



GTL5010391

Generali Pojišťovna a.s.
Generální ředitelství

Bělehradská 132, 120 84 Praha 2, Česká republika

Zvláštní pojistné podmínky pro investiční životní pojištění (ZPP IŽP 2007/01)

I. Obecná ustanovení

Článek 1 Úvodní ustanovení

Pro investiční životní pojištění (dále jen „pojištění“), které sjednává Generali Pojišťovna a.s., se sídlem Bělehradská 132, Praha 2, 120 84, Česká republika (dále jen „pojistitel“) jako pojištění obnosové, platí zákon č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě (dále také „zákon“), občanský zákoník a ostatní obecně závazné právní předpisy České republiky, všeobecné pojistné podmínky pro soukromé pojištění osob (dále jen VPP POS 2005/01), tyto ZPP IŽP 2007/01, Tabulky IŽP, další ujednání a pojistná smlouva.

Článek 2 Vymezení pojmů

Pro účely sjednáváného pojištění platí toto vymezení pojmů:

- obmyslenou osobou** je osoba určená pojistníkem se souhlasem pojištěného v pojistné smlouvě, které vznikne právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného;
- mimořádným pojistným** je pojistné placené v průběhu trvání pojištění nad rámec běžného, resp. jednorázového pojistného;
- rizikovým pojistným** je součet pojistného za pojištění pro případ smrti a pojistného doplňkových pojištění v rozsahu pojistné ochrany sjednané v pojistné smlouvě; rizikové pojistné je součástí běžného, resp. jednorázového pojistného;
- fondem** je portfolio různých investičních instrumentů založené a spravované pojistitelem nebo správcem fondu určeným pojistitelem nebo portfolio ve vlastnictví třetí osoby a ve správě třetí osoby a pojistitele;
- podílová jednotka**: pojistitel rozděljuje každý fond na části – jednotky stejné hodnoty; pojistník svými platbami pojistného kupuje podílové jednotky zvolených fondů;
- aktuální hodnotou podílových jednotek** je součin počtu podílových jednotek evidovaných na podílovém účtu pojistníka a aktuální (v daném okamžiku platné) nákupní ceny;
- počáteční jednotky**: po uzavření pojistné smlouvy s běžně placeným pojistným, resp. po navýšení pojistného během trvání pojistné smlouvy pojistník z části pojistného kupuje počáteční podílové jednotky není-li ve smlouvě ujednáno jinak. Částka potřebná k vytvoření počátečních jednotek dle kalkulačních zásad pojistitele se vypočítá jako dvojnásobek ročního pojistného placeného za investiční životní pojištění a doplňkové životní pojištění platné při sjednání smlouvy, resp. při navýšení pojistného. Pro nakupování počátečních jednotek se při každé platbě pojistného použije část pojistného placeného za investiční životní pojištění a doplňkové životní pojištění. K nakupování bude docházet tak dlouho, dokud se nenakoupí celá částka potřebná pro nákup počátečních podílových jednotek.
- akumulacími jednotkami** jsou podílové jednotky nakoupené zaplacením mimořádného pojistného nebo běžného pojistného, které nejsou počátečními jednotkami;
- alokačním poměrem** je poměr, ve kterém se pojistné rozděljuje do jednotlivých fondů;

- oceňovacím dnem** je den oceňování aktiv jednotlivých fondů a stanovení nákupní a prodejní ceny podílových jednotek těchto fondů;
- podílovým účtem pojistníka** je účet založený pojistitelem, který slouží k evidenci podílových jednotek pojistníka vázaných k různým fondům.

Článek 3 Druhy pojištění

V rámci tohoto pojištění se sjednává:

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

Článek 4 Pojistná událost

- Pojistnou událostí je skutečnost specifikovaná pro jednotlivé druhy pojištění a blíže určená v pojistné smlouvě, se kterou je spojena povinnost pojistitele plnit.
- Za pojistnou událost se nepovažuje smrt pojištěného, ke které došlo v období do třetích narozenin pojištěného. V případě smrti v období do třetích narozenin pojištěného vyplatí pojistitel pojistníkově částku odpovídající dosud zaplacenému pojistnému za pojištěná rizika, která se vztahují na pojištění tohoto pojištěného, a aktuální hodnotu podílového účtu pojistníka.
- Je-li pojistnou událostí ve smyslu pojistné smlouvy úraz pojištěného, rozumí se úrazem neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného nebo neočekávané a nepřerušené působení vysokých nebo 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.
 - Za úraz se též považují:
 - utonutí a tonutí;
 - tělesné poškození způsobená popálením, bleskem, elektrickým proudem, plyny nebo parami, požitím jedovatých nebo leptavých látek, s výjimkou případů, kdy se účinky dostavily postupně;
 - vyknutí končetin, stejně jako natržení nebo odtržení části končetin a svalů na páteři, šlach, vaziva a pouzder kloubů v důsledku náhlé odchylky od běžného pohybu.
 - Úrazem nejsou: nemoci včetně infekčních nemocí; srdeční infarkt, mozková mrtvice, amocce sítnice, duševní choroby a poruchy, a to i když se dostavily jako následky úrazu; nádory zhoubné i nezhoubné; kýly všech lokalizací; zhoršení nemoci následkem úrazu; aseptické záněty tíhových váček, 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; krvácení do vnitřních orgánů a do mozku nebo poranění břicha či podbřišku, pokud vzniklo v důsledku zdravotní predispozice pojištěného; duševní chorobné stavy po úrazu, jako např. neurózy nebo psychoneurózy.

Článek 5 Zánik pojištění

- Vedle způsobů stanovených zákonem nebo

jinými právními předpisy zaniká pojištění nebo jeho část následovně:

- uplynutím pojistné doby v 00.00 hodin dne, kterým uplynula pojistná doba;
- dnem smrti pojištěného;
- dnem následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené pojistitelem v kvalifikované upomínce k zaplacení dlužného pojistného nebo jeho části, a to k datu uvedenému v této upomínce, nevzniká-li k tomuto datu nárok na převedení pojištění do pojištění v redukovaném stavu podle čl. 8;
- výpovědí ze strany pojistníka:
 - doručenou do 2 měsíců od počátku pojištění; výpovědní lhůta je osmidená, jejím uplynutím pojištění zanikne; pojistitel má nárok na rizikové pojistné a technické poplatky definované v čl. 12 do doby zániku pojištění;
 - doručenou nejméně 6 týdnů před uplynutím pojistného období u smluv s běžně placeným pojistným, nejdříve však po uplynutí 2 let od počátku pojištění, bylo-li za toto období řádně zaplacené pojistné; pojištění zanikne uplynutím pojistného období; po výpovědi pojistitel vyplatí odkupné podle čl. 9;
 - u pojistných smluv s jednorázovým pojistným k 1. dni měsíce následujícího po doručení výpovědi nebo k 1. dni budoucího měsíce uvedeného ve výpovědi; po výpovědi pojistitel vyplatí odkupné podle čl. 9;
 - doručenou do 3 měsíců ode dne doručení písemného oznámení vzniku pojistné události pojistiteli; výpovědní lhůta je 1 měsíc, jejím uplynutím pojištění zanikne;
 - doručenou do 1 měsíce ode dne výplaty pojistného plnění; výpovědní lhůta je 1 měsíc, jejím uplynutím pojištění zanikne;
- výpovědí ze strany pojistitele doručenu do 2 měsíců od počátku pojištění; výpovědní lhůta je osmidená, jejím uplynutím pojištění zanikne; pojistitel má nárok na rizikové pojistné a technické poplatky definované v čl. 12 do doby zániku pojištění;
- odstoupením od pojistné smlouvy nebo její části pojistitelem nebo pojistníkem z důvodů ve smyslu zákona; v takovém případě zaniká pojištění nebo jeho část od počátku;
- dnem doručení písemného oznámení o odmítnutí pojistného plnění;
- dnem doručení písemného oznámení pojistníka nebo pojištěného, ze kterého vyplývá nesouhlas se zněním čl. 12 VPP POS 2005/01; pojištění zaniká tímto dnem bez náhrady;
- dohodou; v této dohodě musí být určen 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.
- Zanikne-li pojištění odstoupením od smlouvy nebo její části podle odst. 1.6., vrátí pojistitel pojistníkově nejpozději ve lhůtě do 30 dnů zaplacené pojistné po odečtení nákladů vzniklých prokazatelně s uzavřením a správou daného pojištění. Pojistník a pojištěný je povinen vrátit ve lhůtě do 30 dnů pojistiteli to, co mu bylo na základě pojistné smlouvy již plněno. Pojistník může zaslat odstoupení od pojistné smlouvy na adresu sídla pojistitele.
- Zanikne-li pojištění odmítnutím pojistného plnění podle odst. 1.7., vyplatí pojistitel odkupné, je-li na něj nárok podle čl. 9. Pojistitel má právo

odmítnout plnění z pojistné smlouvy za podmínek uvedených v ZPP IŽP 2007/01 a VPP POS 2005/01.

4. V případě zániku pojištění, na něž bylo uhrzeno mimořádné pojistné, vyplátí pojistitel aktuální odkupní hodnotu podílových jednotek nakoupených z tohoto mimořádného pojistného.

Článek 6 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 rizikové pojistné nebo dohodnout zvláštní podmínky pojištění. Určit vyšší rizikové pojistné nebo dohodnout zvláštní podmínky pojištění z důvodu zvýšení pojistného rizika je možné i v průběhu pojistné doby.
3. Pojistník má kromě placení běžného, resp. jednorázového pojistného možnost kdykoliv platit mimořádné pojistné. Jeho výše musí být rovna alespoň minimálnímu mimořádnému pojistnému stanovenému pojistitelem. Dlužné pojistné nemůže být nahrazeno mimořádným pojistným.
4. Mimořádné pojistné se platí na bankovní účet, který je určen pouze pro platby mimořádného pojistného.
5. Rizikové pojistné za pojištění pro případ smrti a doplňková pojištění je peněžním ekvivalentem odpovídajícím rozsahu pojištěním poskytnuté pojistné ochrany. Výše rizikového pojistného se aktualizuje vždy k prvnímu dni měsíce a je kalkulována v závislosti na aktuálním věku, pohlaví a aktuální pojistné částce.
6. V případě smrti pojištěného má pojistitel nárok na rizikové pojistné a poplatky definované v čl. 12 do data nahlášení pojistné události.

Článek 7 Změny pojištění

1. Dohodnou-li se účastníci na změně již sjednaného pojištění, poskytuje pojistitel pojistné plnění ze změněného pojištění až z pojistných událostí, které nastaly po dni změny pojištění, nejdříve však v 00.00 hodin dne, ke kterému byla provedena změna pojištění.
2. Pojistník je oprávněn kdykoliv písemně požádat o snížení běžného pojistného k datu splatnosti následného pojistného, na úroveň danou platnými pojistněmatematickými zásadami.
3. Pojistník může písemně požádat o zvýšení běžného pojistného k datu splatnosti následného pojistného. Při zvýšení pojistného dochází z navýšeného pojistného za investiční životní pojištění a doplňková životní pojištění k nakupování počátečních jednotek. V případě, že v době navýšení nebudou nakoupeny předcházející počáteční jednotky, bude pro úhradu předcházejících i nově vzniklých počátečních jednotek použita celá část pojistného, ze kterého vzniká nárok na nákup počátečních jednotek. K nákupu akumulčních jednotek z této části pojistného dojde až po nakoupení všech počátečních jednotek.
4. Pojistník může písemně požádat o zvýšení, resp. snížení pojistné částky k datu splatnosti následného pojistného, přičemž pojistitel má právo zvýšit, popř. snížit pojistné na úroveň danou platnými pojistněmatematickými zásadami.
5. Pojistník je oprávněn kdykoliv písemně požádat o zahrnutí, vyloučení nebo o změnu doplňkových pojištění, přičemž pojistitel má právo snížit, popř. zvýšit pojistné částky nebo snížit, popř. zvýšit pojistné na úroveň danou platnými pojistněmatematickými zásadami.
6. Pojistník může kdykoli v průběhu pojistné doby požádat o prodloužení pojistné doby. Pojistitel bude akceptovat pouze takovou žádost o stanovení nové pojistné doby, která je v souladu s maximálním výstupním věkem pojištěného.
7. Zkrácení pojistné doby nelze provést.
8. Opětovné obnovení pojistné smlouvy (dále jen „reaktivace“) je možné provést do 3 měsíců od zániku pojistné smlouvy podle čl. 5 s výjimkou zániku s výplatou odkupného. V období mezi datem zániku pojistné smlouvy podle čl. 5 a provedením reaktivace není poskytována

pojistná ochrana. Reaktivaci je možné provést jednou během sjednané pojistné doby. Pojistitel nemá povinnost vyhovět žádosti pojistníka o provedení reaktivace.

9. Pojistitel je oprávněn provést posouzení rizika i v průběhu pojistné doby, jestliže pojistník požádal o změny uvedené v odst. 3 až 8.
10. Změny uvedené v odstavcích 2 až 7 mají vliv na vývoj stavu podílového účtu pojistníka.
11. Změny provedené v bodě 2 až 6 mohou ovlivnit způsob a dobu nakupování počátečních jednotek ve smyslu prodloužení doby, za kterou budou počáteční podílové jednotky nakupovány.
12. Všechny požadované změny mohou být provedeny pouze na základě písemné žádosti pojistníka, příp. pojistníka a pojištěného, vyjma změn, u kterých na základě rozhodnutí pojistitele není písemná forma povinná. Pojistitel akceptuje požadované změny písemným potvrzením.

Článek 8

Pojištění v redukováném stavu

1. Pojištění může být na žádost pojistníka nebo z důvodu uvedeného v čl. 5 převedeno na pojištění v redukováném stavu. Pojištění může být redukováno v případě, kdy bylo zapláceno pojistné alespoň za dobu 2 let a pokud aktuální odkupní hodnota pojištění, definovaná v čl. 9, překračuje pojistitelem předepsané minimum.
2. V případě převedení pojištění na pojištění v redukováném stavu pojistitel přemění počáteční podílové jednotky ve vyšší jejich odkupní hodnoty na akumulční podílové jednotky.
3. Pojištění bude převedeno na pojištění v redukováném stavu k datu splatnosti pojistného za pojistné období, za které nebylo poprvé řádně zapláceno pojistné.
4. Pojistník má právo vypovědět pojištění v redukováném stavu. Po vypovědi vyplátí pojistitel odkupné, je-li na něj nárok dle čl. 9.
5. Pojištění v redukováném stavu nelze znovu uvést v původní stav.
6. Po dobu trvání pojištění v redukováném stavu bude podílový účet pojistníka nadále snižován o rizikové pojistné a technické poplatky popsané v čl. 12. U pojištění v redukováném stavu má pojistitel nebo pojistník právo upravit rozsah pojistného krytí za účelem minimalizace odpočtů rizikového pojistného za sjednaná rizika. V okamžiku, kdy aktuální hodnota akumulčních podílových jednotek nebude stačit na pokrytí poplatků dle čl. 12, pojistná smlouva zaniká bez náhrady.
7. Na pojištění v redukováném stavu lze nadále platit mimořádné pojistné.
8. Z pojištění v redukováném stavu lze provádět částečné odkupy ve smyslu čl. 10.

Článek 9

Odkupné

1. Nárok na odkupné vzniká, byla-li vytvořena odkupní hodnota.
2. Odkupní hodnota pojištění může být u smluv s běžně placeným pojistným vytvořena po 2 letech pojištění, bylo-li za toto období řádně zapláceno pojistné. Smlouva s řádně zaplaceným jednorázovým pojistným má vždy vytvořenou odkupní hodnotu.
3. Odkupné se vypočítá podle kalkulačních zásad jako součet odkupní hodnoty počátečních a akumulčních podílových jednotek snížených o nevyúčtované poplatky popsané v čl. 12. Výše odkupného závisí na způsobu placení pojistného, na době uplynulé od počátku pojištění, na sjednané pojistné době, na rozsahu sjednaného rizika a na nákladech spojených se vznikem a správou pojistné smlouvy.
4. Odkupní hodnota počátečních jednotek se vypočítá jako procentní podíl z aktuální hodnoty počátečních jednotek. Výše procentního podílu je uvedena v tabulce odkupních koeficientů počátečních jednotek.
5. Odkupní hodnota akumulčních jednotek odpovídá aktuální hodnotě akumulčních jednotek.
6. Odkupné neodpovídá celkově zaplacenému pojistnému.
7. V případě zániku pojištění nevzniká nárok na vrácení pojistného.

8. Při stanovení výše odkupného uplatní pojistitel nákupní cenu platnou k datu účinnosti výpovědi.

Článek 10

Částečný odkup

1. Z aktuální hodnoty akumulčních podílových jednotek tvořených běžným pojistným může pojistník zažádat o částečný odkup po uplynutí 2 let od počátku pojištění, bylo-li za toto období zapláceno pojistné. Podmínkou uskutečnění částečného odkupu je předpoklad postačitelosti výše běžného pojistného a zůstatku odkupní hodnoty pojištění pro pokrytí rizikového pojistného a technických poplatků dle čl. 12 až do konce pojistné doby.
2. Z aktuální hodnoty podílových jednotek tvořených jednorázovým pojistným lze kdykoli zažádat o částečný odkup přičemž hodnota částečného odkupu se vypočítá dle čl. 9 odst. 4). Podmínkou uskutečnění částečného odkupu je předpoklad postačitelosti zůstatku odkupní hodnoty pojištění pro pokrytí rizikového pojistného a technických poplatků dle čl. 12 až do konce pojistné doby.
3. Z aktuální hodnoty podílových jednotek tvořených mimořádným pojistným může pojistník kdykoli zažádat o částečný odkup.
4. Výše částečného odkupu musí dosáhnout alespoň pojistitelem předepsaného minima.
5. Pojistitel provede částečný odkup za poslední nákupní cenu platnou před datem obdržení žádosti pojistníka o částečný odkup. Za datum obdržení této žádosti se považuje její doručení do sídla pojistitele.
6. Pojistitel je oprávněn stanovit poplatek podle čl. 12 související s částečným odkupem.
7. Pojistitel je oprávněn při částečném odkupu pojistnou částku pro případ smrti přiměřeně snížit.

Článek 11

Pojištění s přerušením placení běžného pojistného

1. Pojištění může být na žádost pojistníka převedeno na pojištění s přerušením placení běžného pojistného (dále jen „přerušení placení pojistného“). Pojistitel si vyhrazuje právo tuto žádost zamítnout.
2. K přerušení placení pojistného může dojít, pokud byla vytvořena odkupní hodnota pojištění definovaná v čl. 9 a zároveň pokud je aktuální hodnota podílových jednotek dostačující na pokrytí rizikového pojistného a technických poplatků dle čl. 12 na dobu přerušení placení pojistného.
3. Pojistitel přeruší placení pojistného ode dne nejbližší splatnosti pojistného následující po datu přijetí žádosti od pojistníka anebo k prvnímu dni měsíce uvedeného v jeho žádosti. Tento den musí předcházet dni, ke kterému by smlouva zanikla či by byla převedena do redukováného stavu. O přerušení placení pojistného nelze požádat zpětně.
4. Pojistitel má nárok na pojistné do dne, kdy došlo k přerušení placení pojistného.
5. Podílový účet pojistníka bude i v době přerušení placení pojistného snižován o rizikové pojistné a technické poplatky popsané v čl. 12. V okamžiku, kdy aktuální hodnota podílových jednotek nebude stačit na pokrytí rizikového pojistného a technických poplatků, pojistná smlouva zaniká s výplatou odkupného, byla-li vytvořena odkupní hodnota.
6. Rozsah pojistného krytí může být na žádost pojistníka upraven ve smyslu snížení pojistných částek, popřípadě vyloučení doplňkových pojištění.
7. Přerušit placení pojistného je možné max. třikrát během pojistné doby, a to vždy nejdele na dobu jednoho roku. Neobnoví-li pojistník placení pojistného po uplynutí jednoho roku od okamžiku přerušení placení pojistného do jednoho měsíce od splatnosti pojistného a dosahuje-li odkupní hodnota pojištění pojistitelem stanoveného minima určeného podle kalkulačních zásad, pojištění se mění na pojištění v redukováném stavu podle čl. 8.
8. Na pojištění s přerušením placení pojistného lze nadále platit mimořádné pojistné.

- U pojištění s přerušením placení pojistného lze provádět částečné odkupy ve smyslu čl. 10.
- Pojistitel má nárok účtovat poplatek za přerušení placení pojistného podle čl. 12.

Článek 12

Poplatky

- Pojistitel snižuje každý měsíc podílový účet pojistníka o rizikové pojistné za rizika sjednaná v pojistné smlouvě.
- Za účelem krytí nákladů souvisejících s uzavřením pojistné smlouvy (dále jen „počáteční náklady“) sráží pojistitel u pojištění s běžným pojistným na konci každého pojistného roku pojistitelem stanovené procento počátečních jednotek z celkového množství počátečních jednotek, a to do konce pojistné doby, nejvýše však po dobu stanovenou pojistitelem. U pojistných smluv s jednorázovým pojistným sráží pojistitel na konci každého pojistného roku pojistitelem stanovené procento počátečních jednotek z celkového množství počátečních jednotek, a to do konce pojistné doby, nejvýše však po dobu stanovenou pojistitelem. Aktuální a maximální výše těchto nákladů je uvedena v sazebníku poplatků a Informacích pro klienta.
- Pojistitel sráží každý měsíc sjednané pojistné doby z podílového účtu pojistníka správní náklady za daný měsíc. Maximální a aktuální výše správních nákladů je stanovena v sazebníku poplatků a Informacích pro klienta. Správní náklady se mohou měnit nejvýše jednou za pojistný rok.
- Hodnotu podílového účtu pojistníka může pojistitel navíc snížit o další technické poplatky související se správou pojistné smlouvy. Přehled těchto poplatků je uveden v sazebníku poplatků.
- U pojistných smluv s běžným pojistným sráží pojistitel poplatky uvedené v odst. 1, 3 a 4 z akumulačních jednotek. Pojistitel přeměňuje tyto poplatky podle nákupní ceny platné k prvnímu dni v měsíci na akumulační jednotky, o které pak sníží počet aktuálních podílových jednotek evidovaných na podílovém účtu pojistníka.
- U pojistných smluv s jednorázovým pojistným sráží pojistitel poplatky uvedené v odst. 1, 3 a 4 z počátečních jednotek, příp. z akumulačních jednotek, pokud tyto na pojistné smlouvě vznikly. Pojistitel přeměňuje tyto poplatky podle nákupní ceny platné k prvnímu dni v měsíci na podílové jednotky, o které pak sníží počet aktuálních podílových jednotek evidovaných na podílovém účtu pojistníka.
- Aktuální sazebník poplatků je k nahlédnutí v sídle a obchodních místech pojistitele.

Článek 13

Cíle a fungování fondů

- Cílem fondů je investování prostředků patřících fondu a dlouhodobé zvyšování hodnoty uložených aktiv. Hodnota fondů, a tedy i hodnota podílových jednotek vázaných k fondu se mění podle výsledků investic. Pojistitel při sjednání návrhu poskytne pojistníkovi písemnou informaci o investiční politice jednotlivých fondů. Fondy se od sebe liší typem investic, očekávaným výnosem a rizikem investic.
- Pojistitel je oprávněn fondy založit a také zrušit.
- Ke zrušení fondu může dojít v případě, kdy hodnota fondu podle posouzení pojistitele nestačí k hospodárnému provozu. V tomto případě pojistitel pošle pojistníkovi oznámení alespoň dva měsíce před plánovaným zrušením a nabídne bezplatné přemístění podílových jednotek vázaných k zanikajícímu fondu na podílové jednotky vázané ke kterémukoli jinému fungujícímu fondu. Pokud se pojistník k přemístění nevyjádří do 15 dnů od doručení oznámení o zrušení fondu, pojistitel přemístí podílové jednotky podle nákupního kurzu platného v den zániku fondu do jiných fondů dle vlastního rozhodnutí.
- Pojistitel je oprávněn rozdělit nebo sloučit jednotky jednotlivých fondů, čímž se mění počet i hodnota podílových jednotek vázaných k fondu. Tato operace má jen technický význam a celkovou hodnotu jednotek ve fondech, resp. podílových jednotek na podílovém účtu pojistníka neovlivňuje.
- Vývoj hodnoty podílových jednotek jednotlivých fondů není pojistitelem garantován.

- Aktiva jednotlivých fondů a výnosy plynoucí z těchto aktiv jsou vlastnictvím pojistitele a zůstávají jim po celou pojistnou dobu. Pojištění proto nezakládá nárok na jakákoliv aktiva pojistitele a fondů.

Článek 14

Oceňování fondů, ceny jednotek

- Pojistitel fondy pravidelně oceňuje za účelem stanovení nákupní a prodejní ceny podílových jednotek. Fondy jsou oceňovány v oceňovacích dnech stanovených pojistitelem, minimálně však jednou za měsíc. Hodnotou fondu je hodnota prostředků patřících fondu snížená o hodnotu závazků k datu ocenění. Pojistitel je oprávněn odečítat z hodnoty fondu náklady související s nákupem a prodejem prostředků patřících fondu. Pojistitel stanoví roční poplatek za správu fondů v procentech hodnoty fondu, jehož výši může jednou za rok měnit, přičemž hodnota ročního poplatku nemůže být vyšší než pojistitelem stanovené maximum. Tento poplatek je odečítán úměrně při každém oceňování.
- Nákupní cenou podílových jednotek vázaných na daný fond je podíl aktuální hodnoty fondu a počtu podílových jednotek vázaných na fond. Za tuto cenu nakupuje pojistitel podílovou jednotku od pojistníka.
- Aktuální cenu prodeje podílových jednotek stanoví pojistitel tak, aby rozdíl mezi nákupní a prodejní cenou činil maximálně 5 % prodejní ceny. Za tuto cenu prodá pojistitel podílovou jednotku pojistníkovi.
- Nákupní a prodejní cena stanovená v oceňovací den je zpětně platná do data předchozího dne oceňování. Ceny pojistitel eviduje s přesností na pět desetinných míst.
- Pojistitel může odečítat z hodnoty fondu při každém oceňování výdaje související s pořízováním, prodejem a oceňováním fondu.
- Pojistitel je dále oprávněn snižovat hodnotu fondu o všechny daňové srážky spojené s aktivy fondu.
- Poplatky uvedené v odst. 1–5 tohoto článku jsou součástí sazebníku poplatků podle čl. 12.

Článek 15

Podílový účet pojistníka a rozdělení pojistného mezi fondy

- Při uzavření smlouvy pojistník určí, v jakém alokačním poměru hodlá běžné nebo jednorázové pojistné použít na nákup podílových jednotek vázaných k jednotlivým fondům. U dalších plateb běžného pojistného může pojistník tento poměr kdykoliv po dobu trvání smlouvy změnit. Podíl investic do jednotlivých fondů musí dosáhnout minimální výše stanovené pojistitelem.
- Mimořádné pojistné se přeměňuje na podílové jednotky vázané k jednotlivým fondům v alokačním poměru platném k datu zpracování tohoto pojistného pro běžné nebo jednorázové pojistné, není-li pojistníkem písemně stanoveno jinak.
- Připsání pojistného na podílový účet pojistníka v podílových jednotkách se uskutečňuje po zaplacení pojistného opatřeného příslušnými identifikačními znaky a následněm připsáním tohoto pojistného na pojistnou smlouvu, nejpozději však s datem prvního pracovního dne následujícího po nejbližším oceňovacím dni.
- Počet podílových jednotek připsaných na podílový účet pojistníka pojistitel eviduje s přesností na pět desetinných míst.
- Pojistitel minimálně jednou za pojistný rok písemně informuje pojistníka o počtu a hodnotě podílových jednotek vázaných k fondům na jeho pojistné smlouvě.

Článek 16

Přemístění podílových jednotek

- Na základě písemné žádosti pojistníka mohou být podílové jednotky jednoho fondu směněny na podílové jednotky vázané k jiným fondům. Pojistitel provede přemístění podílových jednotek v nákupních cenách podílových jednotek platných v den, kdy obdržel žádost pojistníka, není-li pojistníkem požadováno přemístění k pozdějšímu datu. Za datum obdržení žádosti o přemístění podílových jednotek se považuje její doručení do sídla pojistitele.

- První dvě přemístění během jednoho pojistného roku jsou bezplatná, za další přemístění sráží pojistitel z podílového účtu pojistníka poplatky za přemístění. Poplatek za přemístění stanoví pojistitel z aktuální hodnoty podílových jednotek, které mají být přemístěny, platné v den provedení směny. Za jedno přemístění se považuje přemístění určitého počtu podílových jednotek z jednoho fondu do jednoho nebo více fondů. Poplatek za přemístění podílových jednotek je součástí sazebníku poplatků podle čl. 12.

Článek 17

Změna alokačního poměru

- Alokační poměr umístění budoucích plateb pojistného do podílových jednotek vázaných k jednotlivým fondům je možné na základě písemné žádosti pojistníka kdykoliv upravit.
- Pojistitel provede změnu alokačního poměru k datu obdržení žádosti od pojistníka, není-li v této žádosti požadováno provedení změny k pozdějšímu datu.
- Pojistitel může za provedení změny alokačního poměru srážet poplatek z podílového účtu pojistníka. Poplatek za změnu alokačního poměru je součástí sazebníku poplatků podle čl. 12.

Článek 18

Aktualizace pojistného a pojistné částky

- Aktualizací ve smyslu těchto ZPP IŽP 2007/01 je každoroční zvýšení pojistné částky a sjednaného běžného pojistného investičního životního pojištění. Aktualizaci pojistných částek lze provést jen u pojistitelem stanovených pojištění.
- Aktualizaci nabízí pojistitel v zájmu zachování hodnoty pojištění u pojištění s běžným pojistným. Pojistitel doručí aktualizaci pouze pojistníkům, kteří svou vůli aktualizovat pojistnou smlouvu (dále jen „indexovou doložku“) sjednali v této pojistné smlouvě. Na základě písemné žádosti má pojistník možnost zvýšit pouze pojistné, aniž by se zvyšovala sjednaná pojistná částka.
- Aktualizace se provádí na základě růstu indexu spotřebitelských cen, který je vydáván Českým statistickým úřadem. Aktualizace se provádí k výročnímu dni za předpokladu, že zveřejněný index vzroste od počátku pojištění, případně od naposledy provedeného nového měření, nejméně o 4 %.
- Pojistitel doručí pojistníkovi nabídku aktualizace pojistné smlouvy, ve které jsou uvedeny zvýšené pojistné částky a zvýšené pojistné. Nabídku aktualizace doručí pojistitel pojistníkovi nejpozději k datu provedení aktualizace. Neodmítne-li pojistník nabídku aktualizace zpětným zasláním nabídky do 6 týdnů od jejího doručení nebo nepožádá-li do 6 týdnů od jejího doručení pouze o zvýšení pojistného, má se za to, že s nabídkou pojistitele souhlasí. Na základě vyjádření pojistníka vystaví pojistitel dodatek k pojistné smlouvě.
- Nároky z příslušné aktualizace jsou účinné k výročnímu dni pojištění, k němuž dochází k aktualizaci.
- Neodmítne-li pojistník aktualizaci podle odst. 4 a neuhradí-li zvýšené pojistné, může to pojistitel považovat za odmítnutí indexové doložky.
- Odmítne-li pojistník aktualizaci ve smyslu odst. 4, ruší se tato aktualizace se zpětnou platností.
- Poslední aktualizaci lze provést nejpozději pět let před koncem sjednané pojistné doby. Současně s tím dochází k zániku platnosti indexové doložky.
- Bude-li pojistník v době trvání pojištění zproštěn od placení pojistného, zaniká platnost indexové doložky, a to od výročního dne následujícího po datu zproštění od placení pojistného. Zaniknou-li důvody pro zproštění od placení pojistného, je pojistník oprávněn o obnovení platnosti indexové doložky požádat, a to písemně. Pojistitel pak bude opětovně provádět aktualizaci od výročního dne následujícího po obdržení žádosti pojistníka.

Článek 19

Územní platnost pojistné smlouvy

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

Článek 20

Oprávněné osoby

- Právo na pojistné plnění má pojištěný, pokud není ve smlouvě ujednáno jinak. Je-li dohodnuto, že pojistnou událostí je smrt pojištěného, pojistník má

- právo se souhlasem pojištěného určit obmyslenou osobu, které 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 obmyslené osobě právo na pojistné plnění okamžikem vzniku pojistné události.
- Vznikne-li právo na pojistné plnění několika obmysleným osobám a nejsou-li podíly určeny, má každá z nich právo na stejný díl.
 - Není-li v době pojistné události, kterou je smrt pojištěného, určena obmyslená osoba nebo nenabude-li právo na pojistné plnění, nabývají tohoto práva tyto osoby:
 - manžel/ka pojištěného;
 - není-li ho, děti pojištěného;
 - nejsou-li osoby uvedené pod písm. b) tohoto odstavce, rodiče pojištěného;
 - není-li jich, pak osoby, které žily s pojištěným nejméně po dobu jednoho roku před jeho smrtí ve společné domácnosti a které z tohoto důvodu pečovaly o společnou domácnost nebo byly odkázány výživou na pojištěného;
 - není-li ani těchto osob, dědici pojištěného. Je-li dědicem stát nebo případně-li dědicství jako odúmrť státu, nevzniká mu právo na pojistné plnění.
 - V průběhu pojištění až do vzniku pojistné události může být obmyslená osoba měněna pouze se souhlasem pojištěného. Změna musí být učiněna písemně a je účinná dnem jejího doručení pojistiteli.
 - Obmyslená osoba, které má smrtí pojištěného vzniknout právo na pojistné plnění, tohoto práva nenabude, způsobila-li pojištěnému smrt úmyslným trestným činem, pro který byla soudem pravomocně odsouzena.
 - Je-li obmyslenou osobou nezletilý nebo osoba, která nemá plnou způsobilost k právním úkonům, bude případné pojistné plnění vyplaceno osobě určené soudem.

Článek 21 Závěrečné ustanovení

Témto ZPP IŽP 2007/01 se řídí pojistné smlouvy investičního životního pojištění uzavřené po datu 1. 8. 2007 včetně.

II. Investiční životní pojištění

Článek 22 Rozsah pojištění

V rámci investičního životního pojištění pojistitel sjednává:

- pojištění pro případ smrti nebo dožití;
- doplňkové rizikové pojištění.

Článek 23 Pojistná událost

- Pojistnou událostí se v investičním životním pojištění rozumí smrt pojištěného, nastane-li během pojistné doby, nebo dožití se dne uvedeného v pojistné smlouvě jako konec pojištění anebo jiná skutečnost uvedená v pojistné smlouvě, s níž je spojen vznik povinnosti pojistitele plnit.
- Pojistitel poskytuje pojistné plnění v případě dožití se dne uvedeného v pojistné smlouvě jako konec pojištění po předložení:
 - pojistky;
 - kopie dokladu o posledním zaplacení pojistného;
 - rádně vyplněných podkladů od pojistitele.
- Pojistitel poskytuje pojistné plnění v případě úmrtí pojištěného po předložení:
 - písemné žádosti o poskytnutí pojistného plnění;
 - pojistky;
 - úředně ověřené kopie úmrtního listu;
 - kopie dokladu o posledním zaplacení pojistného;
 - podrobné zprávy lékaře nebo jiného lékařského či úředního osvědčení o příčině úmrtí, počátku a průběhu smrtelného onemocnění nebo o bližších okolnostech úmrtí;
 - jména a adresy praktického a odborného lékaře, u kterých byl pojištěný léčen pro úraz nebo onemocnění, jež následně vedly k úmrtí.

- Na žádost pojistitele je třeba rovněž předložit i další doklady, které jsou nezbytné pro šetření pojistitele ve věci pojistné události. Pojistitel může rovněž provést šetření sám. Náklady spojené s výše uvedenými ustanoveními hradí ten, kdo uplatňuje nárok vůči pojistiteli. Šetření a důkazní řízení, která nebyla nutná pro zjištění příčiny smrti, počátku a průběhu smrtelného onemocnění pojištěného a bližších okolností jeho smrti, hradí pojistitel. V případě cizojazyčných podkladů je povinen ten, kdo uplatňuje nárok na plnění, obstarat příslušné lékařské zprávy 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 24 Pojistné plnění

- V případě dožití se konce pojištění vyplatí pojistitel aktuální hodnotu podílového účtu pojištěnému, není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak.
- Z pojištění pro případ smrti nebo dožití vyplatí pojistitel v případě smrti pojištěného osobě určené v pojistné smlouvě (obmyslené osobě) aktuální hodnotu podílového účtu platnou k datu nahlášení pojistné události, minimálně však pojistnou částku pro případ smrti uvedenou v pojistné smlouvě. Z doplňkového rizikového pojištění vyplatí pojistitel v případě smrti pojištěného osobě určené v pojistné smlouvě (obmyslené osobě) pojistnou částku uvedenou v pojistné smlouvě. Ke dni úmrtí pojištěné osoby pojistná smlouva zaniká.
- Součástí pojištění nejsou opce ani bonusy. Pojištěný může v případě dožití zvolit místo jednorázové výplaty pojistného plnění vyplácení doživotního důchodu, avšak pouze v případě, že jednorázové plnění ještě nebylo vyplaceno. Výše důchodu se vypočítává ke dni splatnosti pojistného plnění na základě tarifů pojistitele schválených dozorčím orgánem, platných v době dožití se konce pojištění. Pro výpočet výše důchodu je rozhodující věk pojištěného v den splatnosti pojistného plnění. Právo volby důchodu může být uplatňováno buď vůči celému pojistnému plnění, nebo vůči jeho části.

Článek 25 Omezení pojistného plnění

- Nebylo-li ujednáno jinak, pojistitel vyplatí pojistné plnění do výše odkupného, nastane-li smrt pojištěného:
 - v důsledku sebevraždy před uplynutím dvou let od počátku pojištění nebo od zvýšení rozsahu pojistné ochrany ve prospěch pojištěného podle čl. 7, příp. od reaktivace pojistné smlouvy;
 - v přímé nebo nepřímé souvislosti s nukleární katastrofou;
 - následkem přímé nebo nepřímé účasti:
 - na bojových akcích nebo jiných válečných operacích;
 - při vnitrostátních nepokojích (vzpourě, povstání s výjimkou smrti pojištěného, ke které došlo při plnění služby v armádě nebo u Policie ČR v České republice při potlačování vnitrostátních nepokojů);
 - při aktivní účasti na závodech nebo trénincích v pozemních, vzdušných nebo vodních dopravních prostředcích;
 - při použití leteckých prostředků, s výjimkou případu, kdy ke smrti pojištěného došlo v letadle schváleném pro letecký provoz, kde byl jako cestující či jako neprofesionálně činný pilot s platným pilotním průkazem;
 - v souvislosti s teroristickými událostmi všeho druhu, bez ohledu na to, zda ke smrti došlo bezprostředně nebo zprostředkovaně. Ve všech těchto výše uvedených případech pojištění zaniká bez nároku na pojistné plnění, nejsou-li splněny podmínky nároku na odkupné ve smyslu čl. 9.
- Pojistitel je oprávněn snížit pojistnou částku pro případ smrti z pojištění pro případ smrti nebo dožití a pojistnou částku z doplňkového rizikového pojištění až o jednu polovinu:

- jestliže pojištěný zemřel v souvislosti s jednáním, kterým způsobil jinému těžkou újmu na zdraví nebo smrt nebo které bylo v rozporu s dobrými mravy anebo kterým jinak hrubě porušil důležité zájem společnosti;
 - dojde-li ke smrti pojištěného po požití nebo v souvislosti s požíváním alkoholu nebo po aplikaci návykových toxických či omamných látek pojištěným a je zde dána příčinná souvislost se vznikem pojistné události.
- Pokud byly v důsledku nepravdivého uvedení data narození, pohlaví nebo zdravotního stavu pojištěného stanoveny nesprávné technické parametry pojištění (pojistné, pojistná doba, pojistná částka), je pojistitel oprávněn pojistné plnění přiměřeně snížit.
 - Dojde-li k úrazu při řízení motorového vozidla, není pojistitel povinen vyplatit pojistnou částku pro případ smrti z pojištění pro případ smrti nebo dožití ani pojistnou částku z doplňkového rizikového pojištění:
 - v případě, že se pojištěný odmítne podrobit vyšetření za účelem zjištění obsahu alkoholu v krvi;
 - při řízení vozidla osobou, která není držitelem příslušného řidičského oprávnění nebo která vozidlo použila neoprávněně.
 - Dojde-li k pojistné události do pěti let od počátku pojištění, neposkytne pojistitel pojistné plnění tehdy, pokud k pojistné události došlo z důvodu onemocnění, které již bylo před uzavřením pojištění přítomno či diagnostikováno, příp. z důvodu komplikací s tímto onemocněním spojených nebo na jeho následky. Pojistitel v takovém případě vyplatí osobě oprávněné k převzetí pojistného plnění odkupné ve smyslu čl. 9.

Článek 26

Vztah mezi doplňkovým pojištěním a investičním životním pojištěním

- Doplňkové pojištění lze sjednat pouze jako součást investičního životního pojištění. Doplňkové pojištění končí nejpozději dnem zániku investičního životního pojištění.
- Pojistné za doplňkové pojištění je součástí běžného, resp. jednorázového pojistného.
- Pojistník může písemně vypovědět doplňkové pojištění nejméně 6 týdnů před koncem každého pojistného období.

Článek 27

Pojistná doba doplňkových pojištění

Pojistná doba doplňkového pojištění je shodná s pojistnou dobou investičního životního pojištění, avšak doplňkové pojištění končí nejpozději k výročnímu dni v roce, ve kterém pojištěný dosáhl maximálního výstupního věku stanoveného pojistitelem.

III. Doplňkové životní pojištění

Článek 28

Druhy pojištění

V rámci doplňkového životního pojištění pojistitel sjednává:

- doplňkové pojištění plné invalidity;
- doplňkové pojištění závažných onemocnění;
- doplňkové pojištění zproštění od placení pojistného. Jednotlivá doplňková životní pojištění jsou samostatnými na sobě nezávislými pojištěními, která se řídí tímto ZPP IŽP 2007/01, VPP POS 2005/01, dalšími ujednáními a pojistnou smlouvou.

III. 1. Obecná ustanovení pro doplňkové životní pojištění

Článek 29

Nepojistitelné osoby

- Za nepojistitelné osoby, jež nemohou být přijaty do pojištění, se považují osoby stížené nervovou nebo duševní poruchou, která není jen přechodná, a dále osoby závislé na alkoholu a jiných návykových toxických či omamných látkách. Tyto osoby jsou z pojištění vyloučeny.
- Pro doplňkové pojištění závažných onemocnění jsou nepojistitelné osoby, u nichž již bylo

diagnostikováno některé ze závažných onemocnění, na která se vztahuje toto doplňkové pojištění a osoby, kterým byl již v minulosti přiznán částečný nebo plný invalidní důchod.

3. Pro doplňkové pojištění plné invalidity a doplňkové pojištění zproštění od placení pojistného jsou nepojistitelné osoby, kterým byl již v minulosti přiznán částečný nebo plný invalidní důchod.

Článek 30

Pojistné plnění doplňkových životních pojištění

Pojistné plnění doplňkového pojištění plné invalidity a doplňkového pojištění závažných onemocnění může být vyplaceno pouze jednou.

Článek 31

Zánik doplňkového životního pojištění

1. Doplňkové životní pojištění zaniká výplatou pojistného plnění.
2. Doplňkové pojištění závažných onemocnění zaniká k jeho počátku, pokud během 6 měsíců od počátku pojištění pojištěný onemocní některou z chorob uvedených v čl. 34 nebo pokud během 6 měsíců od počátku pojištění byla indikována operace uvedená v tomtéž článku tohoto ZPP IŽP 2007/01. V takovém případě pojistitel navýší hodnotu podílového účtu o hodnotu rizikového pojistného uhrazeného za toto doplňkové pojištění.
3. Pojistitel si vyhrazuje právo vypovědět doplňkové pojištění plného invalidního důchodu a doplňkové pojištění zproštění od placení pojistného v případě, že se změní podmínky sociálního zabezpečení pro přiznávání plných invalidních důchodů, a to ke dni, od kterého vstoupí tyto podmínky v účinnost. Výpovědi zanikají tato doplňková pojištění bez náhrady.
4. Doplňkové životní pojištění zaniká bez náhrady:
 - 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.
5. Stane-li se pojištěný během trvání doplňkového životního pojištění nepojistitelnou osobou dle čl. 29, má pojistitel právo doplňkové životní pojištění vypovědět bez výpovědní lhůty; doplňkové životní pojištění zaniká okamžikem doručení výpovědi.

III. 2. Zvláštní část pro doplňkové životní pojištění

Článek 32

Pojistná událost, rozsah pojištění a povinnosti při škodné události pro doplňkové pojištění plné invalidity

1. Pojistnou událostí je dožití se dne, kdy pojištěný nepřetržitě po dobu jednoho roku pobíral plný invalidní důchod přiznaný podle platných předpisů o sociálním zabezpečení, a dále následné potvrzení zdravotního stavu lékařem určeným pojistitelem.
2. Nastane-li pojistná událost uvedená v odst. 1, poskytne pojistitel pojistné plnění sjednané v pojistné smlouvě.
3. Doplňkové pojištění plné invalidity se vztahuje na:
 - plný invalidní důchod přiznaný v důsledku nemoci, přičemž den, od kterého byl přiznán, je nejdříve po dvou letech od počátku tohoto doplňkového pojištění; v důsledku nemoci pojistitel poskytne pojistné plnění z tohoto doplňkového pojištění pouze v případě, je-li pojištěnému plný invalidní důchod přiznán do max. výstupního věku;
 - plný invalidní důchod přiznaný výlučně v důsledku úrazu, přičemž den, od kterého byl přiznán, je kdykoli po počátku tohoto doplňkového pojištění; v důsledku úrazu pojistitel poskytne pojistné plnění z tohoto doplňkového pojištění v případě, je-li pojištěnému plný invalidní důchod přiznán v průběhu pojistné doby tohoto doplňkového pojištění.

4. Doplňkové pojištění plné invalidity se nevztahuje na pojistné události nebo jejich příčiny:
 - 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, po požití nebo v souvislosti s požíváním alkoholu, návykových toxických a omamných látek, vlivem léků, apod.;
 - d) které způsobily drobné poškození kůže a sliznic, ale mají za následek vniknutí infekčního činitele, který dříve nebo později způsobí onemocnění (toto se nevztahuje na vzteklinu a tetanus).
5. Doplňkové pojištění plné invalidity se nevztahuje na úrazy vzniklé při rizikových sportech či jiných činnostech se zvýšeným nebezpečím vzniku úrazu. Jedná se zejména o úrazy vzniklé:
 - a) při použití leteckých prostředků a při seskoku padákem s výjimkou úrazů, které pojištěný utrpí jako osoba dopravovaná letadlem určeným pro cestující veřejnost; za dopravovanou osobu se nepovažuje člen posádky letadla ani jiná osoba činná při provozu nebo obsluze letadla;
 - b) při horolezectví, paraglidingu, bezmotorovém a motorovém sportovním létání, létání v balónech, při seskocích a letech s padákem z letadel i z výšin, při potápění, bungee jumping, raftingu, vodních sportech na divoké vodě atd.;
 - 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.
6. Doplňkové pojištění plné invalidity se dále nevztahuje na pojistné události vzniklé:
 - a) při přípravě či spáchání úmyslné trestné činnosti pojištěného nebo při pokusu o ni;
 - b) v souvislosti s válečnými událostmi všeho druhu a s teroristickými útoky všeho druhu, bez ohledu na to, zda k tělesnému poškození dojde bezprostředně nebo zprostředkovaně;
 - c) při vnitrostátních násilných nepokojích, kterých se uplynutí aktivně zúčastnil na straně iniciátora nepokojů;
 - d) v souvislosti s pokusem o sebevraždu nebo pokusem o sebepoškození;
 - e) při řízení motorového vozidla v případě, kdy se pojištěný odmítne podrobit vyšetření za účelem zjištění obsahu alkoholu, příp. jiných toxických látek v krvi;
 - f) při řízení vozidla osobou, která není držitelem příslušného řidičského oprávnění nebo která vozidlo použila neoprávněně.
7. Doplňkové pojištění plné invalidity se nevztahuje na ty události uvedené v odst. 1, které byly způsobeny úmyslným jednáním pojištěného nebo jiné osoby z podnětu pojištěného.
8. Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění, je-li hlavní příčinou pojistné události nemoc či úraz (nebo pojištěný trpí jejich důsledky v současné době), které vznikly před počátkem doplňkového pojištění plné invalidity a pro něž byl pojištěný před počátkem doplňkového pojištění plné invalidity lékařsky sledován nebo byly v tomto období přítomny či diagnostikovány jejich příznaky.
9. Právo na pojistné plnění má pojištěný. V případě smrti pojištěného se pojistné plnění vyplácí osobám oprávněným k převzetí pojistného

plnění podle pojistné smlouvy.

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 plného invalidního důchodu státem; za nezbytné podklady pro stanovení povinnosti pojistitele plnit se považují zejména podklady, z nichž vyplývá nárok na pobírání plného invalidního důchodu; záznam o jednání posouzení zdravotního stavu od příslušné správy sociálního zabezpečení; podklady předkládá 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 plný invalidní důchod a potvrzení o tom, že nárok na plný invalidní důchod trval déle než 1 rok;
 - b) kopie odborného posudku správy sociálního zabezpečení, na jehož základě byl přiznán plný invalidní důchod;
 - 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 krátit nebo odmítnout výplatu pojistného plnění z doplňkového pojištění plné invalidity.

Článek 33

Pojistná událost, rozsah pojištění a povinnosti při škodné události pro doplňkové pojištění závažných onemocnění

1. Pojistnou událostí se rozumí den prvního stanovení diagnózy nebo den následující po provedení operace odpovídající definici závažných onemocnění ve smyslu čl. 34 v době trvání pojištění, dojde-li k nim během trvání pojištění, nejdříve však po uplynutí šestiměsíční lhůty od počátku tohoto doplňkového pojištění, s následným potvrzením zdravotního stavu lékařem, jehož určí pojistitel.
2. Nastane-li pojistná událost uvedená v odst. 1, poskytne pojistitel pojistné plnění sjednané v pojistné smlouvě.
3. Právo na pojistné plnění má pojištěný. V případě smrti pojištěného se pojistné plnění vyplácí osobám oprávněným k převzetí pojistného plnění podle pojistné smlouvy.
4. Na základě stavu lékařské vědy nebo změny výskytu závažných onemocnění může pojistitel v průběhu trvání pojištění upravit výši pojistného. Úpravu může provést jednou ročně, nejdříve však po uplynutí pěti let od počátku pojištění. 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 dnem, kdy došlo k úpravě výše pojistného.
5. Doplňkové pojištění závažných onemocnění se nevztahuje na ty události uvedené v odst. 1, které byly způsobeny úmyslným jednáním pojištěného nebo jiné osoby z podnětu pojištěného.
6. Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění, je-li hlavní příčinou pojistné události 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.
7. Dojde-li k indikování nebo provedení některé z operací nebo k onemocnění některou z nemocí uvedených v čl. 34 v souvislosti s válečnými nebo teroristickými událostmi všeho druhu, bez ohledu na to, zda k nim došlo bezprostředně nebo zprostředkovaně, nevzniká pojištěnému nárok na pojistné plnění.

8. 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 určeného pojistitelem, který provede přezkoumání zdravotního stavu; v případě, že pojištěný odmítne vyšetření nebo nedodá nezbytné informace a doklady, může pojistitel krátkit nebo odmítnout výplatu pojistného plnění z doplňkového pojištění závažných onemocnění.

Článek 34

Definice závažných onemocnění

Dojde-li k pojistné události, jež je uvedena v Tabulce závažných onemocnění (dále jen „TDDZ“), která je nedílnou součástí pojistné smlouvy, vzniká pojištěnému nárok na pojistné plnění formou jednorázové výplaty.

Článek 35

Pojistná událost, rozsah pojištění a povinnosti při škodné události pro doplňkové pojištění zproštění od placení pojistného

1. Zproštění od placení pojistného lze sjednat pouze v případě, že pojistník a pojištěný je tatáž osoba.
2. Bylo-li sjednáno doplňkové pojištění zproštění od placení pojistného, zprostí pojistitel pojistníka povinnosti placení běžného pojistného v následujících případech:
 - a) v případě přiznání plného invalidního důchodu v důsledku nemoci podle platných předpisů o sociálním zabezpečení, přičemž den, od kterého byl přiznán, je nejdříve po dvou letech od počátku tohoto doplňkového pojištění; v důsledku nemoci pojistitel zprostí pojistníka od placení pojistného pouze v případě, je-li pojištěnému plný invalidní důchodu přiznán do maximálního výstupního věku. Dojde-li k přiznání plného invalidního důchodu ve lhůtě kratší šesti měsíců od navýšení běžného pojistného (vyjma navýšení běžného pojistného po aktualizaci), sníží pojistitel k datu zproštění běžné pojistné na hodnotu, která byla platně sjednána před navýšením;
 - b) v případě přiznání plného invalidního důchodu výlučně v důsledku úrazu podle platných předpisů o sociálním zabezpečení, přičemž den, od kterého byl přiznán, je kdykoli po počátku tohoto doplňkového pojištění; v důsledku úrazu pojistitel zprostí pojistníka od placení pojistného v případě, je-li pojištěnému plný invalidní důchod přiznán v průběhu pojistné doby tohoto doplňkového pojištění.

Ve všech případech musí být plný invalidní důchod pojištěného potvrzen lékařem pojistitele.

3. V případě zproštění od placení pojistného zanikají sjednaná doplňková pojištění datem zproštění.
4. Pojistitel je povinen zprostí pojistníka povinnosti placení běžného pojistného ode dne nejbližší splatnosti po datu doručení oznámení o přiznání plného invalidního důchodu na adresu pojistitele. Pojistitel zprostí pojistníka od placení běžného pojistného do konce pojištění, maximálně však do výročního dne v roce, ve kterém se pojištěný dožije věku o jeden rok vyššího, než je maximální věk pro zproštění stanovený pojistitelem. V případě, že pojištění dále pokračuje, přebírá povinnost platit pojistné pojistník. V případě, že pojistník do data uvedeného v kvalifikované upomínce k zaplacení pojistného pojistné neuhradí, mění se pojištění na pojištění v redukováném stavu, a to za podmínek uvedených v čl. 8.
5. Přiznání plného invalidního důchodu se prokazuje pravomocným rozhodnutím příslušného orgánu o přiznání plného invalidního důchodu. Za další nezbytné podklady se považují zejména ty podklady, z nichž vyplývá nárok na pobírání plného invalidního důchodu. V případě pochybností je pojistník povinen zmocnit

příslušnou správu sociálního zabezpečení k poskytnutí informací pojistiteli. Na žádost pojistitele je třeba rovněž předložit i další doklady, které jsou nezbytné pro šetření pojistitele ve věci pojistné události. Pojistitel může rovněž provést šetření sám.

6. Pojistitel je povinen do tří měsíců ode dne doručení podkladů, které jsou nezbytné pro stanovení rozsahu povinnosti pojistitele zprostí pojistníka placení pojistného, sdělit pojistníkovi, zda uznává nároky na zproštění od placení pojistného.
7. Pojistník je povinen na základě žádosti pojistitele do pěti let od okamžiku zproštění od placení pojistného prokázat, že jeho nárok na plný invalidní důchod trvá. V opačném případě bude zproštění od placení pojistného ukončeno od pojistného období následujícího po lhůtě, která bude stanovena pojistitelem v žádosti o prokázání. Pokud pojistné nebude pojistníkem ve výše uvedené lhůtě zapláceno, mění se pojištění na pojištění v redukováném stavu, a to za podmínek uvedených v čl. 8.
8. Na pojištění, které je zproštěno od placení pojistného, lze platit mimořádné pojistné.
9. Částečné odkupy z pojištění, které je zproštěno od placení pojistného, lze provádět na základě ustanovení čl. 10.
10. Doplňkové pojištění zproštění od placení pojistného se nevztahuje na pojistné události nebo jejich příčiny, které jsou uvedeny v článku 32 odst. 4–6, 8.
11. Doplňkové pojištění zproštění od placení pojistného se nevztahuje na ty události uvedené v odst. 2, které byly způsobeny úmyslným jednáním pojištěného nebo jiné osoby z podnětu pojištěného.
12. 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 plného invalidního důchodu státem; za nezbytné podklady pro stanovení povinnosti pojistitele plnit se považují zejména podklady, z nichž vyplývá nárok na pobírání plného invalidního důchodu; doložit záznam o jednání posouzení zdravotního stavu od příslušné správy sociálního zabezpečení; podklady předkládá 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 něhož byl invalidní důchod přiznán.
13. Podklady nutné pro uplatnění a trvání nároku na pojistné plnění:
 - a) originál, případně úředně ověřená kopie potvrzení od správy sociálního zabezpečení o datu přiznání nároku na plný invalidní důchod;
 - b) kopie odborného posudku správy sociálního zabezpečení, na jehož základě byl přiznán plný invalidní důchod;
 - c) jméno a adresa praktického a odborného lékaře.
14. V případě, že pojištěný odmítne vyšetření nebo nedodá nezbytné informace a doklady uvedené v odst. 12 a 13, může pojistitel odmítnout zprostí pojistníka placení pojistného.
15. Při zproštění od placení pojistného bude pojistitel hradit běžné pojistné k datu splatnosti. Zaplacené pojistné bude přeměněno na podílové jednotky ve smyslu čl. 2 podle kurzu a alokace platné k datu splatnosti běžného pojistného. Zaplacené pojistné bude přeměněno na počáteční nebo akumulaci podílové jednotky ve smyslu čl. 2 a podle prodejní ceny a alokačního poměru běžného pojistného platného k datu splatnosti běžného pojistného.

IV. Doplňkové úrazové pojištění

Článek 36

Druhy pojištění

V rámci doplňkového úrazového pojištění pojistitel

sjednává:

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

Jednotlivá doplňková úrazová pojištění jsou samostatnými, na sobě nezávislými pojištěními, která se řídí těmito ZPP IŽP 2007/01, VPP POS 2005/01, dalšími ujednáními a pojistnou smlouvou.

Článek 37

Rozsah doplňkového úrazového pojištění

Toto doplňkové úrazové pojištění se vztahuje na úrazy, které pojištěný utrpí v běžném životě, pokud tyto ZPP IŽP 2007/01 nebo pojistná smlouva nestanoví jinak.

Článek 38

Zanik doplňkového úrazového pojištění

1. Doplňkové úrazové pojištění zaniká bez náhrady:
 - a) ve výroční den v roce, ve kterém pojištěný dosáhl maximálního výstupního věku stanového pojistitelem;
 - b) uplynutím pojistné doby doplňkového úrazového pojištění;
 - c) dnem doručení písemného oznámení o odmítnutí pojistného plnění pojistitelem z tohoto doplňkového úrazového pojištění.
2. Stane-li se pojištěný během trvání doplňkového úrazového pojištění nepojistitelnou osobou podle čl. 51, má pojistitel právo doplňkové úrazové pojištění vypovědět bez výpovědní lhůty. Doplňkové úrazové pojištění zaniká bez náhrady okamžikem doručení výpovědi.
3. Pojistník a pojistitel mají právo vypovědět doplňkové úrazové pojištění po každé pojistné události. Toto právo musí být uplatněno ve lhůtě do 3 měsíců po oznámení pojistné události. Výpovědní lhůta je 1 měsíc, jejím uplynutím pojištění zanikne.
4. Pojistník a pojistitel mají právo vypovědět doplňkové pojištění do 1 měsíce ode dne výplaty pojistného plnění. Výpovědní lhůta je 1 měsíc, jejím uplynutím doplňkové pojištění končí.

Článek 39

Pojistná událost

1. Pojistnou událostí ve smyslu tohoto doplňkového úrazového pojištění je úraz pojištěného ve smyslu čl. 4 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 kteréhokoli účastníka pojištění.
3. Pojistná ochrana se nevztahuje na úrazy, které pojištěná osoba prodělala v minulosti nebo trpí jejich důsledky v současné době. Takové úrazy a zároveň jejich příčiny, následky a komplikace jsou z pojistné ochrany vyloučeny. Pojistná ochrana se poskytuje zásadně jen na úrazy, ke kterým dojde až po počátku pojistné ochrany.
4. Je-li pojistník v prodlení s placením pojistného po dobu delší než 30 dnů, není pojistitel povinen poskytnout pojistné plnění z pojistných událostí, které nastaly v době prodlení.
5. Pokud došlo k pojistné události, která je definována v pojistné smlouvě, a vznikl nárok na výplatu pojistného plnění, bude oprávněně nebo obmysleně osobě vyplaceno pojistné plnění. Pojistné plnění bude vypočteno na základě sjednané pojistné částky. Způsob a podmínky výplaty jsou specifikovány v čl. 40 až 47.

Článek 40

Smrt způsobená úrazem

1. Zemře-li pojištěný do 1 roku ode dne úrazu na následky tohoto úrazu a má-li sjednáno doplňkové

pojištění pro případ smrti způsobené úrazem, vyplátí pojistitel pojistnou částku sjednanou v doplňkovém pojištění pro případ smrti způsobené úrazem osobě, které vzniklo smrtí pojištěného právo na pojistné plnění.

2. Do pojistného plnění pro případ smrti se zahrnují platby, které byly pojištěnému vyplaceny jako pojistné plnění za trvalé následky úrazu z téhož úrazu. Byla-li pojistitelem plněna za trvalé následky úrazu vyšší částka, než je pojistná částka sjednaná pro případ smrti, pojistitel nemá právo na vrácení rozdílu těchto dvou plnění.

Článek 41

Plná trvalá invalidita způsobená úrazem

Je-li v průběhu 1 roku ode dne úrazu nepochybně prokázáno, že následkem úrazu je plná trvalá invalidita pojištěného, a pojištěný má sjednáno doplňkové pojištění pro případ plné trvalé invalidity způsobené úrazem, pojistitel vyplátí pojistné plnění z tohoto doplňkového pojištění. Plnou trvalou invaliditou se rozumí takové následky úrazu, při kterých součet jednotlivých stupňů invalidity stanovených v Tabulce pro hodnocení trvalých následků úrazu (dále jen „TTNU“), která je nedílnou součástí pojistné smlouvy, činí nejméně 100 %.

Článek 42

Trvalé následky úrazu

1. Trvalými následky úrazu se rozumí takové následky úrazu, které již nejsou schopny zlepšení, tj. trvalá ovlivnění tělesných a duševních funkcí. Stupněm invalidity se rozumí rozsah trvalých následků, jehož výše se určuje v procentech. Stupeň invalidity v procentech určuje lékař pojistitele.
2. Týkají-li se jednotlivé následky po jednom nebo více úrazech téhož orgánu, smyslu nebo jejich částí, hodnotí je pojistitel jako celek, a to nejvýše procentem stanoveným v tabulce TTNU pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného orgánu, smyslu nebo jejich částí.
3. Pojistitel má povinnost plnit za trvalé následky úrazu, které vznikly následkem úrazu, které objektivně nastaly během jednoho roku ode dne úrazu, na základě písemné žádosti pojištěného. Pojistitel nemá povinnost plnit za trvalé následky úrazu, které se poprvé objektivně objevily po uplynutí jednoho roku ode dne úrazu.
4. Podmínkou výplaty pojistného plnění za trvalé následky úrazu je nejen prokázání vzniku trvalých následků úrazu, ale i lékařsky jednoznačné stanovení stupně invalidity. Pokud je zjištěn vznik trvalých následků úrazu během jednoho roku ode dne úrazu a není lékařsky jednoznačně stanoven stupeň invalidity, poskytne se plnění teprve po uplynutí jednoho roku ode dne úrazu.
5. Základem pro určení stupně invalidity je tabulka TTNU, která je nedílnou součástí pojistné smlouvy. Při částečné ztrátě orgánů nebo smyslů či částečné ztrátě funkce výše uvedených orgánů nebo smyslů se pro výpočet pojistného plnění použijí sazby vypočítané podílem ze sazeb z tabulky TTNU, která je nedílnou součástí pojistné smlouvy.
6. Nelze-li stanovit stupeň invalidity podle výše uvedených tabulek, stanoví se stupeň invalidity lékařským posudkem s ohledem na míru funkčnosti poškozeného orgánu.
7. Byl-li pojištěný stížen tělesnou nebo smyslovou vadou již před úrazem a zhoršil-li se stav postiženého orgánu následkem úrazu, určí se stupeň předchozí invalidity z dosavadní vady obdobně, jak je uvedeno v odst. 1, 5 a 6, a o takto zjištěný rozsah předchozí invalidity se sníží pojistné plnění.
8. Není-li po 1 roce ode dne úrazu stupeň invalidity jednoznačný z hlediska druhu a rozsahu následků úrazu, provede lékař určený pojistitelem přezkoumání stupně invalidity, a to nejpozději do 3 let ode dne vzniku úrazu. Jestliže ani po 3 letech není stupeň invalidity jednoznačný, stanoví pojistitel stupeň invalidity podle stavu ke konci této lhůty.
9. Zemře-li pojištěný:
 - a) během jednoho roku ode dne úrazu na

následky úrazu, nevzniká nárok na plnění za trvalé následky úrazu;

- b) během jednoho roku ode dne úrazu z důvodů, které nejsou v příčinné souvislosti s úrazem, vyplátí pojistitel plnění ve výši, která odpovídá předpokládanému stupni invalidity, stanovenému podle posledního lékařského posudku;
- c) po uplynutí jednoho roku ode dne úrazu na následky úrazu, vyplátí pojistitel plnění ve výši, která odpovídá předpokládanému stupni invalidity, stanovenému podle posledního lékařského posudku;
- d) po uplynutí jednoho roku ode dne úrazu z důvodů, které nejsou v příčinné souvislosti s úrazem, vyplátí pojistitel plnění ve výši, která odpovídá předpokládanému stupni invalidity, stanovenému podle posledního lékařského posudku.

Článek 43

Progressivní plnění

1. Pojistným plněním pro trvalé následky úrazu je částka, která je odvozena od pojistné částky stanovené pojistnou smlouvou.
2. Pojistné plnění pro trvalé následky úrazu bude stanoveno následovně:

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

Článek 44

Denní odškodné za dobu nezbytného léčení úrazu

1. Dojde-li k úrazu, vyplátí pojistitel denní odškodné za dobu léčení tohoto úrazu. Pojistné plnění se určuje jako součin sjednané částky (denního odškodného) a počtu dní léčení daného úrazu. Maximální doba léčení je dána oceňovací Tabulkou plnění denního odškodného za dobu nezbytného léčení úrazu (dále jen „TDO“), která je nedílnou součástí pojistné smlouvy.
2. Není-li tělesné poškození v TDO uvedeno, určí lékař pojistitele výši plnění podle doby nezbytného léčení, která je přiměřená průměrné době nezbytného léčení dle rozsahu a povahy poškození.
3. Bylo-li pojištěnému způsobeno několik tělesných poškození, plní pojistitel jen za dobu nejdelšího nezbytného léčení. Denní odškodné za dobu nezbytného léčení jednoho úrazu se propalčí nejdéle za dobu 365 dnů po dobu 2 let ode dne úrazu.
4. 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.
5. 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 nemožností poskytnout domácí péči či jinými osobními důvody ze strany pojištěného. Denní odškodné se navyšuje pouze v případě pobytu v nemocnici, která pracuje pod stálým odborným lékařským dozorem, disponuje dostatečnými diagnostickými a terapeutickými možnostmi, užívá vědecky obecně uznávané léčebné metody, vede záznamy o zdravotním průběhu léčení a její provozování je v souladu s příslušnými platnými právními předpisy. Bude-li délka hospitalizace neúměrně delší, než je pro uvedený následek úrazu obvyklé, a toto prodloužení nebude v lékařské

dokumentaci dostatečně odborně zdůvodněno, určí vyšší pojistného plnění lékař pojistitele.

Článek 45

Denní odškodné za dobu léčení vyjmenovaných úrazů

1. Dojde-li k úrazu, který je uveden v oceňovací Tabulce plnění denního odškodného za dobu léčení vyjmenovaných úrazů (dále jen „TDOV“), která je nedílnou součástí pojistné smlouvy, vyplátí pojistitel denní odškodné za počet dnů uvedených v této tabulce jako doba léčení.
2. 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 propalčí nejdéle za dobu 365 dnů po dobu 2 let ode dne úrazu.
3. Denní odškodné za dobu léčení vyjmenovaných úrazů 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.
4. 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 nemožností poskytnout domácí péči či jinými osobními důvody ze strany pojištěného. Denní odškodné se vyplácí pouze v případě pobytu v nemocnici, která pracuje pod stálým odborným lékařským dozorem, disponuje dostatečnými diagnostickými a terapeutickými možnostmi, užívá vědecky obecně uznávané léčebné a diagnostické metody, vede záznamy o zdravotním průběhu léčení a její provozování je v souladu s příslušnými platnými právními předpisy. Bude-li délka hospitalizace neúměrně delší, než je pro uvedený následek úrazu obvyklé, a toto prodloužení nebude v lékařské dokumentaci dostatečně odborně zdůvodněno, určí vyšší pojistného plnění lékař pojistitele.

Článek 46

Pojistné plnění formou paušálních částek

1. Je-li v pojistné smlouvě dohodnuto pojistné plnění formou paušálních částek, je v případě pojistné události vyplacena ve smlouvě uvedená částka.
2. Pokud je v pojistné smlouvě dohodnuto pojistné plnění formou paušálních částek a zároveň formou denního odškodného dle čl. 44 nebo 45, bude v případě pojistné události pojistitel plnit pouze jednou, a to z toho sjednaného pojistného krytí, z něhož vyplývá nárok na vyšší pojistné plnění.

Článek 47

Odškodnění definovaných úrazů s asistenčními službami

1. 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.
2. Utrpěl-li pojištěný v rámci jedné pojistné události současně několik úrazů uvedených v TDUA, plní pojistitel za tyto úrazy pouze jednou, a to pouze za ten úraz, z něhož vyplývá nárok na vyšší pojistné plnění. Maximální výše pojistného plnění pro jednu pojistnou událost je pojistná částka uvedená v pojistné smlouvě.
3. Byla-li poraněná část těla poškozena nebo byl-li poraněný orgán poškozen již před úrazem, může být pojistné plnění sníženo, a to o procentuální podíl odpovídající procentuálnímu vyjádření poškození daného orgánu nebo části těla před úrazem.
4. 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.

5. Poskytnutí asistenčních služeb ve smyslu odst. 7 nezakládá právní nárok na pojistné plnění formou jednorázové výplaty dle odst. 1 ani z ostatních doplňkových úrazových pojištění.
6. Doplňkové úrazové pojištění odškodnění definovaných úrazů s asistenčními službami se uzavírá na dobu jednoho roku s automatickou prodloužením. V případě, že pojistník nebo pojistitel nevyhoví toto doplňkové pojištění 6 týdnů před výročním dnem, pokračuje toto doplňkové pojištění v nezměněném rozsahu.
7. Asistenční služby
 - 7.1. V případě úrazu uvedeného v TDUA má pojištěný zároveň nárok na poskytnutí asistenčních služeb v maximálním rozsahu A až G a po dobu uvedenou v TDUA.
 - 7.2. Asistenční službou se rozumí poskytnutí služeb uvedených v TDUA.
 - 7.3. Asistenční služby ve smyslu TDUA jsou poskytovány při současném splnění následujících podmínek:
 - úraz pojištěného uvedený v TDUA, ke kterému dojde v době platnosti pojištění;
 - uplatnění nároku formou telefonického nebo písemného podání žádosti o poskytnutí asistenčních služeb, a to nejdéle do jednoho roku ode dne úrazu;
 - omezení soběstačnosti pojištěného v důsledku úrazu uvedeného v TDUA ve smyslu 7.4.;
 - doložení dokumentů vyžádaných pojistitelem.
 - 7.4. Při splnění výše uvedených podmínek bude zahájeno poskytování asistenčních služeb v rozsahu uvedeném v TDUA do jednoho pracovního dne od doložení všech podkladů nutných pro rozhodnutí o nároku na poskytování asistenčních služeb.

Nárok na poskytování asistenčních služeb v rozsahu uvedeném v TDUA trvá po dobu omezení soběstačnosti v důsledku úrazu pojištěného, maximálně však po dobu uvedenou v TDUA.

Omezením soběstačnosti se rozumí stav, kdy pojištěný potřebuje v důsledku úrazu pomoc jiné osoby při některých nezbytných životních úkonech (osobní hygiena, oblékání atp.).

O rozsahu omezení soběstačnosti a následně o poskytnutí asistenčních služeb rozhoduje na základě předložených lékařských zpráv lékař pojistitele. Nárok na poskytování asistenčních služeb může být lékařem pojistitele přezkoumán též v průběhu poskytování asistenčních služeb.
 - 7.5. Asistenční služby mohou být poskytnuty v průběhu pojistného roku max. ke třem úrazům uvedeným v TDUA.
 - 7.6. Asistenční služby jsou poskytovány výlučně na území České republiky.

Článek 48

Změny v doplňkovém úrazovém pojištění

1. Vyplývá-li pro novou profesní nebo jinou činnost pojištěného podle sazebníku platného v okamžiku změny profesní nebo jiné činnosti nižší pojistné, platí toto pojistné od pojistného období následujícího po okamžiku, kdy bylo pojistiteli prokazatelně doručeno oznámení o změně profesní nebo jiné činnosti, případně oznámení o jiné změně, z níž pojištěnému vzniká nárok na snížení pojistného.
2. Pokud v době pojistné události vykonával pojištěný změněnou profesní nebo jinou činnost, se kterou je spojeno zvýšení pojistného, aniž to pojistitel oznámil, snižuje pojistitel pojistné plnění v poměru výše pojistného, které mělo být vzhledem k novým okolnostem placeno, k výši skutečně placeného pojistného. Snižování se provádě bez ohledu na to, při jaké činnosti

k úrazu došlo.

3. Pokud pojistiteli nebyla oznámena změna profesní nebo jiné činnosti, ze které vyplývá snížení pojistného, nebude v případě pojistné události výplata pojistného plněna. V tomto případě ani v případě pozdního oznámení změny profesní nebo jiné činnosti se přeplatky pojistného nevracejí.
4. Patří-li změněná profesní nebo jiná činnost k činnostem, které jsou podle interních směrnic pojistitele z doplňkového úrazového pojištění vyloučeny, má pojistitel právo doplňkové úrazové pojištění vypovědět. Toto doplňkové pojištění v takovém případě zaniká dnem doručení výpovědi. Dojde-li k pojistné události, na jejíž vznik mohla mít přímý nebo zprostředkovaný vliv nově vykonávaná profesní nebo jiná činnost, která nebyla pojistiteli oznámena, je pojistitel oprávněn pojistné plnění z takovéto pojistné události snížit až na nulovou hodnotu.

Článek 49

Výluky z pojištění

1. Doplňkové úrazové 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 vzniknutí infekčního činitele, který dříve nebo později způsobí onemocnění (toto se nevztahuje na vzteklinu a tetanus);
 - e) drobné poškození kůže bez chirurgického ošetření.
2. Doplňkové úrazové pojištění se nevztahuje na úrazy vzniklé při rizikových sportech či jiných činnostech se zvýšeným nebezpečím vzniku úrazu. Jedná se zejména o úrazy vzniklé:
 - a) při použití leteckých prostředků a při seskoku padákem s výjimkou úrazů, které pojištěný utrpěl jako osoba dopravovaná letadlem určeným pro cestující veřejnost; za dopravovanou osobu se nepovažuje člen posádky letadla ani jiná osoba činná při provozu nebo obsluze letadla;
 - b) při horolezectví, paraglidingu, bezmotorovém a motorovém sportovním létání, létání v balónech, při seskocích a letech s padákem z letadel i z výšin, při potápění, bungee jumping, raftingu, vodních sportech na divoké vodě apod.;
 - 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, skeletonech apod. a při oficiálním tréninku k nim.
3. Doplňkové úrazové pojištění se dále nevztahuje na úrazy vzniklé:
 - a) při přípravě či spáchání úmyslné trestné činnosti pojištěného nebo při přípravě na ni;
 - b) v souvislosti s válečnými událostmi všeho druhu a s teroristickými útoky všeho druhu, bez ohledu na to, zda k tělesnému poškození dojde bezprostředně nebo zprostředkovaně;

- c) při vnitrostátních násilných nepokojích, kterých se pojištěný aktivně zúčastnil na straně iniciátora nepokojů;
 - d) následkem sebevraždy nebo pokusu o ni;
 - e) při řízení motorového vozidla v případě, kdy se pojištěný odmítne podrobit vyšetření za účelem zjištění obsahu alkoholu, příp. jiných toxických či omamných látek v krvi;
 - f) při řízení vozidla osobou, která není držitelem příslušného řídičského oprávnění nebo která vozidlo použila neoprávněně.
4. 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 nepřímo.

Článek 50

Omezení pojistného plnění

Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění až na nulovou hodnotu:

- a) jestliže pojištěný zemřel v souvislosti s jednáním, kterým způsobil jinému těžkou újmu na zdraví nebo smrt nebo které bylo v rozporu s dobrými mravy anebo kterým jinak hrubě porušil důležitý zájem společnosti;
- b) došlo-li k úrazu po požití nebo v souvislosti s následky požívání alkoholu, vlivem léků, návykových toxických či omamných látek a okolností, za kterých k úrazu došlo, to odůvodňují.

Článek 51

Nepojistitelné osoby

1. Za nepojistitelné osoby, na které se nevztahuje pojistná ochrana a jsou z pojištění vyloučeny, se považují osoby v plném invalidním důchodu nebo osoby, u nichž byly na základě lékařského posouzení splněny zákonné předpoklady pro uznání jejich plné invalidity, dále pak osoby stížené nervovou nebo duševní poruchou, která není jen přechodná, osoby závislé na alkoholu a jiných návykových látkách a dále osoby, které v době sjednávání návrhu na úrazové pojištění jsou v pracovní neschopnosti.
2. V případě, že se pojištěný stane v průběhu pojistné doby nepojistitelnou osobou ve smyslu odst. 1, má povinnost tuto skutečnost oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu.
3. Pro doplňkové pojištění pro případ smrti způsobené úrazem jsou dále nepojistitelné osoby, jejichž trvalé následky úrazu ve smyslu TTNU přesahují v součtu 70 %.
4. Pro doplňkové pojištění pro případ plné trvalé invalidity způsobené úrazem jsou dále nepojistitelné osoby, jejichž trvalé následky úrazu ve smyslu TTNU přesahují v součtu 25 %.

V. Doplňkové nemocenské pojištění

Článek 52

Druhí pojištěný

V rámci doplňkového nemocenského pojištění pojistitel sjednává:

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

Jednotlivá doplňková nemocenská pojištění jsou samostatnými, na sobě nezávislými pojištěními, která se řídí tímto ZPP IŽP 2007/01, VPP POS 2005/01, dalšími ujednáními a pojistnou smlouvou.

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

Článek 53

Vymezení pojmů

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

Článek 54

Předmět a rozsah doplňkového pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti

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 možno sjednat pro osoby s dobrým zdravotním stavem a s minimálním a maximálním věkem stanoveným pojistitelem, 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 pojišťit s přírázkou nebo je do pojištění nepřijmout.
3. Rozsah pojistné ochrany vyplývá z uzavřené pojistné smlouvy a těchto ZPP IŽP 2007/01 a vztahuje se na pojistné události vzniklé na území České republiky v době trvání pojištění.
4. Doplňkové pojištění tvoří s investičním životním pojištěním jeden celek. Doplňkové pojištění trvá pouze potud, pokud v plném rozsahu platí investiční životní pojištění.

Článek 55

Pojistná událost

1. Pojistnou událostí se rozumí ošetřujícím lékařem uznaná a potvrzená pracovní neschopnost pojištěného, která nastala v důsledku nemoci nebo úrazu pojištěného, k nimž došlo v době trvání pojištění (dále jen „pracovní neschopnost“). Nemocí se rozumí porucha tělesného zdraví pojištěného zjištěná a klasifikovaná podle všeobecně uznávaného stavu lékařské vědy.
2. Pojistná událost začíná dnem, od kterého uznal ošetřující lékař pojištěného práce neschopným, a končí dnem, kdy byla pracovní neschopnost ošetřujícím lékařem ukončena nebo její další trvání není z lékařského hlediska dále nezbytné nebo byla ukončena v souvislosti s uznáním plné nebo částečné invalidity.
3. Pracovní neschopností ve smyslu těchto ZPP IŽP 2007/01 se rozumí stav, kdy pojištěný v důsledku nemoci nebo úrazu nevykonává ani v omezené míře žádnou výdělečnou činnost, ani nevykonává žádnou řídicí nebo kontrolní činnost. V této souvislosti musí být pojištěnému vystaven doklad o pracovní neschopnosti podle platné vyhlášky Ministerstva práce a sociálních věcí ČR č. 31/1993 Sb., resp. dle zákona č. 187/2006 Sb. v platném znění (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 vystavena pracovní neschopnost současně pro více nemocí či úrazů, pak se denní dávka vyplácí pouze jednou.

Článek 56

Čekací lhůty

1. Nárok na pojistné plnění vzniká u pojistných událostí, které nastaly po uplynutí čekací lhůty.
2. Čekací lhůta činí tři měsíce a začíná běžet od 00.00 hodin dne následujícího po sepsání návrhu.
3. Čekací lhůta odpadá při pracovní neschopnosti způsobené úrazem.

Článek 57

Zánik doplňkového pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti

1. 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.
2. Doplňkové pojištění zaniká bez náhrady:
 - a) smrtí pojištěného;
 - b) ve výroční den v roce, ve kterém pojištěný dosáhl maximálního výstupního věku

- a) stanoveného pojistitelem;
 - c) uplynutím pojistné doby tohoto doplňkového pojištění;
 - d) dnem doručení písemného oznámení o odmítnutí pojistného plnění pojistitelem;
 - e) dnem přiznání starobního, příp. mimořádného starobního důchodu;
 - f) dnem přiznání plného či částečného invalidního důchodu nebo dnem, kdy byly na základě lékařského posouzení splněny zákonné předpoklady pro uznání invalidity pojištěného.
3. Stane-li se pojištěný během trvání doplňkového pojištění nepojistitelnou osobou podle čl. 62, má pojistitel právo doplňkové pojištění vypovědět bez výpovědní lhůty. Doplňkové pojištění zaniká bez náhrady okamžikem doručení výpovědi.
 4. Pojistník a pojistitel mají právo vypovědět doplňkové pojištění po každé pojistné události. Toto právo musí být uplatněno ve lhůtě do 3 měsíců po oznámení pojistné události. Výpovědní lhůta je 1 měsíc, jejím uplynutím doplňkové pojištění zanikne.
 5. Pojistník a pojistitel mají právo vypovědět doplňkové pojištění do 1 měsíce ode dne výplaty pojistného plnění. Výpovědní lhůta je 1 měsíc, jejím uplynutím doplňkové pojištění zanikne.
 6. Doplňkové pojištění zaniká v den, kdy pojištěný přestane mít trvalé bydliště v České republice.

Článek 58

Práva a povinnosti pojistitele

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

1. 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 vyšetřit nenechá, není pojištěný povinen plnit.
2. Pojistitel je oprávněn 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 pojišťovny atp.).
3. Neprokáže-li pojištěný trvání pracovní neschopnosti do 30 dnů od předložení posledního potvrzení o pracovní neschopnosti, je pojistitel oprávněn ukončit výplatu pojistného plnění k datu posledního lékařem potvrzeného ošetření pojištěného.

Článek 59

Práva a povinnosti pojistníka a pojištěného

1. Pojistník a pojištěný jsou povinni písemně oznámit do 15 dnů pojistiteli všechny změny týkající se skutečností, na které byli při sjednávání pojištění pojistitelem tázáni nebo které jsou uvedeny v pojistné smlouvě. Zejména se jedná o změnu či ukončení zaměstnání, změnu, přerušeni 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 dohodnutého počátku plnění, pojistiteli potvrzení ošetřujícího lékaře o vzniku pracovní neschopnosti na formuláři pojistitele; nemůže-li tuto povinnost ze závažných důvodů splnit, je povinen potvrzení doručit ihned poté, co tyto důvody pominuly; formulář pojistitele nemůže být potvrzen manželem, rodičem, sourozencem nebo dítětem pojištěného;
 - b) doložit potvrzení o trvání pracovního poměru;
 - c) zasílat 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 skončení 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 2005/01.

Článek 60

Pojistné plnění

1. V případě pojistné události plní 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 pojištěná denní dávka závislá na výši čistých příjmů pojištěného, pak se od výše čistého příjmu odečtou další nároky, které pojištěnému přísluší z důvodu pracovní neschopnosti. K těmto nárokům patří všechna plnění, která pojištěný v případě pojistné události může nárokovat od sociálního pojištění, 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, vydaným a ověřeným (otiskem razítka) příslušným finančním úřadem.
3. Denní dávka může být též sjednána jako paušální denní dávka. V tom případě se k pojistitelné denní dávce ve smyslu odst. 1 nepřihlíží.
4. Denní dávka se vyplácí od určeného dne pracovní neschopnosti, který je stanoven v pojistné smlouvě. Nejpozději k tomuto dni je pojištěný povinen předložit pojistiteli ošetřujícím lékařem vystavené potvrzení o pracovní neschopnosti na formuláři pojistitele. V případě opožděného doručení je pojistitel povinen plnit až ode dne doručení tohoto potvrzení, ledaže pojištěný svoji povinnost nemohl z vážných důvodů splnit.
5. V případě pracovní neschopnosti, na jejímž počátku byl pojištěný hospitalizován z důvodu úrazu, přičemž hospitalizace následovala bezprostředně po úrazu, poskytuje pojistitel pojistné plnění od počátku pracovní neschopnosti. Hospitalizací se rozumí z lékařského hlediska nutný pobyt v nemocnici přesahující 24 hodin.
6. Po uplynutí dvou let trvání pojištění poskytuje pojistitel pojistné plnění od prvního dne pracovní neschopnosti způsobené těmito onemocněními: srdečním infarktem, rakovinou, náhlou cévní mozkovou příhodou, selháním ledvin, infekční žloutenkou, tyfem, paratyfem, cholera, žloutou zimnicí.
7. Pokud denní dávka stanovená v pojistné smlouvě přesahuje pojistitelnou denní dávku podle odst. 1, je pojistitel oprávněn výši denní dávky upravit. Nově stanovená výše denní dávky je platná od počátku pojistné události, při které se pojistitel o změně výše příjmů dozvěděl.
8. Denní dávka je vyplácena po dobu maximálně 365 dnů pro každou pojistnou událost. Nárok na vyplácení denní dávky končí spolu se zánikem pojištění.
9. Bude-li délka pracovní neschopnosti neúměrně delší než průměrná doba léčení pro uvedenou nemocnění nebo následek úrazu a toto prodloužení pracovní neschopnosti nebude v lékařské dokumentaci dostatečně odborně zdůvodněno, určí výši pojistného plnění lékař pojistitele.

10. Pojistné plnění je vypláceno pouze v případech, že se pojištěný po dobu trvání pracovní neschopnosti léčí u lékaře s platnou licenci v daném oboru, popř. v nemocnici, která je pod stálým odborným lékařským dozorem, disponuje dostatečnými diagnostickými a terapeutickými možnostmi, pracuje podle obecně uznávaných metod lékařské vědy a v souladu s platnými právními předpisy.
11. Má-li pojištěný nárok na náhradu škody proti třetí osobě, je povinen tyto nároky až do výše pojistného plnění písemně postoupit pojistiteli. Vzdá-li se pojištěný takových nároků nebo práva k zajištění takových nároků bez vědomí pojistitele, je pojistitel zproštěn povinnosti plnit do té míry, do jaké by mohl požadovat od třetí osoby náhradu.

Článek 61

Vlůky z pojištění

- Pojištění se nevztahuje na pracovní neschopnost pojištěného, k níž dojde:
 - v souvislosti s přípravou či spácháním úmyslné trestné činnosti pojištěným nebo s pokusem o ni;
 - v souvislosti s válečnými událostmi všeho druhu a s teroristickými útoky všeho druhu, a to bez ohledu na to, zda k tělesnému poškození dojde bezprostředně nebo zprostředkovaně;
 - v souvislosti s vnitrostátními násilnými nepokoji, kterých se pojištěný aktivně zúčastnil na straně iniciátora nepokojů;
 - v souvislosti s pokusem o sebevraždu nebo úmyslným sebepoškozením;
 - po požití alkoholu či v souvislosti s následky požívání alkoholu nebo návykových či omamných látek;
 - v souvislosti s řízením motorového vozidla v případech, kdy se pojištěný odmítne podrobit vyšetření za účelem zjištění obsahu alkoholu v krvi;
 - v souvislosti s řízením vozidla osobou, která není držitelem příslušného řidičského oprávnění nebo která vozidlo použila neoprávněně;
 - v souvislosti s profesionálním provozováním sportu;
 - při účasti na motoristických závodech a soutěžích a při přípravných jízdách k nim; pojistitel není povinen plnit ani v případech, kdy se pojištěný zúčastní těchto závodů a soutěží nebo přípravy na ně jako spolujezdec;
 - v souvislosti s provozováním rizikových sportů, zejména horolezectví, paraglidingu, bezmotorového a motorového sportovního létání, létání v balónech, seskoků a letů s padákem z letadel i z výšin, potápění, bungee jumpingu, raftingu, vodních sportů na divoké vodě apod.
- Dále není pojistitel povinen plnit při pracovní neschopnosti:
 - vzniklé v souvislosti s těhotenstvím, rizikovým těhotenstvím, porodem a potratem;
 - vzniklé v období, kdy pojištěný pobírá nebo mu vznikl nárok na peněžitou pomoc v mateřství a/nebo na rodičovský příspěvek;
 - vzniklé v důsledku duševního onemocnění či poruchy nebo změny psychického stavu; jedná se o diagnózy F00 až F99 dle mezinárodní klasifikace nemocí;
 - z důvodu pobytu pojištěného v protialkoholní léčebně a při léčbě toxikomanie a jiných závislostí;
 - vzniklé v důsledku používání diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznány;
 - z důvodu kosmetických úkonů, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné;
 - vzniklé při léčebných pobytů v lázeňských léčebnách, rehabilitačních centrech a sanatoriích, kromě těch případů, kdy je pobyt v nich z lékařského hlediska nezbytnou součástí léčení nemoci nebo úrazu a pojistitel s tímto pobytem vyjádřil předem písemný souhlas;
 - pro bolesti zad a onemocnění páteře, jejich příčiny, následky a komplikace po dobu 2 let od počátku pojištění;
 - pro nemoc či úraz, které vznikly před

- počátkem pojištění a pro něž byl pojištěný v období pěti let před počátkem pojištění léčen, lékařsky sledován nebo byly v tomto období přítomny či diagnostikovány jejich příznaky;
- během níž pojištěný porušil léčebný režim;
 - vzniklé následkem pracovního úrazu nebo choroby z povolání dle zákoníku práce;
 - 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 62

Nepojistitelné osoby

- Za nepojistitelné osoby, na které se nevztahuje pojistná ochrana a jsou z pojištění vyloučeny, se považují osoby v plném nebo částečném invalidním důchodu nebo osoby, u nichž byly na základě lékařského posouzení splněny zákonné předpoklady pro uznání jejich plné nebo částečné invalidity, dále pak osoby stížené nervovou nebo duševní poruchou, která není jen přechodná, osoby závislé na alkoholu a jiných návykových látkách a dále osoby, které jsou v době sjednávání návrhu na uzavření pojištění v pracovní neschopnosti.
- V případě, že se pojištěný stane v průběhu pojistné doby nepojistitelnou osobou ve smyslu odst. 1, má povinnost tuto skutečnost oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu.
- Stane-li se pojištěný během trvání pojištění nepojistitelnou osobou, pojistitel má právo pojištění vypovědět bez výpovědní lhůty. Pojištění zaniká dnem doručení výpovědi.

Článek 63

Změny v pojištění

- Dohodnou-li se účastníci na změně již sjednaného pojištění, poskytuje pojistitel pojistné plnění ze změněného pojištění až z pojistných událostí, které nastaly po dni změny pojištění, nejdříve však v 00.00 hodin dne následujícího po uzavření dohody o změně pojištění.
- Pojistitel je oprávněn provést posouzení rizika i v průběhu pojistné doby, jestliže požadovaná změna mění rozsah poskytované pojistné ochrany.
- Při změně pojistné smlouvy z důvodu navýšení denní dávky se na navýšenou část vztahují čekací lhůty dle čl. 56 těchto ZPP IŽP 2007/01.
- Dozví-li se pojistitel v průběhu pojištění, že došlo ke snížení čistého příjmu pojištěného oproti příjmům v době sjednání pojištění, upraví denní dávku s účinností od prvního dne měsíce následujícího poté, co se o této skutečnosti dozvěděl. Pojistné do data účinnosti změny náleží pojistiteli.
- Všechny požadované změny mohou být provedeny pouze na základě písemné žádosti pojistníka, příp. pojistníka a pojištěného. Pojistitel akceptuje požadované změny písemným potvrzením.

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

Článek 64

Vymezení pojmu

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

Článek 65

Předmět a rozsah doplňkového pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici

- V případě pojistné události poskytuje pojistitel denní dávku při pobytu v nemocnici.

- Pojištění je možno sjednat pro osoby s dobrým zdravotním stavem a s minimálním a maximálním věkem stanoveným pojistitelem. Jiné osoby mohou být pojištěny za zvláštních podmínek. Osoby vykonávající určitá povolání může pojistitel pojištit s přírůzkou nebo je do pojištění nepřijmout. Pojištěný musí mít trvalé bydliště v České republice.
- Pojistná ochrana se vztahuje na hospitalizaci poskytnutou na území České republiky a ostatních zemí EU.
- Doplňkové pojištění tvoří s investičním životním pojištěním jeden celek. Doplňkové pojištění trvá pouze potud, pokud v plném rozsahu platí investiční životní pojištění.

Článek 66

Pojistná událost

- Pojistnou událostí se rozumí poskytnutí nemocniční (lůžkové) péče pojištěnému, která je z lékařského hlediska nezbytná v důsledku nemoci nebo úrazu (dále jen „hospitalizace“) a která nastala v době trvání pojištění. Pojistnou událostí je též hospitalizace zapříčiněná těhotenstvím a porodem.
- Pojistná událost začíná dnem přijetí pojištěného k hospitalizaci a končí dnem, kdy hospitalizace již není z lékařského hlediska nezbytná. Za nezbytnou hospitalizaci se nepovažuje hospitalizace zapříčiněná výhradně nemožností poskytnout domácí péči či jinými osobními důvody (okolnostmi) ze strany pojištěného.
- Pojistnou událostí ve smyslu těchto ZPP IŽP 2007/01 je hospitalizace trvajících minimálně 24 hodin.
- Nemocí se rozumí porucha tělesného zdraví pojištěného zjištěná a klasifikovaná podle všeobecně uznávaného stavu lékařské vědy.

Článek 67

Čekací lhůty

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

Článek 68

Zánik doplňkového pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici

- Doplňkové pojištění zaniká bez náhrady:
 - smrtí pojištěného;
 - ve výroční den v roce, ve kterém pojištěný dosáhl maximálního výstupního věku stanoveného pojistitelem;
 - uplynutím pojistné doby tohoto doplňkového pojištění;
 - dnem doručení písemného oznámení o odmítnutí pojistného plnění pojistitelem.
- Stane-li se pojištěný během trvání doplňkového pojištění nepojistitelnou osobou podle čl. 72, má pojistitel právo doplňkové pojištění vypovědět bez výpovědní lhůty. Doplňkové pojištění zaniká bez náhrady okamžikem doručení výpovědi.
- Pojistník a pojistitel mají právo vypovědět doplňkové pojištění po každé pojistné události. Toto právo musí být uplatněno ve lhůtě do 3 měsíců po oznámení pojistné události. Výpovědní lhůta je 1 měsíc, jejím uplynutím doplňkové pojištění zanikne.
- Pojistník a pojistitel mají právo vypovědět doplňkové pojištění do 1 měsíce ode dne výplaty pojistného plnění. Výpovědní lhůta je 1 měsíc, jejím uplynutím doplňkové pojištění zanikne.
- Doplňkové pojištění zaniká v den, kdy pojištěný přestane mít trvalé bydliště v České republice.

Článek 69

Práva a povinnosti pojistitele, pojistníka a pojištěného

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

1. 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, je pojistitel oprávněn pojistné plnění přiměřeně snížit. Pokud pojištěný vyšetření odmítne nebo se vyšetřit nenechá, není pojistitel 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 pojistiteli bez zbytečného odkladu po ukončení hospitalizace doklady uvedené v čl. 70.
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 70

Pojistné plnění

1. Denní dávka se vyplácí za každý den hospitalizace, pokud není v pojistné smlouvě ujednáno jinak.
2. V případě hospitalizace v důsledku onemocnění nebo komplikací souvisejících s těhotenstvím se denní dávka vyplácí maximálně po dobu 14 dní pro každé těhotenství.
3. Nárok na výplatu denní dávky nevzniká za dny, kdy se pojištěný v nemocnici vůbec nezdržoval nebo pokud pobyt v nemocnici trval méně než 24 hodin. Nárok na vyplácení denní dávky končí spolu se zánikem pojištění.
4. Denní dávka se vyplácí pouze v případě pobytu v nemocnici, která pracuje pod stálým odborným lékařským dozorem, disponuje dostatečnými diagnostickými a terapeutickými možnostmi, užívá vědecky obecně uznávané léčebné a diagnostické metody, vede záznamy o zdravotním stavu a průběhu 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 uvedené onemocnění nebo následek úrazu obvyklé, a toto prodloužení nebude v lékařské dokumentaci dostatečně odborně zdůvodněno, určí výši pojistného plnění lékař pojistitele.
7. V případě hospitalizace bezprostředně po úrazu poskytuje pojistitel pojistné plnění ve výši dvojnásobku dohodnuté denní dávky.

Článek 71

Výluky z pojištění

1. Pojištění se nevztahuje na pojistné události, k nimž dojde:
 - a) v souvislosti s přípravou či spácháním úmyslné trestné činnosti pojištěným nebo pokusem o ni;
 - b) v souvislosti s válečnými událostmi všeho druhu a s teroristickými útoky všeho druhu, a to bez ohledu na to, zda k tělesnému poškození dojde bezprostředně nebo zprostředkovaně;
 - c) v souvislosti s vnitrostátními násilnými nepokoji, kterých se pojištěný aktivně zúčastnil na straně iniciátora nepokojů;
 - d) v souvislosti s pokusem o sebevraždu nebo úmyslným sebepoškozením;
 - e) po požití alkoholu či v souvislosti s následky požívání alkoholu nebo návykových či omamných látek;
 - f) v souvislosti s řízením motorového vozidla

v případě, kdy se pojištěný odmítne podrobit vyšetření za účelem zjištění obsahu alkoholu v krvi;

- g) v souvislosti s řízením vozidla osobou, která není držitelem příslušného řidičského oprávnění nebo která vozidlo použila neoprávněně;
 - h) v souvislosti s profesionálním provozováním sportu;
 - i) při účasti na motoristických závodech a soutěžích a při přípravných jízdách k nim; pojistitel není povinen plnit ani v případech, kdy se pojištěný zúčastní těchto závodů a soutěží nebo přípravy na ně jako spolujezdec;
 - j) v souvislosti s provozováním rizikových sportů, zejména horolezectví, paraglidingu, bezmotorového a motorového sportovního létání, létání v balónech, seskoků a letů s padákem z letadel i z výšin, potápění, bungee jumpingu, raftingu, vodních sportů na divoké vodě apod.
2. Dále se pojištění nevztahuje na:
 - a) hospitalizaci pojištěného v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, v léčebnách tuberkulózy a respiračních nemocí a v dalších odborných léčebných ústavech; u tuberkulózních onemocnění se plnění poskytuje ve smluvním rozsahu i v případě hospitalizace v tuberkulózních léčebnách a sanatoriích;
 - b) hospitalizaci pojištěného v psychiatrických léčebnách a v jiných zdravotnických zařízeních v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu;
 - c) hospitalizaci pojištěného v protialkoholní léčebně a při léčbě toxikomanie a jiných závislostí;
 - d) pojistné události, které vznikly v důsledku používání diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznány;
 - e) hospitalizaci z důvodů kosmetických úkonů, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné;
 - f) léčebné pobyty v lázeňských zařízeních a sanatoriích a při léčebném pobytu v rehabilitačních zařízeních;
 - g) nemoc či úraz, které vznikly před počátkem pojištění a pro něž byl pojištěný v období pěti let před počátkem pojištění léčen, lékařsky sledován nebo byly v tomto období přítomny či diagnostikovány jejich příznaky;
 - h) hospitalizaci související pouze s potřebou pečovatelské a opatrovnícké péče.

Článek 72

Nepojistitelné osoby

1. Za nepojistitelné osoby, na které se nevztahuje pojistná ochrana a jsou z pojištění vyloučeny, se považují osoby v plném invalidním důchodu nebo osoby, u nichž byly na základě lékařského posouzení splněny zákonné předpoklady pro uznání jejich plné invalidity, dále pak osoby stížené nervovou nebo duševní poruchou, která není jen přechodná, osoby závislé na alkoholu a jiných návykových látkách a dále osoby, které jsou v době sjednávání návrhu na uzavření pojištění v pracovní neschopnosti.
2. V případě, že se pojištěný stane v průběhu pojistné doby nepojistitelnou osobou ve smyslu odst. 1, má povinnost tuto skutečnost oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu.
3. Stane-li se pojištěný během trvání pojištění nepojistitelnou osobou, pojistitel má právo pojištění vypovědět bez výpovědní lhůty. Pojištění zaniká dnem doručení výpovědi.

Článek 73

Změny v pojištění

1. Dohodnou-li se účastníci na změně již sjednaného pojištění, poskytuje pojistitel pojistné plnění ze změněného pojištění až z pojistných událostí, které nastaly po dni změny pojištění, nejdříve však v 00.00 hodin dne následujícího po uzavření dohody o změně pojištění.
2. Pojistitel je oprávněn provést posouzení rizika i v průběhu pojistné doby, jestliže požadovaná změna mění rozsah poskytované pojistné ochrany.
3. Při změně pojistné smlouvy z důvodu navýšení

denní dávky se na navýšenou část vztahují čekací lhůty dle čl. 67 těchto ZPP IŽP 2007/01.

4. Všechny požadované změny mohou být provedeny pouze na základě písemné žádosti pojistníka, příp. pojistníka a pojištěného. Pojistitel akceptuje požadované změny písemným potvrzením.

Tabulky IŽP (platné od 1. 8. 2007)

I. Tabulka závažných onemocnění (TDDZ)

1. Srdeční infarkt

= nezvratné poškození části srdeční svaloviny postihující všechny vrstvy myokardu (transmurální infarkt), které je způsobeno nedostatečným krevním zásobením v příslušné oblasti. Diagnóza transmuralního infarktu (Q-infarkt) musí být založena na:

- charakteristické lokalizaci bolesti;
- čerstvých změnách EKG křivek odpovídajících Q-infarktu;
- zvýšení hladiny (příslušných) srdečních enzymů;
- echokardiograficky zřetelných, trvalých změnách staživosti srdečního svalu, ejekční frakce menší než 45 % změněná alespoň 3 měsíce po srdečním infarktu.

2. Rakovina

= nekontrolovatelný růst a šíření zhoubných buněk a jejich pronikání do zdravé tkáně, vztahuje se také na leukémii (kromě chronické lymfatické leukémie), lymfomy, sarkomy a zhoubné nemoci mízního systému. Nevztahuje se (mimo zhoubného invazivního melanomu /stadia III dle TMN nebo více než Clark Level 3 hloubky invaze) na kožní nádory, karcinomy in situ (TIS), neinvazivní tumory bez metastáz s ranými maligními změnami, benigní nádory a polycytemie vera, tumory za přítomnosti jakékoli lidské imunodeficiency (např. HIV), první stadium Hodgkinovy choroby, karcinomy prostaty popsané dle TNM klasifikace T1 (včetně T1a nebo T1b) nebo ostatní obdobné nebo nižší klasifikace. Doložení diagnózy: výsledky histologických vyšetření, příp. výsledky jiných vyšetření jednoznačně stanovujících diagnózu zhoubného nádoru.

3. Náhlá cévní mozková příhoda

= jakákoliv nahodilá mozková cévní příhoda způsobená krvácením do mozkové tkáně nebo nedostatečným zásobením mozku zanechávající trvalý, objektivně zjištělý neurologický nálezn. Nevztahuje se na krvácení do mozku v důsledku úrazu a na přechodnou ischemickou příhodu. Doložení diagnózy: neurologické vyšetření po uplynutí tří měsíců po prodělané cévní mozkové příhodě.

4. Selhání ledvin

= konečné stadium selhání ledvin v důsledku chronického neobnovitelného selhávání funkcí obou ledvin a nutnost zařazení do dialyzačního programu a absolvování tohoto programu minimálně po dobu tří měsíců nebo provedení transplantace ledvin. Doložení diagnózy: lékařská zpráva s přesnou diagnózou, doklad o zařazení do trvalého dialyzačního programu a o jeho trvání.

5. Transplantace životně důležitých orgánů

= životně nezbytná transplantace srdce, plic, jater, slinivky, ledvin nebo kostní dřeně (pouze heterotransplantát) provedená pojištěnému. Operace musí být provedena na území států EU a musí být předem konzultována s pojištěním. Doložení diagnózy: lékařská zpráva s přesnou diagnózou, EKG, výsledky předoperačních vyšetření, operační zpráva, příp. propouštěcí zpráva.

6. Operace věnčitých tepen pro ischemickou chorobu srdeční

= operace věnčitých tepen provedená k napravení zúžení nebo uzavěru nejméně dvou věnčitých tepen. Nevztahuje se na angioplastiku a jiné nechirurgické výkony, jako je například léčba laserem a další. Operace musí být provedena na území států EU a musí být předem konzultována s pojištěním. Doložení diagnózy: lékařská zpráva s přesnou diagnózou, EKG, výsledky předoperačního vyšetření, operační zpráva.

7. Operace aorty

= provedení operace pro onemocnění hrudní a břišní aorty, při které byla nahrazena poškozená část aorty umělou náhradou. Netyká se operace

na větvích aorty nebo by-passů vystupujících z aorty a vedoucích krev do periferního řečiště.

8. Náhrada srdeční chlopně

= chirurgické nahrazení poškozené srdeční chlopně chlopní umělou. Operace musí být provedena na území států EU a musí být předem konzultována s pojištěním. Doložení diagnózy: lékařská zpráva s přesnou diagnózou, výsledky předoperačních vyšetření, operační zpráva.

9. AIDS

= nakažení virem HIV nebo onemocnění AIDS v případě, kdy je prokazatelně dokázáno nakažení při krevní transfuzi na pracovišti ve státech EU. Nevztahuje se na pojištěné trpící hemofilii. Doložení diagnózy: pozitivní výsledek HIV-testu, potvrzení pracoviště provádějícího transfuzi.

10. Slepota

= slepota obou očí, jedná-li se o trvalé poškození zraku se snížením zrakové ostrosti obou očí (s optimální korekcí) na 1/60 nebo horší. Doložení diagnózy: lékařská zpráva o vyšetření v oftalmologickém zdravotnickém zařízení.

11. Ztráta sluchu

= úplná, nevratná, klinicky ověřená ztráta sluchu na obě uši v důsledku akutního onemocnění nebo úrazu. Doložení diagnózy: lékařská zpráva.

12. Ochrnutí

= úplné, nevratné, klinicky ověřené ochrnutí v důsledku onemocnění nebo úrazu, jehož následkem je paraplegie, hemiplegie nebo tetraplegie. Pojistná událost nenastává, jedná-li se o částečné ochrnutí končetiny nebo o vrozené ochrnutí. Doložení diagnózy: potvrzení neurologem.

13. Ztráta končetin

= úplná a nevratná ztráta funkce dvou nebo více končetin nebo úplné oddělení dvou a více končetin nad zápěstím nebo nad kotníkem. Doložení diagnózy: zpráva popisující rozsah poškození.

14. Těžké popáleniny

= popáleniny III. stupně s rozsahem nejméně 30 %. Doložení diagnózy: lékařská zpráva popisující lokalizaci a rozsah popálenin.

15. Nezhoubné mozkové nádory

= život ohrožující nezhoubný nádor mozku, prokázáný zobrazovacími metodami jako CT a MRI, musí být přítomné klinické příznaky zvyšujícího se nitrolebečního tlaku jako tok papily, záchvaty nebo neurologické výpady. Nevztahuje se na cysty, granulomy, malformace mozkových tepen nebo žil, hematomy nebo nádory podvěsku mozkového či míchy. Doložení diagnózy: lékařská zpráva z neurologického zařízení.

16. Poliomyelitida (mozková obrna)

= akutní infekce virem poliomyelitidy vedoucí k trvalému zdravotnímu postižení. Diagnóza tohoto onemocnění musí být jednoznačně stanovena neurologem a doložena průkazem infekce v likvoru (mozkomíšním moku) a v séru. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby toto onemocnění vedlo k trvalé paralýze, která se projevuje poruchou pohybových funkcí nebo respirační nedostatečností. Pojistná událost nenastává, jedná-li se o onemocnění, které se neprojevuje paralýzou trvajícím minimálně tři měsíce, a dále v jiných případech paralýzy (např. Guillain-Barré syndrom). Doložení diagnózy: lékařská zpráva z neurologického zařízení.

17. Meningitida

= zánež mozkových blan, který je obvykle vyvolán virem nebo bakteriální infekcí. Onemocnění může být prvotní, dále postinfekční a parainfekční, tj. součástí jiného infekčního onemocnění. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby onemocnění vedlo k závažným komplikacím trvajícím nejméně tři měsíce včetně trvalého neurologického defektu, jehož diagnóza musí být potvrzena nálezem neurologa. Pojistná událost nenastává, jedná-li se o meningitidu, která je následkem infekce

způsobené virem lidské imunodeficiency (HIV). Doložení diagnózy: lékařská zpráva z neurologického zařízení.

18. Encefalitida

= zánež mozkové tkáně, který je obvykle vyvolán virovou nebo bakteriální infekcí. Onemocnění může být prvotní, dále postinfekční a parainfekční, tj. součástí jiného infekčního onemocnění. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby onemocnění vedlo k závažným komplikacím trvajícím nejméně tři měsíce včetně trvalého neurologického defektu, jehož diagnóza musí být potvrzena nálezem neurologa. Pojistná událost nenastává, jedná-li se o encefalitidu, která je následkem infekce způsobené virem lidské imunodeficiency (HIV). Doložení diagnózy: lékařská zpráva z neurologického zařízení.

19. Paralýza

= trvalá a úplná ztráta funkce nejméně jedné končetiny zapříčiněná onemocněním postihujícím míchu. Končetinou se rozumí celá horní nebo celá dolní končetina. Úplná a trvalá povaha ochrnutí musí být potvrzena neurologem. Pojistná událost nenastává, jedná-li se o částečné ochrnutí končetiny nebo o vrozené ochrnutí. Pojistná událost nenastává také v případě, že diagnóza tohoto onemocnění byla poprvé stanovena během prvních dvou let od sjednání doplňkového pojištění a současně toto onemocnění souviselo s níže uvedenými příčinami a symptomy (příznaky), kterých si byli pojištěný nebo jeho rodiče vědomi před uzavřením doplňkového pojištění:
a) demyelinizační onemocnění (např. roztroušená skleróza);
b) jiné nemoci mozku a míchy;
c) psychická onemocnění (pseudoparalýzy);
d) jiná neurologická onemocnění. Doložení diagnózy: lékařská zpráva z neurologického zařízení.

II. Tabulka pro hodnocení trvalých následků úrazu (TTNU)

Stupně invalidity (SI) při úplné ztrátě orgánu nebo úplné ztrátě funkce – članková taxa

jedné horní končetiny od ramenního kloubu	70 %
jedné horní končetiny do výše nad loket	65 %
jedné horní končetiny do výše pod loket nebo jedné ruky	60 %
jednoho palce ruky	20 %
jednoho ukazováku ruky	10 %
jednoho jiného prstu ruky	5 %
jedné dolní končetiny až do výše nad polovinu stehna	70 %
jedné dolní končetiny až do výše poloviny stehna	60 %
jedné dolní končetiny do poloviny lýtky nebo jednoho chodidla	50 %
jednoho palce u nohy	5 %
jednoho jiného prstu u nohy	2 %
zraku obou očí	100 %
zraku jednoho oka	35 %
zraku jednoho oka v případě, že pojištěný v době trvání pojištění utrpěl úraz, v jehož důsledku přišel o zrak druhého oka	65 %
sluchu obou uší	60 %
sluchu jednoho ucha	15 %
sluchu jednoho ucha v případě, že pojištěný v době trvání pojištění utrpěl úraz, v jehož důsledku přišel o sluch druhého ucha	45 %
smyslu čichového	10 %
smyslu chutového	5 %

Članková taxa je maximální procentuální ohodnocení stupně invalidity při úplné ztrátě orgánů nebo úplné ztrátě funkce. Při výpočtu pojistného plnění se vychází ze sjednané pojistné částky. Jednotlivé procentní sazby se počítají, celkový součet nesmí v žádném případě přesáhnout 100 %. Je-li sjednáno doplňkové pojištění trvalých následků úrazu, je bez zvýšení pojistného zahrnuto pojištění jizev a ztráty trvalých zubů s paušálními částkami

stanovenými následovně:

- ztráta trvalého zubu následkem působení zevního násilí – 1 000 Kč;
- jizva způsobená úrazem o délce min. 6 cm, v příp. jizvy na obličejí a na krku min. 3 cm (nevztahuje se na jizvy způsobené jakýmkoliv chirurgickým zákrokem) – 1 000 Kč.

Pojištěným dětem je do výročního dne v roce, ve kterém dítě dosáhne věku 18 let, navíc poskytováno pojištění zlomenin s takto stanovenými paušálními částkami:

- zlomenina dlouhé kosti, kosti lebeční a páneve – 1 000 Kč;
- zlomenina ostatních kostí – 500 Kč.

V případě vzniku nároku na denní odškodné bude pojišťitel plnit z toho sjednaného pojistného krytí, ze kterého bude vyplacené plnění vyšší.

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

Hlava

Skalpce hlavy s kožním defektem

001 částečná	do 35 dnů
002 úplná	do 84 dnů
003.1 Pohmoždění hlavy bez otřesu mozku	do 21 dnů
003.2 Pohmoždění obličeje	do 21 dnů
004 Vymknutí dolní čelisti (jednostranné i oboustranné)	do 21 dnů
005 Zlomenina spodiny lebeční	do 140 dnů
Zlomenina klenby lebeční	
006 bez vpáčení úlomků	do 49 dnů
007 s vpáčením úlomků	do 84 dnů
Za úplné zlomeniny se považují i fisury kostí lebečních (týká se položky 005 až 007).	
008 Zlomenina okraje očné	do 70 dnů
Zlomenina kostí nosních	
009 bez posunutí úlomků	do 21 dnů
010 s posunutím úlomků	do 28 dnů
011 Zlomenina přepážky nosní	do 21 dnů
012 Zlomenina kosti lící	do 70 dnů
Zlomenina dolní čelisti	
013 bez posunutí úlomků	do 56 dnů
014 s posunutím úlomků	do 84 dnů
Zlomenina horní čelisti	
015 bez posunutí úlomků	do 77 dnů
016 s posunutím úlomků	do 112 dnů
017 Zlomenina dásňového výběžku horní nebo dolní čelisti	do 56 dnů
018 Zlomenina komplexu kosti jařmové a horní čelisti	do 84 dnů
Sdružené zlomeniny Le Fort	
019 Le Fort I.	do 84 dnů
020 Le Fort II.	do 112 dnů
021 Le Fort III.	do 182 dnů

Oko

Tržná nebo řezná rána víčka	
022 chirurgicky ošetřená	do 21 dnů
023 přerušující slzné cesty	do 35 dnů
024 popálení kůže víček	do 35 dnů
Zánět slzného váčku prokazatelně po zranění	
025 léčený konzervativně	do 14 dnů
026 léčený operativně	do 49 dnů
Poleptání (popálení) spojivky	
027 prvního stupně	do 14 dnů
028 druhého stupně	do 21 dnů
029 třetího stupně	do 21–49 dnů
030 perforace v přechodné řase s krvácením (bez poranění bělimy), rána spojivky chirurgicky ošetřená	do 14 dnů
Hluboká rána rohovky bez proděravění	
032 bez komplikací	do 28 dnů
033 komplikovaná šedým zákallem pouřazovým	do 56 dnů
034 komplikovaná nitroočním zánětem	do 63 dnů
Rána rohovky nebo bělimy s proděravěním léčená konzervativně	
035 bez komplikací	do 35 dnů
036 komplikovaná pouřazovým šedým zákallem	do 56 dnů
037 komplikovaná nitroočním zánětem	do 70 dnů
038 komplikovaná nitroočním tělískem nemagnetickým	do 70 dnů

Rána rohovky a bělimy s proděravěním léčená

chirurgicky	
039 bez komplikací	do 56 dnů
040 komplikovaná výřezem duhovky nebo uskrtnutím duhovky	do 84 dnů
041 komplikovaná šedým zákallem pouřazovým	do 70 dnů
042 komplikovaná nitroočním zánětem	do 84 dnů
043 komplikovaná cizím tělískem nitroočním nemagnetickým	do 84 dnů
044 komplikovaná cizím tělískem nitroočním magnetickým	do 70 dnů
Rána pronikající do očnice	
045 bez komplikací	do 28 dnů
046 komplikovaná cizím tělískem nemagnetickým v očníci	do 70 dnů
047 komplikovaná cizím tělískem magnetickým v očníci	do 42 dnů
048 pohmoždění oka prosté	do 21 dnů
Pohmoždění oka s krvácením do přední komory	
049 bez komplikací	do 49 dnů
050 komplikované druhotným zvýšením tlaku, vyžadující chirurgické ošetření	do 80 dnů
Pohmoždění oka s natřením duhovky	
051 bez komplikací	do 35 dnů
052 komplikované zánětem duhovky	do 70 dnů
053 komplikované pouřazovým šedým zákallem	do 63 dnů
Subluxace čočky	
054 bez komplikací	do 35 dnů
055 komplikovaná druhotným zvýšením nitroočního tlaku, vyžadující chirurgické ošetření	do 70 dnů
Luxace čočky	
056 bez komplikací	do 60 dnů
057 komplikovaná druhotným zvýšením nitroočního tlaku, vyžadující chirurgické ošetření	do 105 dnů
Krvácení do sklivce a sítnice	
058 bez komplikací	do 112 dnů
059 komplikované druhotným zvýšením nitroočního tlaku, vyžadující chirurgické ošetření	do 130 dnů
060 Otřes sítnice	do 21 dnů
061 Rohovkový vřed pouřazový	do 63 dnů
Popálení nebo poleptání	
062 epitelu rohovky	do 21 dnů
063 rohovkového parenchymu	do 175 dnů
064 Povrchní oděrka rohovky	do 14 dnů
065 Odchlípení sítnice vzniklé jako přímý následek poranění oka zjištěný lékařem	do 91 dnů
066 Úrazové postižení zrakového nervu a chiasmatu	do 105 dnů
067 Zlomení stěny vedlejší dutiny nosní s podkožním emfysemem	do 21 dnů
068 Zlomení nosních kůstek přerušující slzné cesty	do 49 dnů
069 Poranění oka vyžadující bezprostřední vynětí oka	do 90 dnů
070 Poranění okohybného aparátu s diplopií	do 70 dnů

Ucho

071 Pohmoždění boltce s rozsáhlým krvavým výronem nebo pouřazový othematom	do 21 dnů
072 Proděravění bubínku bez zlomeniny lebních kostí a bez druhotné infekce	do 21 dnů
073 Otřes labyrintu	do 49 dnů

Zuby

Ztráta nebo nutná extrakce trvalého zubu následkem působení zevního násilí (nikoli skousnutí)	
074 dvou až šesti zubů	do 42 dnů
075 sedmi nebo více zubů	do 77 dnů
Jako ztráta zubu se hodnotí i odlomení korunky o rozsahu větším než 1/3. V případě odlomení korunky o rozsahu 1/3 a menším je podmínkou pro poskytnutí plnění ztráta vitality dřeně vyžadující léčení.	
076 Za vyražení nebo poškození umělých zubů a zubů dočasných (mléčných) pojišťitel neposkytuje plnění.	
077 Uvolnění závěsného vazového aparátu jednoho i více zubů (subluxace, luxace, reimplantace) s nutnou fixační dlahou	do 42 dnů
078 Zlomení jednoho nebo více kořenů zubů s nutnou fixační dlahou	do 70 dnů

Krk

079 Poleptání, proděravění nebo roztržení jčnu	do 49–112 dnů
--	---------------

080 Perforující poranění hrtanu nebo průdušnice	do 112 dnů
081 Zlomenina jazyčky nebo chrupavek hrtanu	do 112 dnů
082 Pohmoždění hrtanu a účinek dráždivých par a plynů na hlasivky a sliznice polykacích a dýchacích orgánů	do 28 dnů

Hrudník

083 Roztržení plic	do 56 dnů
084 Úrazové poškození srdce klinicky prokázané	do 364 dnů
085 Roztržení bránice	do 112 dnů
086 Pohmoždění stěny hrudní těžšího stupně	do 28 dnů
Zlomeniny kostí hrudní	
087 bez posunutí úlomků	do 35 dnů
088 s posunutím úlomků	do 63 dnů
089 Dviřková zlomenina	do 98 dnů
Zlomeniny žeber rentgenologicky prokázané	
090 jednoho žebra	do 35 dnů
091 více žeber	do 49 dnů
Dviřková zlomenina žeber	do 63 dnů
092 Pouřazový pneumotorax	do 49 dnů
Pouřazové krvácení do hrudníku léčené	
093 konzervativně	do 49 dnů
094 operativně	do 63 dnů

Břícho

095 Rána pronikající do dutiny břišní (bez poranění nitrobřišních orgánů)	do 35 dnů
096 Roztržení jater	do 70 dnů
097 Roztržení sleziny	do 56 dnů
098 Roztržení (rozmoždění) slinivky břišní	do 112 dnů
099 Úrazové proděravění žaludku	do 56 dnů
100 Úrazové proděravění dvanáctníku	do 70 dnů
101 Roztržení tenkého střeva	do 56 dnů
102 Roztržení tlustého střeva	do 91 dnů

Ústrojí urogenitální

103 Pohmoždění ledviny (s hematurií)	do 35 dnů
104 Těžší supeň pohmoždění pyje, varlat, šourku a zevního genitálu ženy	do 35 dnů
Roztržení nebo rozdrčení ledviny	
105 léčené konzervativně	do 84 dnů
106 léčené operativně	do 98 dnů
107 Roztržení močového měchýře nebo močové roury	do 84 dnů

Páteř

108 Pohmoždění a podvrtnutí páteře	do 28 dnů
109 Zlomeniny trnových a příčných výběžků	do 28 dnů
110 Kompresivní a okrajové zlomeniny obratlových těl léčené klidem na lůžku do 70 dnů	
111 Zlomeniny C, Th a L páteře léčené repozicí, korzetem nebo operací	do 154 dnů
112 Za poranění meziobratlové ploténky bez současné zlomeniny obratle pojišťitel neposkytuje plnění	

Pánev

113 Okrajové abrupce lopaty kosti kyčelní, sedacího hrbolu, raménka stydké kosti, symfýza	do 42 dnů
114 Poranění z předozadní a bočné komprese	do 98 dnů
115 Zlomeniny z vertikálního stříhu s lézí SI komplexu	do 126 dnů

Acetabulum

116 Zlomenina zadní nebo přední hrany	do 84 dnů
117 Zlomenina zadního nebo předního pilíře a transverzální zlomeniny	do 98 dnů
118 Kombinované zlomeniny – T zlomeniny, zlomeniny obou pilířů	do 112 dnů
119 Luxace kyčle se zlomeninou acetabula	do 126 dnů

Horní končetina

120 Plošné abraze měkkých částí prstů o ploše větší než 1 cm nebo stržení nehtu	do 21 dnů
Pohmoždění těžšího stupně	
121 ramenního kloubu s následnou periartritidou jako přímým následkem úrazu	do 42 dnů

Poranění svalů a šlach					
122 přerušeni šlach natahovačů nebo ohýbačů na prstu na ruce nebo v zápěstí	do 56 dnů	175 kyčelního kloubu	do 21 dnů	226 obou bérců	do 350 dnů
123 natržení svalu nadhřebenového	do 42 dnů	176 kolenního kloubu	do 21 dnů	227 bérce	do 252 dnů
Úplné přetržení svalu nadhřebenového		177 hlezenního kloubu	do 21 dnů	228 obou nohou	do 252 dnů
124 léčené operativně	do 49 dnů	178 těžká distorze většího kloubu nohy, eventuelně s lézí vazů, léčená pevnou fixací	do 49 dnů	229 nohy	do 182 dnů
Přetržení (odtržení) šlachy dlouhé hlavy dvouhlavého svalu pažního		179 základního kloubu palce nohy s náplastovou imobilizací nebo klídkovou léčbou	do 28 dnů	230 palce nohy nebo jeho části	do 56 dnů
125 léčené konzervativně	do 28 dnů	180 mezičlánekového kloubu palce nohy s náplastovou imobilizací nebo klídkovou léčbou	do 21 dnů	231 jednotlivých prstů nohy (s výjimkou palce) nebo jejich části za každý prst	do 21 dnů
126 léčené operativně	do 56 dnů	181 jednoho nebo více prstů nohy s náplastovou imobilizací nebo klídkovou léčbou	do 21 dnů	Poranění nervové soustavy	
127 natržení jiného svalu	do 35 dnů	Poranění vazů kloubních		232 Otřes mozku	do 28 dnů
Podvrtnutí		182 natržení vnitřního nebo zevního postranního vazy kolenního	do 42 dnů	Podmínkou plnění je hospitalizace.	
128 skloubení mezi klíčkem a lopatkou	do 21 dnů	183 natržení zkrříženého vazy kolenního (parciální ruptura)	do 42 dnů	233 Pohmoždění mozku	do 182 dnů
129 skloubení mezi klíčkem a kostí hrudní	do 21 dnů	Přetržení nebo úplné odtržení		234 Rozdrcení mozkové tkáně	do 364 dnů
130 ramenního kloubu	do 28 dnů	184 postranního vazy kolenního	do 63 dnů	235 Krvácení nitrolebeční a do kanálu páteřního	do 182 dnů
131 loketního kloubu	do 28 dnů	185 zkrříženého vazy kolenního	do 84 dnů	236 Otřes míchy	do 70 dnů
132 zápěstí	do 28 dnů	Poranění zevního nebo vnitřního menisku		237 Pohmoždění míchy	do 140 dnů
133 základních nebo mezičlánekových kloubů prstů ruky s pevnou fixací	do 21 dnů	186 léčené konzervativně	do 42 dnů	238 Rozdrcení míchy	do 364 dnů
Vymknutí		187 léčené operativně suturem, částečnou nebo úplnou menisektomií	do 49 dnů	239 Pohmoždění periferního nervu s krátkodobou obmrou	do 35 dnů
Kloubu mezi klíčkem a kostí hrudní		188 stav po distorzi s negativním artroskopickým nálezem	do 35 dnů	240 Poranění periferního nervu s přerušením vodivých vláken	do 140 dnů
134 léčené konzervativně	do 28 dnů	Vymknutí		241 Přerušeni periferního nervu	do 280 dnů
135 léčené operativně	do 63 dnů	189 stehenní kosti (v kyčli)	do 70 dnů	Ostatní druhy poranění a obecná ustanovení	
Kloubu mezi klíčkem a lopatkou		190 česky	do 42 dnů	242 Pohmoždění měkkých tkání	do 21 dnů
136 léčené konzervativně	do 49 dnů	191 bérce	do 112 dnů	243 Natržení svalu	do 35 dnů
137 léčené operativně	do 84 dnů	192 hlezenní kosti a pod ní	do 84 dnů	Pojistitel plní za dobu nezbytného léčení vymknutí kloubu končetin jen tehdy, bylo-li vymknutí lékařem léčeno repozicí (napravením).	
138 kosti pažní (ramene)	do 49 dnů	193 nártních kostí (jedné nebo více)	do 84 dnů	244 Infrakce, fisury, odlomení hran kostí a malých úlomků s úponem vazy nebo svalu	do 35 dnů
139 předloktí	do 49 dnů	194 zánártních kostí (jedné nebo více)	do 56 dnů	245 Rána chirurgicky ošetřená	do 21 dnů
140 zápěstí (kosti měsíční a luxace perilunární)	do 70 dnů	Základních kloubů prstů nohy		Dojde-li k místnímu hnisání po vniknutí choroboplodných zárodků do otevřené rány způsobené úrazem nebo k nákaze tetanem při úrazu, pojistitel plní za celkovou dobu nezbytného léčení poranění včetně hnisání rány nebo včetně nákazy tetanem.	
141 záprstních kostí	do 35 dnů	195 palce nebo více prstů	do 35 dnů	246 Cizí tělísko chirurgicky odstraněné	do 21 dnů
142 základních nebo druhých a třetích článků prstu	do 35 dnů	196 jednoho prstu mimo palec	do 21 dnů		
Pojistitel plní za dobu nezbytného léčení vymknutí kloubu končetin jen tehdy, bylo-li vymknutí lékařem léčeno repozicí (napravením).		Mezičlánekových kloubů prstů nohy			
Zlomeniny		197 palce nebo více prstů	do 28 dnů		
143 Zlomenina lopatky	do 42 dnů	198 jednoho prstu mimo palec	do 21 dnů		
144 Zlomenina klíčku	do 42 dnů	Zlomeniny			
Zlomenina horního konce kosti pažní		Zlomenina krčku kosti stehenní			
145 velkého hrbolku bez posunutí	do 35 dnů	199 zlomenina krčku zaklíněná	do 84 dnů	Popálení, poleptání nebo omrzliny	
146 roztržitěná zlomenina hlavice	do 84 dnů	200 zlomenina proximálního konce femuru léčená konzervativně nebo operací	do 98 dnů	(s výjimkou účinku slunečního záření na kůži)	
147 chirurgického krčku	do 42 dnů	Posuzovat spíše individuálně s ohledem na typ operace.		247 Prvního stupně	do 14 dnů
148 Zlomenina těla kosti pažní	do 70 dnů	201 Zlomeniny hlavice femuru s luxací kyčle (Pipkinovy zlomeniny)	do 126 dnů	Druhého stupně v rozsahu	
149 Zlomenina kosti pažní nad kondyly u dětí	do 49 dnů	202 Odlomení malého nebo velkého trochanteru	do 42 dnů	248 do 5 cm ²	do 14 dnů
Zlomenina humeru v oblasti lokte		203 Zlomeniny subtrochanterické	do 112 dnů	249 od 6 cm ² do 10 cm ² včetně	do 21 dnů
150 léčená konzervativně	do 42 dnů	204 Zlomenina těla a distálního konce kosti stehenní	do 112 dnů	250 od 10 cm ² do 5 % povrchu těla	do 35 dnů
151 léčená operativně	do 70 dnů	205 Zlomenina česky	do 56 dnů	251 do 15 % povrchu těla	do 49 dnů
Zlomenina okovce kosti loketní		206 Zlomenina kloubní chrupavky v oblasti kolenního kloubu	do 70 dnů	252 do 20 % povrchu těla	do 56 dnů
152 léčená konzervativně	do 42 dnů	207 Zlomenina mezihrbolové vyvýšeniny kosti holenní	do 49 dnů	253 do 30 % povrchu těla	do 63–84 dnů
153 léčená operativně	do 56 dnů	208 Zlomenina kondylů kostí holenní (jednoho nebo obou)	do 84 dnů	254 do 40 % povrchu těla	do 88–126 dnů
154 Zlomenina hlavičky kosti vřetení	do 49 dnů	209 Zlomenina kosti lýtkové (bez postižení hlezenního kloubu)	do 28 dnů	255 do 50 % povrchu těla	do 130–182 dnů
155 Zlomenina jedné kosti předloktí	do 84 dnů	Zlomenina kosti holenní nebo obou kostí bérce		256 větším než 50 % povrchu těla podle přiměřené doby nezbytného léčení	do 186–364 dnů
Zlomenina obou kostí předloktí	do 105 dnů	210 léčená konzervativně	do 112 dnů	Třetího stupně s nutností chirurgické léčby v rozsahu	
156 Zlomenina dolního konce kosti vřetení (Collesova, Smithova, zlomenina distální epifyzy odlomením bodcovitého výběžku kosti loketní)	do 63 dnů	211 léčená operativně	do 84 dnů	257 od 3 cm ² do 5 cm ²	do 21 dnů
157 Zlomenina kosti člunkové	do 70 dnů	Zlomeniny kotníku		258 od 6 cm ² do 10 cm ² včetně	do 28–49 dnů
158 Zlomenina jiné kosti zápěstní	do 56 dnů	212 zlomenina vnitřního kotníku nebo zadní hrany tibie, Weber A.	do 56 dnů	259 od 10 cm ² do 5 % povrchu těla	do 56–77 dnů
159 Zlomenina několika kostí zápěstních	do 70 dnů	213 zlomenina zevního kotníku, Weber B. a C. a bimalleolární zlomenina	do 84 dnů	260 do 10 % povrchu těla	do 81–98 dnů
160 Luxační zlomenina báze první kosti zápěstní (Bennettova)	do 63 dnů	214 trimalleolární zlomenina, Weber C.	do 98 dnů	261 do 15 % povrchu těla	do 102–126 dnů
161 Zlomenina kosti zápěstní	do 56 dnů	215 zlomenina pylonu tibie	do 98 dnů	262 do 20 % povrchu těla	do 130–154 dnů
Zlomenina článku prstu ruky		Zlomenina těla kosti patní		263 do 30 % povrchu těla	do 158–182 dnů
162 nehtového výběžku	do 28 dnů	216 bez porušení statiky (Böhlerova úhlu)	do 56 dnů	264 do 40 % povrchu těla	do 186–273 dnů
163 báze a pod hlavičkou	do 42 dnů	217 s porušením statiky (Böhlerova úhlu) nebo léčená operativně	do 105 dnů	265 více než 40 % povrchu těla podle přiměřené doby nezbytného léčení	do 277–364 dnů
164 diafýza	do 49 dnů	218 Zlomenina kosti hlezenní	do 84 dnů	Za každou druhou a další transplantaci se zvyšuje horní hranice plnění u bodů 258 až 265 o jeden týden.	
Amputace (snesení)		219 Zlomenina zadního výběžku kosti hlezenní	do 35 dnů		
165 exartikulace v ramenním kloubu	do 210 dnů	220 Zlomenina ostatních nártních kostí	do 70 dnů		
166 paže	do 182 dnů	221 Zlomenina kůstek zánártních	do 49 dnů		
167 obou předloktí	do 182 dnů	222 Odlomení části článku palce nohy	do 28 dnů		
jednoho předloktí	do 140 dnů	223 Úplná zlomenina článku palce nohy	do 42 dnů		
168 obou rukou	do 150 dnů	224 Zlomenina článku jiného prstu nohy	do 21 dnů		
169 ruky	do 112 dnů	Amputace (snesení)			
170 jednoho prstu nebo jeho části	do 28 dnů	225 exartikulace kyčelního kloubu nebo snesení stehna	do 364 dnů		
171 více prstů nebo jejich částí	do 42 dnů				
Replantace se hodnotí podle doby léčby					
Dolní končetina					
172 Ruptura úponu čtyřhlavého svalu	do 63 dnů				
173 Natržení Achillovy šlachy (parciální ruptura)	do 35 dnů				
174 Přerušeni Achillovy šlachy řeznou ranou, léčené operativně	do 70 dnů				
Podvrtnutí					

Zlomenina dolní čelisti		Páteř		201 Zlomeniny hlavice femuru s luxací kyčle (Pipkinovy zlomeniny)	126 dnů
013 bez posunutí úlomků	56 dnů	109 Zlomeniny trnových a příčných výběžků	28 dnů	202 Odlovení malého nebo velkého trochanteru	42 dnů
014 s posunutím úlomků	84 dnů	110 Kompresivní a okrajové zlomeniny obratlových těl léčené klidem na lůžku	70 dnů	203 Zlomeniny subtrochanterické	112 dnů
Zlomenina horní čelisti		111 Zlomeniny C, Th a L páteře léčené repozicí, korzetem nebo operací	154 dnů	204 Zlomenina těla a distálního konce kosti stehenní	112 dnů
015 bez posunutí úlomků	77 dnů			205 Zlomenina český	56 dnů
016 s posunutím úlomků	112 dnů	Pánev		206 Zlomenina kloubní chrupavky v oblasti kolenního kloubu	70 dnů
017 Zlomenina dásňového výběžku horní nebo dolní čelisti	56 dnů	115 Zlomeniny z vertikálního stříhu s lézí SI komplexu	126 dnů	207 Zlomenina mezihrbolové vyvýšeniny kosti holenní	49 dnů
018 Zlomenina komplexu kosti jařmové a horní čelisti	84 dnů			208 Zlomenina kondylů kosti holenní (jednoho nebo obou)	84 dnů
Sdružené zlomeniny Le Fort		Acetabulum		209 Zlomenina kosti lýtkové (bez postižení hlezenního kloubu)	28 dnů
019 Le Fort I.	84 dnů	116 Zlomenina zadní nebo přední hrany	84 dnů	Zlomenina kosti holenní nebo obou kostí bérce	
020 Le Fort II.	112 dnů	117 Zlomenina zadního nebo předního pilíře a transverzální zlomeniny	98 dnů	210 léčená konzervativně	112 dnů
021 Le Fort III.	182 dnů	118 Kombinované zlomeniny – T zlomeniny, zlomeniny obou pilířů	112 dnů	211 léčená operativně	84 dnů
Zuby		119 Luxace kyčle se zlomeninou acetabula	126 dnů	Zlomeniny kotníku	
Ztráta nebo nutná extrakce trvalého zubu následkem působení zevního násilí (nikoli skousnutí)		Horní končetina		212 zlomenina vnitřního kotníku nebo zadní hrany tibie, Weber A.	56 dnů
074 dvou až šesti zubů	42 dnů	Zlomeniny		213 zlomenina zevního kotníku, Weber B. a C. a bimalleolární zlomenina	84 dnů
075 sedmi nebo více zubů	77 dnů	143 Zlomenina lopatky	42 dnů	214 trimalleolární zlomenina, Weber C.	98 dnů
Jako ztráta zubu se hodnotí i odlovení korunky o rozsahu větším než 1/3. V případě odlovení korunky o rozsahu 1/3 a menším je podmínkou pro poskytnutí plnění ztráta vitality dřené vyžadující léčení.		144 Zlomenina klíčku	42 dnů	215 zlomenina pylonu tibie	98 dnů
076 Za vyražení nebo poškození umělých zubů a zubů dočasných (mléčných) pojistitel neposkytuje plnění.		Zlomenina horního konce kosti pažní	35 dnů	Zlomenina těla kosti patní	
		145 velkého hrbolku bez posunutí	84 dnů	216 bez porušení statiky (Böhlerova úhlu)	56 dnů
		146 roztržštěná zlomenina hlavice	84 dnů	217 s porušením statiky (Böhlerova úhlu) nebo léčená operativně	105 dnů
		147 chirurgického krčku	42 dnů	218 Zlomenina kosti hlezenní	84 dnů
		148 Zlomenina těla kosti pažní	70 dnů	219 Zlomenina zadního výběžku kosti hlezenní	35 dnů
		149 Zlomenina kosti pažní nad kondyly u dětí	49 dnů	220 Zlomenina ostatních nártních kostí	70 dnů
Krk		Zlomenina humeru v oblasti lokte		221 Zlomenina kůstek zánártních	49 dnů
080 Perforující poranění hrtanu nebo průdušnice	112 dnů	150 léčená konzervativně	42 dnů	222 Odlovení části článku palce nohy	28 dnů
081 Zlomenina jazyky nebo chrupavek hrtanu	112 dnů	151 léčená operativně	70 dnů	223 Úplná zlomenina článku palce nohy	42 dnů
		Zlomenina okovce kosti loketní		224 Zlomenina článku jiného prstu nohy	21 dnů
		152 léčená konzervativně	42 dnů		
		153 léčená operativně	56 dnů	Popálení, poleptání nebo omrzliny	
		154 Zlomenina hlavičky kosti vřetenní	49 dnů	(s výjimkou účinku slunečního záření na kůži)	
		155 Zlomenina jedné kosti předloktí	84 dnů	Druhého stupně v rozsahu	
		Zlomenina obou kostí předloktí	105 dnů	250 od 11 cm ² do 5 % povrchu těla	35 dnů
		156 Zlomenina dolního konce kosti vřetenní (Collesova, Smithova, zlomenina distální epifyzy s odlomením bodcovitého výběžku kosti loketní)	63 dnů	251 do 15 % povrchu těla	49 dnů
		157 Zlomenina kosti člunkové	70 dnů	252 do 20 % povrchu těla	56 dnů
		158 Zlomenina jiné kosti zápěstní	56 dnů	253 do 30 % povrchu těla	84 dnů
		159 Zlomenina několika kostí zápěstních	70 dnů	254 do 40 % povrchu těla	126 dnů
		160 Luxační zlomenina báze první kosti zápěstní (Bennettova)	63 dnů	255 do 50 % povrchu těla	182 dnů
		161 Zlomenina kosti zápěstní	56 dnů	256 větším než 50 % povrchu těla	364 dnů
		Zlomenina článku prstu ruky		Třetího stupně s nutností chirurgické léčby v rozsahu	
		162 nehtového výběžku	28 dnů	258 od 6 cm ² do 10 cm ² včetně	49 dnů
		163 báze a pod hlavičkou	42 dnů	259 od 10 cm ² do 5 % povrchu těla	77 dnů
		164 diafýza	49 dnů	260 do 10 % povrchu těla	98 dnů
		Dolní končetina		261 do 15 % povrchu těla	126 dnů
		Zlomeniny		262 do 20 % povrchu těla	154 dnů
		Zlomenina krčku kosti stehenní		263 do 30 % povrchu těla	182 dnů
		199 zlomenina krčku zaklíněná	84 dnů	264 do 40 % povrchu těla	273 dnů
		200 zlomenina proximálního konce femuru léčená konzervativně nebo operací	98 dnů	265 více než 40 % povrchu těla	364 dnů

V. Tabulka odškodnění definovaných úrazů s asistenčními službami (TDUA)

Položka TDUA (evid. č. úrazu)	Diagnóza	Výše pojistného plnění z pojistné částky v %	Typ asistenční služby	Max. délka poskytování asist. služeb v týdnech
	Hlava			
002	Úplná skalpace hlavy s kožním defektem	50 %	D, E, F	2
005	Zlomenina spodiny lebeční	100 %	A, B, C, D, E, F	4
006	Zlomenina klenby lebeční bez vpáčení úlomků	50 %	D, E, F	2
007	Zlomenina klenby lebeční s vpáčením úlomků	50 %	D, E, F	2
	Za úplné zlomeniny se považují i fisury kostí lebečních (týká se položky 005 až 007)			
008	Zlomenina okraje očné	50 %	D, E, F	2
012	Zlomenina kosti lící	50 %	D, E, F	2
014	Zlomenina dolní čelisti s posunutím úlomků	50 %	D, E, F	2
016	Zlomenina horní čelisti s posunutím úlomků	50 %	D, E, F	2
018	Zlomenina komplexu kosti jařmové a horní čelisti	50 %	D, E, F	2
019	Sdružené zlomeniny Le Fort I.	50 %	D, E, F	2
020	Sdružené zlomeniny Le Fort II.	100 %	A, B, C, D, E, F	4
021	Sdružené zlomeniny Le Fort III.	100 %	A, B, C, D, E, F	4
022	Současné poranění obou očí	50 %	A, B, C, D, E, F	2
073	Ucho – otřes labyrintu	50 %	D, E, F	2
	Krk			
079	Poleptání, proděravění nebo roztržení jícnu	50 %	D, E, F	2
080	Perforující poranění hrtanu nebo průdušnice	50 %	D, E, F	2
081	Zlomenina jazyky nebo chrupavek hrtanu	50 %	D, E, F	2

	Hrudník			
083	Roztržení plic	50 %	A, B, C, D, E, F	2
084	Úrazové poškození srdce klinicky prokázané	100 %	A, B, C, D, E, F	4
085	Roztržení bránice	100 %	A, B, C, D, E, F	4
087	Zlomeniny kosti hrudní bez posunutí úlomků	50 %	A, B, C, D, E, F	2
088	Zlomeniny kosti hrudní s posunutím úlomků	100 %	A, B, C, D, E, F	4
089	Dviřková zlomenina kosti hrudní	100 %	A, B, C, D, E, F	4
091.1	Zlomeniny více žeber rentgenologicky prokázané	100 %	A, B, C, D, E, F	4
091.2	Dviřková zlomenina žeber rentgenologicky prokázaná	100 %	A, B, C, D, E, F	4
092	Poúrazový pneumotorax	50 %	A, B, C, D, E, F	2
093	Poúrazové krvácení do hrudníku léčené konzervativně	50 %	A, B, C, D, E, F	2
094	Poúrazové krvácení do hrudníku léčené operativně	100 %	A, B, C, D, E, F	4
	Břicho			
095	Rána pronikající do dutiny břišní (bez poranění nitrobřišních orgánů)	50 %	A, B, C, D, E, F	2
096.1	Roztržení jater léčené konzervativně	50 %	A, B, C, D, E, F	2
096.2	Roztržení jater léčené operativně	100 %	A, B, C, D, E, F	4
097.1	Roztržení sleziny léčené konzervativně	50 %	A, B, C, D, E, F	2
097.2	Roztržení sleziny léčené operativně	100 %	A, B, C, D, E, F	4
098	Roztržení (rozmoždění) slinivky břišní	100 %	A, B, C, D, E, F	4
099	Úrazové proděravění žaludku	100 %	A, B, C, D, E, F	4
100	Úrazové proděravění dvanáctníku	100 %	A, B, C, D, E, F	4
101	Roztržení tenkého střeva	100 %	A, B, C, D, E, F	4
102	Roztržení tlustého střeva	100 %	A, B, C, D, E, F	4
	Urologické ústrojí			
105	Roztržení nebo rozdrčení ledviny léčené konzervativně	50 %	A, B, C, D, E, F	2
106	Roztržení nebo rozdrčení ledviny léčené operativně	100 %	A, B, C, D, E, F	4
107	Roztržení močového měchýře nebo močové roury	100 %	A, B, C, D, E, F	4
	Páteř			
110	Kompresivní a okrajové zlomeniny obratlových těl léčené klídem na lůžku	100 %	A, B, C, D, E, F	4
111	Zlomeniny C, Th a L páteře léčené repozicí, korzetem nebo operací	100 %	A, B, C, D, E, F	4
	Pánev			
113	Okrajové abrupce lopaty kosti kyčelní, sedacího hrbolu, raménka stydké kosti, symfýza	50 %	A, B, C, D, E, F	2
114	Poranění z předozadní a bočné komprese	100 %	A, B, C, D, E, F	4
115	Zlomeniny z vertikálního střihu s lézí SI komplexu	100 %	A, B, C, D, E, F	4
	Acetabulum			
116	Zlomenina zadní nebo přední hrany	100 %	A, B, C, D, E, F	4
117	Zlomenina zadního nebo předního pilíře a transverzální zlomeniny	100 %	A, B, C, D, E, F	4
118	Kombinované zlomeniny – T zlomeniny, zlomeniny obou pilířů	100 %	A, B, C, D, E, F	4
119	Luxace kyčle se zlomeninou acetabula	100 %	A, B, C, D, E, F	4
	Horní končetina			
135	Vymknutí kloubu mezi klíčkem a kostí hrudní léčené operativně	100 %	A, B, C, D, F	4
137	Vymknutí kloubu mezi klíčkem a lopatkou léčené operativně	100 %	A, B, C, D, F	4
139	Vymknutí předloktí	50 %	A, B, C, D, F	2
	Pojistitel plní při vymknutí kloubu končetin jen tehdy, bylo-li vymknutí lékařem léčeno repozicí (napravením)			
143	Zlomenina lopatky	100 %	A, B, C, D, F	4
144	Zlomenina klíčku	50 %	A, B, C, D, F	2
145	Zlomenina horního konce kosti pažní – velkého hrbolku bez posunutí	50 %	A, B, C, D, F	2
146	Zlomenina horního konce kosti pažní – roztržitá zlomenina hlavice	100 %	A, B, C, D, F	4
147	Zlomenina horního konce kosti pažní – chirurgického krčku	50 %	A, B, C, D, F	2
148	Zlomenina těla kosti pažní	100 %	A, B, C, D, F	4
150	Zlomenina humeru v oblasti lokte léčená konzervativně	50 %	A, B, C, D, F	2
151	Zlomenina humeru v oblasti lokte léčená operativně	50 %	A, B, C, D, F	2
152	Zlomenina okovce kosti loketní léčená konzervativně	50 %	A, B, C, D, F	2
153	Zlomenina okovce kosti loketní léčená operativně	50 %	A, B, C, D, F	2
154	Zlomenina hlavičky kosti vřetenní	50 %	A, B, C, D, F	2
155	Zlomenina jedné nebo obou kostí předloktí	50 %	A, B, C, D, F	2
156	Zlomenina dolního konce kosti vřetenní (Collesova, Smithova)	50 %	A, B, C, D, F	2
157	Zlomenina kosti člunkové	100 %	A, B, C, D, F	4
158	Zlomenina jiné kosti zápěstní	50 %	A, B, C, D, F	2
159	Zlomenina několika kostí zápěstních	50 %	A, B, C, D, F	2
160	Luxační zlomenina báze první kosti zápěstní (Bennettova)	50 %	A, B, C, D, F	2
165	Exartikulace v ramenním kloubu	100 %	A, B, C, D, F	4
166	Amputace (snesení) paže	100 %	A, B, C, D, F	4
167	Amputace (snesení) jednoho nebo obou předloktí	100 %	A, B, C, D, F	4
168	Amputace (snesení) obou rukou	100 %	A, B, C, D, F	4
169	Amputace (snesení) ruky	100 %	A, B, C, D, F	4
171	Amputace (snesení) více prstů nebo jejich částí	50 %	A, B, C, D, F	2
	Dolní končetina			
189	Vymknutí stehenní kosti (v kyčli)	100 %	A, B, C, D, E, F	4
199	Zlomenina krčku kosti stehenní zaklíněná	100 %	A, B, C, D, E, F	4
200	Zlomenina proximálního konce femuru léčená konzervativně nebo operací	100 %	A, B, C, D, E, F	4
201	Zlomeniny hlavice femuru s luxací kyčle (Pipkinovy zlomeniny)	100 %	A, B, C, D, E, F	4
202	Odlomení malého nebo velkého trochanteru	50 %	A, B, C, D, E, F	2
203	Zlomeniny subtrochanterické, perthrochanterické	100 %	A, B, C, D, E, F	4
204	Zlomenina těla a distálního konce kosti stehenní	100 %	A, B, C, D, E, F	4
205	Zlomenina česky	100 %	A, B, C, D, E, F	4
206	Zlomenina kloubní chrupavky v oblasti kolenního kloubu	100 %	A, B, C, D, E, F	4
207	Zlomenina mezihrbolové vyvýšeniny kosti holenní	50 %	A, B, C, D, E, F	2
208	Zlomenina kondylů kosti holenní (jednoho nebo obou)	100 %	A, B, C, D, E, F	4
209	Zlomenina kosti lýtkové (bez postižení hlezenního kloubu)	50 %	A, B, C, D, E, F	2
210	Zlomenina kosti holenní nebo obou kostí bérce léčená konzervativně	100 %	A, B, C, D, E, F	4
211	Zlomenina kosti holenní nebo obou kostí bérce léčená operativně	100 %	A, B, C, D, E, F	4
212	Zlomenina vnitřního kotníku nebo zadní hrany tibie, Weber A.	100 %	A, B, C, D, E, F	4
213	Zlomenina zevního kotníku, Weber B. a C. a bimalleolární zlomenina	100 %	A, B, C, D, E, F	4
214	Trimalleolární zlomenina, Weber C.	100 %	A, B, C, D, E, F	4
215	Zlomenina pylonu tibie	100 %	A, B, C, D, E, F	4
216	Zlomenina těla kosti patní bez porušení statiky (Böhlerova úhlu)	50 %	A, B, C, D, E, F	2

217	Zlomenina těla kosti patní s porušením statiky (Böhlerova úhlu) nebo léčená operativně	100 %	A, B, C, D, E, F	4
218	Zlomenina kosti hlezenní	100 %	A, B, C, D, E, F	4
219	Zlomenina zadního výběžku kosti hlezenní	50 %	A, B, C, D, E, F	2
220	Zlomenina ostatních nártních kostí	100 %	A, B, C, D, E, F	4
221	Zlomenina kůstek zánártních	50 %	A, B, C, D, E, F	2
225	Exartikulace kyčelního kloubu nebo snesení stehna	100 %	A, B, C, D, E, F	4
226	Amputace (snesení) obou bérců	100 %	A, B, C, D, E, F	4
227	Amputace (snesení) bérce	100 %	A, B, C, D, E, F	4
228	Amputace (snesení) obou nohou	100 %	A, B, C, D, E, F	4
229	Amputace (snesení) nohy	100 %	A, B, C, D, E, F	4
230	Amputace (snesení) palce nohy nebo jeho části	50 %	A, B, C, D, E, F	2
Poranění nervové soustavy				
233	Pohmoždění mozku	100 %	A, B, C, D, E, F	4
234	Rozdrčení mozkové tkáně	100 %	A, B, C, D, E, F, G	4
235	Krvácení nitrolebeční a do kanálu páteřního	100 %	A, B, C, D, E, F, G	4
236	Otřes míchy	100 %	A, B, C, D, E, F, G	4
237	Pohmoždění míchy	100 %	A, B, C, D, E, F, G	4
238	Rozdrčení míchy	100 %	A, B, C, D, E, F, G	4
Popálení, poleptání nebo omrzliny (s výjimkou účinku slunečního záření na kůži)				
251	Druhého stupně od 15 % povrchu těla	50 %	A, B, C, D, F	2
252	Druhého stupně od 20 % povrchu těla	50 %	A, B, C, D, F	2
253	Druhého stupně od 30 % povrchu těla	100 %	A, B, C, D, F	4
254	Druhého stupně od 40 % povrchu těla	100 %	A, B, C, D, F	4
255	Druhého stupně od 50 % povrchu těla	100 %	A, B, C, D, F	4
260	Třetího stupně od 10 % povrchu těla s nutností chirurgické léčby	100 %	A, B, C, D, F	4
261	Třetího stupně od 15 % povrchu těla s nutností chirurgické léčby	100 %	A, B, C, D, F	4
262	Třetího stupně od 20 % povrchu těla s nutností chirurgické léčby	100 %	A, B, C, D, F	4
263	Třetího stupně od 30 % povrchu těla s nutností chirurgické léčby	100 %	A, B, C, D, F	4
264	Třetího stupně od 40 % povrchu těla s nutností chirurgické léčby	100 %	A, B, C, D, F	4
265	Třetího stupně od 50 % povrchu těla s nutností chirurgické léčby	100 %	A, B, C, D, F	4

Specifikace rozsahu poskytovaných asistenčních služeb:

Typ A – Úklid bytu pojištěného

Bytem pojištěného se rozumí byt, ve kterém se pojištěný léčí v důsledku úrazu.

Úklidem bytu se rozumí úklid běžného provozního prostoru bytu v běžném rozsahu, tzn.

- úklid obývacího pokoje (vysání nebo vytření podlahy, utření prachu);
- úklid koupelny včetně toalety;
- úklid kuchyně (mytí a úklid nádobí, vytření podlahy, třídění a likvidace odpadu);
- úklid ložnice pojištěného (vysání, příp. vytření podlahy, stlaní, utření prachu).

Generální úklid bytu není předmětem této asistenční služby. Náklady na úklid bytu pojištěného hradí pojišťitel, spotřebu energií (elektrina, voda atd.) hradí pojištěný.

Tato služba bude provedena jedenkrát za každých 7 dnů, max. po dobu uvedenou v TDUA.

Typ B – Údržba ošacení pojištěného

Údržbou ošacení se rozumí:

- praní prádla pojištěného;
- sušení prádla pojištěného;
- žehlení prádla pojištěného;
- třídění a úklid prádla pojištěného.

Pokud je v bytě, ve kterém se pojištěný léčí, k dispozici pračka, bude prádlo pojištěného vypráno v pračce pojištěného a usušeno v místě léčby pojištěného. Pokud pračka k dispozici není, bude pojištěnému prádlo vyčištěno/vypráno v nejbližší prádelně/čistírně. Náklady na zorganizování této služby, popř. odvoz prádla do prádelny/čistírny organizuje a hradí pojišťitel. Náklady na čištění, praní, sušení, žehlení, popř. za prádelnu/čistírnu, včetně spotřeby energií (elektrina, voda atd.), nese pojištěný.

Tato služba bude provedena jedenkrát za každých 7 dnů, max. po dobu uvedenou v TDUA.

Typ C – Organizace donášky jídla

Pojištěný má nárok na donášku sedmi hlavních jídel týdně dle výběru z jídelníčku. Dle regionální dostupnosti může být pojištěným rozhodnuto o denní dodávce jednoho teplého jídla nebo týdenní dodávce 7 zamražených hlavních jídel. Cenu jídla hradí pojištěný poskytovateli této služby na základě předloženého vyúčtování. Náklady na organizaci a zajištění donášky jídla do bytu pojištěného nese pojišťitel.

Tato služba bude provedena denně (u teplých jídel) nebo jedenkrát za každých 7 dnů (u zamražených jídel), max. po dobu uvedenou v TDUA.

Typ D – Organizace nákupu pro pojištěného

Poskytovatel asistenční služby zajistí nákup pro pojištěnou osobu. Tato služba zahrnuje:

- soupis požadovaných položek běžné denní potřeby;
- nákup požadovaných položek v místě léčby pojištěného;
- obstarání léků – vyzvednutí léků na lékařský předpis z lékárn;
- úklid nákupu.

Cenu nákupu a léků hradí pojištěný poskytovateli této služby na základě předložených účtenek. Náklady na organizaci, donášku nákupu a léků a úklid nákupu a léků nese pojišťitel.

Tato služba bude provedena dvakrát za každých 7 dní, max. po dobu uvedenou v TDUA.

Typ E – Organizace doprovodu k lékaři nebo na úřady

Pojištěné osobě bude zajištěn doprovod k lékaři nebo na úřady, pokud je osobní účast pojištěného nezbytná. Náklady na dopravu k lékaři / na úřady nese pojištěný. Pojišťitel hradí náklady na osobu doprováze-

jící pojištěného k lékaři / na úřady.

Tuto službu lze čerpat jednou za každých 7 dní, max. po dobu uvedenou v TDUA.

Typ F – Nonstop tísňové volání

Pojištěný může v případě nouzové situace 24 hodin denně telefonicky kontaktovat asistenční službu.

Na základě telefonátu pojištěného bude poskytnuta telefonická pomoc při řešení nouzových situací. Nouzovou situaci se rozumí akutní neočekávané zhoršení zdravotního stavu nebo nouzové situace v domácnosti (např. prasklé vodovodní potrubí atd.). Asistenční služba v těchto případech zajistí adekvátní pomoc (např. přivolání sanitní služby, lékaře, informace rodině, řemeslníka atd.) tak, aby nedocházelo ke zvětšování škod. Náklady spojené s tímto druhem pomoci a náklady na volání na nonstop linku hradí pojištěný.

Typ G – Ošetřovatelské služby

Pojištěné osobě, které utrpěla velmi těžký úraz, v jehož důsledku je plně bezmocná, budou po dobu plné bezmocnosti poskytovány ošetřovatelské služby. Plně bezmocná je osoba, která zcela pozbyla schopnost sebeobsluhy, potřebuje soustavné ošetřování, je 24 hodin denně upoutána na lůžko a je zcela odkázána na pomoc jiné osoby při všech životních úkonech. Ošetřovatelskou službou se rozumí zajištění základní pomoci pojištěnému:

- s osobní hygienou (čištění zubů, česání, mytí, oblékání a dvakrát za každých 7 dní pomoc při koupání nebo sprchování s mytím vlasů);
- při stravování.

Součástí ošetřovatelských služeb je i základní instruktáž k péči po úrazu.

Nárok na poskytování ošetřovatelských služeb je v rozsahu maximálně 6 hodin denně po dobu plné bezmocnosti, max. po dobu uvedenou v TDUA.