



Generali Pojišťovna a.s.
Generální ředitelství



Bělehradská 132, 120 84 Praha 2

Zvláštní ujednání k všeobecným pojistným podmínkám pro životní pojištění Doplňkové pojištění závažných onemocnění (ZU ŽP záv. onemocnění)

Úvodní ustanovení

Doplňkové pojištění pro případ závažného onemocnění (dále jen "doplňkové pojištění"), které sjednává Generali Pojišťovna a.s., se řídí občanským zákoníkem č. 40/1994 Sb. ve znění pozdějších předpisů (dále jen "občanský zákoník"), zákonem č. 185/1991 Sb. o pojišťovnictví ve znění zákona č. 320/1993 Sb., tímto zvláštním ujednáním (dále jen ZU ŽP záv. onemocnění) k všeobecným pojistným podmínkám pro životní pojištění - Doplňkové pojištění závažných onemocnění (dále jen ZU ŽP záv. onemocnění) a pojistnou smlouvou. Nedílnou součástí tohoto zvláštního ujednání jsou všeobecné pojistné podmínky pro životní pojištění schválené Ministerstvem financí ČR č. j. 323/53479/1994 dne 26. října 1994 (dále jen VPP ŽP).

Článek 1

Terminologie

V tomto ZU ŽP záv. onemocnění platí následující pojmy:

- pojistitel:** Generali Pojišťovna a.s.;
- pojistník:** fyzická nebo právnická osoba, která uzavřela pojistnou smlouvu a je povinna platit pojistné;
- pojištěný:** osoba, na jejíž život nebo zdraví se pojištění vztahuje;
- pojistné plnění:** smlouvou stanovená pojistná částka, kterou je pojistitel povinen plnit, nastane-li pojistná událost;
- hlavní pojištění:** životní pojištění uzavřené mezi pojistníkem a pojistitelem;
- závažné onemocnění:** onemocnění nebo operace definované v článku 3 níže.

Článek 2

Pojistná událost a rozsah pojištění

- Pojistnou událostí se rozumí indikování a provedení některé z operací nebo onemocnění některou z chorob uvedených v článku 3 tohoto zvláštního ujednání v době trvání pojištění, dojde-li k nim během trvání pojištění, nejdříve však po uplynutí 6 měsíční lhůty od počátku tohoto doplňkového pojištění, s následným potvrzením zdravotního stavu lékařem určeným pojišťovnou. Pojistnou událostí je buď první provedení operace, nebo první onemocnění za podmínek stanovených v článku 3 níže.
- Nastane-li pojistná událost uvedená v odst. 1 tohoto článku, poskytne pojistitel plnění sjednané v pojistné smlouvě.
- Právo na pojistné plnění má pojištěný. V případě smrti pojištěného se plnění vyplácí oprávněným osobám dle pojistné smlouvy.
- Na základě stavu lékařské vědy nebo změny výskytu závažných onemocnění může pojistitel v průběhu trvání pojištění upravit výši pojistného. Úpravu může provést jednou ročně, nejdříve však po uplynutí pěti let od počátku pojištění.
- Dojde-li k indikování nebo provedení některé z operací nebo k onemocnění některou z nemocí uvedených v článku 3 níže dříve než po uplynutí 6 měsíců od počátku tohoto pojištění, nevzniká pojištěnému nárok na pojistné plnění. Pojistitel v takovém případě doplňkové pojištění zruší od počátku a vrátí pojistníkovi pojistné, snížené o náklady spojené s uzavřením pojistné smlouvy. Tyto náklady nemohou přesáhnout 10 % zaplaceného pojistného.

Článek 3

Definice závažných onemocnění

- Srdeční infarkt**
= nezvratné poškození části srdeční svaloviny postihující všechny vrstvy myokardu (transmurální infarkt), které je způsobeno nedostatečným krevním zásobením v příslušné oblasti.
Diagnóza transmurálního infarktu (Q-infarktu) musí být založena na:
 - charakteristické lokalizaci bolesti;
 - čerstvých změnách EKG křivek odpovídajících Q-infarktu;
 - zvýšení hladiny (příslušných) srdečních enzymů;
 - echokardiograficky zřetelných trvalých změnách stažlivosti srdečního svalu.Den vzniku pojistné události: den stanovení diagnózy srdečního infarktu dle výše uvedené definice.
- Rakovina**
= nekontrovatelný růst a šíření zhoubných buněk a jejich pronikání do zdravé tkáně, vztahuje se také na leukémii (kromě chronické lymfatické leukémie), lymfomy, sarkomy a zhoubné nemoci mízního systému. Nevztahuje se - mimo zhoubného invazivního melanomu - na kožní nádory, karcinomy in situ (TIS) - neinvazivní tumory bez metastáz s ranými maligními změnami, benigní nádory a polycytemie vera, tumory za přítomnosti jakékoliv lidské imunodeficiency (např. HIV), první stadium Hodgkinovy choroby.
Doložení diagnózy: výsledky histologických vyšetření, příp. výsledky jiných vyšetření jednoznačně stanovujících diagnózu zhoubného nádoru.
Den vzniku pojistné události: nezpochybnitelné stanovení diagnózy na základě histologického nálezu nebo jiného vyšetření.
- Náhlá cévní mozková příhoda**
= jakákoliv nahodilá mozková cévní příhoda způsobená krvácením do mozkové tkáně nebo nedostatečným zásobením mozku zanechávající trvalý objektivně zjištěný neurologický nálezu.
Nevztahuje se na krvácení do mozku v důsledku úrazu a na přechodnou ischemickou příhodu.
Doložení diagnózy: neurologické vyšetření po uplynutí tří měsíců po prodělané cévní mozkové příhodě.
Den vzniku pojistné události: stanovení diagnózy na základě potvrzené trvalosti neurologického nálezu.
- Selhání ledvin**
= konečné stádium selhání ledvin v důsledku chronického neobnovitelného selhávání funkcí obou ledvin a nutnost zařazení do dialyzačního programu nebo provedení transplantace ledvin.
Doložení diagnózy: lékařská zpráva s přesnou diagnózou, doklad o zařazení do trvalého dialyzačního programu a o jeho trvání.
Den vzniku pojistné události: první den po absolvování minimálně tří měsíců dialyzačního programu nebo den transplantace ledvin.
- Transplantace životně důležitých orgánů**
= životně nezbytná transplantace srdce, plic, jater, slinivky, ledvin nebo kostní dřene (pouze heterotransplantát) provedená pojištěnému.
Operace musí být provedena na území ČR a musí být předem konzultována s pojistitelem.
Doložení diagnózy: lékařská zpráva s přesnou diagnózou, EKG, výsledky předoperačních vyšetření, operační zpráva, příp. propouštěcí zpráva.
Den vzniku pojistné události: den následující po dni absolvování transplantace orgánu.

6. Operace na aortě a by pass věnčitých tepen
= operace aorty nebo věnčitých tepen provedená následkem jejího roztržení, zúžení nebo výdutě, příp. její chirurgické přemostění po předcházejících symptomech anginy pectoris. V případě operace věnčitých tepen se musí jednat o dvoj- a vícenásobné přemostění. Nevztahuje se na operace na větvích aorty vedoucích krev do periferního řečiště. Operace musí být provedena na území ČR a musí být předem konzultována s pojistitelem.
Doložení diagnózy: lékařská zpráva s přesnou diagnózou, EKG, výsledky předoperačního vyšetření, operační zpráva.
Den vzniku pojistné události: den následující po dni provedení operace.
7. Náhrada srdeční chlopně
= chirurgické nahrazení poškozené srdeční chlopně chlopní umělou. Operace musí být provedena na území ČR a musí být předem konzultována s pojistitelem.
Doložení diagnózy: lékařská zpráva s přesnou diagnózou, výsledky předoperačních vyšetření, operační zpráva.
Den vzniku pojistné události: den následující po dni provedení operace.
8. AIDS
= nakažení virem HIV nebo onemocnění AIDS v případě, kdy je prokazatelně dokázáno nakažení při krevní transfuzi na pracovišti v ČR. Nevztahuje se na pojištěné trpící hemofilii.
Doložení diagnózy: pozitivní výsledek HIV-testu, potvrzení pracoviště provádějícího transfuzi.
Den vzniku pojistné události: den, kdy byla prokázána a pracovištěm provádějícím transfuzi písemně doložena infekce virem HIV nebo onemocnění AIDS.
9. Slepota
= slepota obou očí, jedná-li se o trvalé poškození zraku se snížením zrakové ostrosti obou očí (s optimální korekcí) na 1/60 nebo horší.
Doložení diagnózy: lékařská zpráva o vyšetření v oftalmologickém zdravotnickém zařízení.
Den vzniku pojistné události: stanovení diagnózy na základě oftalmologického vyšetření.

Článek 4

Povinnosti při pojistné události

Dojde-li k pojistné události, je pojištěný povinen:

- oznámít bez zbytečného odkladu vznik pojistné události písemně pojistiteli;
- doložit lékařské zprávy vztahující se k jeho zdravotnímu stavu před i po vzniku pojistné události;
- zmocnit ošetřující lékaře k poskytnutí informací pojistiteli;
- podrobit se případnému vyšetření u lékaře určeného pojistitelem, který provede přezkoumání zdravotního stavu. V případě, že pojištěný odmítne vyšetření nebo nedodá nezbytné informace a doklady, může pojistitel krátiť nebo odmítnout výplatu pojistného plnění z doplňkového pojištění.

Článek 5

Pojistná částka

- Doplňkové pojištění závažných onemocnění může být uzavřeno jen ve výši pojistné částky hlavního pojištění, nejvýše však na pojistnou částku 1 000 000,- Kč.
- Pojistné plnění se vyplácí ve výši pojistné částky doplňkového pojištění a může být vyplaceno pouze jednou.

Článek 6

Pojistná doba, věk pojištěného

- Pojistná doba tohoto doplňkového pojištění je stanovena na nejvýše 25 let, maximálně smí být ale rovna pojistné době hlavního pojištění.
- Maximální vstupní věk pojištěného je 50 let.
- Maximální věk pojištěného při uplynutí tohoto doplňkového pojištění je 60 let.
- Ve výroční den doplňkového pojištění, který následuje po dni, kdy pojištěný dosáhl maximálního výstupního věku, pojištění automaticky zaniká.

Článek 7

Nepojistitelné osoby

- Nepojistitelné jsou osoby, u kterých již bylo diagnostikováno některé ze závažných onemocnění, na které se vztahuje toto doplňkové pojištění.
- Z pojištění jsou vyloučeny osoby závislé na alkoholu a jiných návykových látkách, osoby stížené nervovou nebo duševní poruchou, která není jen přechodná.

Článek 8

Vztah mezi hlavním a doplňkovým pojištěním

- Doplňkové pojištění tvoří s hlavním pojištěním jeden celek. Doplňkové pojištění trvá pouze potud, pokud v plném rozsahu trvá hlavní pojištění.
- Doplňkové pojištění zaniká okamžikem zániku hlavního pojištění v důsledku pojistné události nebo výpovědi, nebo okamžikem změny hlavního pojištění na pojištění se změněnou pojistnou částkou bez povinnosti dalšího placení pojistného.
- Dojde-li ke změně pojistné částky hlavního pojištění při zachování povinnosti dalšího placení pojistného, mění se pojistná částka doplňkového pojištění ve stejném poměru jako pojistná částka hlavního pojištění.
- Dojde-li ke změně pojistné částky doplňkového pojištění, nároky ze změněné pojistné částky mohou být uplatněny až z pojistných událostí nastalých po této změně.
- Pojistné doplňkového pojištění se stanoví pro stejné pojistné období jako u hlavního pojištění a je splatné spolu s pojistným hlavního pojištění.
- Pojistník může písemně vypovědět doplňkové pojištění nejméně 6 týdnů před koncem každého pojistného období, nejdříve však poté, co bylo zapláceno pojistné alespoň za 1 rok.

Článek 9

Splatnost plnění

- Pojistitel je povinen plnit v případě nároků z tohoto doplňkového pojištění do tří měsíců ode dne doručení podkladů, které jsou nezbytné pro stanovení rozsahu povinnosti pojistitele plnit. Pojistitel je zároveň povinen sdělit osobě, která je oprávněna k přijetí plnění, zda uznává nároky na plnění.
- Pojistné plnění je splatné do patnácti dnů, jakmile pojistitel skončí šetření nutné k zjištění rozsahu povinnosti pojistitele plnit. Šetření musí být provedeno bez zbytečného odkladu, nemůže-li být skončeno do tří měsíců potom, kdy se pojistitel o pojistné události dozvěděl, je pojistitel povinen poskytnout pojištěnému na požádání přiměřenou zálohu.
- Pojistné plnění je splatné v České republice a v české měně.

Článek 10

Zánik doplňkového pojištění

- Pojištění zaniká výplatou pojistného plnění.
- Pojištění zaniká k jeho počátku, pokud během 6 měsíců od počátku pojištění pojištěný onemocní některou z chorob uvedených v článku 3, nebo je indikována operace uvedená v témže článku těchto ZU ŽP záv. onemocnění.
- Pojištění zaniká bez náhrady smrtí pojištěného.
- Pojištění zaniká bez náhrady uplynutím pojistné doby.
- Pojištění zaniká bez náhrady ve výroční den, který následuje po dni, kdy pojištěný dosáhl maximálního výstupního věku.
- Pojištění zaniká bez náhrady uplynutím maximální doby trvání tohoto doplňkového pojištění.
- Pojištění zaniká bez náhrady odmítnutím pojistného plnění pojistitelem.