



Generali Pojišťovna a.s.
generální ředitelství

Bělehradská 132, 120 84 Praha 2, Česká republika

Zvláštní pojistné podmínky pro rizikové životní pojištění (ZPP RŽP 2013/04)

I. Obecná ustanovení

Článek 1 Úvodní ustanovení

Pro rizikové 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 zákon č. 37/2004 Sb., o pojištění smlouvě, občanský zákoník a ostatní obecně závazné právní předpisy České republiky, všeobecné pojistné podmínky pro soukromé pojištění osob (dále jen VPP POS 2013/03), tyto ZPP RŽP 2013/04, 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;
- pojištěným č. 1 je pojištěný, jenž je v návrhu na uzavření pojistné smlouvy a v pojistce uveden jako první v pořadí;
- dalším pojištěným je pojištěný, jenž je v návrhu 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 návrhu na uzavření pojistné smlouvy a v pojistce; rozdělení pojištěných dle vstupního věku je uvedeno v informacích pro klienta, které jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.

Článek 3 Druhy pojištění

V rámci tohoto pojištění se sjednává životní pojištění pojištěného č. 1 (dále jen „životní pojištění“) a dále lze sjednat následující doplňková pojištění pojištěného č. 1 a dalších pojištěných:

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

Doplňková pojištění lze sjednat pro pojištěného č. 1, jakož i pro další pojištěné, není-li dále stanoveno jinak.

Článek 4 Pojistná doba

Není-li ujednáno jinak, sjednává se pojištění na dobu určitou stanovenou v pojistné smlouvě.

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 tří let věku pojištěného. V případě smrti v období do tří let věku pojištěného vyplácí pojistitel pojistníkovi částku odpovídající pojistnému zaplacenému za všechna pojištěná rizika, která se vztahují na život tohoto pojištěného.
- Je-li pojistnou událostí ve smyslu pojistné smlouvy úraz pojištěného, rozumí se úrazem neočekávaná a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného nebo neočekáva-

né 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, šlach, vaziva a pouzder kloubů v důsledku náhlé odchylky od běžného pohybu.

3.2 Úrazem nejsou: nemoci včetně infekčních nemocí;

- srdeční infarkt; mozková mrtvice; amocce sítnice; duševní choroby a poruchy, a to i když se dostavily jako následky úrazu; 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 tlivových váčků, šlachových 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. neurozy nebo psychoneurozy.

- V případě oznámení škodné události a předložení cizojazyčných podkladů je ten, kdo uplatňuje nárok na pojistné plnění, povinen obstarat příslušné lékařské zprávy a ostatní relevantní dokumenty a tyto předat pojistiteli přeložené do českého jazyka. Toto ustanovení neplatí pro podklady ve slovenském jazyce. Překlad 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 závislé na alkoholu a jiných návykových toxických či omamných látkách. Dále se za nepojistitelné osoby považují osoby, u nichž byla před sjednáním pojištění diagnostikována přítomnost viru HIV nebo bylo diagnostikováno onemocnění AIDS.
- 1.2 Pro doplňkové pojištění plné invalidity, doplňkové pojištění invalidity II. a III. stupně, doplňkové pojištění závažných onemocnění, doplňkové pojištění onkologických onemocnění, doplňkové úrazové a doplňkové nemocenské pojištění jsou nepojistitelnými osobami osoby stížené nervovou nebo duševní poruchou, která není jen přechodná, a dále osoby, které pobírají invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně, nebo osoby, u nichž byly na základě lékařského posouzení splněny zákonné předpoklady pro uznání jejich invalidity třetího stupně, nebo osoby, které jsou k datu sjednání pojištění v dočasné pracovní neschopnosti. Míru přechodnosti má právo určit pojistitel. Lékařské

posouzení pojistitelnosti provede lékař stanovený pojistitelem.

- 1.3 Pro doplňkové pojištění plné invalidity, doplňkové pojištění invalidity II. a III. stupně, doplňkové pojištění závažných onemocnění, doplňkové pojištění onkologických onemocnění a doplňkové nemocenské pojištění jsou nepojistitelnými osobami osoby, které pobírají invalidní důchod pro invaliditu prvního nebo druhého stupně, nebo osoby, u nichž byly na základě lékařského posouzení splněny zákonné předpoklady pro uznání invalidity prvního, nebo druhého stupně. Lékařské posouzení pojistitelnosti provede lékař stanovený pojistitelem.
- 1.4 Pro doplňkové pojištění závažných onemocnění jsou nepojistitelnými osobami osoby, u nichž před sjednáním pojištění již byla indikována operace anebo diagnostikováno některé ze závažných onemocnění, na která se vztahuje toto doplňkové pojištění, nebo byly přítomny jejich příznaky.
- 1.5 Pro doplňkové pojištění onkologických onemocnění jsou nepojistitelnými osobami osoby, u nichž před sjednáním pojištění již bylo diagnostikováno některé z onkologických onemocnění, na které se vztahuje toto doplňkové pojištění, nebo byly přítomny jejich příznaky. Dále jsou nepojistitelnými osobami osoby, u kterých již byla před sjednáním pojištění provedena biopsie nebo histologické vyšetření s pozitivním nálezem nebo kterým bylo provedeno genetické vyšetření s pozitivním nálezem BRCA 1 nebo BRCA 2 nebo obdobných genů ukazujících na predispozici k nádorovým onemocněním.
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 právo pojištění vypovědět ve lhůtě 3 měsíců ode dne, kdy se o této skutečnosti dozvěděl. Pojištění zanikne uplynutím 3 dnů ode dne doručení výpovědi pojistníkovi. Toto ustanovení se nevztahuje na doplňkové nemocenské pojištění.

Článek 7 Zánik pojištění

1. Pojištění zaniká způsoby uvedenými ve VPP POS 2013/03 v čl. 5. Pojištění dále zaniká způsoby uvedenými v odst. 2 až 10 tohoto článku.
2. Dnem smrti pojištěného č. 1 zanikají veškerá sjednaná pojištění.
3. Zanikne-li pojištění výpovědí ze strany pojistníka, jedná se o výpověď:
 - doručenou do 2 měsíců od počátku pojištění; výpovědní lhůta je osmidená, jejím uplynutím pojištění zanikne; pojistitel má nárok na pojistné do doby zániku pojištění;
 - doručenou alespoň 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.
4. Zanikne-li pojištění výpovědí ze strany pojistitele, jedná se o výpověď doručenu do 2 měsíců od počátku pojištění; výpovědní lhůta je osmidená

- ní, jejím uplynutím pojištění zanikne; pojistitel má nárok na pojistné do doby zániku pojištění.
5. Nroem doručení písemného oznámení o odmítnutí pojistného plnění zaniká pojištění bez náhrady. Pojistitel má právo odmítnout pojistné plnění za podmínek uvedených v těchto ZPP RŽP 2013/04 a VPP POS 2013/03.
 6. Odstoupením od pojistné smlouvy se smlouva od počátku ruší. Pojistitel v takovém případě vrátí pojistníkovi zaplacené pojistné po odečtení nákladů prokazatelně vzniklých v souvislosti s uzavřením a správou daného pojištění. Pojistník nebo pojištěný, který není současně pojistníkem, popřípadě obmyšlený, jsou povinni vrátit pojistiteli částku vyplaceného pojistného plnění, která přesahuje výši zaplaceného pojistného. Pojistník a pojistitel mají právo odstoupit od pojistné smlouvy za podmínek uvedených ve VPP POS 2013/03. Pojistník je povinen zaslat odstoupení od pojistné smlouvy na adresu sídla pojistitele.
 7. 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 nevylučuje-li se účastník do 1 měsíce od doručení, má se za to, že s úkonem pojistitele souhlasí.
 8. Pojištění zaniká výpovědí pojistitele dle čl. 6, odst. 2. Stane-li se pojištěný v době trvání pojištění nepojistitelnou osobou, má pojistitel právo pojištění vypovědět ve lhůtě 3 měsíců ode dne, kdy se o této skutečnosti dozvěděl. Pojištění zanikne uplynutím 8 dnů ode dne doručení výpovědi pojistníkovi. V případě výpovědi pojištění pojištěného č. 1 ve smyslu čl. 6 odst. 1.1 zanikají veškerá pojištění pro všechny pojištěné osoby.
 9. Pojištění zaniká též dovršením maximálního výstupního věku pojištěného stanoveného pojistitelem pro jednotlivá pojištění.
 10. Doplnková pojištění zanikají nejpozději dnem zániku životního pojištění.

Článek 8 Pojistné

1. Aktuální věk pojištěného se stanoví rozdílem aktuálního kalendářního roku a kalendářního roku narození pojištěného.
2. 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 (vyjma změny věku a zdravotního stavu pojištěného) je možné i v průběhu pojistné doby.
3. Pojistitel má nárok na poplatky podle čl. 11.
4. Odlišně od čl. 8 odst. 6 VPP POS 2013/03 se ujednává, že v případě smrti pojistníka, není-li zároveň pojištěným č. 1, resp. zániku právnické osoby jako pojistníka, vstupuje na jeho místo pojištěný č. 1. Není-li pojištěný č. 1 zletilý, vstupuje na místo pojistníka zletilý pojištěný s nejvyšším aktuálním věkem. Není-li ho, vstupuje na místo pojistníka zákonný zástupce nezletilého pojištěného s nejvyšším aktuálním věkem.
5. Případné přeplatky pojistného na pojistné smlouvě jsou zúčtovány po zániku pojištění pro případ smrti pojištěného č. 1. Pojistník je oprávněn písemně požádat pojistitele o vrácení přeplatků dříve. Přeplatky pojistného nejsou zhodnocovány.
6. V průběhu pojistné doby může dojít ke změně výše pojistného v důsledku:
 - změny pojistné smlouvy nebo změny rozsahu pojištění (zahrnutí, vyloučení pojištěných osob; zahrnutí, vyloučení doplňkových pojištění; změny profesní, sportovní nebo jiné činnosti; změny pojistné doby, pojistného období nebo způsobu placení; jiných změn obdobného charakteru);
 - uplynutí pojistné doby doplňkových pojištění nebo jejich zániku;
 - dovršení výstupních věků doplňkových pojištění;
 - kratší doby placení u doplňkových pojištění s klesající pojistnou částkou;
 - ustanovení čl. 24 odst. 5 a čl. 25 odst. 5 ZPP RŽP 2013/04.

Článek 9 Změny pojištění

1. 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 účinnosti změny, avšak nejdříve v 00.00 hodin dne provedení změny pojistitelem.

2. Pojistitel je oprávněn provést posouzení rizika i v průběhu pojistné doby, jestliže požadovaná změna mění rozsah poskytované pojistné ochrany dle odst. 4 až 5.
3. Pojistník a pojištěný jsou povinni oznámit všechny změny týkající se skutečnosti, na které byli při sjednávání pojištění pojistitelem tázáni, nebo uvedených v pojistné smlouvě, jak je uvedeno ve VPP POS 2013/03, článek 8, odst. 2.
4. Pojistník je oprávněn kdykoli písemně požádat o změnu rozsahu pojištění. Pojistitel není povinen žádosti o změnu vyhovět.
5. Je-li se změnou, na které se účastníci pojištění dohodli, spojena změna výše běžného pojistného, je změna pojistné ve změně výši splatné k datu účinnosti změny.
6. Pokud pominou důvody, pro které byla poskytnuta sleva nebo přírůžka, jsou pojistník a pojištěný povinni tuto skutečnost pojistiteli písemně oznámit a pojistitel je oprávněn slevu nebo přírůžku od následujícího pojistného období odebrat.
7. 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.
8. Všechny požadované změny mohou být provedeny pouze na základě písemné žádosti pojistníka, příp. pojistníka se souhlasem pojištěného, nevyhradil-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 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 Oprávněné osoby

1. 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.
2. 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.
3. Není-li v době pojistné události, kterou je smrt pojištěného, určen obmyšlený nebo nenabude-li právo na pojistné plnění, nabývají tohoto práva tyto osoby:
 - a) manžel/ka pojištěného;
 - b) není-li ho/jí, děti pojištěného;
 - c) nejsou-li osoby uvedené v bodě b) tohoto odstavce, rodiče pojištěného;
 - d) 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;
 - e) není-li ani těchto osob, dědici pojištěného. Případně-li dědiců jako odumřel státu, nevzniká mu právo na pojistné plnění.
4. V průběhu pojištění může být obmyšlený měněn pouze se souhlasem pojištěného. Změna musí být učiněna písemně a je účinná dnem jejího doručení pojistiteli.
5. 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.
6. Je-li obmyšleným nezletilý nebo osoba, která nemá plnou způsobilost k právním úkonům, bude

případně pojistné plnění ve prospěch této osoby vyplaceno osobě určené soudem.

7. 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 a se souhlasem osob, v jejich prospěch bylo pojistné plnění vinkulováno. Účinnost vinkulace nebo jejího zrušení nastává nejdříve dnem, kdy pojistitel obdržel písemný souhlas příslušné osoby s vinkulací, resp. jejím zrušením. Pohledávku z pojištění lze postoupit nebo zastavit. Pokud je pojistník odlišný od pojištěného, může pohledávku z pojištění postoupit nebo zastavit jen se souhlasem pojištěného.

Článek 13 Vztah mezi doplňkovými pojištěními a životním pojištěním

1. Doplňkové životní pojištění, doplňkové úrazové pojištění ani doplňkové nemocenské pojištění nelze sjednat samostatně; tato pojištění lze sjednat pouze současně se sjednáním životního pojištění. Doplňková pojištění zanikají nejpozději dnem zániku životního pojištění.
2. Pokud není ujednáno jinak, je pojistná doba doplňkového pojištění shodná s pojistnou dobou životního pojištění. Doplňkové pojištění zaniká však nejpozději k výročním dni v roce, ve kterém pojištěný dosáhl maximálního výstupního věku stanoveného pojistitelem.

Článek 14 Závěrečná ustanovení

Těmito ZPP RŽP 2013/04 se řídí právní vztahy vzniklé z pojistných smluv uzavřených od 1. 3. 2013 včetně, stejně jako právní vztahy vzniklé z pojistných smluv uzavřených do 1. 3. 2013, pokud si tak smluvní strany ujednaly.

II. Zvláštní ustanovení pro životní pojištění

Článek 15 Druhy pojištění

V rámci tohoto životního pojištění pojistitel sjednává: pojištění pro případ smrti pojištěného č. 1 (pojištění obnosové).

Článek 16 Pojistná událost

1. Pojistnou událostí se v životním pojištění rozumí smrt pojištěného č. 1, nastane-li během pojistné doby.
2. K prokázání pojistné události 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 blízkých 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.
3. Na žádost pojistitele je třeba rovněž předložit i další doklady, které jsou nezbytné pro šetření pojistitele ve věci pojistné události. Náklady spojené s obstaráním výše uvedených podkladů hradí ten, kdo uplatňuje nárok vůči pojistiteli.

Článek 17 Pojistné plnění

1. Součástí pojištění nejsou opce ani bonusy.
2. U tohoto pojištění nevzniká nárok na odkupné.
3. V případě smrti pojištěného č. 1 vyplatí pojistitel obmyšlenému určenému v pojistné smlouvě, není-li určen, oprávněným osobám dle čl. 12, pojistnou částku určenou pojistnou smlouvou.

Článek 18 Výluky a omezení pojistného plnění

1. Pojistitel neposkytne pojistné plnění, nastane-li smrt pojištěného č. 1:
 - a) v důsledku sebevraždy, k níž dojde do dvou let od počátku pojištění nebo do dvou let od zvýšení rozsahu pojistné ochrany ve prospěch pojištěného č. 1 podle čl. 9, příp. od reaktivece pojistné smlouvy; v případě zvýšení rozsahu po-

jistné ochrany se toto omezení vztahuje pouze na navýšený rozsah pojistné ochrany;

- b) v přímé nebo nepřímé souvislosti s nukleární katastrofou;
 - c) následkem přímé nebo nepřímé účasti:
 - na bojových akcích nebo jiných válečných operacích;
 - při vnitrostátních nepokojích (vzpouře či povstání s výjimkou smrti pojištěného č. 1, ke které došlo při plnění služby v armádě nebo u Policie ČR v České republice při potlačování vnitrostátních nepokojů);
 - d) při aktivní účasti na závodech nebo trénincích v pozemních, vzdušných nebo vodních dopravních prostředcích;
 - e) při použití leteckých prostředků s výjimkou případů, kdy ke smrti pojištěného č. 1 došlo v letadle určeném pro cestující veřejnost, kde byl pojištěný č. 1 jako dopravovaná osoba – cestující; za dopravovanou osobu se nepovažuje člen posádky letadla ani jiná osoba činná při provozu nebo obsluze letadla; a dále se pojištění nevztahuje na úmrtí, ke kterému dojde 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.;
 - f) při řízení motorového vozidla osobou, která není držitelem příslušného řídičského oprávnění nebo která vozidlo použila neoprávněně.
2. Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění až o jednu polovinu:
- a) jestliže pojištěný č. 1 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 důležité zájem společnosti;
 - b) dojde-li ke smrti pojištěného č. 1 po požití nebo v souvislosti s požíváním alkoholu nebo po aplikaci návykových toxických či omamných látek pojištěným č. 1 a je zde dána příčinná souvislost se vznikem pojistné události.
3. Pokud byly v důsledku nepravdivého uvedení data narození nebo zdravotního stavu pojištěného č. 1 stanoveny nesprávné technické parametry pojištění (pojistné, pojistná doba, pojistná částka), je pojistitel oprávněn pojistné plnění přiměřeně snížit.
4. V případě nevyplnění zdravotního dotazníku při sjednání pojištění neposkytuje pojistitel pojistné plnění, dojde-li k pojistné události do dvou let od sepsání návrhu 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 životní pojištění

Článek 19 Druhy pojištění

- V rámci doplňkového životního pojištění lze sjednat:
- doplňkové pojištění plné invalidity (pojištění obnosové);
 - doplňkové pojištění invalidity II. a III. stupně (pojištění obnosové);
 - doplňkové pojištění závažných onemocnění (pojištění obnosové);
 - doplňkové pojištění onkologických onemocnění (pojištění obnosové);
 - doplňkové pojištění pro případ smrti dalšího pojištěného (pojištění obnosové).

III. 1. Obecná část pro doplňkové životní pojištění

Článek 20

Pojistné plnění doplňkových životních pojištění

1. Pojistné plnění z každého z uvedených doplňkových pojištění, tedy z doplňkového pojištění plné invalidity, doplňkového pojištění invalidity II. a III. stupně, doplňkového pojištění závažných onemocnění, doplňkového pojištění onkologických onemocnění může být vyplaceno pouze jednou.
2. Při změně pojištění z důvodu navýšení pojistné částky doplňkového pojištění plné invalidity se na navýšenou část pojistné částky vztahuje v případě pojistného plnění lhůta dvou let z důvodu nemoci, uvedená v čl. 22. odst. 3. písm. a).

3. Při změně pojištění z důvodu navýšení pojistné částky doplňkového pojištění invalidity II. a III. stupně se na navýšenou část pojistné částky vztahuje v případě pojistného plnění lhůta dvou let z důvodu nemoci, uvedená v čl. 23 odst. 3 písm. a).
4. Při změně pojištění z důvodu navýšení pojistné částky doplňkového pojištění závažných onemocnění se na navýšenou část pojistné částky vztahuje v případě pojistného plnění lhůta tří měsíců, uvedená v čl. 24. odst. 2.
5. Při změně pojištění z důvodu navýšení pojistné částky doplňkového pojištění onkologických onemocnění se na navýšenou část pojistné částky vztahuje v případě pojistného plnění lhůta tří měsíců, uvedená v čl. 25 odst. 2.

Článek 21

Zánik doplňkového životního pojištění

Doplňkové životní pojištění zaniká způsoby uvedenými v čl. 7 a dále následovně:

1. Doplňkové pojištění plné invalidity, doplňkové pojištění invalidity II. a III. stupně, doplňkové pojištění závažných onemocnění a doplňkové pojištění onkologických onemocnění zanikají výplatou pojistného plnění.
2. V případě škodné události, ke které dojde do dvou let od počátku pojištění ve smyslu čl. 22 odst. 3 písm. a) a čl. 23 odst. 3 písm. a), zaniká doplňkové pojištění plné invalidity a doplňkové pojištění invalidity II. a III. stupně k datu škodné události bez náhrady.
3. Pojistitel si vyhrazuje právo vypovědět doplňkové pojištění plné invalidity a doplňkové pojištění invalidity II. a III. stupně v případě, že se změni podmínky sociálního zabezpečení pro určení a přiznávání invalidity ve smyslu čl. 22. a čl. 23. a to ke dni, od kterého vstoupí tyto podmínky v účinnost. Vypovědí zanikají tato doplňková pojištění bez náhrady.
4. V případě škodné události, ke které dojde do tří měsíců od počátku doplňkového pojištění závažných onemocnění a doplňkového pojištění onkologických onemocnění ve smyslu čl. 24 odst. 2 a čl. 25, odst. 2 zanikají tato pojištění k datu škodné události bez náhrady.
5. Doplňkové životní pojištění dále zaniká:
 - a) smrtí pojištěného;
 - b) ve výroční den v roce, ve kterém pojištěný dosáhl maximálního výstupního věku stanoveného pojistitelem;
 - c) uplynutím pojistné doby doplňkového životního pojištění;
 - d) dnem doručení písemného oznámení o odmítnutí pojistného plnění pojistitelem z doplňkového životního pojištění bez náhrady.

III. 2. Zvláštní část pro doplňkové životní pojištění

Článek 22

Doplňkové pojištění plné invalidity

1. Pojistnou událostí je pokles pracovní schopnosti pojištěného nejméně o 70 % a současně dožití se dne, kdy je pojištěnému přiznán invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně podle platných předpisů o sociálním zabezpečení.
2. Nastane-li pojistná událost uvedená v odst. 1, poskytnou pojistitel pojistné plnění sjednané v pojistné smlouvě.
3. Doplňkové pojištění plné invalidity se vztahuje na:
 - a) invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně přiznaný v důsledku nemoci, přičemž den, od kterého byl přiznán, je nejdříve po dvou letech od počátku tohoto doplňkového pojištění;
 - b) invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně přiznaný výlučně v důsledku úrazu, přičemž den, od kterého byl přiznán, je kdykoli za doby trvání tohoto doplňkového pojištění.
4. Doplňkové pojištění plné invalidity se nevztahuje na invalidní důchod, který byl přiznán v důsledku nemoci nebo úrazu, jestliže se jedná o nemoci nebo 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 ne-

chal provést, pokud k nim nedošlo v souvislosti s úrazem, na který se pojištění vztahuje;

- c) způsobené psychickou poruchou, po požití nebo v souvislosti s požíváním alkoholu, návykových toxických a omamných látek, vlivem léků, apod.
5. Doplňkové pojištění plné invalidity se nevztahuje na invalidní důchod, který byl přiznán v důsledku nemoci nebo úrazu, jestliže se jedná o nemoci nebo úrazy vzniklé při rizikových sportech či jiných činnostech se zvýšeným nebezpečím vzniku úrazu. Jedná se zejména o úrazy a nemoci vzniklé:
- a) při použití leteckých prostředků s výjimkou úrazů, které pojištěný utrpěl jako osoba dopravovaná letadlem určeným pro cestující veřejnost - cestující; za dopravovanou osobu se nepovažuje člen posádky letadla ani jiná osoba činná při provozu nebo obsluze letadla; a dále o úrazy a nemoci vzniklé 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.
 - b) při výkonu horolezeckého sportu, vysokohorské turistice, hloubkovém potápění se nutností i bez nutnosti dýchacího přístroje (vyjma potápění do hloubky do 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, heli-skiing, rafting, black-water-rafting, a sporty s obdobným rizikem;
 - c) při účasti na motoristických závodech a soutěžích a při přípravných jízdách k nim; pojistitel neposkytuje pojistné plnění ani v případech, kdy se pojištěný zúčastnil 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.
6. Doplňkové pojištění plné invalidity se dále nevztahuje na invalidní důchod, který byl přiznán v důsledku nemoci nebo úrazu, jestliže se jedná o nemoci nebo úrazy vzniklé:
- a) při přípravě či spáchání úmyslné trestné činnosti pojištěného nebo při pokusu o ni;
 - b) při vnitrostátních násilných nepokojích, kterých se pojištěný aktivně zúčastnil na straně iniciátora nepokojů;
 - c) v souvislosti s pokusem o sebevraždu nebo pokusem o sebepoškození;
 - d) při řízení motorového vozidla v případě, kdy se pojištěný odmítne podrobit vyšetření za účelem zjištění obsahu alkoholu, příp. jiných toxických látek v krvi;
 - e) při řízení vozidla osobou, která není držitelem příslušného řídičského oprávnění nebo která vozidlo použila neoprávněně.
7. Doplňkové pojištění plné invalidity se nevztahuje na invalidní důchod, který byl přiznán v důsledku nemoci nebo úrazu, které byly způsobeny úmyslným jedním pojištěného nebo jiné osoby z podnětu pojištěného.
8. Pojistitel neposkytuje pojistné plnění, je-li hlavní příčinou pojistné události nemoc či úraz, které vznikly před počátkem doplňkového pojištění plné invalidity a pro něž byl pojištěný před počátkem doplňkového pojištění plné invalidity léčen, lékařsky sledován nebo byly v tomto období přítomny či diagnostikovány jejich příznaky.
9. Právo na pojistné plnění má pojištěný.
10. Vznikne-li škodná událost, je pojištěný, který uplatňuje nárok na pojistné plnění, povinen:
- a) oznámit vznik škodné události neprodleně písemnou formou pojistiteli;
 - b) doložit přiznání invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně; za nezbytné podklady pro stanovení povinnosti pojistitele plnit se považují zejména podklady, z nichž vyplývá nárok na pobírání invalidního důchodu; záznam z jednání o posouzení zdravotního stavu od příslušné správy sociálního zabezpečení; podklady předkládatel pojistiteli pojištěný;
 - c) zmocnit příslušnou správu sociálního zabezpečení k poskytnutí informací pojistiteli;
 - d) podrobit se případnému vyšetření u lékaře určeného pojistitelem, který provede přezkoumání postižení, na základě kterého byl invalidní důchod přiznán.

11. Podklady nutné pro uplatnění nároku na pojistné plnění:
 - a) originál, případně úředně ověřená kopie potvrzení od správy sociálního zabezpečení o datu přiznání nároku na invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně;
 - b) kopie odborného posudku správy sociálního zabezpečení, na jehož základě byl přiznán invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně;
 - c) jméno a adresa praktického a odborného lékaře.
12. V případě, že pojištěný odmítne vyšetření nebo nedodá nezbytné informace a doklady uvedené v odst. 10 a 11, může pojistitel krátkit nebo odmítnout výplatu pojistného plnění z doplňkového pojištění plně invalidity.

Článek 23

Doplňkové pojištění invalidity II. a III. stupně

1. Pojistnou událostí pro invaliditu druhého stupně je pokles pracovní schopnosti pojištěného nejméně o 50 %, nejvíce však o 69% a současně dožití se dne, kdy je pojištěnému přiznán invalidní důchod pro invaliditu druhého stupně podle platných předpisů o sociálním zabezpečení. Pojistnou událostí pro invaliditu třetího stupně je pokles pracovní schopnosti pojištěného nejméně o 70% a současně dožití se dne, kdy je pojištěnému přiznán invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně podle platných předpisů o sociálním zabezpečení.
2. Pro doplňkové pojištění invalidity II. a III. stupně se použije obdobně článek 22 odst. 2 až 12, přičemž tam, kde se v textu uvádí „invalidita třetího stupně“ se rozumí „invalidita druhého a třetího stupně“ a tam, kde se v textu uvádí „plná invalidita“ se rozumí „invalidita II. a III. stupně“

Článek 24

Doplňkové pojištění závažných onemocnění

1. Výklad pojmů doplňkového pojištění závažných onemocnění:
 - závažné onemocnění: onemocnění a operace uvedené v Tabulce závažných onemocnění (dále jen „TDDZ“), která je nedílnou součástí pojistné smlouvy;
 - vrozená vada: jakákoliv vrozená abnormalita, která byla přítomna nebo pro niž byl pojištěný léčen anebo navštěvoval lékaře nebo měl předepsány léky nebo její příznaky se projevily nebo které byly diagnostikovány lékařem dříve, než pojištěný dosáhl věku 18 let.
2. Pojistnou událostí se rozumí první stanovení diagnózy nebo provedení operace odpovídající definici závažných onemocnění. Datum škodné události závažných onemocnění je individuálně uvedeno v TDDZ. Pojistná ochrana se vztahuje na pojistné události, ke kterým dojde během trvání pojištění, nejdříve však po uplynutí tříměsíční lhůty od počátku tohoto doplňkového pojištění. Pojištěnému vzniká nárok na pojistné plnění formou jednorázové výplaty po potvrzení zdravotního stavu lékařem určeným pojistitelem.
3. Nastane-li pojistná událost uvedená v odst. 2, poskytne pojistitel pojistné plnění sjednané v pojistné smlouvě. Zemře-li pojištěný během jednoho měsíce ode dne stanovení diagnózy nebo provedení operace odpovídající definici závažných onemocnění, nevzniká nárok na pojistné plnění.
4. Právo na pojistné plnění má pojištěný.
5. Na základě stavu lékařské vědy nebo změny výskytu závažných onemocnění může pojistitel v průběhu trvání pojištění upravit výši pojistného, úpravu může provést jednou ročně, a to k výročnímu dni. V případě, že pojistník se změnou nesouhlasí, musí svůj nesouhlas vyjádřit do jednoho měsíce od doručení oznámení o úpravě výše pojistného. V takovém případě doplňkové pojištění závažných onemocnění zaniká bez náhrady k výročnímu dni.
6. Pojistitel si vyhrazuje právo zrevidovat rozsah a definice závažných onemocnění. Úpravu může provést jednou ročně, a to k výročnímu dni. K této změně může dojít v následujících případech:
 - a) v důsledku změny lékařské terminologie a/nebo klasifikace;
 - b) za účelem zahrnutí nových závažných onemocnění, pokud to pojistitel považuje za vhodné;
 - c) za účelem vyřazení takových závažných onemocnění současně zahrnutých v definici závažných onemocnění, která pojistitel považuje za vhodné z definice vyřadit.
 V případě, že pojistník se změnou nesouhlasí, musí svůj nesouhlas vyjádřit do jednoho měsíce od do-

- ručení oznámení o změně. V takovém případě doplňkové pojištění závažných onemocnění zaniká bez náhrady k výročnímu dni.
7. Doplňkové pojištění závažných onemocnění se nevztahuje na ty události uvedené v odst. 2, které byly způsobeny úmyslným jednáním pojištěného nebo jiné osoby z podnětu pojištěného.
 8. Pojistitel neposkytuje pojistné plnění, je-li hlavní příčinou pojistné události:
 - a) vrozená vada, nemoc či úraz nebo jejich důsledky, které vznikly před počátkem doplňkového pojištění závažných onemocnění a pro něž byl pojištěný před počátkem doplňkového pojištění závažných onemocnění léčen, lékařsky sledován nebo byly v tomto období přítomny či diagnostikovány jejich příznaky;
 - b) sebepoškození, následek sebevraždy nebo pokusu o ni;
 - c) odmítnutí podrobit se předepsané a doporučené lékařské péči;
 - d) požívání alkoholu či jiných návykových látek, toxických a omamných látek;
 - e) příprava nebo spáchání úmyslné trestné činnosti pojištěného či pokus o ni;
 - f) závažné onemocnění vzniklé v souvislosti s válečnými událostmi všeho druhu (přímé či nepřímé důsledky války nebo ozbrojeného konfliktu, nepřátelské akce cizích nepřátel bez ohledu na vyhlášení války, občanská válka, povstání, vzpoura, vojensky či násilně získaná moc, přímá účast na výtržnostech, stávkách nebo občanských nepokojích, zapojení se nebo účast pojištěného v jakýchkoliv námořních, vojenských nebo leteckých operacích) bez ohledu na to, zda k závažnému onemocnění dojde bezprostředně, nebo zprostředkovaně;
 - g) závažné onemocnění vzniklé v souvislosti s vnitrostátními násilnými nepokoji, kterých se pojištěný aktivně zúčastnil na straně iniciátora nepokojů;
 - h) řízení motorového vozidla v případě, kdy se pojištěný odmítl podrobit vyšetření za účelem zjištění obsahu alkoholu, příp. jiných toxických či omamných látek v krvi;
 - i) řízení motorového vozidla osobou, která není držitelem příslušného řidičského oprávnění nebo která vozidlo použila neoprávněně;
 - j) přítomnost lidského imunodeficitního viru (HIV) a/nebo stavů spojených s HIV, včetně syndromu získaného imunodeficitu (AIDS) a/nebo jakékoliv jeho mutace, derivative nebo variace, pohlavní choroby a sexuální přenášené choroby nebo jejich patologické následky. Tato výluka neplatí v případě závažného onemocnění HIV;
 - k) onemocnění vzniklé v přímé souvislosti s nedodržením státního očkovacího kalendáře;
 - l) onemocnění vzniklé v důsledku narození pojištěného před 37. týdnem gravidity nebo s porodní hmotností nižší než 2500 gramů.
 9. Dojde-li ke škodné události, je pojištěný, který uplatňuje nárok na pojistné plnění, povinen:
 - a) oznámit bez zbytečného odkladu vznik škodné události písemně pojistiteli;
 - b) doložit lékařské zprávy vztahující se k jeho zdravotnímu stavu před i po vzniku škodné události;
 - c) zmocnit ošetřujícího lékaře k poskytnutí informací pojistiteli;
 - d) podrobit se případnému vyšetření u lékaře specialisty určeného pojistitelem, který provede přezkoumání zdravotního stavu.
 10. V případě, že se pojištěný odmítne vyšetření podrobit nebo nedodá nezbytné informace a doklady, může pojistitel krátkit nebo odmítnout výplatu pojistného plnění z doplňkového pojištění závažných onemocnění.

Článek 25

Doplňkové pojištění onkologických onemocnění

1. Výklad pojmů doplňkového pojištění onkologických onemocnění:
 - onkologické onemocnění: přítomnost zhoubného nádoru charakterizovaná nekontrolovatelným bujením a rozšiřováním maligních buněk a invazí a destrukcí normální tkáně;
 - vrozená vada: jakákoliv vrozená abnormalita, která byla přítomna nebo pro niž byl pojištěný léčen anebo navštěvoval lékaře nebo měl předepsány léky nebo její příznaky se projevily nebo které byly diagnostikovány lékařem dříve, než pojištěný dosáhl věku 18 let;
 - preventivní péče: preventivní péči se rozumí vyšetření nebo očkování preventivního charakteru v přímé souvislosti s onemocněním dle odst. 2.

2. Pojistnou událostí se rozumí první stanovení jedné z následujících diagnóz onkologického onemocnění dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) u žen C50 – C57: zhoubný novotvar (ZN) prsu, vulvy, pochvy - vagíny, hrdla děložního, těla děložního, dělohy, vaječniku a jiných neurčených ženských pohlavních orgánů; u mužů C60 – C63: zhoubný novotvar (ZN) pyje, předstojné žlázy – prostaty, varlete a jiných neurčených mužských pohlavních orgánů.

Diagnóza onkologického onemocnění musí být stanovena lékařem specialistou onkologem nebo patologem a prokázána histologickými nálezy malignity.

Datem škodné události je datum diagnostikování onkologického onemocnění ve smyslu tohoto odstavce.

Pojistná ochrana se vztahuje na pojistné události, ke kterým dojde během trvání pojištění, nejdříve však po uplynutí tříměsíční lhůty od počátku tohoto doplňkového pojištění. Pojištěnému vzniká nárok na pojistné plnění formou jednorázové výplaty pojistné částky po potvrzení zdravotního stavu lékařem určeným pojistitelem.
3. Nastane-li pojistná událost uvedená v odst. 2, poskytne pojistitel pojistné plnění sjednané v pojistné smlouvě. Zemře-li pojištěný během jednoho měsíce ode dne stanovení diagnózy ve smyslu odst. 2, nevzniká nárok na pojistné plnění.
4. Právo na pojistné plnění má pojištěný.
5. Na základě stavu lékařské vědy nebo změny výskytu onkologických onemocnění může pojistitel v průběhu trvání pojištění upravit výši pojistného, úpravu může provést jednou ročně, a to k výročnímu dni. V případě, že pojistník se změnou nesouhlasí, musí svůj nesouhlas vyjádřit do jednoho měsíce od doručení oznámení o úpravě výše pojistného. V takovém případě doplňkové pojištění onkologických onemocnění zaniká bez náhrady k výročnímu dni.
6. Pojistitel si vyhrazuje právo zrevidovat rozsah a definici onkologických onemocnění ve smyslu odst. 2. Úpravu může provést jednou ročně. K této změně může dojít v následujících případech:
 - a) v důsledku změny lékařské terminologie a/nebo klasifikace dle MKN;
 - b) za účelem zahrnutí nových onkologických onemocnění, pokud to pojistitel považuje za vhodné;
 - c) za účelem vyřazení takových onkologických onemocnění současně zahrnutých v odst. 2, která pojistitel považuje za vhodné z definice vyřadit.

V případě, že pojistník se změnou nesouhlasí, musí svůj nesouhlas vyjádřit do jednoho měsíce od doručení oznámení o změně. V takovém případě doplňkové pojištění závažných onemocnění zaniká bez náhrady k výročnímu dni.
7. Doplňkové pojištění onkologických onemocnění se nevztahuje na ty události uvedené v odst. 2, které byly způsobeny úmyslným či nedbalým jednáním pojištěného nebo jiné osoby z podnětu pojištěného.
8. Pojistitel neposkytuje pojistné plnění, je-li hlavní příčinou pojistné události:
 - a) vrozená vada;
 - b) nemoc či úraz nebo jejich důsledky, které vznikly před počátkem doplňkového pojištění onkologických onemocnění a pro něž byl pojištěný před počátkem doplňkového pojištění onkologických onemocnění léčen, lékařsky sledován nebo byly v tomto období přítomny či diagnostikovány jejich příznaky;
 - c) sebepoškození;
 - d) odmítnutí podrobit se předepsané a doporučené lékařské péči;
 - e) požívání alkoholu či jiných návykových látek, toxických a omamných látek;
 - f) příprava nebo spáchání úmyslné trestné činnosti pojištěného či pokus o ni;
 - g) diagnóza vzniklá v souvislosti s válečnými událostmi všeho druhu (přímé či nepřímé důsledky války nebo ozbrojeného konfliktu, nepřátelské akce cizích nepřátel bez ohledu na vyhlášení války, občanská válka, povstání, vzpoura, vojensky či násilně získaná moc, přímá účast na výtržnostech, stávkách nebo občanských nepokojích, zapojení se nebo účast pojištěného v jakýchkoliv námořních, vojenských nebo leteckých operacích) bez ohledu na to, zda k tělesnému poškození dojde bezprostředně, nebo zprostředkovaně;

- h) diagnóza vzniklá v souvislosti s vnitrostátními násilnými nepokoji, kterých se pojištěný aktivně zúčastnil na straně iniciátora nepokojů;
 - i) působení jaderných materiálů nebo zbraní nebo ionizujícího nebo radioaktivního záření pocházejícího z jaderného paliva nebo jakýchkoliv jaderných odpadů;
 - j) 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;
 - k) účast pojištěného na lékařském experimentu;
 - l) používání diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky a lékařsky uznávány;
 - m) kosmetické úkony, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné;
 - n) sekundární výskyt onkologického onemocnění ve smyslu odst. 2 (metastázy).
9. Pojistitel neposkytne pojistné plnění, pokud byl pojištěný před počátkem pojistění nepojistitelnou osobou ve smyslu čl. 6.
10. Pojistitel neposkytne pojistné plnění, pokud se prokáže, že pojištěný zamířel, že byl v okamžiku uzavření pojistění léčen pro onemocnění uvedené v odst. 2 nebo byl pro tato onemocnění léčen v minulosti nebo u něho byla diagnostikována onemocnění, která byla předmětem lékařské konzultace, nebo se u pojištěného vyskytly příznaky těchto onemocnění.
11. Dojde-li ke škodné události, je pojištěný, který uplatňuje nárok na pojistné plnění, povinen:
 - a) oznámit bez zbytečného odkladu vznik škodné události písemně pojistiteli;
 - b) doložit lékařské zprávy vztahující se k jeho zdravotnímu stavu před i po vzniku škodné události;
 - c) zmocnit ošetřující lékaře k poskytnutí informací pojistiteli;
 - d) podrobit se případnému vyšetření u lékaře speciality určeného pojistitelem, který provede přezkoumání zdravotního stavu.
12. V případě, že se pojištěný odmítne vyšetření podrobit nebo nedodá nezbytné informace a doklady, může pojistitel krátit nebo odmítnout výplatu pojistného plnění z doplňkového pojistění onkologických onemocnění.
13. **Náhrada nákladů preventivní péče**
 Pojištěný má nárok dle ust. § 62 odst. 1 zákona o pojistné smlouvě na náhradu nákladů, které mu prokazatelně vznikly v souvislosti s preventivní péčí za rozhodné období, a to celkově do výše 500 Kč, přičemž tato částka nemusí být čerpána jednorázově.
 Rozhodným obdobím se pro účely náhrady nákladů preventivní péče rozumí vždy každé 3 roky trvání tohoto doplňkového pojistění sjednaného na základě pojistné smlouvy, na jejímž základě je pro pojištěného toto doplňkové pojistění sjednáno. Při opětovném sjednání tohoto doplňkového pojistění nárok na náhradu nákladů preventivní péče pojištěnému nevzniká.
 Pojistitel poskytne úhradu nákladů po splnění všech následujících podmínek:
 - uplynutí minimálně 1 roku od počátku tohoto doplňkového pojistění;
 - absolvování preventivní péče v době trvání tohoto doplňkového pojistění;
 - uplatnění nároku na úhradu nákladů vynaložených na preventivní péči v době trvání tohoto doplňkového pojistění;
 - předložení písemné žádosti o úhradu nákladů preventivní péče pojistiteli včetně originálu účetního dokladu, ze kterého jasně vyplývá, že se jedná o úhradu nákladů preventivní péče; na žádost pojistitele je třeba rovněž předložit i další podklady nezbytné pro posouzení nároku (případně náklady s tím spojené nese pojištěný);
 - v případě stanovení individuální pojistné doby tohoto doplňkového pojistění musí tato doba činit nejméně 3 roky.

Článek 26

Doplňkové pojištění pro případ smrti dalšího pojistěného

1. Pojistnou událostí je smrt dalšího pojistěného, nastane-li během pojistné doby.
2. Pojistitel poskytuje pojistné plnění v případě smrti dalšího pojistěného po uznání nároku pojistitelem na pojistné plnění a po předložení následujících dokladů a údajů:
 - a) písemné žádosti o poskytnutí pojistného plnění;
 - b) úředně ověřené kopie 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 další pojištěný léčen pro úraz nebo onemocnění, které následně vedly ke smrti.
3. Na žádost pojistitele je třeba rovněž předložit i další doklady, které jsou nezbytné pro šetření pojistitele ve věci pojistné události. Náklady spojené s obstaráním výše uvedených podkladů hraďí ten, kdo uplatňuje nárok vůči pojistiteli.
4. Pro doplňkové pojištění pro případ smrti dalšího pojistěného se použijí obdobně článek 17 a 18, přičemž tam, kde se v textu uvádí „pojištěný č. 1“ se rozumí „další pojištěný“.

IV. Zvláštní ustanovení pro doplňkové úrazové pojištění

Článek 27

Druhy doplňkového úrazového pojištění

- V rámci doplňkového úrazového pojištění lze sjednat:
- doplňkové pojištění smrti způsobené úrazem (pojištění obnosové);
 - doplňkové pojištění smrti úrazem následkem autonehody (pojištění obnosové);
 - doplňkové pojištění plně trvalé invalidity způsobené úrazem (pojištění obnosové);
 - doplňkové pojištění trvalých následků úrazu (pojištění obnosové);
 - doplňkové pojištění trvalých následků úrazu následkem autonehody (pojištění obnosové);
 - doplňkové pojištění denní odškodné za dobu nezbytného léčení úrazu (pojištění obnosové);
 - doplňkové pojištění denní odškodné za dobu léčení vyjmenovaných úrazů (pojištění obnosové);
 - doplňkové pojištění odškodnění definovaných úrazů s asistenčními službami (pojištění obnosové);
 - doplňkové pojištění hospitalizace následkem úrazu (pojištění obnosové).

Článek 28

Rozsah doplňkového úrazového pojištění

Toto doplňkové úrazové pojištění se vztahuje na úrazy, které pojištěný utrpí v běžném životě, pokud tyto ZPP RŽP 2013/04 nebo pojistná smlouva nestanoví jinak.

Článek 29

Zánik doplňkového úrazového pojištění

1. Doplňkové úrazové pojištění zaniká způsobem dle čl. 7 těchto ZPP RŽP 2013/04 a dále výpovědí ze strany pojistitele:
 - a) doručenou alespoň 6 týdnů před uplynutím pojistného období; pojištění zanikne uplynutím pojistného období;
 - b) 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.
2. Doplňkové úrazové pojištění zaniká dnem smrti pojištěného.

Článek 30

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 vztahuje jen na úrazy, ke kterým dojde v době trvání pojištění.

4. Pokud došlo k pojistné události, která je definována v pojistné smlouvě, a vznikl nárok na výplatu pojistného plnění, bude vyplaceno oprávněné osobě nebo obmyšlenému tuto pojistné plnění. Pojistné plnění bude vypočteno na základě sjednané pojistné částky. Způsob a podmínky výplaty jsou specifikovány v čl. 31 až 39.
5. Pojistitel je oprávněn přezkoumat zdravotní stav pojištěného, a to i prohlídkou, příp. vyšetřením u lékaře, kterého pojistitel sám určil. Souvisí-li přezkoumání zdravotního stavu se škodnou 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 31

Doplňkové pojištění smrti způsobené úrazem

1. Zemře-li pojištěný do 1 roku ode dne úrazu na následky tohoto úrazu, vyplatí pojistitel pojistnou částku sjednanou pro případ smrti způsobené úrazem oprávněné osobě.
2. Do pojistného plnění z tohoto doplňkového pojištění se zahrnují platby, které byly pojištěnému vyplaceny jako pojistné plnění z doplňkového pojištění trvalých následků dle čl. 33 až 35 z téhož úrazu.
 Byla-li pojistitelem plněna z doplňkového pojištění trvalých následků úrazu dle čl. 33 až 35 vyšší částka, než je pojistná částka sjednaná pro případ smrti, pojistitel nemá právo na vrácení rozdílu těchto dvou plnění.

Článek 32

Doplňkové pojištění smrti úrazem následkem autonehody

1. Toto 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 (nekolojové vozidlo poháněné vlastní pohonnou jednotkou a trolejbus) schváleným dle platné legislativy pro provoz na pozemních komunikacích a jehož následkem je smrt nastalá do 1 roku ode dne úrazu. 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. V případě pojistné události ve smyslu odst. 1 vyplatí pojistitel pojistnou částku sjednanou pro doplňkové pojištění smrti úrazem následkem autonehody oprávněné osobě.
3. Do pojistného plnění z tohoto pojištění se zahrnují platby, které byly pojištěnému vyplaceny jako pojistné plnění za trvalé následky dle čl. 33 až 35 z téhož úrazu. Byla-li pojistitelem plněna z doplňkového pojištění trvalých následků úrazu dle čl. 33 až 35 vyšší částka, než je pojistná částka sjednaná pro případ smrti, pojistitel nemá právo na vrácení rozdílu těchto dvou plnění.

Článek 33

Doplňkové pojištění plně trvalé invalidity způsobené úrazem

Je-li v průběhu 1 roku ode dne úrazu na základě posouzení lékaře stanoveného pojistitelem nepochybně prokázáno, že následkem úrazu je plná trvalá invalidita pojištěného, a pojištěný má sjednáno doplňkové pojištění plně 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 procento stanovené v pojistné smlouvě. Na toto pojištění se dále vztahují ustanovení čl. 34 odst. 1 až 8.

Článek 34

Doplňkové pojištění trvalých následků 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. Maximální stupeň invalidity je dán tabulkou TTNU, která je nedílnou

- součástí pojistné smlouvy. Stupeň invalidity v procentech určuje lékař pojistitele.
- 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.
 - 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 neposkytuje pojistné plnění za trvalé následky úrazu, které se poprvé objektivně objevily po uplynutí 1 roku ode dne úrazu.
 - 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 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 průzkoumání 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.
 - 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 smyslu uvedených v tabulce TTNU stanoví lékař pojistitele vyšší pojistné plnění jako procentuální podíl z maximálního ohodnocení stupně invalidity uvedeného v tabulce TTNU, která je nedílnou součástí pojistné smlouvy.
 - Než-li stanoví 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.
 - Byl-li pojištěný stížen tělesnou nebo smyslovou nemocí či vadou již před úrazem a zhorší-li se stav postíženého 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.
 - Zemřel-li pojištěný:
 - během 1 roku ode dne úrazu na následky úrazu, nevzniká nárok na plnění za trvalé následky úrazu;
 - 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;
 - 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;
 - 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.
 - Pojistným plněním z tohoto pojištění je procento ze sjednané pojistné částky pro případ trvalých následků úrazu vyplácené formou progresivního plnění specifikovaného v odst. 10 v závislosti na stupni invalidity.

0,001–30,00 %	vypočet výše pojistného plnění (PP v Kč)
30,01–80,00 %	Pojistné plnění (PP) odpovídá pojistné částce (PČ) vynásobené stupněm invalidity (SI v %) Vzorec: $PP = PČ \cdot SI$
	Pojistné plnění (PP) odpovídá součtu 30 % z pojistné částky (PČ) a pětinašobku PČ vynásobené stupněm invalidity (SI v %) poníženým o 30 % Vzorec: $PP = 30\% \cdot PČ + 5 \cdot PČ \cdot (SI - 30\%)$

80,01–100,00 %

Pojistné plnění (PP) odpovídá součtu 30 % z pojistné částky (PČ) a pětinašobku PČ vynásobené stupněm invalidity (SI v %) poníženým o 30 % a šestinašobku PČ vynásobené SI poníženým o 80 %
Vzorec: $PP = 30\% \cdot PČ + 5 \cdot PČ \cdot (SI - 30\%) + 6 \cdot PČ \cdot (SI - 80\%)$

- Pojistné plnění formou paušálních částek:
 - je-li v pojistné smlouvě dohodnuto pojistné plnění formou paušálních částek, je v případě pojistné události vyplacena částka dle tabulek TTNU;
 - pokud je v pojistné smlouvě dohodnuto pojistné plnění formou paušálních částek a zároveň formou denního odškodného dle čl. 36 nebo 37, bude v případě pojistné události pojistitel plnit z toho sjednaného pojistného krytí, z něhož bude vyplácené pojistné plnění vyšší.

Článek 35 Doplňkové pojištění trvalých následků úrazu následkem autonehody

- Pojištění se sjednává pro případ úrazu pojištěného, jako účastníka provozu na pozemních komunikacích, ke kterému dojde v době trvání pojištění v příčinné souvislosti s provozem motorového vozidla (nekolérové vozidlo poháněné vlastní pohonnou jednotkou a trolejbus) schváleného dle platné legislativy pro provoz na pozemních komunikacích (dále jen „motorové vozidlo“) a které způsobí pojištěnému trvalé následky ve smyslu čl. 34. 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.
- Toto doplňkové pojištění se řídí ustanoveními čl. 34 odst. 1 až 10.
- 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.

Článek 36 Doplňkové pojištění denní odškodné za dobu nezbytného léčení úrazu

- Dojde-li k úrazu, vyplatí 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 počet proplácených dní je dán 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 pojistitel na základě lékařského posouzení vyšší 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 oceňovací tabulce TDO, které jsou danému poškození svou povahou nejbližší.
- 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. Karenční lhůta je počet dnů stanovených pojistnou smlouvou.
- Pokud si léčení úrazu do 24 hodin od okamžiku úrazu vyžádá 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 neumožností 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 přiměřenou dobu hospitalizace lékař pojistitele. V takovém případě pojistitel plní za takto přiměřenou dobu.

Článek 37 Doplňkové pojištění 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, vyplatí 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 vyžádá 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 neumožností 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 přiměřenou délku hospitalizace lékař pojistitele. V takovém případě pojistitel plní za takto přiměřenou dobu.

Článek 38 Doplňkové 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 jednou, a to pouze za ten úraz, z něhož vyplývá nárok na vyšší pojistné plnění. Limit pojistného plnění pro jednu pojistnou událost je pojistná částka uvedená v pojistné smlouvě.
- Byla-li poraněná část těla poškozena nebo byl-li poraněný orgán poškozen již před úrazem, bude pojistné plnění sníženo, a to o procentuální podíl odpovídající procentuálnímu vyjádření poškození daného orgánu nebo části těla před úrazem.
- Poskytnutí asistenčních služeb ve smyslu odst. 6 nezakládá právní nárok na pojistné plnění formou jednorázové výplaty dle odstavce 1 ani z ostatních úrazových pojištění uvedených v těchto ZPP RŽP 2013/04.
- Toto pojištění 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.

6. Asistenční služby
- 6.1 V případě úrazu uvedeného v TDUA má pojištěný zároveň nárok na poskytnutí asistenčních služeb v rozsahu a po dobu, jež jsou uvedeny v TDUA.
- 6.2 Asistenční službou se rozumí poskytnutí služeb uvedených v TDUA.
- 6.3 Asistenční služby ve smyslu TDUA jsou poskytovány při současném splnění následujících podmínek:
 - a) úraz pojištěného uvedený v TDUA, ke kterému dojde v době platnosti pojištění;
 - b) uplatnění nároku formou telefonického nebo písemného podání žádosti o poskytnutí asistenčních služeb, a to nejdéle do jednoho roku ode dne úrazu;
 - c) omezení soběstačnosti pojištěného v důsledku úrazu uvedeného v TDUA ve smyslu odst. 6.4;
 - d) doložení dokumentů vyžadovaných pojistitelem.
- 6.4 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 asistenční služby. 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.
- 6.5 Asistenční služby mohou být poskytnuty v průběhu pojistného roku max. ke třem úrazům uvedeným v TDUA.
- 6.6 Asistenční služby jsou poskytovány výlučně na území České republiky.

Článek 39 Doplňkové pojištění hospitalizace následkem úrazu

1. 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 léčba provedena v nemocnici v lůžkové části.
2. Pojištění pro případ hospitalizace následkem úrazu se vztahuje na hospitalizaci poskytnutou na území zemí Evropské unie.
3. Hospitalizace ve smyslu těchto ZPP RŽP 2013/04 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.
4. 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 léčby a její provozování je v souladu s příslušnými platnými právními předpisy.
5. Za lékařsky nezbytnou hospitalizaci se nepovažuje taková hospitalizace, jež souvisí s potřebou pečovatelské a opatrovnické péče nebo je-li hospitalizace odůvodněna pouze nedostatkem domácí péče či jinými osobními poměry pojištěného.
6. 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.
7. 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.
8. Dojde-li v době hospitalizace v důsledku úrazu k dalšímu úrazu s nutností hospitalizace, (tj. v pří-

padě souběhu nezbytné hospitalizace v důsledku více úrazů s rozdílným datem vzniku úrazu), započítává se hospitalizace ve dnech souběhu tak, že pojistitel poskytne denní dávku za každý den souběhu pouze jednou.

9. 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.
10. Zemře-li pojištěný během jednoho měsíce ode dne úrazu, nevzniká nárok na pojistné plnění za denní dávky z tohoto doplňkového pojištění.
11. Pojistitel neposkytuje plnění při hospitalizaci následkem úrazu za léčebné pobyty:
 - 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 40 Změny v doplňkovém úrazovém pojištění

1. Vyplyvá-li pro novou profesní, sportovní nebo jinou činnost pojištěného podle sazebníku, příp. dle interních směrnic pojistitele platných v okamžiku změny nižší pojistné, platí toto pojistné od pojištěného období následujícího po okamžiku, kdy bylo pojistiteli prokazatelně doručeno oznámení o změně profesní, sportovní 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, sportovní nebo jinou činnost, se kterou je spojeno zvýšení pojistného, aniž to pojistitel oznámil, sníží pojistitel pojistné 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 pojistiteli nebyla oznámena změna profesní, sportovní nebo jiné činnosti, ze které vyplývá snížení pojistného, nebude v případě pojistné události výplata pojistného plnění navýšena.
4. Patří-li změněná profesní, sportovní nebo jiná činnost k činnostem, které jsou podle sazebníku, příp. dle interních směrnic pojistitele z doplňkového úrazového pojištění vyloučeny, má pojistitel právo doplňkové úrazové pojištění vypovědět. Vypovědní lhůta je osmidenní, jejím uplynutím pojištění zanikne. Dojde-li k pojistné události, na jejíž vznik mohla mít přímý nebo zprostředkovaný vliv nově vykonávaná profesní, sportovní či jiná činnost, která nebyla pojistiteli oznámena, je pojistitel oprávněn pojistné plnění z takové pojistné události snížit nebo odmítnout.
5. V souvislosti s věkem pojištěného dochází automaticky 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 maximální výstupní věk stanovený pojistitelem; 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 pojistník akceptuje úhradou upraveného pojistného v plné výši; neakceptuje-li pojistník 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 pojistiteli náleželo pro pojištění pojištěné osoby – dospělého; uplynutím výročního dne pojistného roku, v němž pojištěná osoba – dítě dosáhne maximálního výstupního věku stanoveného pojistitelem, zaniká pojištění zlomením s výplatou formou paušálních částek dle čl. 34 odst. 11;
 - 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 maximální výstupní věk pro pojištěnou osobu – dospělého stanovený pojistitelem; v uvedený výroční den dochází ke změně rozsahu pojištění, pojistných částek a výše pojistného platného pro pojištěnou osobu – seniora; neakceptuje-li pojistník 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 pojistitelem, nepřístně pro tuto pojištěnou osobu zaniká. V případě pojištění více osob dochází dovršením maximálního výstupního věku pojištěné osoby – seniora automaticky ke změně výše pojistného.

Článek 41 Výluky a omezení pojistného plnění

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, 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 vztěklinu a tetanus);
 - e) které způsobily drobné poškození kůže bez chirurgického ošetření.
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 s výjimkou úrazů, které pojištěný utrpí jako osoba dopravovaná letadlem určeným pro cestující veřejnost – cestující; za dopravovanou osobu se nepovažuje člen posádky letadla ani jiná osoba činná při provozu nebo obsluze letadla; a dále o úrazy vzniklé 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.;
 - b) při výkonu horolezeckého sportu, vysokohorské turistice, hloubkovém potápění s nutností i bez nutnosti dýchacího přístroje (vyjma potápění do hloubky do 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, heli-skiing, rafting, black-water-rafting a sporty s obdobným rizikem;
 - c) 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;
 - 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) při vnitrostátních násilných nepokojích, kterých se pojištěný aktivně zúčastnil na straně iniciátora nepokojů;
 - c) následkem sebevraždy nebo pokusu o ni;
 - d) 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;
 - e) při řízení motorového vozidla osobou, která není držitelem příslušného řídicího oprávnění nebo která vozidlo použila neoprávněně.

4. Doplňkové pojištění odškodnění definovaných úrazů s asistenčními službami se dále nevztahuje na úrazy vzniklé:
 - a) v důsledku povstání, revoluce, vzpoury, působení ozbrojených sil, převzetí moci nebo konfiskace;
 - b) v důsledku radioaktivní kontaminace, bez ohledu na to, zda vznikla přímo nebo nepřímou.
5. Pojistitel je oprávněn pojistné plnění snížit nebo odmítnout, 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.
6. Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění až na jednu 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 však takový úraz za následek smrt pojištěného, sníží pojistitel plnění jen tehdy, jestliže k tomuto úrazu došlo v souvislosti s jedním pojištěným, jímž jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt. To neplatí, pokud látky podle věty první obsahovaly léky, které pojištěný užil způsobem předepsaným pojištěnému lékaře, a pokud nebyl lékařem nebo výrobcem léku upozorněn, že v době aplikace těchto léků nelze vykonávat činnost, v jejímž důsledku došlo k úrazu.
7. Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění v případech, že k úrazu došlo při sportovní činnosti se zvýšeným rizikem, za kterou nebyla k pojistnému zahrnuta přírůžka stanovená pojistitelem. Činností se zvýšeným rizikem se rozumí činnost definovaná pojistitelem v Informaci pro klienta, ke které je zahrnuta přírůžka. Toto ustanovení se nevztahuje na činnosti uvedené v odst. 2.

V. Zvláštní ustanovení pro doplňkové nemocenské pojištění

Článek 42 Druhy pojištění

V rámci doplňkového nemocenského pojištění lze sjednat:

- doplňkové pojištění denní dávka při pracovní neschopnosti (pojištění obnosové);
- doplňkové pojištění denní dávka při pobytu v nemocnici (pojištění obnosové);
- doplňkové pojištění medicínská asistence (pojištění škodové).

V. 1. Ustanovení pro doplňkové pojištění denní dávka při pracovní neschopnosti

Článek 43 Výklad pojmů

Výklad pojmů doplňkového pojištění denní dávka při pracovní neschopnosti:

- denní dávka: částka, kterou je pojistitel povinen plnit ve prospěch pojištěného za podmínek uvedených v pojistné smlouvě za jeden den dočasné pracovní neschopnosti (dále jen „pracovní neschopnost“) pojištěného;
- nemoc: nemocí se rozumí porucha tělesného zdraví pojištěného zjištěná a klasifikovaná podle všeobecně uznávaného stavu lékařské vědy.

Článek 44 Předmět a rozsah doplňkového pojištění

1. Pojistitel 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 výdělku.
2. Pojištění je možné sjednat pro osoby s dobrým zdravotním stavem a s minimálním a maximálním věkem stanoveným pojistitelem v Informaci pro klienta, 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 pojistitel pojistit s přírůžkou nebo je do pojištění nepřijmout.
3. Rozsah pojistné ochrany vyplývá z uzavřené pojistné smlouvy a těchto ZPP RZP 2013/04 a vztahuje se na pojistné události vzniklé na území České republiky v době trvání pojištění.

Článek 45 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“).
2. Datem pojistné události je první den pracovní neschopnosti. Pracovní neschopnost ve smyslu těchto ZPP RZP 2013/04 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. Pracovní neschopností ve smyslu těchto ZPP RZP 2013/04 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 pojištěnému vystaven doklad o pracovní neschopnosti dle platné legislativy (pokud má pojištěný nárok na nemocenské dávky podle zákona o nemocenském pojištění) nebo doklad pojistitele Potvrzení pracovní neschopnosti (pokud pojištěný nemá nárok na nemocenské dávky podle zákona o nemocenském pojištění).
4. Pokud je vystaveno Potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti současně pro více nemocí či úrazů, pak se denní dávka vyplácí pouze jednou.

Článek 46 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.
3. Čekací lhůta se neuplatní při pracovní neschopnosti způsobené úrazem.

Článek 47 Zánik doplňkového pojištění

1. Doplňkové pojištění zaniká způsoby dle čl. 7 těchto ZPP RZP 2013/04 a dále výpovědí ze strany pojistitele:
 - a) doručenu alespoň 6 týdnů před uplynutím pojistného období; pojištění zanikne uplynutím pojistného období;
 - b) doručenu do 3 měsíců ode dne doručení písemného oznámení vzniku pojistné události pojistiteli; výpovědní lhůta je 1 měsíc od doručení výpovědi, jejím uplynutím pojištění zanikne.
2. 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.
3. Doplňkové pojištění zaniká bez náhrady:
 - a) dnem příznání starobního důchodu, příp. starobního důchodu před dovršením důchodového věku;
 - b) dnem příznání invalidního důchodu nebo dnem, kdy byly na základě lékařského posouzení splněny zákonné předpoklady pro uznání invalidity pojištěného.
4. Doplňkové pojištění zaniká dnem, kdy pojištěný přestane mít trvalé bydliště v České republice.
5. Doplňkové pojištění zaniká dnem smrti pojištěného.

Článek 48 Práva a povinnosti pojistitele

1. Kromě dalších práv stanovených právními předpisy a uvedených ve VPP POS 2013/03 je pojistitel oprávněn zejména:
 - a) přezkoumat zdravotní stav pojištěného, a to i prohlídkou, příp. vyšetřením u lékaře, kterého pojistitel sám určí. Souvisí-li přezkoumání zdravotního stavu se škodnou 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 přiměřeně snížit. Pokud pojištěný vyšetření odmítne nebo se vyšetřít nenechá, není pojistitel povinen plnit;

- b) zjišťovat i finanční situaci pojištěného. Pojištěný je povinen na žádost pojistitele předložit k tomuto účelu potřebné doklady, event. zprostit mlčenlivosti instituce, které mohou potřebné informace poskytnout (zaměstnavatelé, úřady práce, finanční úřady, živnostenské úřady, Česká správa sociálního zabezpečení, zdravotní a jiné poskytovatelé).
2. Nepokáže-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 49 Povinnosti pojistníka a pojištěného

1. Pojistník a pojištěný jsou povinni písemně oznámit do 15 dnů pojistiteli všechny změny týkající se skutečností, na které byly při sjednávání pojištění pojistitelem téžány 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.
2. Nastane-li pojistná událost, je pojištěný povinen:
 - a) doručit bez zbytečného odkladu, nejpozději ke dni počátku plnění dohodnutého v pojistné smlouvě, 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) zaslat při pokračující pracovní neschopnosti pojistiteli průběžně bez zbytečného odkladu, nejméně vždy po 2 týdnech, potvrzení ošetřujícího lékaře na formuláři pojistitele o trvání pracovní neschopnosti a o kontrolách u lékaře;
 - 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. Poruší-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 2013/03.

Článek 50 Pojistné plnění

1. 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 přislouží 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 výdělku.
2. Čistým příjmem se rozumí:
 - a) 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;
 - b) příjmy z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti podle zákona o daních z příjmů v platném znění; čistý příjem se dokládá úplným výpisem příznání k daní z příjmu za předchozí zdaňovací období, který byl vydán a ověřen (otiskem razítka) příslušným finančním úřadem.
3. Je-li v pojistné smlouvě sjednána denní dávka jako paušální denní dávka, pojistitel k pojistitelné denní dávce ve smyslu odst. 1 nepřihlíží.
4. Denní dávka se vyplácí ode 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.

5. V případě pracovní neschopnosti, na jejímž počátku byl pojištěný hospitalizován z důvodu úrazu, přičemž hospitalizace následovala bezprostředně, maximálně do 24 hodin po úrazu, poskytuje pojišťitel pojištění plnění od počátku pracovní neschopnosti. Hospitalizaci se rozumí z lékařského hlediska nutný pobyt v nemocnici přesahující 24 hodin.
6. Po uplynutí dvou let trvání pojištění poskytuje pojišťitel pojištění plnění od prvního dne pracovní neschopnosti způsobené těmito onemocněními: srdečním infarktem, rakovinou, náhlou cévní mozkovou příhodou, selháním ledvin, infekční žloutenkou, tyfem, paratyfem, cholerou a žlutou zimnicí.
7. Pokud denní dávka stanovená v pojištné smlouvě přesahuje pojištnou denní dávku podle odst. 1, je pojišťitel oprávněn vyšší denní dávky upravit s účinností od prvního dne měsíce následujícího poté, co se o této skutečnosti dozvěděl. Pojištné do data účinnosti změny náleží pojišťiteli. Nově stanovená výše denní dávky je však platná již od počátku pojištné události, při které se pojišťitel o změně výše příjmů dozvěděl.
8. Denní dávka je vyplácena po dobu maximálně 365 dnů pro každou pojistnou událost. Nárok na vyplácení denní dávky zaniká spolu se zánikem pojištění.
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. Pojištné plnění je vypláceno pouze v případě, že se pojištěný po dobu trvání pracovní neschopnosti léčí u lékaře s platnou licencí 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.

Článek 11

Výluky a omezení pojištného plnění

1. Pojištění se nevztahuje na pracovní neschopnost pojištěného, k níž dojde:
 - a) v souvislosti s přípravou či spácháním úmyslné trestné činnosti pojištěným nebo s pokusem o ni;
 - b) v souvislosti s válečnými událostmi 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 používání 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;
 - g) v souvislosti s řízením vozidla osobou, která není držitelem příslušného řídicího oprávnění nebo která vozidlo použila neoprávněně;
 - h) v souvislosti s profesionálním provozováním sportu;
 - i) při použití leteckých prostředků s výjimkou úrazů, které pojištěný utrpí jako osoba dopravovaná letadlem určeným pro cestující veřejnost - cestující; za dopravovanou osobu se nepovažuje člen posádky letadla ani jiná osoba činná při provozu nebo obsluze letadla; a dále k níž dojde při létání s bezmotorovými letadly, větrní s pomocným motorem a ultralehkými letadly, při závažném létání, paraglidingu a létání v balonech, při seskocích a letech s padákem z letadel i z výšin apod.;
 - j) při výkonu horolezeckého sportu, vysokohorské turistiky, hloubkovém potápění s nutností i bez nutnosti dýchacího přístroje (vyjma potápění do hloubky do 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,

heli-skiing, rafting, black-water-rafting, sporty s obdobným rizikem;

- k) 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;
 - l) 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.
2. Dále pojišťitel neposkytuje pojištné plnění při pracovní neschopnosti:
 - a) vzniklé v souvislosti s těhotenstvím, rizikovým těhotenstvím, porodem a potratem;
 - b) vzniklé v období, kdy pojištěný pobírá nebo mu vznikl nárok na peněžitou pomoc v mateřství a/ nebo na rodičovský příspěvek;
 - c) vzniklé v důsledku duševního onemocnění či poruchy nebo změny psychického stavu; jedná se o diagnózy F00 až F99 dle Mezinárodní klasifikace nemocí;
 - d) z důvodu pobytu pojištěného v protialkoholní léčebně a při léčbě toxikomanie a jiných závislostí;
 - e) vzniklé v důsledku používání diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznány;
 - f) z důvodu kosmetických úkonů, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné;
 - g) vzniklé při léčebných pobytech v lázeňských léčebnách, rehabilitačních centrech a sanatoriích, kromě těch případů, kdy je pobyt v nich z lékařského hlediska nezbytnou součástí léčebny nemoci nebo úrazu a pojišťitel, resp. lékař určený pojišťitelem s tímto pobytem vyjádřil předem písemný souhlas;
 - h) pro bolesti zad a onemocnění páteře, jejich příčiny, následky a komplikace po dobu 3 let od počátku pojištění;
 - i) pro 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;
 - j) během níž pojištěný porušil léčebný režim;
 - k) vzniklé následkem pracovního úrazu nebo choroby z povolání dle zákoníku práce;
 - l) 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 12

Změny v pojištění

1. Při změně pojištění z důvodu navýšení denní dávky se na navýšenou část denní dávky vztahují čekací lhůty dle čl. 16.
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. Pojištné do data účinnosti změny náleží pojišťiteli.

V. 2. Ustanovení pro doplňkové pojištění denní dávka při pobytu v nemocnici

Článek 13

Výklad pojmů

- Výklad pojmů doplňkového pojištění denní dávka při pobytu v nemocnici:
- denní dávka: částka, kterou je pojišťitel povinen plnit ve prospěch pojištěného za podmínek uvedených v pojištné smlouvě za jeden den hospitalizace pojištěného;
 - vrozená vada: jakákoliv vrozená abnormalita, která byla přítomna nebo pro niž byl pojištěný léčen anebo navštěvoval lékaře nebo měl předepsány léky nebo její příznaky se projevily nebo které byly diagnostikovány lékařem dříve, než pojištěný dosáhne věku 18 let;
 - nemoc: porucha tělesného zdraví pojištěného zjištěná a klasifikovaná podle všeobecně uznávaného stavu lékařské vědy.

Článek 14

Předmět a rozsah doplňkového pojištění

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. Dle sazebníku nebo interních směrnic pojišťitele mohou být osoby vykonávající určitá povolání pojištěny s přírůzkou nebo nemají být do pojištění přijaty. Pojištění musí mít trvalé bydliště v České republice.
3. Pojištná ochrana se vztahuje na hospitalizaci poskytnutou na území zemí Evropské unie.

Článek 15

Pojistná událost

1. Pojistnou událostí se rozumí poskytnutí nemocniční (lůžkové) péče pojištěnému trvajícím minimálně 24 hodin, 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 pojištěného zapříčiněná těhotenstvím a porodem.
2. Datem pojistné události je den započítání hospitalizace pojištěného. Hospitalizace ve smyslu těchto ZPP RŽP 2013/04 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.

Článek 16

Čekací lhůta

1. Nárok na pojištné plnění vzniká u pojistných událostí, které nastaly po uplynutí čekací lhůty.
2. Čekací lhůta začíná běžet od 00.00 hodin dne následujícího po sepsání návrhu.
3. Čekací lhůta činí tři měsíce; do třetích narozenin pojištěného činí šest měsíců; v případě hospitalizace v souvislosti s těhotenstvím a porodem činí osm měsíců, přičemž tato se neuplatní, jestliže lékařem stanovený termín porodu je minimálně osm měsíců po počátku pojištění.
4. Čekací lhůta se neuplatní při:
 - a) úrazech;
 - b) akutních infekčních onemocněních s hospitalizací na infekčním oddělení nebo na oddělení s obdobným režimem.

Článek 17

Zánik doplňkového pojištění

1. Pro účely tohoto doplňkového pojištění se ustanovení čl. 7 rozšiřuje o následující výpovědi ze strany pojišťitele:
 - a) doručenou nejméně 6 týdnů před uplynutím pojištného období, pojištění zanikne uplynutím pojištného období bez náhrady;
 - b) doručenou 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 dnem, kdy pojištěný přestane mít trvalé bydliště v České republice.
3. Doplňkové pojištění zaniká dnem smrti pojištěného.

Článek 18

Práva a povinnosti pojišťitele, pojistníka a pojištěného

Kromě dalších práv stanovených právními předpisy a uvedených ve VPP POS 2013/03 je pojišťitel oprávněn zejména:

1. Přezkoumat zdravotní stav pojištěného. Souvisí-li přezkoumání zdravotního stavu se škodnou událostí a nepodrobí-li se pojištěný vyšetření ve stanoveném termínu bez náležitých odůvodnění, které je povinen pojišťiteli sdělit ještě před termínem vyšetření, je pojišťitel oprávněn pojištné 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. 59, odst. 5.

3. Mělo-li vědomé porušení povinností uvedených v tomto článku podstatný vliv na vznik nebo zvětšení rozsahu pojistné události, je pojistitel oprávněn pojistné plnění snížit podle toho, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinnosti plnit.

Článek 59

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. V případě hospitalizace pojištěného ve věku do 3 let (tzn. do třetích narozenin pojištěného) se denní dávka vyplácí maximálně po dobu 365 dnů pro jednu pojistnou událost.
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 léčby 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 pojistitele spolu s kopií propouštěcí zprávy.
6. Bude-li délka hospitalizace neúměrně delší, než je pro uvedenou nemocnici nebo následek úrazu obvyklé, a toto prodloužení nebude v lékařské dokumentaci dostatečně odborně zdůvodněno, určí přiměřenou délku hospitalizace lékař určený pojistitelem. V takovém případě pojistitel plní za takto přiměřenou dobu.
7. V případě hospitalizace bezprostředně, maximálně do 24 hodin po úrazu poskytuje pojistitel pojistné plnění ve výši dvojnásobku dohodnuté denní dávky.

Článek 60

Výluky a omezení pojistného plnění

1. Pojištění se nevztahuje na hospitalizaci, k níž dojde:
 - a) v souvislosti s přípravou či spácháním úmyslné trestné činnosti pojištěným nebo pokusem o ni;
 - b) v souvislosti s vnitrostátními násilnými nepokoji, kterých se pojištěný aktivně zúčastnil na straně iniciátora nepokojů;
 - c) v souvislosti s pokusem o sebevraždu nebo úmyslným sebepoškozením;
 - d) po požití alkoholu či v souvislosti s následky požívání alkoholu nebo návykových či omamných látek;
 - e) 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;
 - f) v souvislosti s řízením vozidla osobou, která není držitelem příslušného řídicího oprávnění nebo která vozidlo použila neoprávněně;
 - g) v souvislosti s profesionálním nebo vrcholovým provozováním sportu; za profesionální a vrcho-

lové sportovce se považují sportovci, kteří mají profesionální smlouvu, tzn. jedná se o zdroj jejich příjmů nebo se účastní soutěží na celostátní nebo na mezinárodní úrovni;

- h) v souvislosti s použitím leteckých prostředků s výjimkou úrazů, které pojištěný utrpí jako osoba dopravovaná letadlem určeným pro cestující veřejnost - cestující; za dopravovanou osobu se nepovažuje člen posádky letadla ani jiná osoba činná při provozu nebo obsluze letadla; a dále k níž dojde 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.;
 - i) v souvislosti s výkonem horolezeckého sportu, vysokohorskou turistikou, hlubokovým potápěním s nutností i bez nutnosti dýchacího přístroje (vyjma potápění do hloubky do 5 metrů), vodními sporty 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, heli-skiing, rafting, black-water-rafting, sporty s obdobným rizikem;
 - j) v souvislosti s účastí na motoristických závodech a soutěžích a při přípravných jízdách k nim; pojistitel není povinen plnit ani v případě, kdy se pojištěný zúčastní těchto závodů a soutěží nebo přípravy na ně jako spolujezdec;
 - k) v souvislosti s účastí 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.
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 nebo mezinárodních nemocí 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 pojištěného z důvodů kosmetických úkonů, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné. O nezbytnosti rozhoduje pojistitel, resp. lékař pojistitele;
 - f) léčebné pobyty v lázeňských zařízeních a sanatoriích a při léčebném pobytu v rehabilitačních zařízeních;
 - g) hospitalizaci pojištěného v souvislosti s nemocí či úrazem, 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;
 - i) hospitalizaci pojištěného v souvislosti s onemocněním vzniklým v přímé souvislosti s nedodržením státního očkovacího kalendáře;
 - j) hospitalizaci pojištěného v souvislosti s vrozenými vadami;

- k) hospitalizaci pojištěného v souvislosti s onemocněním vzniklým v důsledku narození pojištěného před 37. týdnem gravidity nebo s jeho porodní hmotností nižší než 2 500 gramů.

Článek 61

Změny v pojištění

Při změně pojištění z důvodu navýšení denní dávky se na navýšenou část pojistné částky vztahují čekací lhůty dle čl. 56.

V. 3. Ustanovení pro doplňkové pojištění medicínská asistence

Článek 62

Doplňkové pojištění medicínská asistence

1. V případě sjednání tohoto doplňkového pojištění vzniká v případě pojistné události pojištěnému nárok na pojistné plnění formou zajištění služeb. Zajištěním služeb ve smyslu tohoto doplňkového pojištění se rozumí forma pojistného plnění, kdy pojistitel prostřednictvím poskytovatele asistenčních služeb provede úkony potřebné k poskytnutí služby pojištěnému v rozsahu a dle limitů uvedených v Tabulce služby medicínské asistence (dále jen „TSMA“), jež je nedílnou součástí pojistné smlouvy.
2. Pojistnou událostí se rozumí potřeba pojištěného získat informace související s jeho zdravotním stavem nebo změnou zdravotního stavu, která nastala v době trvání pojištění a s níž je spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění.
3. Pojistné plnění je poskytováno pojištěnému formou telefonické asistenční služby za účelem poskytnutí informací souvisejících se zdravotním stavem pojištěného. Rozsah pojistného plnění je blíže specifikován v tabulce TSMA.
4. Pojistník a pojištěný souhlasí s pořizováním a uchováváním nahrávek příchodů i odchodů telefonických 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. Poskytovatel asistenčních služeb bude záznam telefonního hovoru, v němž jsou obsaženy osobní údaje pojištěného a pojistníka, uchovávat po dobu trvání tohoto pojištění s tím, že po uplynutí této doby bude možno záznam využít pouze za účelem ochrany práv pojistitele a poskytovatele asistenčních služeb, a to zejména jako důkazní prostředek v soudním, správním či jiném řízení, jehož je pojistitel, poskytovatel asistenčních služeb, pojistník nebo pojištěný účastníkem.
5. Doplňkové pojištění medicínské asistence se sjednává na dobu určitou, a to 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, nebylo-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak.
6. Doplňkové pojištění medicínské asistence je poskytováno výlučně na území České republiky.