkem domácí péče či jinými osobními poměry pojištěného.
- Hospitalizace za účelem ošetření zubů a zákroky v oblasti čelistní a zubní chirurgie v důsledku úrazu se považují za lékařsky nezbytné pouze v případě, že z lékařských důvodů není možné ambulantní ošetření.
- Denní dávky za hospitalizaci následkem úrazu pojistitel poskytuje maximálně za 90 dnů pobytu v nemocnici, ke kterému dojde v průběhu čtyř let od data úrazu.
- 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 denní dávku za každý den souběhu pouze jednou.
- Právo na pojistné plnění nevzniká při hospitalizaci v důsledku úrazu za dny, kdy se pojištěný v nemocnici nezdržoval, nebo pokud nemocniční ošetřování trvalo méně než 24 hodin.
- Země-li pojištěný během jednoho měsíce ode dne úrazu, nevzniká nárok na pojistné plnění za denní dávky z tohoto doplňkového pojištění.
- Pojistitel není povinen plnit při hospitalizaci následkem úrazu za léčebné doby:
 - a) v lázeňských zařízeních, léčebnách, centrech a sanatoriích, zotavovnách, dietetických zařízeních, léčebnách pro dlouhodobě nemocné a zvláštních dětských zařízeních;
 - b) v rehabilitačních zařízeních a centrech, kromě hospitalizace ve speciálních rehabilitačních zařízeních, kdy pojistitel vyjádřil s tímto pobytem předem písemný souhlas;
 - c) při hospitalizaci z důvodů kosmetických úkonů provedených za účelem léčení následků úrazu, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné;

- d) v psychiatrických léčebnách a jiných zdravotnických zařízeních v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu;
- e) při používání diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznány.

Článek 33

Změny v doplňkovém úrazovém pojištění

1. Vyplyvá-li pro novou profesní nebo jinou činnost pojištěného podle sazebníku platného v okamžiku změny nižší pojistné, platí toto pojistné od pojistného období následujícího po okamžiku, kdy bylo pojištěním prokazatelně doručeno oznámení o změně profesní nebo jiné činnosti, případně oznámení o jiné změně, z níž pojištěnému vzniká nárok na snížení pojistného.
2. Pokud v době pojistné události vykonával pojištěný změněnou profesní nebo jinou činnost, se kterou je spojeno zvýšení pojistného, aniž to pojištění oznámil, sníží pojištění plnění v poměru výše pojistného, které mělo být vzhledem k novým okolnostem placeno, k výši skutečně placeného pojistného. Snížení se provede bez ohledu na to, při jaké činnosti k úrazu došlo.
3. Pokud pojištění nebyla oznámena změna profesní nebo jiné činnosti, ze které vyplývá snížení pojistného, nebude v případě pojistné události výplata pojistného plnění navýšena. V tomto případě ani v případě pozdního oznámení změny profesní nebo jiné činnosti se přeplatky pojistného nevracejí.
4. Patří-li změněná profesní nebo jiná činnost k činnostem, které jsou podle interních směrnic pojištětele z doplňkového úrazového pojištění vyloučeny, má pojištění právo doplňkové úrazové pojištění vypovědět. Výpovědní lhůta je osmidenní, jejím uplynutím pojištění zanikne. Dojde-li k pojistné události, na jejíž vznik mohla mít přímý nebo zprostředkovaný vliv nově vykonávaná profesní či jiná činnost, která nebyla pojištěním oznámena, je pojištěním oprávněn pojistné plnění z takovéto pojistné události snížit až na nulovou hodnotu.
5. V souvislosti s věkem pojištěného dochází automaticky k následujícím změnám:
 - a) u 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 maximální výstupní věk stanovený pojištěním; ve výroční den pojistného roku, v němž pojištěná osoba – dítě dovrší výstupní věk, dochází ke zvýšení pojistného na pojistné platné pro pojištěnou osobu – dospělého; tuto změnu pojištění akceptuje úhradou upraveného pojistného v plné výši; neakceptuje-li pojištění tuto změnu pojištění uvedeným způsobem, snižují se pojistné částky daného pojištěného k uvedenému výročnímu dni v závislosti na poměru pojistného, které bylo sjednáno, k pojistnému, které by pojištěním náleželo pro pojištěnou osobu – dospělého; uplynutím výročního dne pojistného roku, v němž pojištěná osoba – dítě dosáhne maximálního výstupního věku stanoveného pojištěním, zaniká pojištění zložením s výplatou formou paušálních částek dle článku 30;
 - b) v případě 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 maximální výstupní věk pro pojištěnou osobu – dospělého stanovený pojištěním; v uvedený výroční den dochází ke změně rozsahu pojištění, pojistných částek a výše pojistného platného pro pojištěnou osobu – seniora; neakceptuje-li pojištění tuto změnu pojištění úhradou upraveného pojistného v plné výši, pojištění pro tuto pojištěnou osobu k uvedenému výročnímu dni zaniká;
 - c) ve výroční den pojistného roku, ve kterém pojištěná osoba – senior dovrší maximální výstupní věk stanovený pojištěním, pojištění pro tuto pojištěnou osobu zaniká. V případě pojištění více osob dochází dovršením maximálního výstupního věku pojištěné osoby – seniora automaticky ke změně výše pojistného.

Článek 34

Výluky z pojištění

1. Pojištění se nevztahuje na úrazy:
 - a) způsobené přímým nebo nepřímým působením

jaderné energie, ionizujících paprsků, radioaktivního nebo obdobného záření, s výjimkou případů, kdy k takovému tělesnému poškození došlo při léčebných postupech a zákrocích prováděných v souvislosti s úrazem, na který se pojištění vztahuje;

- b) vzniklé léčebnými postupy nebo zásahy, které si pojištěný na sobě sám provedl nebo si je nechal provést, pokud k nim nedošlo v souvislosti s úrazem, na který se pojištění vztahuje;
 - c) způsobené psychickou poruchou či poruchou vědomí, vlivem alkoholu, léků, toxických a omamných látek, v souvislosti se srdečním infarktem, mozkovou příhodou, epileptickým záchvatem, cukrovkou apod.;
 - d) které způsobily drobné poškození kůže a sliznic, ale mají za následek vniknutí infekčního činitele, který dříve nebo později způsobí onemocnění (toto se nevztahuje na vzteklinu a tetanus);
 - e) které způsobily drobné poškození kůže bez chirurgického ošetření;
 - f) které nastaly následkem onemocnění nebo následkem úrazů, které nastaly, byly diagnostikovány nebo prvotně léčeny před počátkem pojištění (např. onemocnění a úrazy kloubů, páteře atd.).
2. Pojištění se nevztahuje na úrazy vzniklé při rizikových sportech či jiných činnostech se zvýšeným nebezpečím vzniku úrazu. Jedná se zejména o úrazy vzniklé:
 - a) při použití leteckých prostředků a při seskoku padákem s výjimkou úrazů, které pojištěný utrpí jako osoba dopravovaná letadlem určeným pro cestující veřejnost; za dopravovanou osobu se nepovažuje člen posádky letadla ani jiná osoba činná při provozu nebo obsluze letadla;
 - b) při horolezectví, paraglidingu, bezmotorovém a motorovém sportovním létání, létání v balonech, při seskocích a letech s padákem z letadel i z výšin, při potápění, bungee jumpingu, raftingu, vodních sportech na divoké vodě apod.;
 - c) při účasti na motoristických závodech a soutěžích a při přípravných jízdách k nim; pojištění není povinen plnit ani v případech, kdy se pojištěný zúčastní těchto závodů a soutěží nebo přípravy na ně jako spolujezdec;
 - d) při účasti na celostátních nebo mezinárodních závodech v lyžování, snowboardingu, ve skocích na lyžích, závodech na bobech, skibobech, saních, skeletolech apod. a při oficiálním tréninku k nim.
 3. Pojištění se dále nevztahuje na úrazy vzniklé:
 - a) při přípravě nebo spáchání úmyslné trestné činnosti pojištěného či při pokusu o ni;
 - b) v souvislosti s válečnými událostmi všeho druhu a s teroristickými útoky všeho druhu, bez ohledu na to, zda k tělesnému poškození dojde bezprostředně, nebo zprostředkovaně;
 - c) při vnitrostátních násilných nepokojích, kterých se pojištěný aktivně zúčastnil na straně iniciátora nepokojů;
 - d) následkem sebevraždy nebo pokusu o ni;
 - e) při řízení motorového vozidla v případě, kdy se pojištěný odmítne podrobit vyšetření za účelem zjištění obsahu alkoholu, příp. jiných toxických či omamných látek v krvi;
 - f) při řízení motorového vozidla osobou, která není držitelem příslušného řídičského oprávnění nebo která vozidlo použila neoprávněně;
 - g) v případě předchozí operace kolena, hlezna nebo ramene před pojistnou událostí. Pojištění v takovém případě neposkytuje pojistné plnění v případě poškození měkkých kloubních struktur (vazů, chrupavek, apod.).

Článek 35

Omezení pojistného plnění

- Pojištěním je oprávněn snížit pojistné plnění až o jednu polovinu:
- a) jestliže pojištěný zemřel v souvislosti s jednáním, kterým způsobil jinému těžkou újmu na zdraví nebo smrt nebo které bylo v rozporu s dobrými mravy anebo kterým jinak hrubě porušil důležitý zájem společnosti;
 - b) došlo-li k úrazu po požití nebo v souvislosti s následky požívání alkoholu, návykových či omamných látek a okolností, za kterých k úrazu došlo, to odůvodňují.

IV. Zvláštní ustanovení pro doplňkové nemocenské pojištění

Článek 36

Druhy pojištění

V rámci doplňkového nemocenského pojištění pojištěním sjednává:

- doplňkové pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti;
- doplňkové pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici.

Jednotlivá doplňková nemocenská pojištění jsou samostatnými, na sobě nezávislými pojištěními, která se řídí těmito ZPP BON 2009/01, VPP POS 2005/01, dalšími ujednáními a pojistnou smlouvou.

IV. 1. Ustanovení pro doplňkové pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti

Článek 37

Vymezení pojmů

Pro účely sjednávání pojištění platí toto vymezení pojmů: denní dávkou je částka, kterou je pojištěním povinen plnit ve prospěch pojištěného za podmínek uvedených v pojistné smlouvě za jeden den pracovní neschopnosti pojištěného.

Článek 38

Předmět a rozsah doplňkového pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti

1. Pojištěním poskytuje osobám, které jsou v trvalém pracovním poměru nebo mají pravidelné příjmy ze samostatné výdělečné činnosti, denní dávku při pracovní neschopnosti způsobené nemocí nebo úrazem, pokud v jejím důsledku došlo ke ztrátě na výděleku.
2. Pojištěním je možné sjednat pro osoby s dobrým zdravotním stavem a s minimálním a maximálním věkem stanoveným pojištěním, které mají trvalé bydliště v České republice a které jsou v trvalém pracovním poměru nebo mají pravidelné příjmy ze samostatné výdělečné činnosti. Jiné osoby mohou být pojištěny pouze za zvláštních podmínek. Osoby vykonávající určitá povolání může pojištěním pojišťit s přírůžkou nebo je do pojištění nepřijmout.
3. Rozsah pojistné ochrany vyplývá z uzavřené pojistné smlouvy a těchto ZPP BON 2009/01 a vztahuje se na pojistné události vzniklé na území České republiky v době trvání pojištění.

Článek 39

Pojistná událost

1. Pojistnou událostí se rozumí ošetřujícím lékařem uznaná a potvrzená pracovní neschopnost pojištěného, která nastala v důsledku nemoci nebo úrazu pojištěného, k nimž došlo v době trvání pojištění (dále jen „pracovní neschopnost“). Nemocí se rozumí porucha tělesného zdraví pojištěného zjištěná a klasifikovaná podle všeobecně uznávaného stavu lékařské vědy.
2. Pojistná událost 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 plné či částečné invalidity anebo byly na základě lékařského posouzení splněny zákonné předpoklady pro uznání invalidity pojištěného.
3. Pracovní neschopností ve smyslu těchto ZPP BON 2009/01 se rozumí stav, kdy pojištěný v důsledku nemoci nebo úrazu nevykonává ani v omezené míře žádnou výdělečnou činnost ani nevykonává žádnou řídicí nebo kontrolní činnost. V této souvislosti musí být pojištěným vystaven doklad o pracovní neschopnosti podle zákona č. 187/2006 Sb. v platném znění (pokud má pojištěný nárok na nemocenské dávky podle zákona o nemocenském pojištění) nebo doklad pojištětele Potvrzení pracovní neschopnosti (pokud pojištěný nemá nárok na nemocenské dávky podle zákona o nemocenském pojištění).
4. Pokud je vystavena pracovní neschopnost současně pro více nemocí či úrazů, pak se denní dávka vyplácí pouze jednou.

Článek 40

Čekací lhůta

1. Nárok na pojistné plnění vzniká u pojistných událostí, které nastaly po uplynutí čekací lhůty.
2. Čekací lhůta činí tři měsíce a začíná běžet od 00.00

hodin dne následujícího po sepsání návrhu.

- Čekací lhůta odpadá při pracovní neschopnosti způsobené úrazem.

Článek 41

Zánik doplňkového pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti

- Pro účely doplňkového pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti se ustanovení čl. 7 navíc rozšiřuje o následující výpovědi ze strany pojistitele:
 - výpověď doručená nejméně 6 týdnů před uplynutím pojistného období, bylo-li za toto období řádně zaplacen pojistné; pojištění zanikne uplynutím pojistného období bez náhrady;
 - doručenou do 3 měsíců ode dne doručení písemného oznámení vzniku pojistné události pojistiteli; výpovědní lhůta je 1 měsíc od doručení výpovědi, jejím uplynutím pojištění zanikne bez náhrady.
- Doplňkové pojištění zaniká posledním dnem měsíce, ve kterém pojištěný přestal vykonávat zaměstnání nebo samostatnou výdělečnou činnost uvedenou v návrhu na uzavření pojistné smlouvy. V případě změny zaměstnání či podnikatelské činnosti lze v doplňkovém pojištění pokračovat, pokud se na tom účastníci doplňkového pojištění dohodnou.
- Doplňkové pojištění zaniká bez náhrady:
 - stornem přiznání starobního, příp. předčasného starobního důchodu;
 - dnem přiznání plného či částečného invalidního důchodu nebo dnem, kdy byly na základě lékařského posouzení splněny zákonné předpoklady pro uznání invalidity pojištěného.
- Doplňkové pojištění zaniká v den, kdy pojištěný přestane mít trvalé bydliště v České republice.

Článek 42

Práva a povinnosti pojistitele

Kromě dalších práv stanovených právními předpisy a uvedených ve VPP POS 2005/01 je pojistitel oprávněn zejména:

- Přezkoumat zdravotní stav pojištěného, a to i prohlídkou, příp. vyšetřením u lékaře, kterého pojistitel sám určí. Souvisí-li přezkoumání zdravotního stavu se škodní událostí a 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 průměrně snížit. Pokud pojištěný vyšetření odmítne nebo se vyšetřit nenechá, není pojistitel povinen plnit.
- Pojistitel je oprávněn zjišťovat i finanční situaci pojištěného. Pojištěný je povinen na žádost pojistitele předložit k tomuto účelu potřebné doklady, event. zprostředkovat instituce, které mohou potřebné informace poskytnout (zaměstnavatelé, úřady práce, finanční úřady, živnostenské úřady, Česká správa sociálního zabezpečení, zdravotní a jiné pojišťovny atp.).
- 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 43

Práva a povinnosti pojistníka a pojištěného

- Pojistník a pojištěný jsou povinni písemně oznámit do 15 dnů pojistiteli všechny změny týkající se skutečností, na které byly sjednány pojištění pojistitelem tázání nebo které jsou uvedeny v pojistné smlouvě. Zejména se jedná o změnu či ukončení zaměstnání, změnu, přerušení či ukončení samostatné výdělečné činnosti, změnu příjmu nebo změny mající vliv na stanovení výše sjednané denní dávky.
- Nastane-li pojistná událost, je pojištěný povinen:
 - doručit bez zbytečného odkladu, nejpozději ke dni dohodnutého počátku 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 manželem, rodičem, sourozencem ani dítětem pojištěného;
 - doložit potvrzení o trvání pracovního poměru;
 - zasílat při pokračující pracovní neschopnosti pojistiteli průběžně bez zbytečného odkladu, nejméně vždy po 2 týdnech, potvrzení ošet-

řujícího lékaře na formuláři pojistitele o trvání

- pracovní neschopnosti a o kontrolách u lékaře;
 - oznámit ukončení pracovní neschopnosti pojistiteli do 5 dnů ode dne ukončení;
 - umožnit pojistiteli kontrolu dodržování léčebného režimu; není-li pojistitel kontrola umožněna, má se za to, že léčebný režim nebyl dodržen.
- Porušili-li pojištěný některou z povinností uvedených v odst. 2 nebo některou z povinností sjednaných v pojistné smlouvě, je pojistitel oprávněn přiměřeně snížit pojistné plnění. Snížit pojistné plnění je pojistitel oprávněn také v případech uvedených v čl. 9, odst. 2 VPP POS 2005/01.

Článek 44

Pojistné plnění

- V případě pojistné události vyplácí pojistitel denní dávku sjednanou v pojistné smlouvě, nejvýše však ve výši pojistitelné denní dávky. Výše pojistitelné denní dávky je určována dle směrnice pojistitele, a to v závislosti na variantě pojištění sjednané v návrhu na uzavření pojištění. Je-li pojistitelná denní dávka závislá na výši čistých příjmů pojištěného, pak se od výše čistého 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 pojistitelů k vyrovnání své ztráty na výděлку.
- Čistým příjmem se rozumí:
 - příjmy ze závislé činnosti a funkční požitky podle zákona o daních z příjmů v platném znění; čistý příjem se dokládá potvrzením zaměstnavatele o výši příjmu za období posledních dvanácti měsíců před vznikem pojistné události;
 - příjmy z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti podle zákona o daních z příjmů v platném znění; čistý příjem se dokládá úplným výpisem přiznání k daní z příjmu za předchozí zdaňovací období, který byl vydán a ověřen (otiskem razítka) příslušným finančním úřadem.
- Denní dávka může být též sjednána jako paušální denní dávka. V tom případě se k pojistitelné denní dávce ve smyslu odst. 1 nepřihlíží.
- Denní dávka ve výplácí od určeného dne pracovní neschopnosti, který je stanoven v pojistné smlouvě. Nejpozději k tomuto dni je pojištěný povinen předložit pojistiteli ošetřujícím lékařem vystavené potvrzení o pracovní neschopnosti na formuláři pojistitele. V případě opožděného doručení je pojistitel povinen plnit až ode dne doručení tohoto potvrzení, ledaže pojištěný svoji povinnost nemohl z vážných důvodů splnit.
- V případě pracovní neschopnosti, na jejímž počátku byl pojištěný hospitalizován z důvodu úrazu, přičemž hospitalizace následovala bezprostředně po úrazu, poskytuje pojistitel pojistné plnění od počátku pracovní neschopnosti. Hospitalizace se rozumí z lékařského hlediska nutný pobyt v nemocnici přesahující 24 hodin.
- Po uplynutí dvou let trvání pojištění poskytuje pojistitel 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.
- Pokud denní dávka stanovená v pojistné smlouvě přesahuje pojistitelnou denní dávku podle odst. 1, je pojistitel oprávněn výši denní dávky upravit. Nově stanovená výše denní dávky je platná od počátku pojistné události, při které se pojistitel o změně výše příjmů dozvěděl.
- Denní dávka je vyplácena po dobu maximálně 365 dnů pro každou pojistnou událost. Nárok na vyplacení denní dávky končí spolu se zánikem pojištění.
- 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 výši pojistného plnění lékař pojistitele.
- Pojistné plnění je vypláceno pouze v případě, že se pojištěný po dobu trvání pracovní neschopnosti léčí u lékaře s platnou licenci v daném oboru, popř. v nemocnici, která je pod stálým odborným lékařským dozorem, disponuje dostatečnými diagnostickými a terapeutickými možnostmi, pracuje podle obecně uznávaných metod lékařské vědy a v souladu s platnými právními předpisy.

- Má-li pojištěný nárok na náhradu škody proti třetím osobám, je povinen tyto nároky až do výše pojistného plnění písemně postoupit pojistiteli. Vzdá-li se pojištěný takových nároků nebo práva k zajištění takových nároků bez vědomí pojistitele, je pojistitel zproštěn povinnosti plnit do té míry, do jaké by mohl požadovat od třetí osoby náhradu.

Článek 45

Výluky z pojištění

- Pojištění se nevztahuje na pracovní neschopnost pojištěného, k níž dojde:
 - v souvislosti s pokusem či spácháním úmyslné trestné činnosti pojištěným nebo s pokusem o ni;
 - v souvislosti s válečnými událostmi všeho druhu a s teroristickými útoky všeho druhu, bez ohledu na to, zda k tělesnému poškození dojde bezprostředně, nebo zprostředkovaně;
 - v souvislosti s vnitrostátními násilnými nepokoji, kterých se pojištěný aktivně zúčastnil na straně iniciátora nepokojů;
 - v souvislosti s pokusem o sebevraždu nebo úmyslným sebepoškozením;
 - po požití alkoholu či v souvislosti s následky požívání alkoholu nebo návykových či omamných látek;
 - v souvislosti s řízením motorového vozidla v případě, kdy se pojištěný odmítne podrobit vyšetření za účelem zjištění obsahu alkoholu, příp. jiných toxických či omamných látek;
 - v souvislosti s řízením vozidla osobou, která není držitelem příslušného řidičského oprávnění nebo která vozidlo použila neoprávněně;
 - v souvislosti s profesionálním provozováním sportu;
 - při účasti na motoristických závodech a soutěžích a při přípravných jízdách k nim; pojistitel není povinen plnit ani v případech, kdy se pojištěný zúčastní těchto závodů a soutěží nebo přípravy na ně jako spolujezdec;
 - v souvislosti s provozováním rizikových sportů, zejména horolezectví, paraglidingu, bezmotorového a motorového sportovního létání, létání v balonech, seskoků a letů s padákem z letadel i z výšin, sportů, bungee jumpingu, raftingu, vodních aktivit na divoké vodě apod.
- Dále není pojistitel povinen plnit při pracovní neschopnosti:
 - 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;
 - 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;
 - vzniklé při léčebných pobytech v lázeňských léčebnách, rehabilitačních centrech a sanatoriích, kromě těch případů, kdy je pobyt v nich z lékařského hlediska nezbytnou součástí léčby nemocí nebo úrazu a pojistitel 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 nemoc či úraz, které vznikly před počátkem pojištění a pro něž byl pojištěný před počátkem pojištění léčen, lékařsky sledován nebo byly v tom to období přítomny či diagnostikovány jejich příznaky;
 - během níž pojištěný porušil léčebný režim;
 - vzniklé následkem pracovního úrazu nebo choroby z povolání dle zákona o práci; kdy se pojištěný nezdržuje v místě svého trvalého bydliště s těmito výjimkami:
 - pojištěný je v lékařsky nutném nemocničním ošetření;
 - pojištěný opustil místo trvalého bydliště se souhlasem ošetřujícího lékaře;
 - v případě akutního onemocnění či úrazu je jeho návrat do místa trvalého bydliště z lékařského hlediska vyloučen.

Článek 46

Změny v pojištění

1. Při změně pojistné smlouvy z důvodu navýšení denní dávky se na navýšenou část vztahují čekací lhůty dle čl. 40.
2. Dozví-li se pojišťitel v průběhu pojištění, že došlo ke snížení čistého příjmu pojištěného oproti příjmům v době sjednání pojištění, upraví denní dávku s účinností od prvního dne měsíce následujícího poté, co se o této skutečnosti dozvěděl. Pojistné do data účinnosti změny náleží pojišťiteli.

IV. 2. Ustanovení pro doplňkové pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici

Článek 47

Vymezení pojmů

Pro účely sjednávání pojištění platí toto vymezení pojmů: denní dávkou je částka, kterou je pojišťitel povinen plnit ve prospěch pojištěného za podmínek uvedených v pojistné smlouvě za jeden den hospitalizace pojištěného.

Článek 48

Předmět a rozsah doplňkového pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici

1. V případě pojistné události poskytuje pojišťitel denní dávku při pobytu v nemocnici.
2. Pojištění je možné sjednat pro osoby s dobrým zdravotním stavem a s minimálním a maximálním věkem stanoveným pojišťitelem. Jiné osoby mohou být pojištěny za zvláštních podmínek. Osoby vykonávající určitá povolání může pojišťitel pojištit s přírážkou nebo je do pojištění nepřijmout. Pojištěný musí mít trvalé bydliště v České republice.
3. Pojistná ochrana se vztahuje na hospitalizaci poskytnutou na území České republiky a ostatních zemí EU.

Článek 49

Pojistná událost

1. Pojistnou událostí se rozumí poskytnutí nemocniční (lůžkové) péče pojištěnému, která je z lékařského hlediska nezbytná v důsledku nemoci nebo úrazu (dále jen „hospitalizace“) a která nastala v době trvání pojištění. Pojistnou událostí je též hospitalizace zapříčiněná těhotenstvím a porodem.
2. Pojistná událost začíná dnem přijetí pojištěného k hospitalizaci a končí dnem, kdy hospitalizace již není z lékařského hlediska nezbytná. Za nezbytnou hospitalizaci se nepovažuje hospitalizace zapříčiněná výhradně nemožností poskytnout domácí péči či jinými osobními důvody (okolnostmi) ze strany pojištěného.
3. Pojistnou událostí ve smyslu těchto ZPP BON 2009/01 je hospitalizace trvajících minimálně 24 hodin.
4. Nemocí se rozumí porucha tělesného zdraví pojištěného zjištěná a klasifikovaná podle všeobecně uznávaného stavu lékařské vědy.

Článek 50

Čekací lhůty

1. Nárok na pojistné plnění vzniká u pojistných událostí, které nastaly po uplynutí čekací lhůty.
2. Čekací lhůta činí tři měsíce a začíná běžet od 00.00 hodin dne následujícího po sepsání návrhu.
3. Zvláštní čekací lhůta devíti měsíců je dána pro případ hospitalizace v souvislosti s těhotenstvím a porodem. Tato čekací lhůta odpadá, jestliže lékařem stanovený termín porodu je minimálně devět měsíců po počátku pojištění.
4. Čekací lhůta odpadá při:
 - a) úrazech;
 - b) akutních infekčních onemocněních s hospitalizací na infekčním oddělení.

Článek 51

Zánik doplňkového pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici

1. Pro účely doplňkového pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti se ustanovení čl. 7 navíc

rozšiřuje o následující výpovědi ze strany pojišťitele:

- a) výpověď doručena nejméně 6 týdnů před uplynutím pojistného období, bylo-li za toto období řádně zapláceno pojistné; pojištění zanikne uplynutím pojistného období bez náhrady;
 - b) doručenu do 3 měsíců ode dne doručení písemného oznámení vzniku pojistné události pojišťiteli; výpovědní lhůta je 1 měsíc od doručení výpovědi, jejím uplynutím pojištění zanikne bez náhrady.
2. Doplňkové pojištění zaniká v den, kdy pojištěný přestane mít trvalé bydliště v České republice.

Článek 52

Práva a povinnosti pojišťitele, pojistníka a pojištěného

Kromě dalších práv stanovených právními předpisy a uvedených ve VPP POS 2005/01 je pojišťitel oprávněn zejména:

1. Přezkoumat zdravotní stav pojištěného, a to i prohlídkou, příp. vyšetřením u lékaře, kterého pojišťitel sám určil. Souvisí-li přezkoumání zdravotního stavu se škodní událostí a nepodrobí-li se pojištěný vyšetření ve stanoveném termínu bez náležitého odůvodnění, které je povinen pojišťiteli sdělit ještě před termínem vyšetření, je pojišťitel oprávněn pojistné plnění přiměřeně snížit. Pokud pojištěný vyšetření odmítne nebo se vyšetřit nenechá, není pojišťitel povinen plnit.
2. Při vzniku úrazu nebo při onemocnění je pojištěný povinen:
 - a) vyhledat lékařskou pomoc bez zbytečného odkladu, svědomitě dodržovat rady lékaře a stanovený léčebný režim a vyloučit veškerá jednání, která brání uzdravení;
 - b) zaslat pojišťiteli bez zbytečného odkladu po ukončení hospitalizace doklady uvedené v čl. 53.
3. Mělo-li vědomé porušení povinností uvedených v tomto článku podstatný vliv na vznik nebo zvětšení rozsahu pojistné události, je pojišťitel oprávněn pojistné plnění snížit podle toho, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinnosti plnit.

Článek 53

Pojistné plnění

1. Denní dávka se vyplácí za každý den hospitalizace, pokud není v pojistné smlouvě ujednáno jinak.
2. V případě hospitalizace v důsledku onemocnění nebo komplikací souvisejících s těhotenstvím se denní dávka vyplácí maximálně po dobu 14 dní pro každé těhotenství.
3. Nárok na výplatu denní dávky nevzniká za dny, kdy se pojištěný v nemocnici vůbec nezdržoval, nebo pokud pobyt v nemocnici trval méně než 24 hodin. Nárok na vyplácení denní dávky končí spolu se zánikem pojištění.
4. Denní dávka se vyplácí pouze v případě pobytu v nemocnici, která pracuje pod stálým odborným lékařským dozorem, disponuje dostatečnými diagnostickými a terapeutickými možnostmi, užívá vědecky obecně uznávané léčebné a diagnostické metody, vede záznamy o zdravotním stavu a průběhu léčení a její provozování je v souladu s příslušnými platnými právními předpisy.
5. Jako doklad o vzniku pojistné události je třeba předložit potvrzení o nemocniční lůžkové péči na formuláři pojišťitele spolu s kopií propouštěcí zprávy.
6. 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 vyšší pojistného plnění lékař pojišťitele.
7. V případě hospitalizace bezprostředně po úrazu poskytuje pojišťitel pojistné plnění ve vyšší dvojnásobku dohodnuté denní dávky.

Článek 54

Vyluky z pojištění

1. Pojištění se nevztahuje na pojistné události, k nimž dojde:

- a) v souvislosti s přípravou či spácháním úmyslné trestné činnosti pojištěným nebo pokusem o ni;
 - b) v souvislosti s válečnými událostmi všeho druhu a s teroristickými útoky všeho druhu, bez ohledu na to, zda k tělesnému poškození dojde bezprostředně, nebo zprostředkovaně;
 - c) v souvislosti s vnitrostátními násilnými nepokoji, kterých se pojištěný aktivně zúčastnil na straně iniciátora nepokojů;
 - d) v souvislosti s pokusem o sebevraždu nebo úmyslným sebepoškozením;
 - e) po požití alkoholu či v souvislosti s následky požívání alkoholu nebo návykových či omamných látek;
 - f) v souvislosti s řízením motorového vozidla v případě, kdy se pojištěný odmítne podrobit vyšetření za účelem zjištění obsahu alkoholu, příp. jiných toxických či omamných látek v krvi;
 - g) v souvislosti s řízením vozidla osobou, která není držitelem příslušného řidičského oprávnění nebo která vozidlo použila neoprávněně;
 - h) v souvislosti s profesionálním provozováním sportu;
 - i) při účasti na motoristických závodech a soutěžích a při přípravných jízdách k nim; pojišťitel není povinen plnit ani v případech, kdy se pojištěný zúčastní těchto závodů a soutěží nebo přípravy na ně jako spolujezdec;
 - j) v souvislosti s provozováním rizikových sportů, zejména horolezectví, paraglidingu, bezmotorového a motorového sportovního létání, létání v balonech, seskoků a letů s padákem z letadel i z výšin, potápění, bungee jumpingu, raftingu, vodních sportů na divoké vodě apod.
2. Dále se pojištění nevztahuje na:
 - a) 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;
 - b) hospitalizaci pojištěného v psychiatrických léčebnách a v jiných zdravotnických zařízeních v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu;
 - c) hospitalizaci pojištěného v protialkoholní léčebně a při léčbě toxikomanie a jiných závislostí;
 - d) pojistné události, které vznikly v důsledku používání diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznány;
 - e) hospitalizaci z důvodů kosmetických úkonů, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné;
 - f) léčebné pobyty v lázeňských zařízeních a sanatoriích a při léčebném pobytu v rehabilitačních zařízeních;
 - g) nemoc či úraz, které vznikly před počátkem pojištění a pro něž byl pojištěný před počátkem pojištění léčen, lékařsky sledován nebo byly v tomto období přítomny či diagnostikovány jejich příznaky;
 - h) hospitalizaci související pouze s potřebou pečovatelské a opatrovnické péče.

Článek 55

Změny v pojištění

Při změně pojistné smlouvy z důvodu navýšení denní dávky se na navýšenou část vztahují čekací lhůty dle čl. 50.