



Generali Pojišťovna a.s.  
generální ředitelství

Bělehradská 132, 120 84 Praha 2, Česká republika

## Zvláštní pojistné podmínky pro rizikové životní pojištění (ZPP RŽP 2010/01)

### I. Obecná ustanovení

#### Článek 1

##### Úvodní ustanovení

Pro rizikové životní pojištění (dále jen „pojištění“), které sjednává Generali Pojišťovna a.s., se sídlem Bělehradská 132, Praha 2, 120 84, Česká republika (dále jen „pojistitel“), platí zákon č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, občanský zákoník a ostatní obecně závazné právní předpisy České republiky, všeobecné pojistné podmínky pro soukromé pojištění osob (dále jen VPP POS 2005/01), tyto ZPP RŽP 2010/01, další ujednání a pojistná smlouva.

#### Článek 2

##### Vymezení pojmů

Pro účely sjednávajícího pojištění platí toto vymezení pojmů:

- obmyšleným je osoba určená pojistníkem se souhlasem pojištěného v pojistné smlouvě, které vznikne právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného;
- pojištěným č. 1 je pojištěný, jenž je v návrhu na uzavření pojistné smlouvy a v pojistce uveden jako první v pořadí;
- dalším pojištěným je pojištěný, jenž je v návrhu na uzavření pojistné smlouvy a v pojistce uveden jako druhý a další v pořadí;
- dítě, dospělý nebo senior je pojištěný, který je jmenovitě uveden v návrhu na uzavření pojistné smlouvy a v pojistce; rozdělení pojištěných dle vstupního věku je uvedeno v informacích pro klienta, které jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.

#### Článek 3

##### Druhy pojištění

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

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

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

#### Článek 4

##### Pojistná doba

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

#### Článek 5

##### Pojistná událost

- Pojistnou událostí je skutečnost specifikovaná pro jednotlivé druhy pojištění a blíže určená v pojistné smlouvě, se kterou je spojena povinnost pojistitele plnit.
- Za pojistnou událost se nepovažuje smrt pojištěného, ke které došlo v období do tří let věku pojištěného. V případě smrti v období do tří let věku pojištěného vyplácí pojistitel pojistníkovi částku odpovídající pojistnému zaplacenému za všechna pojištěná rizika, která se vztahují na život tohoto pojištěného.

- Je-li pojistnou událostí ve smyslu pojistné smlouvy úraz pojištěného, rozumí se úrazem neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávislé na vůli pojištěného nebo neočekávané a nepřerušované působení vysokých či nízkých zevních teplot, plynů, par, záření, elektrického proudu a jedů (s výjimkou jedů mikrobiálních a látek imunotoxických), kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt.

- 3.1 Za úraz se též považují:

- utonutí a tonutí;
- tělesná poškození způsobená popálením, bleskem, elektrickým proudem, plyny nebo parami, požitím jedovatých nebo leptavých látek, s výjimkou případů, kdy se účinky dostavily postupně;
- vymknutí končetin, stejně jako natržení nebo odtržení části končetin a svalů na páteři, šlach, vaziva a pouzder kloubů v důsledku náhlé odchylky od běžného pohybu.

- 3.2 Úrazem nejsou: nemoci včetně infekčních nemocí; srdeční infarkt, mozková mrtvice, amoce sítnice, duševní choroby a poruchy, a to i když se dostavily jako následky úrazu; nádory zhoubné i nezhoubné; kýly všech lokalizací; zhoršení nemocí následkem úrazu; aseptické záněty těhových váčků, šlachových pochev a svalových úponů (bursitidy, epikondylitidy, impingement syndrom); přerušení degenerativně změněných orgánů malým nepřímým násilím (např. meniskus); porušení Achillovy šlachy s výjimkou přetěží z vnějšku; náhlé ploténkové páteřní syndromy, poškození meziobratlových plotének, i když se dostavily jako následky úrazu; krvácení do vnitřních orgánů a do mozku nebo poranění břicha či podbřišku, pokud vzniklo v důsledku zdravotní predispozice pojištěného; duševní chorobné stavy po úrazu, jako např. neurozy nebo psychoneurozy.

4. V případě oznámení škodné události a předložení cizojazyčných podkladů je ten, kdo uplatňuje nárok na pojistné plnění, povinen obstarat příslušné lékařské zprávy a ostatní relevantní dokumenty a tyto předat pojistiteli přeložené do českého jazyka. Toto ustanovení neplatí pro podklady ve slovenském jazyce. Překlad musí být proveden soudním překladatelem příslušného jazyka.

#### Článek 6

##### Nepojistitelné osoby

- 1.1 Za nepojistitelné osoby, na které se nevztahuje pojistná ochrana a které jsou z pojištění vyloučeny, se považují osoby stížené nervovou nebo duševní poruchou, která není jen přechodná, a osoby závislé na alkoholu a jiných návykových toxických či omamných látkách. Míru přechodnosti má právo určit pojistitel.
- 1.2 Pro doplňkové pojištění plné invalidity, doplňkové pojištění závažných onemocnění, doplňkové úrazové a doplňkové nemocenské pojištění jsou nepojistitelnými osobami osoby, které pobírají invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně nebo osoby, u nichž byly na základě lékařského posouzení splněny zákonné předpoklady pro uznání jejich invalidity třetího stupně nebo osoby, které jsou k datu sjednání pojištění v dočasné pracovní

neschopnosti. Lékařské posouzení pojistitelnosti provede lékař stanovený pojistitelem.

- 1.3 Pro doplňkové pojištění plné invalidity, doplňkové pojištění závažných onemocnění a doplňkové nemocenské pojištění jsou nepojistitelnými osobami osoby, které pobírají invalidní důchod pro invaliditu prvního nebo druhého stupně nebo osoby, u nichž byly na základě lékařského posouzení splněny zákonné předpoklady pro uznání invalidity prvního nebo druhého stupně. Lékařské posouzení pojistitelnosti provede lékař stanovený pojistitelem.
- 1.4 Pro doplňkové pojištění závažných onemocnění jsou nepojistitelnými osobami osoby, u nichž již byla indikována operace anebo diagnostikována některé ze závažných onemocnění, na která se vztahuje toto doplňkové pojištění.
2. V případě, že se pojištěný stane v průběhu pojistné doby nepojistitelnou osobou ve smyslu odst. 1.1–1.4, má povinnost tuto skutečnost oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu. Pojistitel má právo pojištění vypovědět ve lhůtě 3 měsíců ode dne, kdy se o této skutečnosti dozvěděl. Pojištění zanikne uplynutím 8 dnů ode dne doručení výpovědi pojistníkovi. Toto ustanovení se nevztahuje na doplňkové nemocenské pojištění.

#### Článek 7

##### Zanik pojištění

1. Pojištění zaniká způsoby uvedenými ve VPP POS 2005/01 v čl. 5. Pojištění dále zaniká způsoby uvedenými v odst. 2 až 10 tohoto článku.
2. Dnem smrti pojištěného č. 1 zanikají veškerá sjednaná pojištění.
3. Zanikne-li pojištění výpovědí ze strany pojistníka, jedná se o výpověď:
  - doručenou do 2 měsíců od počátku pojištění; výpovědní lhůta je osmidená, jejím uplynutím pojištění zanikne; pojistitel má nárok na pojistné do doby zániku pojištění;
  - doručenou alespoň 6 týdnů před uplynutím pojistného období;
  - doručenou do 3 měsíců ode dne doručení písemného oznámení vzniku pojistné události pojistiteli; výpovědní lhůta je 1 měsíc od doručení výpovědi, jejím uplynutím pojištění zanikne bez náhrady;
  - doručenou do 1 měsíce ode dne výplaty pojistného plnění; výpovědní lhůta je 1 měsíc, jejím uplynutím pojištění zanikne.
4. Zanikne-li pojištění výpovědí ze strany pojistitele, jedná se o výpověď doručenu do 2 měsíců od počátku pojištění; výpovědní lhůta je osmidená, jejím uplynutím pojištění zanikne; pojistitel má nárok na pojistné do doby zániku pojištění.
5. Dnem doručení písemného oznámení o odmítnutí pojistného plnění zaniká pojištění bez náhrady. Pojistitel má právo odmítnout pojistné plnění za podmínek uvedených v těchto ZPP RŽP 2010/01 a VPP POS 2005/01.
6. Odstoupením od pojistné smlouvy se smlouva od počátku ruší. Pojistitel v takovém případě vrátí pojistníkovi zaplacené pojistné po odečtení nákladů prokazatelně vzniklých v souvislosti s uzavřením a správou daného pojištění. Pojistník nebo pojištěný, který není současně pojistníkem,

- popřípadě obmyšlený, jsou povinni vrátit pojistiteli částku vyplaceného pojistného plnění, která přesahuje výši zaplaceného pojistného. Pojistník a pojistitel mají právo odstoupit od pojistné smlouvy za podmínek uvedených ve VPP POS 2005/01. Pojistník může zaslat odstoupení od pojistné smlouvy na adresu sídla pojistitele.
7. V případě zániku pojištění dohodou je nutné v dohodě určit okamžik zániku pojištění a způsob vzájemného vyrovnání závazků. Pojistitel je oprávněn k dohodě připojit doložku, že nevyjádří-li se účastník do 1 měsíce od doručení, má se za to, že s úkonem pojistitele souhlasí.
  8. Pojištění zaniká výpovědí pojistitele dle čl. 6, odst. 2. Stane-li se pojištěný v době trvání pojištění nepojistitelnou osobou, má pojistitel právo pojištění vypovědět ve lhůtě 3 měsíců ode dne, kdy se o této skutečnosti dozvěděl. Pojištění zanikne uplynutím 8 dnů ode dne doručení výpovědi pojistníkovi. V případě výpovědi pojištění pojištěného č. 1 ve smyslu čl. 6 odst. 1.1 zanikají veškerá pojištění pro všechny pojištěné osoby.
  9. Pojištění zaniká též dovršením maximálního výstupního věku pojištěného stanoveného pojistitelem pro jednotlivá pojištění.
  10. Doplňková pojištění zanikají nejpozději dnem zániku životního pojištění.

### Článek 8 Pojistné

1. Aktuální věk pojištěného se stanoví rozdílem aktuálního kalendářního roku a kalendářního roku narození pojištěného.
2. Je-li u pojištěného dáno zvýšené pojistné riziko, lze určit vyšší pojistné nebo dohodnout zvláštní podmínky pojištění. Určit vyšší pojistné nebo dohodnout zvláštní podmínky pojištění z důvodu zvýšení pojistného rizika (výjma změny věku a zdravotního stavu pojištěného) je možné i v průběhu pojistné doby.
3. Pojistitel má nárok na poplatky podle čl. 11.
4. Odlišně od čl. 8 odst. 6 VPP POS 2005/01 se ujednává, že v případě smrti pojistníka, není-li zároveň pojištěným č. 1, resp. zániku právnické osoby jako pojistníka, vstupuje na jeho místo pojištěný č. 1. Není-li pojištěný č. 1 zletilý, vstupuje na místo pojistníka zletilý pojištěný s nejvyšším aktuálním věkem. Není-li ho, vstupuje na místo pojistníka zákonný zástupce nezletilého pojištěného s nejvyšším aktuálním věkem.

### Článek 9 Změny pojištění

1. Dohodnou-li se účastníci pojištění na změně již sjednaného pojištění, poskytuje pojistitel pojistné plnění ze změněného pojištění až z pojistných událostí, které nastaly po dni účinnosti změny, avšak nejdříve v 00.00 hodin dne provedení změny pojistitelem.
2. Pojistitel je oprávněn provést posouzení rizika i v průběhu pojistné doby, jestliže požadovaná změna mění rozsah poskytované pojistné ochrany dle odst. 4 až 5.
3. Pojistník a pojištěný jsou povinni oznámit všechny změny týkající se skutečností, na které byli při sjednávání pojištění pojistitelem tázáni, nebo uvedených v pojistné smlouvě, jak je uvedeno ve VPP POS 2005/01, článek 8, odst. 2.
4. Pojistník je oprávněn kdykoli písemně požádat o změnu rozsahu pojištění. Pojistitel není povinen žádosti o změnu vyhovět.
5. Je-li se změnou, na které se účastníci pojištění dohodli, spojena změna výše běžného pojistného, je běžné pojistné ve změněné výši splatné k datu účinnosti změny.
6. Pokud pomínou důvody, pro které byla poskytnuta sleva nebo přirážka, jsou pojistník a pojištěný povinni tuto skutečnost pojistiteli písemně oznámit a pojistitel je oprávněn slevu nebo přirážku od následujícího pojistného období odebrat.
7. Opětovné obnovení pojistné smlouvy (dále jen „reaktivace“) je možné provést do tří měsíců od zániku pojistné smlouvy podle čl. 7. V období mezi datem zániku pojistné smlouvy podle čl. 7 a provedením reaktivece není poskytována pojistná ochrana. Pojistitel nemá povinnost vyhovět žádosti pojistníka o provedení reaktivece.
8. Všechny požadované změny mohou být provedeny pouze na základě písemné žádosti pojistníka, příp.

pojistníka se souhlasem pojištěného, nevyhradí-li pojistitel pro tyto účely jiné komunikační kanály. O tyto změny může požádat pojistník, případně pojistník se souhlasem pojištěného, a to nejméně 6 týdnů před datem účinnosti požadované změny, přičemž datem účinnosti změny může být vždy pouze první den v měsíci, není-li ujednáno jinak. Pojistitel akceptuje požadované změny písemným potvrzením.

### Článek 10 Územní platnost pojistné smlouvy

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

### Článek 11 Poplatky

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

### Článek 12 Oprávněné osoby

1. Právo na pojistné plnění má pojištěný, pokud není ve smlouvě ujednáno jinak. Je-li dohodnuto, že pojištění událostí je smrt pojištěného, pojistník má právo se souhlasem pojištěného určit obmyšleného, kterému má vzniknout právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného, a to jménem nebo vztahem k pojištěnému. Pokud nestanoví pojistník se souhlasem pojištěného jinak, vzniká oprávněné osobě nebo obmyšlenému právo na pojistné plnění okamžikem vzniku pojistné události.
2. Vznikne-li právo na pojistné plnění několika obmyšleným a nejsou-li podily určeny, má každý z nich právo na stejný díl. Podíl nenabytý některým z obmyšlených náleží ostatním.
3. Není-li v době pojistné události, kterou je smrt pojištěného, určen obmyšlený nebo nenabude-li právo na pojistné plnění, nabývají tohoto práva tyto osoby:
  - a) manžel/ka pojištěného;
  - b) není-li ho/jí, děti pojištěného;
  - c) nejsou-li osoby uvedené v bodě b) tohoto odstavce, rodiče pojištěného;
  - d) není-li jich, pak osoby, které žily s pojištěným nejméně po dobu 1 roku před jeho smrtí ve společné domácnosti a které z tohoto důvodu pečovaly o společnou domácnost nebo byly odkázány výživou na pojištěného;
  - e) není-li ani těchto osob, dědicí pojištěného. Případně-li dědictví jako odúmrtí státu, nevzniká mu právo na pojistné plnění.
4. V průběhu pojištění může být obmyšlený měněn pouze se souhlasem pojištěného. Změna musí být učiněna písemně a je účinná dnem jejího doručení pojistiteli.
5. Obmyšlený, kterému má smrtí pojištěného vzniknout právo na pojistné plnění, tohoto práva nenabude, způsobil-li pojištěnému smrt úmyslným trestným činem, pro který byl soudem pravomocně odsouzen.
6. Je-li obmyšleným nezletilý nebo osoba, která nemá plnou způsobilost k právním úkonům, bude případně pojistné plnění ve prospěch této osoby vyplaceno osobě určené soudem.
7. Pojistné plnění z obnosového pojištění lze vinkulovat. Pokud je pojistník odlišný od pojištěného, může být pojistné plnění vinkulováno a následně může být vinkulace zrušena pouze se souhlasem pojištěného a se souhlasem osoby, v jejíž prospěch bylo pojistné plnění vinkulováno. Účinnost vinkulace nebo jejího zrušení nastává nejdříve dnem, kdy pojistitel obdržel písemný souhlas příslušné osoby s vinkulací, resp. jejím zrušením. Pohledávku z pojištění lze postoupit nebo zastavit. Pokud je pojistník odlišný od pojištěného, může pohledávku z pojištění postoupit nebo zastavit jen se souhlasem pojištěného.

### Článek 13 Vztah mezi doplňkovými pojištěními a životním pojištěním

Doplňkové životní pojištění, doplňkové úrazové pojištění ani doplňkové nemocenské pojištění nelze sjednat samostatně; tato pojištění lze sjednat pouze současně se sjednáním životního pojištění. Doplňková pojištění zanikají nejpozději dnem zániku životního pojištění.

### Článek 14 Závěrečné ustanovení

Tímto ZPP RZP 2010/01 se řídí pojistné smlouvy uzavřené k datu 1. 2. 2010 a pozdějšímu datu.

## II. Zvláštní ustanovení pro životní pojištění

### Článek 15 Druhy pojištění

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

### Článek 16 Pojistná událost

1. Pojistnou událostí se v životním pojištění rozumí smrt pojištěného č. 1, nastane-li během pojistné doby, anebo jiná skutečnost uvedená v pojistné smlouvě, s níž je spojen vznik povinnosti pojistitele plnit.
2. Pojistitel poskytuje pojistné plnění v případě úmrtí pojištěného č. 1 po uznání nároku pojistitelem na pojistné události a po předložení následujících dokladů a údajů:
  - a) písemné žádosti o poskytnutí pojistného plnění;
  - b) pojistky;
  - c) úředně ověřené kopie úmrtního listu;
  - d) kopie dokladu o posledním zaplacení pojistného;
  - e) podrobné zprávy lékaře nebo jiného lékařského či úředního osvědčení o příčině úmrtí, počátku a průběhu smrtelného onemocnění nebo o bližších okolnostech úmrtí;
  - f) jména a adresy praktického a odborného lékaře, u kterých byl pojištěný č. 1 léčen pro úraz nebo onemocnění, které následně vedly k úmrtí.
3. Na žádost pojistitele je třeba rovněž předložit i další doklady, které jsou nezbytné pro šetření pojistitele ve věci pojistné události. Náklady spojené s obstaráním výše uvedených dokladů hradí ten, kdo uplatňuje nárok vůči pojistiteli.

### Článek 17 Pojistné plnění

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

### Článek 18 Výluky a omezení pojistného plnění

1. Pojistitel neposkytne pojistné plnění, nastane-li smrt pojištěného č. 1:
  - a) v důsledku sebevraždy před uplynutím dvou let od počátku pojištění nebo od zvýšení rozsahu pojistné ochrany ve prospěch pojištěného č. 1 podle čl. 9, příp. od reaktivece pojistné smlouvy; v případě zvýšení rozsahu pojistné ochrany se toto omezení vztahuje pouze na navýšený rozsah pojistné ochrany;
  - b) v přímé nebo nepřímé souvislosti s nukleární katastrofou;
  - c) následkem přímé nebo nepřímé účasti:
    - na bojových akcích nebo jiných válečných operacích;
    - při vnitrostátních nepokojích (vzpouře či povstání s výjimkou smrti pojištěného č. 1, ke které došlo při plnění služby v armádě nebo u Policie ČR v České republice při potlačování vnitrostátních nepokojů);
  - d) při aktivní účasti na závodech nebo trénincích v pozemních, vzdušných nebo vodních dopravních prostředcích;
  - e) při použití leteckých prostředků s výjimkou případů, kdy ke smrti pojištěného č. 1 došlo v letadle určeném pro cestující veřejnost, kde byl pojištěný č. 1 jako dopravovaná osoba - cestující; za dopravovanou osobu se nepovažuje člen posádky letadla ani jiná osoba činná při provozu nebo obsluze letadla; a dále se pojištění nevztahuje na úmrtí, ke kterému dojde při létání s bezmotorovými letadly, větroni s pomocným motorem a ultralehkými letadly, při závažném létání, paraglidingu a létání v balonech, při seskocích a letech s padákem z letadel i z výšin apod.

- f) v souvislosti s teroristickými událostmi všeho druhu, bez ohledu na to, zda ke smrti došlo bezprostředně nebo zprostředkovaně.
  - g) při řízení motorového vozidla osobou, která není držitelem příslušného řidičského oprávnění nebo která vozidlo použila neoprávněně.
2. Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění až o jednu polovinu:
- a) jestliže pojištěný č. 1 zemřel v souvislosti s 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) dojde-li ke smrti pojištěného č. 1 po požití nebo v souvislosti s požíváním alkoholu nebo po aplikaci návykových toxických či omamných látek pojištěným č. 1 a je zde dána příčinná souvislost se vznikem pojistné události.
3. Pokud byly v důsledku nepravdivého uvedení data narození, pohlaví nebo zdravotního stavu pojištěného č. 1 stanoveny nesprávné technické parametry pojištění (pojistné, pojistná doba, pojistná částka), je pojistitel oprávněn pojistné plnění přiměřeně snížit.
4. Pojistitel neposkytuje pojistné plnění tehdy, dojde-li k pojistné události do dvou let od sepsání návrhu z důvodu onemocnění, které již bylo před uzavřením pojištění přítomno či diagnostikováno, příp. z důvodu komplikací s tímto onemocněním společných nebo na jeho následky. Pojištění v takovém případě zaniká bez náhrady.

### III. Zvláštní ustanovení pro doplňkové životní pojištění

#### Článek 19 Druhy pojištění

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

### III. 1. Obecná ustanovení pro doplňkové životní pojištění

#### Článek 20

##### Pojistné plnění doplňkových životních pojištění

1. Pojistné plnění doplňkového pojištění plné invalidity, doplňkového pojištění závažných onemocnění a doplňkového pojištění pro případ smrti dalšího pojištěného může být vyplaceno pouze jednou.
2. Při změně pojištění z důvodu navýšení pojistné částky doplňkového pojištění plné invalidity se na navýšenou část pojistné částky vztahuje v případě pojistného plnění lhůta dvou let z důvodu nemoci, uvedená v čl. 22. odst. 3. písm. a).
3. Při změně pojištění z důvodu navýšení pojistné částky doplňkového pojištění závažných onemocnění se na navýšenou část pojistné částky vztahuje v případě pojistného plnění lhůta tří měsíců, uvedená v čl. 23. odst. 2.
4. Při změně pojištění z důvodu navýšení pojistné částky doplňkového pojištění pro případ smrti dalšího pojištěného se na navýšenou část pojistné částky vztahuje v případě pojistného plnění lhůta dvou let v důsledku sebevraždy uvedená v čl. 24 odst. 5 písm. a).

#### Článek 21

##### Zánik doplňkového životního pojištění

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

1. Doplňkové pojištění plné invalidity a doplňkové pojištění závažných onemocnění zanikají výplatou pojistného plnění.
2. V případě škodné události, ke které dojde do dvou let od počátku pojištění ve smyslu čl. 22 odst. 3 písm. a), zaniká doplňkové pojištění plné invalidity k datu škodné události bez náhrady.
3. Pojistitel si vyhrazuje právo vypovědět doplňkové pojištění plné invalidity v případě, že se změni podmínky sociálního zabezpečení pro určení a přiznávání invalidity ve smyslu čl. 22., a to ke dni,

od kterého vstoupí tyto podmínky v účinnost. Výpočtově zaniká toto doplňkové pojištění bez náhrady.

4. V případě škodné události, ke které dojde do tří měsíců od počátku doplňkového pojištění závažných onemocnění ve smyslu čl. 23 odst. 2, zaniká toto pojištění k datu škodné události bez náhrady.
5. Doplňkové životní pojištění zaniká:
  - a) smrtí pojištěného;
  - b) ve výroční den v roce, ve kterém pojištěný dosáhl maximálního výstupního věku stanového pojistitelem;
  - c) uplynutím pojistné doby doplňkového životního pojištění;
  - d) dnem doručení písemného oznámení o odmítnutí pojistného plnění pojistitelem z doplňkového životního pojištění bez náhrady.

### III. 2. Zvláštní část pro doplňkové životní pojištění

#### Článek 22

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

1. Pojistnou událostí je dožití se dne, kdy je pojištěnému přiznána invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně podle platných předpisů o sociálním zabezpečení, a dále následně 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:
  - a) invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně přiznaný v důsledku nemoci, přičemž den, od kterého byl přiznán, je nejdříve po dvou letech od počátku tohoto doplňkového pojištění;
  - b) invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně přiznaný výlučně v důsledku úrazu, přičemž den, od kterého byl přiznán, je kdykoli za doby trvání tohoto doplňkového pojištění.
4. Doplňkové pojištění plné invalidity se nevztahuje na invalidní důchod, který byl přiznán v důsledku nemoci nebo úrazu, jestliže se jedná o nemoci nebo úrazy:
  - a) způsobené přímým nebo nepřímým působením jaderné energie, ionizujících paprsků, radioaktivního nebo obdobného záření, s výjimkou případů, kdy k takovému tělesnému poškození došlo při léčebných postupech a zákrocích prováděných v souvislosti s úrazem, na který se pojištění vztahuje;
  - b) vzniklé léčebnými postupy nebo zásahy, které si pojištěný na sobě sám provedl nebo si je 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.
5. Doplňkové pojištění plné invalidity se nevztahuje na invalidní důchod, který byl přiznán v důsledku nemoci nebo úrazu, jestliže se jedná o nemoci nebo úrazy vzniklé při rizikových sportech či jiných činnostech se zvýšeným nebezpečím vzniku úrazu. Jedná se zejména o úrazy a nemoci vzniklé:
  - a) při použití leteckých prostředků s výjimkou úrazů, které pojištěný utrpěl jako osoba dopravovaná letadlem určeným pro cestující veřejnost - cestující; za dopravovanou osobu se nepovažuje člen posádky letadla ani jiná osoba činná při provozu nebo obsluze letadla; a dále o úrazy a nemoci vzniklé při létání s bezmotorovými letadly, větromi s pomocným motorem a ultralehkými letadly, při závěsném létání, paraglidingu a létání v balonech, při seskocích a letech s padákem z letadel i z výšin apod.
  - b) při výkonu horolezeckého sportu, vysokohorské turistice, hloubkovém potápění s nutností dýchacího přístroje, vodních sportech na divoké vodě a při provozování extrémních, tzv. adrenalinových sportů, jako je např. canyoning, sky-surfing, sky-bungee, bungee-jumping, shark-diving, mega-diving, rocket-bungee, heli-skiing, rafting, black-water-rafting, a sporty s obdobným rizikem;
  - c) při účasti na motoristických závodech a soutěžích a při přípravných jízdách k nim; pojistitel

neposkytuje pojistné plnění ani v případech, kdy se pojištěný 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 invalidní důchod, který byl přiznán v důsledku nemoci nebo úrazu, jestliže se jedná o nemoci nebo úrazy vzniklé:
  - a) při přípravě či spáchání úmyslné trestné činnosti pojištěného nebo při pokusu o ni;
  - b) 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 nitrostátních násilných nepokojích, kterých se pojištěný 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 invalidní důchod, který byl přiznán v důsledku nemoci nebo úrazu, které byly způsobeny úmyslným jednáním pojištěného nebo jiné osoby z podnětu pojištěného.
8. Pojistitel neposkytuje 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 léčen, lékařsky sledován nebo byly v tomto období přítomny či diagnostikovány jejich příznaky.
9. Právo na pojistné plnění má pojištěný.
10. Vznikne-li škodná událost, je pojištěný, který uplatňuje nárok na pojistné plnění, povinen:
  - a) oznámit vznik škodné události neprodleně písemnou formou pojistiteli;
  - b) doložit přiznání invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně; za nezbytné podklady pro stanovení povinnosti pojistitele plnit se považují zejména podklady, z nichž vyplývá nárok na pobírání invalidního důchodu; záznam z jednání o posouzení zdravotního stavu od příslušné správy sociálního zabezpečení; podklady 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 invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně;
  - b) kopie odborného posudku správy sociálního zabezpečení, na jehož základě byl přiznán invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně;
  - c) jméno a adresa praktického a odborného lékaře.
12. V případě, že pojištěný odmítne vyšetření nebo nedodá nezbytné informace a doklady uvedené v odst. 10 a 11, může pojistitel krátit nebo odmítnout výplatu pojistného plnění z doplňkového pojištění plné invalidity.

#### Článek 23

##### Výklad pojmů, pojistná událost, rozsah pojištění a povinnosti při škodné události pro doplňkové pojištění závažných onemocnění

1. Výklad pojmů doplňkového pojištění závažných onemocnění:
 

**vrozená vada:** je jakákoliv vrozená abnormalita, pro niž byl pojištěný léčen anebo navštěvoval lékaře nebo měl předepsány léky nebo její příznaky se

- dostavily nebo projevily nebo které byly diagnostikovány lékařem dříve, než pojištěný dosáhl věku 18 let.
2. Pojistnou událostí se rozumí první stanovení diagnózy nebo provedení operace odpovídající definici závažných onemocnění uvedených v Tabulce závažných onemocnění (dále jen „TDDZ“), která je nedílnou součástí pojistné smlouvy. Pojistná ochrana se vztahuje na pojistné události, ke kterým dojde během trvání pojištění, nejdříve však po uplynutí tříměsíční lhůty od počátku tohoto doplňkového pojištění. Pojištěnému vzniká nárok na pojistné plnění formou jednorázové výplaty po potvrzení zdravotního stavu lékařem určeným pojistitelem.
  3. Nastane-li pojistná událost uvedená v odst. 2, poskytnete pojistitel pojistné plnění sjednané v pojistné smlouvě. Zemře-li pojištěný během jednoho měsíce ode dne stanovení diagnózy nebo provedení operace uvedených v TDDZ, nevzniká nárok na pojistné plnění.
  4. Právo na pojistné plnění má pojištěný.
  5. Na základě stavu lékařské vědy nebo změny výskytu závažných onemocnění může pojistitel v průběhu trvání pojištění upravit výši pojistného, úpravu může provést jednou ročně. V případě, že pojistník se změnou nesouhlasí, musí svůj nesouhlas vyjádřit do jednoho měsíce ode doručení oznámení o úpravě výše pojistného. V takovém případě doplňkové pojištění závažných onemocnění zaniká bez náhrady dnem, kdy došlo k úpravě výše pojistného.
  6. Pojistitel si vyhrazuje právo zrevidovat rozsah a definice závažných onemocnění ve smyslu TDDZ. Úpravu může provést jednou ročně. K této změně může dojít v následujících případech:
    - a) v důsledku změn lékařské terminologie a/nebo klasifikace;
    - b) za účelem zahrnutí nových závažných onemocnění, pokud to pojistitel považuje za vhodné;
    - c) za účelem vyřazení takových závažných onemocnění současně zahrnutých v definici závažných onemocnění, která pojistitel považuje za vhodné z definice vyřadit.
  7. Doplňkové pojištění závažných onemocnění se nevztahuje na ty události uvedené v odst. 2, které byly způsobeny úmyslným jednáním pojištěného nebo jiné osoby z podnětu pojištěného.
  8. Pojistitel neposkytuje pojistné plnění, je-li hlavní příčinou pojistné události:
    - a) vrozená vada, nemoc či úraz nebo jejich důsledky, které vznikly před počátkem doplňkového pojištění závažných onemocnění a pro něž byl pojištěný před počátkem doplňkového pojištění závažných onemocnění léčen, lékařsky sledován nebo byly v tomto období přítomny či diagnostikovány jejich příznaky;
    - b) sebepoškození, následek sebevraždy nebo pokusu o ni;
    - c) odmítnutí podrobit se předepsané a doporučené lékařské péči;
    - d) užití alkoholu či jiných návykových látek;
    - e) příprava nebo spáchání úmyslné trestné činnosti pojištěného či pokus o ni;
    - f) diagnóza vzniklá v souvislosti s válečnými událostmi všeho druhu (přímé či nepřímé důsledky války nebo ozbrojeného konfliktu, nepřátelské akce cizích nepřátel bez ohledu na vyhlášení války, občanská válka, povstání, vzpoura, vojenský či násilně získaná moc, přímá účast na výtržnostech, stávkách nebo občanských nepokojích, zapojení se nebo účast pojištěného v jakýchkoli námořních, vojenských nebo leteckých operacích) bez ohledu na to, zda k tělesnému poškození dojde bezprostředně, nebo zprostředkovaně;
    - g) diagnóza vzniklá v souvislosti s teroristickými útoky všeho druhu, bez ohledu na to, zda k tělesnému poškození dojde bezprostředně, nebo zprostředkovaně;
    - h) diagnóza vzniklá v souvislosti s vnitrostátními násilnými nepokoji, kterých se pojištěný aktivně zúčastnil na straně iniciátora nepokojů;
    - i) řízení motorového vozidla v případě, kdy se pojištěný odmítl podrobit vyšetření za účelem zjištění obsahu alkoholu, příp. jiných toxických či omamných látek v krvi;
    - j) řízení motorového vozidla osobou, která není držitelem příslušného řídičského oprávnění nebo která vozidlo použila neoprávněně;
    - k) přítomnost lidského imunodeficitního viru (HIV) a/

nebo stavů spojených s HIV, včetně syndromu získaného imunodeficitu (AIDS) a/nebo jakékoliv jeho mutace, derivace nebo variace, pohlavní choroby a sexuálně přenášené choroby nebo jejich patologické následky. Tato vyluka neplatí v případě pojistné události ve smyslu TDDZ, je-li pojistná událost diagnóza onemocnění HIV.

9. Dojde-li ke škodné události, je pojištěný, který uplatňuje nárok na pojistné plnění, povinen:
  - a) oznámit bez zbytečného odkladu vznik škodné události písemně pojistiteli;
  - b) doložit lékařské zprávy vztahující se k jeho zdravotnímu stavu před i po vzniku škodné události;
  - c) zmocnit ošetřující lékaře k poskytnutí informací pojistiteli;
  - d) podrobit se případnému vyšetření u lékaře specialisty určeného pojistitelem, který provede přezkoumání zdravotního stavu. V případě, že se pojištěný odmítne vyšetření podrobit nebo nedodá nezbytné informace a doklady, může pojistitel krátkit nebo odmítnout výplatu pojistného plnění z doplňkového pojištění závažných onemocnění.

#### Článek 24

##### Pojistná událost, rozsah pojištění a povinnosti při škodné události pro doplňkové pojištění pro případ smrti dalšího pojištěného

1. Pojistnou událostí je smrt dalšího pojištěného, nastane-li během pojistné doby, anebo jiná skutečnost uvedená v pojistné smlouvě, s níž je spojen vznik povinnosti pojistitele plnit.
2. Pojistitel poskytuje pojistné plnění v případě úmrtí dalšího pojištěného po uznání nároku pojistitelem na pojistné plnění a po předložení následujících dokladů a údajů:
  - a) písemné žádosti o poskytnutí pojistného plnění;
  - b) pojistky;
  - c) úředně ověřené kopie úmrtího listu;
  - d) podrobné zprávy lékaře nebo jiného lékařského či úředního osvědčení o příčině úmrtí, počátku a průběhu smrtelného onemocnění nebo o bližších okolnostech úmrtí;
  - e) jména a adresy praktického a odborného lékaře, u kterých byl další pojištěný léčen pro úraz nebo onemocnění, které následně vedly k úmrtí.
3. Na žádost pojistitele je třeba rovněž předložit i další doklady, které jsou nezbytné pro šetření pojistitele ve věci pojistné události. Náklady spojené s obstaráním výše uvedených dokladů hradí ten, kdo uplatňuje nárok vůči pojistiteli.
4. V případě smrti dalšího pojištěného vyplatí pojistitel obmyslenému určenému v pojistné smlouvě, není-li určen, oprávněným osobám dle čl. 12, pojistnou částku určenou pojistnou smlouvou.
5. Pojistitel neposkytne pojistné plnění, nastane-li smrt dalšího pojištěného:
  - a) v důsledku sebevraždy před uplynutím dvou let od počátku pojištění nebo od zvýšení rozsahu pojistné ochrany ve prospěch dalšího pojištěného podle čl. 9, příp. od reaktivace pojistné smlouvy; v případě zvýšení rozsahu pojistné ochrany se toto omezení vztahuje pouze na navýšený rozsah pojistné ochrany;
  - b) v přímé nebo nepřímé souvislosti s nukleární katastrofou;
  - c) následkem přímé nebo nepřímé účasti:
    - na bojových akcích nebo jiných válečných operacích;
    - při vnitrostátních nepokojích (vzpouře či povstání s výjimkou smrti dalšího pojištěného, ke které došlo při plnění služby v armádě nebo u Policie ČR v České republice při potlačování vnitrostátních nepokojů);
  - d) při aktivní účasti na závodě nebo trénincích v pozemních, vzdušných nebo vodních dopravních prostředcích;
  - e) při použití leteckých prostředků s výjimkou případů, kdy ke smrti dalšího pojištěného došlo v letadle určeném pro cestující veřejnost, kde byl další pojištěný jako dopravovaná osoba - cestující; za dopravovanou osobu se nepovažuje člen posádky letadla ani jiná osoba činná při provozu nebo obsluze letadla; a dále se pojištění nevztahuje na úmrtí, ke kterému dojde při létání s bezmotorovými letadly, větroni s pomocným motorem a ultralehkými letadly, při závěsném létání, paraglidingu a létání v balonech, při seskocích a letech s padákem z letadel i z výšin apod.

- f) v souvislosti s teroristickými událostmi všeho druhu, bez ohledu na to, zda ke smrti došlo bezprostředně nebo zprostředkovaně.
  - g) při řízení motorového vozidla osobou, která není držitelem příslušného řídičského oprávnění nebo která vozidlo použila neoprávněně.
6. Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění až o jednu polovinu:
    - a) jestliže další 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;
    - b) dojde-li ke smrti dalšího pojištěného po požití nebo v souvislosti s požíváním alkoholu nebo po aplikaci návykových toxických či omamných látek dalším pojištěným a je zde dána příčinná souvislost se vznikem pojistné události.
  7. Pokud byly v důsledku nepravdivého uvedení data narození, pohlaví nebo zdravotního stavu dalšího pojištěného stanoveny nesprávné technické parametry pojištění (pojistné, pojistná doba, pojistná částka), je pojistitel oprávněn pojistné plnění přiměřeně snížit.
  8. Pojistitel neposkytuje pojistné plnění tehdy, dojde-li k pojistné události do dvou let od sepsání návrhu z důvodu onemocnění, které již bylo před uzavřením pojištění přítomno či diagnostikováno, příp. z důvodu komplikací s tímto onemocněním spojených nebo na jeho následky. Pojištění v takovém případě zaniká bez náhrady.

## IV. Zvláštní ustanovení pro doplňkové úrazové pojištění

### Článek 25

#### Druhy doplňkového úrazového pojištění

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

### Článek 26

#### Rozsah doplňkového úrazového pojištění

Toto doplňkové úrazové pojištění se vztahuje na úrazy, které pojištěný utrpí v běžném životě, pokud tyto ZPP RŽP 2010/01 nebo pojistná smlouva nestanoví jinak.

### Článek 27

#### Zanik doplňkového úrazového pojištění

1. Doplňkové úrazové pojištění zaniká způsobem dle čl. 7 těchto ZPP RŽP 2010/01 a dále výpovědí ze strany pojistitele:
  - a) doručenu alespoň 6 týdnů před uplynutím pojistného období, pojištění zanikne uplynutím pojistného období;
  - b) doručenu do 3 měsíců ode dne doručení písemného oznámení vzniku pojistné události pojistiteli; výpovědní lhůta je 1 měsíc od doručení výpovědi, jejím uplynutím pojištění zanikne.
2. Doplňkové úrazové pojištění zaniká dnem smrti pojištěného.

### Článek 28

#### Pojistná událost

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

- Pojistná ochrana se nevztahuje na úrazy, které pojištěná osoba prodělala v minulosti nebo jejichž důsledky trpí v současné době. Takové úrazy a zároveň jejich příčiny, následky a komplikace jsou z pojistné ochrany vyloučeny. Pojistná ochrana se vztahuje jen na úrazy, ke kterým dojde v době až po počátku pojistné ochrany.
- Pokud došlo k pojistné události, která je definována v pojistné smlouvě, a vznikl nárok na výplatu pojistného plnění, bude vyplaceno oprávněné osobě nebo obmyšlenému toto pojistné plnění. Pojistné plnění bude vypočteno na základě sjednané pojistné částky. Způsob a podmínky výplaty jsou specifikovány v čl. 29 až 37.
- Pojistitel je oprávněn přezkoumat zdravotní stav pojištěného, a to i prohlídkou, příp. vyšetřením u lékaře, kterého pojistitel sám určil. Souvisí-li přezkoumání zdravotního stavu se škodnou událostí a nepodrobí-li se pojištěný vyšetření ve stanoveném termínu bez náležitého odůvodnění, které je povinen pojistiteli sdělit ještě před termínem vyšetření, nebo vyšetření bez náležitého odůvodnění odmítne, není pojistitel povinen poskytnout pojistné plnění.

### Článek 29

#### Doplňkové pojištění smrti způsobené úrazem

- Zemře-li pojištěný do 1 roku ode dne úrazu na následky tohoto úrazu, vyplatí pojistitel pojistnou částku sjednanou pro případ smrti způsobené úrazem oprávněné osobě.
- Do pojistného plnění z tohoto doplňkového pojištění se zahrnují platby, které byly pojištěnému vyplaceny jako pojistné plnění z doplňkového pojištění trvalých následků dle čl. 31 až 33 z tétoho úrazu. Byla-li pojistitelem plněna z doplňkového pojištění trvalých následků úrazu dle čl. 31 až 33 vyšší částka, než je pojistná částka sjednaná pro případ smrti, pojistitel nemá právo na vrácení rozdílu těchto dvou plnění.

### Článek 30

#### Doplňkové pojištění smrti úrazem následkem autonehody

- Toto pojištění se sjednává pro případ úrazu účastníka provozu na pozemních komunikacích, ke kterému dojde v době trvání pojištění v příčinné souvislosti s provozem motorového vozidla (nekolejové vozidlo poháněné vlastní pohonnou jednotkou a trolejbus) schváleným dle platné legislativy pro provoz na pozemních komunikacích a jehož následkem je smrt nastalá do 1 roku ode dne úrazu. Za úrazy vzniklé v příčinné souvislosti s provozem motorového vozidla se považují též úrazy, ke kterým dojde při nakládání a vykládání přepravovaných věcí a při nastupování a vystupování z motorového vozidla. Účastníkem provozu na pozemních komunikacích je každý, kdo se přímým způsobem účastní provozu na pozemních komunikacích.
- V případě pojistné události ve smyslu odst. 1 vyplatí pojistitel pojistnou částku sjednanou pro doplňkové pojištění smrti úrazem následkem autonehody oprávněné osobě.
- Do pojistného plnění z tohoto pojištění se zahrnují platby, které byly pojištěnému vyplaceny jako pojistné plnění za trvalé následky dle čl. 31 až 33 z tétoho úrazu. Byla-li pojistitelem plněna z doplňkového pojištění trvalých následků úrazu dle čl. 31 až 33 vyšší částka, než je pojistná částka sjednaná pro případ smrti, pojistitel nemá právo na vrácení rozdílu těchto dvou plnění.

### Článek 31

#### Doplňkové pojištění plné trvalé invalidity způsobené úrazem

Je-li v průběhu 1 roku ode dne úrazu na základě posouzení lékaře stanoveného pojistitelem nepochybně prokázáno, že následkem úrazu je plná trvalá invalidita pojištěného, a pojištěný má sjednáno doplňkové pojištění plné trvalé invalidity způsobené úrazem, pojistitel vyplatí pojistné plnění z tohoto doplňkového pojištění. Plnou trvalou invaliditou se rozumí takové následky úrazu, při kterých součet jednotlivých stupňů invalidity stanovených v Tabulce pro hodnocení trvalých následků úrazu (dále jen "TTNU"), která je nedílnou součástí pojistné smlouvy, činí nejméně procento stanovené v pojistné smlouvě. Na toto pojištění se dále vztahují ustanovení čl. 32 odst. 1 až 8.

### Článek 32

#### Doplňkové pojištění trvalých následků úrazu

- Trvalými následky úrazu se rozumí takové následky úrazu, u nichž již není možné zlepšení, tj. trvalá ovlivnění tělesných a duševních funkcí. Stupněm invalidity se rozumí rozsah trvalých následků, jehož výše se určuje v procentech. Maximální stupeň invalidity je dán tabulkou TTNU, která je nedílnou součástí pojistné smlouvy. Stupeň invalidity v procentech určuje lékař pojistitele.
- Týkají-li se jednotlivé následky po jednom nebo více úrazech téhož orgánu, smyslu nebo jejich částí, hodnotí je pojistitel jako celek, a to nejvyšším procentem stanoveným v tabulce TTNU pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného orgánu, smyslu nebo jejich částí.
- Pojistitel má povinnost vyplatit pojistné plnění za trvalé následky úrazu vzniklé následkem úrazu, které objektivně nastaly během 1 roku ode dne úrazu, na základě písemné žádosti pojištěného. Pojistitel neposkytuje pojistné plnění za trvalé následky úrazu, které se poprvé objektivně objevily po uplynutí 1 roku ode dne úrazu.
- Podmínkou výplaty pojistného plnění za trvalé následky úrazu je nejen prokázání vzniku trvalých následků úrazu, ale i lékařsky jednoznačné stanovení stupně invalidity. Pokud je zjištěn vznik trvalých následků úrazu během 1 roku ode dne úrazu a není lékařsky jednoznačně stanoven stupeň invalidity, poskytne pojistitel plnění teprve po uplynutí 1 roku ode dne úrazu. Není-li po 1 roce ode dne úrazu stupeň invalidity jednoznačný z hlediska druhu a rozsahu následků úrazu, provede lékař určený pojistitelem přezkoumání stupně invalidity, a to nejpozději do 3 let ode dne vzniku úrazu. Jestliže ani po 3 letech není stupeň invalidity jednoznačný, stanoví pojistitel stupeň invalidity podle stavu ke konci této lhůty.
- Základem pro určení stupně invalidity je tabulka TTNU, která je nedílnou součástí pojistné smlouvy a uvádí maximální stupeň invalidity daného úrazu. Při částečné ztrátě orgánů či smyslu nebo částečné ztrátě funkce orgánů či smyslu uvedených v tabulce TTNU stanoví lékař pojistitele výši pojistného plnění jako procentuální podíl z maximálního ohodnocení stupně invalidity uvedeného v tabulce TTNU, která je nedílnou součástí pojistné smlouvy.
- Nelze-li stanovit stupeň invalidity podle tabulky TTNU nebo není-li poškozený orgán uveden v tabulce TTNU, stanoví se stupeň invalidity lékařským posudkem s ohledem na míru omezení funkčnosti poškozeného orgánu.
- Byl-li pojištěný stížen tělesnou nebo smyslovou nemocí či vadou již před úrazem a zhorší-li se stav postiženého orgánu následkem úrazu, určí se stupeň předchozí invalidity z dosavadní vady obdobně, jak je uvedeno v odst. 1, 2, 5 a 6, a o takto zjištěný rozsah předchozí invalidity se sníží pojistné plnění.
- Zemře-li pojištěný:
  - během 1 roku ode dne úrazu na následky úrazu, nevzniká nárok na plnění za trvalé následky úrazu;
  - během 1 roku ode dne úrazu z důvodů, které nejsou v příčinné souvislosti s úrazem, vyplatí pojistitel plnění ve výši, která odpovídá předpokládanému stupni invalidity, stanovenému podle posledního lékařského posudku;
  - po uplynutí 1 roku ode dne úrazu na následky úrazu, vyplatí pojistitel plnění ve výši, která odpovídá předpokládanému stupni invalidity, stanovenému podle posledního lékařského posudku;
  - po uplynutí 1 roku ode dne úrazu z důvodů, které nejsou v příčinné souvislosti s úrazem, vyplatí pojistitel plnění ve výši, která odpovídá předpokládanému stupni invalidity, stanovenému podle posledního lékařského posudku.
- Pojistným plněním z tohoto pojištění je procento ze sjednané pojistné částky pro případ trvalých následků úrazu vyplácené formou progresivního plnění specifikovaného v odst. 10 v závislosti na stupni invalidity.
- Progresivní 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% SI jednonásobek pojistné částky část převyšující 30 % SI bude násobena pětkrát
80,01–100,00 %	do 30% SI jednonásobek pojistné částky část převyšující 30 % SI bude násobena pětkrát část převyšující 80 % SI bude násobena šestkrát

- Pojistné plnění formou paušálních částek:
  - je-li v pojistné smlouvě dohodnuto pojistné plnění formou paušálních částek, je v případě pojistné události vyplácena ve smlouvě uvedená částka dle tabulek TTNU;
  - pokud je v pojistné smlouvě dohodnuto pojistné plnění formou paušálních částek a zároveň formou denního odškodného dle článku 34 nebo 35, bude v případě pojistné události pojistitel plnit z toho sjednaného pojistného krytí, z něhož bude vyplácené pojistné plnění vyšší.

### Článek 33

#### Doplňkové pojištění trvalých následků úrazu následkem autonehody

- Pojištění se sjednává pro případ úrazu pojištěného, jako účastníka provozu na pozemních komunikacích, ke kterému dojde v době trvání pojištění v příčinné souvislosti s provozem motorového vozidla (nekolejové vozidlo poháněné vlastní pohonnou jednotkou a trolejbus) schváleného dle platné legislativy pro provoz na pozemních komunikacích (dále jen „motorové vozidlo“) a které způsobí pojištěnému trvalé následky ve smyslu čl. 32. Za úrazy vzniklé v příčinné souvislosti s provozem motorového vozidla se považují též úrazy, ke kterým dojde při nakládání a vykládání přepravovaných věcí a při nastupování a vystupování z motorového vozidla. Účastníkem provozu na pozemních komunikacích je každý, kdo se přímým způsobem účastní provozu na pozemních komunikacích.
- Toto doplňkové pojištění se řídí ustanoveními čl. 32 odst. 1 až 10.
- V případě úrazu ve smyslu odst. 1 se pojistná částka snižuje o 50 %, pokud došlo k úrazu v příčinné souvislosti s provozem jednostopého motorového vozidla, kde byl pojištěný jako řidič nebo spolujezdec.

### Článek 34

#### Doplňkové pojištění denní odškodné za dobu nezbytného léčení úrazu

- Dojde-li k úrazu, vyplatí pojistitel denní odškodné za dobu léčení tohoto úrazu. Pojistné plnění se určuje jako součin sjednané pojistné částky (denního odškodného) a počtu dnů léčení daného úrazu. Maximální počet proplácených dní je dán oceňovací Tabulkou plnění denního odškodného za dobu nezbytného léčení úrazu (dále jen „TDO“), která je nedílnou součástí pojistné smlouvy.
- Není-li tělesné poškození v TDO uvedeno, určí pojistitel na základě lékařského posouzení výši plnění podle doby nezbytného léčení, která je přiměřená průměrné době nezbytného léčení dle rozsahu a povahy poškození. K určení celkové výplaty pojistného plnění použije pojistitel hodnoty uvedené v oceňovací tabulce TDO, které jsou danému poškození svou povahou nejbližší.
- Bylo-li pojištěnému způsobeno několik tělesných poškození, plní pojistitel jen za dobu nejdelšího nezbytného léčení. Denní odškodné za dobu nezbytného léčení jednoho úrazu se proplácí nejdéle za dobu 365 dnů po dobu 2 let ode dne úrazu.
- Denní odškodné za dobu nezbytného léčení úrazu se vyplácí vždy od 1. dne léčení, pokud nezbytná doba léčení úrazu byla delší, než je stanovená karencí lhůta. Karencí lhůta je počet dnů stanovených pojistnou smlouvou.
- Pokud si léčení úrazu do 24 hodin od okamžiku úrazu vyžádá pobyt v nemocnici delší než 24 hodin, zvyšuje se po dobu hospitalizace sjednaná částka denního odškodného na dvojnásobek. Hospitalizace musí být z lékařského hlediska nezbytná, přičemž za nezbytnou hospitalizaci se nepovažuje hospitalizace zapříčiněná výhradně nemožností

poskytnout domácí péči či jinými osobními důvody ze strany pojištěného. Denní odškodné se navyšuje pouze v případě pobytu v nemocnici, která pracuje pod stálým odborným lékařským dozorem, disponuje dostatečnými diagnostickými a terapeutickými možnostmi, užívá vědecky obecně uznávané léčebné diagnostické metody, vede záznamy o zdravotním průběhu léčby a její provozování je v souladu s příslušnými platnými právními předpisy. Bude-li délka hospitalizace neúměrně delší, než je pro uvedený následek úrazu obvyklé, a toto prodloužení nebude v lékařské dokumentaci dostatečně odborně zdůvodněno, určí přiměřenou dobu hospitalizace lékař pojištěného. V takovém případě pojišťitel plní za takto přiměřenou dobu.

### Článek 35

#### Doplňkové pojištění denní odškodné za dobu léčby vyjmenovaných úrazů

1. Dojde-li k úrazu, který je uveden v oceňovací Tabulce plnění denního odškodného za dobu léčby vyjmenovaných úrazů (dále jen „TDOV“), jež je nedílnou součástí pojistné smlouvy, vyplácí pojišťitel denní odškodné za počet dnů uvedený v této tabulce jako doba léčby.
2. Bylo-li pojištěnému způsobeno několik tělesných poškození, plní pojišťitel jen za dobu nejdélejšího léčby podle TDOV. Denní odškodné za dobu léčby jedné pojistné události se propočítá nejdéle za dobu 365 dnů po dobu 2 let ode dne úrazu.
3. Denní odškodné za dobu léčby úrazu se vyplácí vždy od 1. dne léčby. 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 léčby úrazu bude trvat menší nebo větší počet dnů.
4. Pokud si léčbu 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 diagnostické metody, vede záznamy o zdravotním průběhu léčby a její provozování je v souladu s příslušnými platnými právními předpisy. Bude-li délka hospitalizace neúměrně delší, než je pro uvedený následek úrazu obvyklé, a toto prodloužení nebude v lékařské dokumentaci dostatečně odborně zdůvodněno, určí přiměřenou dobu hospitalizace lékař pojištěného. V takovém případě pojišťitel plní za takto přiměřenou dobu.

### Článek 36

#### Doplňkové pojištění 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 pojišťitel za tyto úrazy jen jednou, a to pouze za ten úraz, z něhož vyplývá nárok na vyšší pojistné plnění. Limit pojistného plnění pro jednu pojistnou událost je pojistná částka uvedená v pojistné smlouvě.
3. Byla-li poraněná část těla poškozena nebo byl-li poraněný orgán poškozen již před úrazem, bude pojistné plnění sníženo, a to o procentuální podíl odpovídající procentuálnímu vyjádření poškození daného orgánu nebo části těla před úrazem.
4. Poskytnutí asistenčních služeb ve smyslu odst. 6 nezakládá právní nárok na pojistné plnění formou jednorázové výplaty dle odstavce 1 ani z ostatních úrazových pojištění uvedených v těchto ZPP RŽP 2010/01.
5. Toto pojištění se sjednává na dobu určitou, která činí 1 rok s tím, že uplynutím doby, na niž bylo

toto pojištění sjednáno, toto pojištění nezaniká, pokud pojišťitel nebo pojistník nejméně 6 týdnů před uplynutím pojistné doby nesdělí druhé straně, že na dalším trvání tohoto pojištění nemá zájem. Pokud toto pojištění nezanikne, prodlužuje se za stejných podmínek o stejnou dobu, na kterou bylo sjednáno, nebylo-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak.

#### 6. Asistenční služby

- 6.1 V případě úrazu uvedeného v TDUA má pojištěný zároveň nárok na poskytnutí asistenčních služeb v rozsahu a po dobu, jež jsou uvedeny v TDUA.
- 6.2 Asistenční službou se rozumí poskytnutí služeb uvedených v TDUA.
- 6.3 Asistenční služby ve smyslu TDUA jsou poskytovány při současném splnění následujících podmínek:
  - a) úraz pojištěného uvedený v TDUA, ke kterému dojde v době platnosti pojištění;
  - b) uplatnění nároku formou telefonického nebo písemného podání žádosti o poskytnutí asistenčních služeb, a to nejdéle do jednoho roku ode dne úrazu;
  - c) omezení soběstačnosti pojištěného v důsledku úrazu uvedeného v TDUA ve smyslu 6.4;
  - d) doložení dokumentů vyžádaných pojištěným.
- 6.4 Při splnění výše uvedených podmínek bude zahájeno poskytování asistenčních služeb v rozsahu uvedeném v TDUA do jednoho pracovního dne od doložení všech podkladů nutných pro rozhodnutí o nároku na poskytování 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 pojištěného. Nárok na poskytování asistenčních služeb může být lékařem pojištěného přezkoumán též v průběhu poskytování asistenčních služeb.
- 6.5 Asistenční služby mohou být poskytnuty v průběhu pojistného roku max. ke třem úrazům uvedeným v TDUA.
- 6.6 Asistenční služby jsou poskytovány výlučně na území České republiky.

### Článek 37

#### Doplňkové pojištění hospitalizace následkem úrazu

1. Pojistnou událostí je hospitalizace pojištěného v důsledku úrazu ve smyslu čl. 5. K úrazu a následně hospitalizaci musí dojít v době platnosti pojištění. Hospitalizaci se rozumí poskytnutí nemocniční (lůžkové) péče pojištěnému (dále jen „hospitalizace“), která je z lékařského hlediska nezbytná a trvá minimálně 24 hodin. Z lékařského hlediska nezbytná hospitalizace je taková, kdy vzhledem k závažnosti a charakteru úrazu musí být ošetření a léčba provedena v nemocnici v lůžkové části.
2. Pojištění pro případ hospitalizace následkem úrazu se vztahuje na hospitalizaci poskytnutou na území zemí Evropské unie.
3. Hospitalizace ve smyslu těchto ZPP RŽP 2010/01 začíná dnem přijetí pojištěného k hospitalizaci a končí dnem, kdy hospitalizace již není z lékařského hlediska nezbytná. Pojištěnému je za každý den hospitalizace vyplácena denní dávka, jejíž výše odpovídá sjednané pojistné částce.
4. Denní dávka se vyplácí pouze v případě hospitalizace v lůžkové části nemocnice, která pracuje pod stálým odborným lékařským dozorem, disponuje dostatečnými diagnostickými, chirurgickými a terapeutickými možnostmi, užívá vědecky obecně uznávané léčebné a diagnostické metody, vede záznamy o zdravotním stavu a průběhu léčby a její provozování je v souladu s příslušnými platnými právními předpisy.
5. Za lékaře nezbytnou hospitalizaci se nepovažuje taková hospitalizace, jež souvisí s potřebou pečovatelské a opatrovnické péče nebo je-li hospitalizace odůvodněna pouze nedostatkem domácí péče či jinými osobními poměry pojištěného.
6. Hospitalizace za účelem ošetření zubů a zákroky v oblasti čelistní a zubní chirurgie v důsledku úrazu se považují za lékařsky nezbytné pouze v případě, že z lékařských důvodů není možné ambulantní ošetření.

7. Denní dávka za hospitalizaci následkem úrazu pojišťitel poskytuje maximálně za 90 dnů pobytu v nemocnici, ke kterému dojde v průběhu čtyř let od data úrazu.
8. Dojde-li v době hospitalizace v důsledku úrazu k dalšímu úrazu s nutností hospitalizace, (tj. v případě souběhu nezbytné hospitalizace v důsledku více úrazů s rozdílným datem počátku), započítává se hospitalizace ve dnech souběhu tak, že pojišťitel poskytne denní dávku za každý den souběhu pouze jednou.
9. Právo na pojistné plnění nevzniká při hospitalizaci v důsledku úrazu za dny, kdy se pojištěný v nemocnici nezdržoval, nebo pokud nemocniční ošetřování trvalo méně než 24 hodin.
10. Zemře-li pojištěný během jednoho měsíce ode dne úrazu, nevzniká nárok na pojistné plnění za denní dávky z tohoto doplňkového pojištění.
11. Pojišťitel neposkytuje plnění při hospitalizaci následkem úrazu za léčebné pobyty:
  - a) v lékařských zařízeních, léčebnách, centrech a sanatoriích, zotavovných, dietetických zařízeních, léčebnách pro dlouhodobě nemocné a zvláštních dětských zařízeních;
  - b) v rehabilitačních zařízeních a centrech, kromě hospitalizace ve speciálních rehabilitačních zařízeních, kdy pojišťitel vyjádřil s tímto pobytem předem písemný souhlas;
  - c) při hospitalizaci z důvodů kosmetických úkonů prováděných za účelem léčby následků úrazu, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné;
  - d) v psychiatrických léčebnách a jiných zdravotnických zařízeních v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu;
  - e) při používání diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznány.

### Článek 38

#### Změny v doplňkovém úrazovém pojištění

1. Vyplyvá-li pro novou profesní, sportovní nebo jinou činnost pojištěného podle sazebníku příp. dle interních směrnic pojištěného platných v okamžiku změny nižší pojistné, platí toto pojistné od pojistného období následujícího po okamžiku, kdy bylo pojištěnému prokazatelně doručeno oznámení o změně profesní, sportovní nebo jiné činnosti, případně oznámení o jiné změně, z níž pojištěnému vzniká nárok na snížení pojistného.
2. Pokud v době pojistné události vykonával pojištěný změněnou profesní, sportovní nebo jinou činnost, se kterou je spojeno zvýšení pojistného, aniž to pojištěný oznámil, sníží pojišťitel pojistné plnění v poměru výše pojistného, které mělo být vzhledem k novým okolnostem placeno, k výši skutečně placeného pojistného. Snížení se provede bez ohledu na to, při jaké činnosti k úrazu došlo.
3. Pokud pojištěnému nebyla oznámena změna profesní, sportovní nebo jiné činnosti, ze které vyplývá snížení pojistného, nebude v případě pojistné události výplata pojistného plnění navyšena.
4. Patří-li změněná profesní, sportovní nebo jiná činnost k činnosti, které jsou podle sazebníku, příp. dle interních směrnic pojištěného z doplňkového úrazového pojištění vyloučeny, má pojišťitel právo doplňkové úrazové pojištění vypovědět. Výpovědní lhůta je osmideň, jejím uplynutím pojištění zanikne. Dojde-li k pojistné události, na jejíž vznik mohla mít přímý nebo zprostředkovaný vliv nově vykonávaná profesní, sportovní či jiná činnost, která nebyla pojištěnému oznámena, je pojišťitel oprávněn pojistné plnění z takové pojistné události snížit nebo odmítnout.
5. V souvislosti s věkem pojištěného dochází automaticky k následujícím změnám:
  - a) u doplňkového úrazového pojištění sjednaného pro pojištěnou osobu – dítě platí sjednaná pojistná částka a tomu odpovídající výše pojistného do výročního dne pojistného roku, v němž tato osoba dovršila maximální výstupní věk stanovený pojištěným; ve výroční den pojistného roku, v němž pojištěná osoba – dítě dovrší výstupní věk, dochází ke zvýšení pojistného na pojistné platné pro pojištěnou osobu – dospělou; tuto změnu pojišťitel akceptuje úhradou upraveného pojistného v plné výši; neakceptuje-li pojišťitel tuto změnu pojištění uvedeným způsobem, snižují se pojistné částky daného pojištění o k uvedenému výročnímu dni v závislosti na poměru pojistného, které bylo sjednáno,

k pojistnému, které by pojistiteli náleželo pro pojištění pojištěné osoby – dospělého; uplynutím výročního dne pojistného roku, v němž pojištěná osoba – dítě dosáhne maximálního výstupního věku stanoveného pojistitelem, zaniká pojištění zloženin s výplatou formou paušálních částek dle článku 32 odst. 11;

- b) v případě doplňkového úrazového pojištění pojištěné osoby – dospělého platí sjednaný rozsah pojištění, sjednaná pojistná částka a tomu odpovídající výše pojistného do výročního dne pojistného roku, v němž pojištěný dovrší maximální výstupní věk pro pojištěnou osobu – dospělého stanovený pojistitelem; v uvedený výroční den dochází ke změně rozsahu pojištění, pojistných částek a výše pojistného platného pro pojištěnou osobu – seniora; neakceptuje-li pojistník tuto změnu pojištění úhradou upraveného pojistného v plné výši, pojištění pro tuto pojištěnou osobu k uvedenému výročnímu dni zaniká;
- c) ve výroční den pojistného roku, ve kterém pojištěná osoba – senior dovrší maximální výstupní věk stanovený pojistitelem, pojištění pro tuto pojištěnou osobu zaniká. V případě pojištění více osob dochází dovršením maximálního výstupního věku pojištěné osoby – seniora automaticky ke změně výše pojistného.

### Článek 39

#### Výluky a omezení pojistného plnění

1. Pojištění se nevztahuje na úrazy:
  - a) způsobené přímým nebo nepřímým působením jaderné energie, ionizujících paprsků, radioaktivního nebo obdobného záření, s výjimkou případů, kdy k takovému tělesnému poškození došlo při léčebných postupech a zákrocích prováděných v souvislosti s úrazem, na který se pojištění vztahuje;
  - b) vzniklé léčebnými postupy nebo zásahy, které si pojištěný na sobě sám provedl nebo si je nechal provést, pokud k nim nedošlo v souvislosti s úrazem, na který se pojištění vztahuje;
  - c) způsobené psychickou poruchou či poruchou vědomí, v souvislosti se srdečním infarktem, mozkovou příhodou, epileptickým záchvatem, cukrovkou apod.;
  - d) které způsobily drobné poškození kůže a sliznic, ale mají za následek vniknutí infekčního činitele, který dříve nebo později způsobí onemocnění (toto se nevztahuje na vztěklinu a tetanus);
  - e) které způsobily drobné poškození kůže bez chirurgického ošetření.
2. Pojištění se nevztahuje na úrazy vzniklé při rizikových sportech či jiných činnostech se zvýšeným nebezpečím vzniku úrazu. Jedná se zejména o úrazy vzniklé:
  - a) při použití leteckých prostředků s výjimkou úrazů, které pojištěný utrpí jako osoba dopravovaná letadlem určeným pro cestující veřejnost - cestující; za dopravovanou osobu se nepovažuje člen posádky letadla ani jiná osoba činná při provozu nebo obsluze letadla; a dále o úrazy vzniklé při létání s bezmotorovými letadly, větróni s pomocným motorem a ultralehkými letadly, při závěsném létání, paraglidingu a létání v balonech, při seskocích a letech s padákem z letadel i z výšin apod.;
  - b) při výkonu horolezeckého sportu, vysokohorské turistice, hloubkovém potápění s nutností dýchacího přístroje, vodních sportech na divoké vodě a při provozování extrémních, tzv. adrenalinových sportů, jako je např. canyoning, sky-surfing, sky-bungee, bungee-jumping, shark-diving, mega-diving, rocket-bungee, heli-skiing, rafting, black-water-rafting a sporty s obdobným rizikem;
  - c) při účasti na motoristických závodech a soutěžích a při přípravných jízdách k nim; pojistitel není povinen plnit ani v případech, kdy se pojištěný zúčastní těchto závodů a soutěží nebo přípravy na ně jako spolujezdec;
  - d) při účasti na celostátních nebo mezinárodních závodech v lyžování, snowboardingu, ve skocích na lyžích, závodech na bobech, skibobech, saních, skeletolech apod. a při oficiálním tréninku k nim.
3. Pojištění se dále nevztahuje na úrazy vzniklé:
  - a) při přípravě nebo spáchání úmyslné trestné činnosti pojištěného či při pokusu o ni;
  - b) v souvislosti s válečnými událostmi všeho druhu

a s teroristickými útoky všeho druhu, bez ohledu na to, zda k tělesnému poškození dojde bezprostředně, nebo zprostředkovaně;

- c) při vnitrostátních násilných nepokojích, kterých se pojištěný aktivně zúčastnil na straně iniciátora nepokojů;
  - d) následkem sebevraždy nebo pokusu o ni;
  - e) při řízení motorového vozidla v případě, kdy se pojištěný odmítne podrobit vyšetření za účelem zjištění obsahu alkoholu, příp. jiných toxických či omamných látek v krvi;
  - f) při řízení motorového vozidla osobou, která není držitelem příslušného řídicího oprávnění nebo která vozidlo použila neoprávněně.
4. Doplňkové pojištění odškodnění definovaných úrazů s asistenčními službami se dále nevztahuje na úrazy vzniklé:
    - a) v důsledku povstání, revoluce, vzpoury, působení ozbrojených sil, převzetí moci nebo konfiskace;
    - b) v důsledku radioaktivní kontaminace, bez ohledu na to, zda vznikla přímo nebo nepřímo.
  5. Pojistitel je oprávněn pojištění plnění nebo odmítnout, jestliže pojištěný zemřel v souvislosti s jedním, kterým způsobil jinému těžkou újmu na zdraví nebo smrt nebo který bylo v rozporu s dobrými mravy anebo kterým jinak hrubě porušil důležitý zájem společnosti.
  6. Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění až na jednu polovinu, došlo-li k úrazu následkem požití alkoholu nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky pojištěným, a okolnosti, za kterých k úrazu došlo, to odůvodňují; měl-li však takový úraz za následek smrt pojištěného, sníží pojistitel plnění jen tehdy, jestliže k tomuto úrazu došlo v souvislosti s jedním pojištěným, jímž jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt. To neplatí, pokud látky podle věty první obsahovaly léky, které pojištěný užil způsobem předepsaným pojištěnému lékařem, a pokud nebyl lékařem nebo výrobcem léku upozorněn, že v době aplikace těchto léků nelze vykonávat činnost, v jejímž důsledku došlo k úrazu.

## V. Zvláštní ustanovení pro doplňkové nemocenské pojištění

### Článek 40

#### Druhy pojištění

V rámci doplňkového nemocenského pojištění lze sjednat:

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

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

### Článek 41

#### Výklad pojmů

Výklad pojmů doplňkového pojištění denní dávka při pracovní neschopnosti:

**denní dávka** je částka, kterou je pojistitel povinen plnit ve prospěch pojištěného za podmínek uvedených v pojistné smlouvě za jeden den dočasné pracovní neschopnosti (dále jen „pracovní neschopnost“) pojištěného.

### Článek 42

#### Předmět a rozsah doplňkového pojištění

1. Pojistitel poskytuje osobám, které jsou v trvalém pracovním poměru nebo mají pravidelné příjmy ze samostatné výdělečné činnosti, denní dávku při pracovní neschopnosti způsobené nemocí nebo úrazem, pokud v jejím důsledku došlo ke ztrátě na výdělku.
2. Pojištění je možné sjednat pro osoby s dobrým zdravotním stavem a s minimálním a maximálním věkem stanoveným pojistitelem, které mají trvalé bydliště v České republice a které jsou v trvalém pracovním poměru nebo mají pravidelné příjmy ze samostatné výdělečné činnosti. Jiné osoby mohou být pojištěny pouze za zvláštních podmínek. Osoby vykonávající určitá povolání může pojistitel pojistit s přírůzkou nebo je do pojištění nepřijmout.

3. Rozsah pojistné ochrany vyplývá z uzavřené pojistné smlouvy a těchto ZPP RŽP 2010/01 a vztahuje se na pojistné události vzniklé na území České republiky v době trvání pojištění.

### Článek 43

#### 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. Datum pojistné události je první den pracovní neschopnosti. Pracovní neschopnost ve smyslu těchto ZPP RŽP 2010/01 začíná dnem, od kterého uznal ošetřující lékař pojištěného práce neschopným, a končí dnem, kdy byla pracovní neschopnost ošetřujícím lékařem ukončena nebo její další trvání není z lékařského hlediska dále nezbytné nebo byla ukončena v souvislosti s uznáním invalidity prvního až třetího stupně anebo byly na základě lékařského posouzení splněny zákonné předpoklady pro uznání invalidity pojištěného.
3. Pracovní neschopností ve smyslu těchto ZPP RŽP 2010/01 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 dle platné legislativy (pokud má pojištěný nárok na nemocenskou dávku podle zákona o nemocenském pojištění) nebo doklad pojistitele Potvrzení pracovní neschopnosti (pokud pojištěný nemá nárok na nemocenskou dávku podle zákona o nemocenském pojištění).
4. Pokud je vystaveno Potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti současně pro více nemocí či úrazů, pak se denní dávka vyplácí pouze jednou.

### Článek 44

#### Čekací lhůta

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

### Článek 45

#### Zanik doplňkového pojištění

1. Doplňkové pojištění zaniká způsoby dle čl. 7 těchto ZPP RŽP 2010/01 a dále vypovědí ze strany pojistitele:
  - a) doručenou alespoň 6 týdnů před uplynutím pojistného období, bylo-li za toto období řádně zapláceno pojistné; pojištění zanikne uplynutím pojistného období;
  - b) doručenou do 3 měsíců ode dne doručení písemného oznámení vzniku pojistné události pojistiteli; vypovědní lhůta je 1 měsíc od doručení vypovědi, jejím uplynutím pojištění zanikne.
2. Doplňkové pojištění zaniká posledním dnem měsíce, ve kterém pojištěný přestal vykonávat zaměstnání nebo samostatnou výdělečnou činnost uvedenou v návrhu na uzavření pojistné smlouvy. V případě změny zaměstnání či podnikatelské činnosti lze v doplňkovém pojištění pokračovat, pokud se na tom účastníci doplňkového pojištění dohodnou.
3. Doplňkové pojištění zaniká bez náhrady:
  - a) dnem přiznání starobního důchodu, příp. starobního důchodu před dovršením důchodového věku;
  - b) dnem přiznání invalidního důchodu nebo dnem, kdy byly na základě lékařského posouzení splněny zákonné předpoklady pro uznání invalidity pojištěného.
4. Doplňkové pojištění zaniká dnem, kdy pojištěný přestane mít trvalé bydliště v České republice.
5. Doplňkové pojištění zaniká dnem smrti pojištěného.

### Článek 46

#### 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 pojistitel 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 pojistovny 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 47

##### Povinnosti pojistníka a pojištěného

1. Pojistník a pojištěný jsou povinni písemně oznámit do 15 dnů pojistiteli všechny změny týkající se skutečnosti, na které byli při sjednání 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/kou, rodičem, sourozencem ani dítětem pojištěného;
  - b) doložit potvrzení o trvání pracovního poměru;
  - c) zasílat při pokračující pracovní neschopnosti pojistiteli průběžně bez zbytečného odkladu, nejmeně vždy po 2 týdnech, potvrzení ošetřujícího lékaře na formuláři pojistitele o trvání pracovní neschopnosti a o kontrolách u lékaře;
  - d) oznámit ukončení pracovní neschopnosti pojistiteli do 5 dnů ode dne ukončení;
  - e) umožnit pojistiteli kontrolu dodržování léčebného režimu; není-li pojistiteli kontrola umožněna, má se za to, že léčebný režim nebyl dodržen.
3. Poruší-li pojištěný některou z povinností uvedených v odst. 2 nebo některou z povinností sjednaných v pojistné smlouvě, je pojistitel oprávněn přiměřeně snížit pojistné plnění. Snížit pojistné plnění je pojistitel oprávněn také v případech uvedených v čl. 9, odst. 2 VPP POS 2005/01.

#### Článek 48

##### Pojistné plnění

1. V případě pojistné události vyplácí pojistitel denní dávku sjednanou v pojistné smlouvě, nejvýše však ve výši pojistitelné denní dávky. Výše pojistitelné denní dávky je určována dle směrnic pojistitele, a to v závislosti na variantě pojištění sjednané v návrhu na uzavření pojištění. Je-li pojistitelná denní dávka závislá na výši čistých příjmů pojištěného, pak se od výše čistého příjmu odečtou další nároky, které pojištěnému přísluší z důvodu pracovní neschopnosti. K těmto nárokům patří všechna plnění, která pojištěný v případě pojistné události může nárokovat ze sociálního pojištění České správy sociálního zabezpečení, od zaměstnavatele nebo dalších pojistitelů k vyrovnání své ztráty na výdělků.
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 příznámi k dani z příjmu za předchozí zdaňovací

období, který byl vydán a ověřen (otiskem razítka) příslušným finančním úřadem.

3. Je-li v pojistné smlouvě sjednaná denní dávka jako paušální denní dávka, pojistitel 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 ošetřujícímu 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 jejíž počátku byl pojištěný hospitalizován z důvodu úrazu, přičemž hospitalizace následovala bezprostředně, maximálně 24 hodin 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, žlutou zimnicí.
7. Pokud denní dávka stanovená v pojistné smlouvě přesahuje pojistitelnou denní dávku podle odst. 1, je pojistitel oprávněn výši denní dávky upravit s účinností od prvního dne měsíce následujícího poté, co se o této skutečnosti dozvěděl. Pojistné do data účinnosti změny náleží pojistiteli. Nově stanovená výše denní dávky je však platná již 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 léčby pro uvedenou nemocnění nebo následek úrazu a toto prodloužení pracovní neschopnosti nebude v lékařské dokumentaci dostatečně odborně zdůvodněno, určí přiměřenou délku pracovní neschopnosti lékař pojistitele. V takovém případě pojistitel plní za takto přiměřenou dobu.
10. Pojistné plnění je vypláceno pouze v případě, že se pojištěný po dobu trvání pracovní neschopnosti léčí u lékaře s platnou licenci v daném oboru, popř. v nemocnici, která je pod stálým odborným lékařským dozorem, disponuje dostatečnými diagnostickými a terapeutickými možnostmi, pracuje podle obecně uznávaných metod lékařské vědy a v souladu s platnými právními předpisy.
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 49

##### Výluky a omezení pojistného plnění

1. Pojištění se nevztahuje na pracovní neschopnost pojištěného, k níž dojde:
  - a) v souvislosti s přípravou či spácháním úmyslné trestné činnosti pojištěným nebo s pokusem o ni;
  - b) v souvislosti s válečnými událostmi všeho druhu a s teroristickými útoky všeho druhu, bez ohledu na to, zda k tělesnému poškození dojde bezprostředně, nebo zprostředkovaně;
  - c) v souvislosti s vnitrostátními násilnými nepokoji, kterých se pojištěný aktivně zúčastnil na straně iniciátora nepokojů;
  - d) v souvislosti s pokusem o sebevraždu nebo úmyslným sebepoškozením;
  - e) po požití alkoholu či v souvislosti s následky požití alkoholu nebo návykových či omamných látek;
  - f) v souvislosti s řízením motorového vozidla v případě, kdy se pojištěný odmítne podrobit vyšetření za účelem zjištění obsahu alkoholu, příp. jiných toxických či omamných látek;
  - g) v souvislosti s řízením vozidla osobou, která není držitelem příslušného řidičského oprávnění nebo která vozidlo použila neoprávněně;

- h) v souvislosti s profesionálním provozováním sportu;
  - i) při použití leteckých prostředků s výjimkou úrazů, které pojištěný utrpí jako osoba dopravovaná letadlem určeným pro cestující veřejnost - cestující; za dopravovanou osobu se nepovažuje člen posádky letadla ani jiná osoba činná při provozu nebo obsluze letadla; a dále k níž dojde při létání s bezmotorovými letadly, větroni s pomocným motorem a ultralehkými letadly, při závěsném létání, paraglidingu a létání v balonech, při seskocích a letech s padákem z letadel i z výšin apod.;
  - j) při výkonu horolezeckého sportu, vysokohorské turistice, hloubkovém potápění s nutností dýchacího přístroje, vodních sportech na divoké vodě a při provozování extrémních, tzv. adrenalinových sportů, jako je např. canyoning, sky-surfing, sky-bungee, bungee-jumping, shark-diving, mega-diving, rocket-bungee, heli-skiing, rafting, black-water-rafting, sporty s obdobným rizikem;
  - k) při účasti na motoristických závodech a soutěžích a při přípravných jízdách k nim; pojistitel není povinen plnit ani v případech, kdy se pojištěný zúčastní těchto závodů a soutěží nebo přípravy na ně jako spolujezdec;
  - l) při účasti na celostátních nebo mezinárodních závodech v lyžování, snowboardingu, ve skocích na lyžích, závodech na bobech, skibobech, saních, skeletolech apod. a při oficiálním tréninku k nim.
2. Dále pojistitel neposkytuje pojistné plnění při pracovní neschopnosti:
    - a) vzniklé v souvislosti s těhotenstvím, rizikovým těhotenstvím, porodem a potratem;
    - b) vzniklé v období, kdy pojištěný pobírá nebo mu vznikl nárok na peněžitou pomoc v mateřství a/ nebo na rodičovský příspěvek;
    - c) vzniklé v důsledku duševního onemocnění či poruchy nebo změny psychického stavu; jedná se o diagnózy F00 až F99 dle mezinárodní klasifikace nemocí;
    - d) z důvodu pobytu pojištěného v protialkoholní léčebně a při léčbě toxikomanie a jiných závislostí;
    - e) vzniklé v důsledku používání diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznány;
    - f) z důvodu kosmetických úkonů, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné;
    - g) vzniklé při léčebných pobytech v lázeňských léčebnách, rehabilitačních centrech a sanatoriích, kromě těch případů, kdy je pobyt v nich z lékařského hlediska nezbytnou součástí léčby nemocí nebo úrazu a pojištěný, resp. lékař pojistitele s tímto pobytům vyjádřil předem písemný souhlas;
    - h) pro bolesti zad a onemocnění páteře, jejich příčiny, následky a komplikace po dobu 3 let od počátku pojištění;
    - i) pro nemoc či úraz, které vznikly před počátkem pojištění a pro něž byl pojištěný před počátkem pojištění léčen, lékařsky sledován nebo byly v tom to období přítomny či diagnostikovány jejich příznaky;
    - j) během níž pojištěný porušil léčebný režim;
    - k) vzniklé následkem pracovního úrazu nebo choroby z povolání dle zákoníku práce;
    - l) kdy se pojištěný nezdržuje v místě svého trvalého bydliště s těmito výjimkami:
      - pojištěný je v lékařsky nutném nemocničním ošetření;
      - pojištěný opustil místo trvalého bydliště se souhlasem ošetřujícího lékaře;
      - v případě akutního onemocnění či úrazu je jeho návrat do místa trvalého bydliště z lékařského hlediska vyloučen.

#### Článek 50

##### Změny v pojištění

1. Při změně pojištění z důvodu navýšení denní dávky se na navýšenou část denní dávky vztahují čekací lhůty dle čl. 44.
2. Dozví-li se pojistitel v průběhu pojištění, že došlo ke snížení čistého příjmu pojištěného oproti příjmu 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.



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

### Článek 51

#### Výklad pojmů

Výklad pojmů doplňkového pojištění denní dávka při pobytu v nemocnici:

**denní dávka** je částka, kterou je pojistitel povinen plnit ve prospěch pojištěného za podmínek uvedených v pojistné smlouvě za jeden den hospitalizace pojištěného.

### Článek 52

#### Předmět a rozsah doplňkového pojištění

1. V případě pojistné události poskytuje pojistitel denní dávku při pobytu v nemocnici.
2. Pojištění je možné sjednat pro osoby s dobrým zdravotním stavem a s minimálním a maximálním věkem stanoveným pojistitelem. Jiné osoby mohou být pojištěny za zvláštních podmínek. Dle sazebníku nebo interních směrnic pojistitele mohou být osoby vykonávající určitá povolání pojištěny s přírůžkou nebo nemusí být do pojištění přijaty. Pojištěný musí mít trvalé bydliště v České republice.
3. Pojistná ochrana se vztahuje na hospitalizaci poskytnutou na území zemi Evropské unie.

### Článek 53

#### Pojistná událost

1. Pojistnou událostí se rozumí poskytnutí nemocniční (lůžkové) péče pojištěnému, která je z lékařského hlediska nezbytná v důsledku nemoci nebo úrazu (dále jen „hospitalizace“) a která nastala v době trvání pojištění. Pojistnou událostí je též hospitalizace zapříčiněná těhotenstvím a porodem.
2. Datum pojistné události je den započítání hospitalizace pojištěného. Hospitalizace ve smyslu těchto ZPP RŽP 2010/01 začíná dnem přijetí pojištěného k hospitalizaci a končí dnem, kdy hospitalizace již není z lékařského hlediska nezbytná. Za nezbytnou hospitalizaci se nepovažuje hospitalizace zapříčiněná výhradně nemožností poskytnout domácí péči či jinými osobními důvody (okolnostmi) ze strany pojištěného.
3. Pojistnou událostí ve smyslu těchto ZPP RŽP 2010/01 je hospitalizace trvající minimálně 24 hodin.
4. Nemocí se rozumí porucha tělesného zdraví pojištěného zjištěná a klasifikovaná podle všeobecně uznávaného stavu lékařské vědy.

### Článek 54

#### Čekací lhůta

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

### Článek 55

#### Zánik doplňkového pojištění

1. Pro účely tohoto doplňkového pojištění se ustanovení čl. 7 navíc rozšiřuje o následující výpovědi ze strany pojistitele:
  - a) doručenu nejmeně 6 týdnů před uplynutím pojistného období, bylo-li za toto období řádně zapláceno pojistné; pojištění zanikne uplynutím pojistného období bez náhrady;
  - b) doručenu do 3 měsíců ode dne doručení písemného oznámení vzniku pojistné události pojistiteli; výpovědní lhůta je 1 měsíc od doručení výpovědi, jejím uplynutím pojištění zanikne bez náhrady.
2. Doplňkové pojištění zaniká dnem, kdy pojištěný přestane mít trvalé bydliště v České republice.
3. Doplňkové pojištění zaniká dnem smrti pojištěného.

### Článek 56

#### 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 přezkoumáním 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. 57.
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 povinností plnit.

### Článek 57

#### 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 vyplacení 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 přiměřenou délku hospitalizace lékař pojistitele. V takovém případě pojistitel plní za takto přiměřenou dobu.
7. V případě hospitalizace bezprostředně, maximálně do 24 hodin po úrazu poskytuje pojistitel pojistné plnění ve výši dvojnásobku dohodnuté denní dávky.

### Článek 58

#### Výluky a omezení pojistného plnění

1. Pojištění se nevztahuje na hospitalizaci, k níž dojde:
  - a) v souvislosti s přípravou či spácháním úmyslné trestné činnosti pojištěným nebo pokusem o ni;
  - b) v souvislosti s válečnými událostmi všeho druhu a s teroristickými útoky všeho druhu, bez ohledu na to, zda k tělesnému poškození dojde bezprostředně, nebo zprostředkovaně;
  - c) v souvislosti s vnitrostátními násilnými nepokoji, kterých se pojištěný aktivně zúčastnil na straně iniciátora nepokojů;
  - d) v souvislosti s pokusem o sebevraždu nebo úmyslným sebepoškozením;
  - e) po požití alkoholu či v souvislosti s následky požívání alkoholu nebo návykových či omamných látek;
  - f) v souvislosti s řízením motorového vozidla v případě, kdy se pojištěný odmítne podrobit vyšetření za účelem zjištění obsahu alkoholu, příp. jiných toxických či omamných látek v krvi;
  - g) v souvislosti s řízením vozidla osobou, která není držitelem příslušného řídicího oprávnění nebo která vozidlo použila neoprávněně;

- h) v souvislosti s profesionálním nebo vrcholovým provozováním sportu, za profesionální a vrcholové sportovce se považují sportovci, kteří mají profesionální smlouvu, tzn. jedná se o zdroj jejich příjmů nebo se účastní soutěží na celostátní nebo na mezinárodní úrovni;
  - i) při použití leteckých prostředků s výjimkou úrazů, které pojištěný utrpí jako osoba dopravovaná letadlem určeným pro cestující veřejnost - cestující; za dopravovanou osobu se nepovažuje člen posádky letadla ani jiná osoba činná při provozu nebo obsluze letadla; a dále k níž dojde při létání s bezmotorovými letadly, větroni s pomocným motorem a ultralehkými letadly, při závěsném létání, paraglidingu a létání v balonech, při seskocích a letech s padákem z letadel i z výšin apod.;
  - j) při výkonu horolezeckého sportu, vysokohorské turistice, hloubkovém potápění s nutností dýchacího přístroje, vodních sportech na divoké vodě a při provozování extrémních, tzv. adrenalinových sportů, jako je např. canyoning, sky-surfing, sky-bungee, bungee-jumping, shark-diving, mega-diving, rocket-bungee, heli-skiing, rafting, black-water-rafting, sporty s obdobným rizikem;
  - k) při účasti na motoristických závodech a soutěžích a při přípravných jízdách k nim; pojistitel není povinen plnit ani v případech, kdy se pojištěný zúčastní těchto závodů a soutěží nebo přípravy na ně jako spolujezdec;
  - l) při účasti na celostátních nebo mezinárodních závodech v lyžování, snowboardingu, ve skocích na lyžích, závodech na bobech, skibobech, saních, skeletolech apod. a při oficiálním tréninku k nim.
2. Dále 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. O nezbytnosti rozhoduje pojistitel, resp. lékař pojistitele;
    - f) léčebné pobyty v lázeňských zařízeních a sanatoriích a při léčebném pobytu v rehabilitačních zařízeních;
    - g) nemoc či úraz, které vznikly před počátkem pojištění a pro něž byl pojištěný před počátkem pojištění léčen, lékařsky sledován nebo byly v tomto období přítomny či diagnostikovány jejich příznaky;
    - h) hospitalizaci související pouze s potřebou pečovatelské a opatrovnícké péče.

### Článek 59

#### Změny v pojištění

Při změně pojištění z důvodu navýšení denní dávky se na navýšenou část pojistné částky vztahují čekací lhůty dle čl. 54.

## V. 3. Ustanovení pro doplňkové pojištění medicínská asistence

### Článek 60

#### Doplňkové pojištění medicínská asistence

1. V případě sjednání tohoto doplňkového pojištění vzniká v případě pojistné události pojištěnému nárok na pojistné plnění formou zajištění služeb. Zajištěním služeb ve smyslu tohoto doplňkového pojištění se rozumí forma pojistného plnění, kdy pojistitel prostřednictvím poskytovatele asistenčních služeb provede úkony potřebné k poskytnutí služeb pojištěnému v rozsahu a dle limitů uvedených v Tabulce služeb medicínské asistence (dále jen „TSMa“), jež je nedílnou součástí pojistné smlouvy.
2. Pojistnou událostí se rozumí potřeba získání informací souvisejících se zdravotním stavem nebo změnou zdravotního stavu pojištěného, která na-

- stala v době trvání pojištění a s níž je spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění.
- Pojistné plnění je poskytováno pojištěnému formou telefonické asistenční služby za účelem poskytnutí informací souvisejících se zdravotním stavem pojištěného. Rozsah pojistného plnění je blíže specifikován v tabulce TSMA.
  - Pojistník a pojištěný souhlasí s pořizováním nahrávek příchozích i odchozích telefonních hovorů poskytovatelem asistenčních služeb na zvukový záznam a s použitím takového záznamu v souvislosti se smluvním nebo jiným právním vztahem pro účely pojišťovací činnosti a dalších činností vymezených zákonem o pojišťovnictví. Poskytovatel asistenčních služeb bude záznam telefonního hovoru uchovávat

po dobu platnosti tohoto pojištění s tím, že po uplynutí této doby bude možno záznam využít pouze za účelem ochrany práv pojistitele a poskytovatele asistenčních služeb v něm obsažených osobních údajů pojištěného a pojistníka a to zejména jako důkazní prostředek v soudním, správním či jiném řízení, jehož je pojistitel, poskytovatel asistenčních služeb, pojistník nebo pojištěný účastníkem. Pojištěný a pojistník souhlasí s tím, že jeho osobní údaje, které sdělil poskytovateli asistenčních služeb a které jsou obsaženy ve zvukovém záznamu hovoru, budou v jeho rámci drženy po dobu a za účelem uchování záznamu.

- Medicínská asistence se sjednává na dobu určitou, která činí 1 rok s tím, že uplynutím doby, na niž bylo toto pojištění sjednáno, toto pojištění nezaniká, pokud pojistitel nebo pojistník nejméně 6 týdnů před uplynutím pojistné doby nesdělí druhé straně, že na dalším trvání tohoto pojištění nemá zájem. Pokud toto pojištění nezanikne, prodlužuje se za stejných podmínek o stejnou dobu, na kterou bylo sjednáno, nebylo-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak.
- Medicínská asistence je poskytována výlučně na území České republiky.