Rizikové životní pojištění

4U

Informace pro zájemce
o uzavření pojistné smlouvy
a pojistné podmínky

DOBRÉ VĚDĚT

2023_07_17

youplus
ŽIVOTNÍ POJIŠŤOVNA

www.youplus.cz

SOUBOR DOKUMENTŮ

INFORMACE PRO ZÁJEMCE O UZAVŘENÍ POJISTNÉ SMLOUVY
VŠEOBECNÉ POJISTNÉ PODMÍNKY
DOPLŇKOVÉ POJISTNÉ PODMÍNKY
ZVLÁŠTNÍ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD SMRTI, ÚRAZU A NEMOCI
POJISTNÉ PODMÍNKY PRO JEDNOTLIVÉ TARIFY PŘIPOJIŠTĚNÍ

S1K Připojištění pro případ smrti s konstantní pojistnou částkou
S1L Připojištění pro případ smrti s lineárně klesající pojistnou částkou
S1A Připojištění pro případ smrti s anuitně klesající pojistnou částkou
S2K Připojištění pro případ smrti následkem úrazu
Z1K Připojištění pro případ závažných onemocnění s konstantní pojistnou částkou
Z1L Připojištění pro případ závažných onemocnění s lineárně klesající pojistnou částkou
Z1A Připojištění pro případ závažných onemocnění s anuitně klesající pojistnou částkou
SZO Seznam závažných onemocnění – dospělí
Z9K Připojištění pro případ závažných onemocnění (děti)
SZO Seznam závažných onemocnění – děti
Z2K Připojištění pro případ závažných onemocnění PLUS s konstantní pojistnou částkou
Z2L Připojištění pro případ závažných onemocnění PLUS s lineárně klesající pojistnou částkou
SZO Seznam skupin závažných onemocnění dospělých PLUS
Z8K Připojištění pro případ závažných onemocnění PLUS (děti)
SZO Seznam skupin závažných onemocnění dětí PLUS
I1K Připojištění pro případ invalidity 1. nebo 2. nebo 3. stupně s konstantní pojistnou částkou
I2K Připojištění pro případ invalidity 2. nebo 3. stupně s konstantní pojistnou částkou
I3K Připojištění pro případ invalidity 3. stupně s konstantní pojistnou částkou
I1L Připojištění pro případ invalidity 1. nebo 2. nebo 3. stupně s lineárně klesající pojistnou částkou
I2L Připojištění pro případ invalidity 2. nebo 3. stupně s lineárně klesající pojistnou částkou
I3L Připojištění pro případ invalidity 3. stupně s lineárně klesající pojistnou částkou
I1A Připojištění pro případ invalidity 1. nebo 2. nebo 3. stupně s anuitně klesající pojistnou částkou
I2A Připojištění pro případ invalidity 2. nebo 3. stupně s anuitně klesající pojistnou částkou
I3A Připojištění pro případ invalidity 3. stupně s anuitně klesající pojistnou částkou
I9K Připojištění pro případ invalidity 3. stupně nebo nesoběstačnosti dítěte s konstantní pojistnou částkou
T1K Připojištění pro případ trvalých následků úrazu s lineárním plněním
T2K Připojištění pro případ trvalých následků úrazu s progresivním plněním do 850 % pojistné částky
T3K Připojištění pro případ trvalých následků úrazu s progresivním plněním do 1000 % pojistné částky
T4K Připojištění pro případ trvalých následků úrazu s tělesným poškozením od 10 % s progresivním plněním do 600 % pojistné částky
T5K Připojištění pro případ trvalých následků úrazu s progresivním plněním do 600 % pojistné částky
P1D Připojištění pro případ pracovní neschopnosti s plněním od 29. dne pracovní neschopnosti
P2D Připojištění pro případ pracovní neschopnosti trvající alespoň 29 dnů s plněním od 1. do 28. dne pracovní neschopnosti
P3D Připojištění pro případ pracovní neschopnosti s plněním od 57. dne pracovní neschopnosti
P4D Připojištění pro případ pracovní neschopnosti trvající alespoň 57 dnů s plněním od 1. do 56. dne pracovní neschopnosti
P5D Připojištění pro případ pracovní neschopnosti s plněním od 85. dne pracovní neschopnosti
P6D Připojištění pro případ pracovní neschopnosti trvající alespoň 85 dnů s plněním od 1. do 84. dne pracovní neschopnosti
H1D Pojištění pro případ hospitalizace
H3D Připojištění pro případ hospitalizace trvající alespoň 3 dny
D1D Připojištění pro případ léčení vážných úrazů
D2D Připojištění pro případ léčení drobných úrazů
U2L Připojištění pro případ smrti nebo invalidity 2. nebo 3. stupně s lineárně klesající pojistnou částkou
U2A Připojištění pro případ smrti nebo invalidity 2. nebo 3. stupně s anuitně klesající pojistnou částkou
U3L Připojištění pro případ smrti nebo invalidity 3. stupně s lineárně klesající pojistnou částkou
U3A Připojištění pro případ smrti nebo invalidity 3. stupně s anuitně klesající pojistnou částkou
U5L Připojištění pro případ smrti nebo invalidity 2. nebo 3. stupně nebo pro případ závažných onemocnění s lineárně klesající pojistnou částkou
U5A Připojištění pro případ smrti nebo invalidity 2. nebo 3. stupně nebo pro případ závažných onemocnění s anuitně klesající pojistnou částkou
U6L Připojištění pro případ smrti nebo invalidity 3. stupně nebo pro případ závažných onemocnění s lineárně klesající pojistnou částkou
U6A Připojištění pro případ smrti nebo invalidity 3. stupně nebo pro případ závažných onemocnění s anuitně klesající pojistnou částkou
V0A Připojištění pro případ smrti prvního z dvojice pojištěných osob s anuitně klesající pojistnou částkou
V3A Připojištění pro případ smrti nebo invalidity 3. stupně prvního z dvojice pojištěných osob s anuitně klesající pojistnou částkou
V6A Připojištění pro případ smrti nebo invalidity 3. stupně nebo pro případ závažných onemocnění prvního z dvojice pojištěných osob s anuitně klesající pojistnou částkou

OCEŇOVACÍ TABULKA TRVALÝCH NÁSLEDKŮ ÚRAZU
OCEŇOVACÍ TABULKA LÉČENÍ ÚRAZU
SAZEBNÍK POPLATKŮ

Informace pro zájemce o uzavření pojistné smlouvy
Rizikové životní pojištění 4U

Vážená klientko, vážený kliente,

předtím, než s námi uzavřete pojistnou smlouvu Rizikového životního pojištění 4U, věnujte prosím pozornost následujícím řádkům, na kterých naleznete důležité informace o nás, o námi nabízeném produktu rizikového životního pojištění a o pojistné smlouvě.

Tyto informace vám poskytujeme nejen proto, že to po nás vyžadují právní předpisy, upravující distribuci pojištění a ochranu spotřebitele, ale také abychom vám mohli srozumitelně vysvětlit, jakou pojistnou ochranu vám naše pojištění nabízí, jaká máte práva a povinnosti, nebo jak probíhá uzavření pojistné smlouvy.

Tento dokument má pouze informativní charakter a jeho účelem není plně nahradit pojistné podmínky nebo poskytnout jejich kompletní shrnutí. Pro informované rozhodnutí, zda s námi pojistnou smlouvu tohoto produktu uzavřete, vám proto doporučujeme důkladně se seznámit nejenom s těmito informacemi, ale také se všemi pojistnými podmínkami i s dalšími dokumenty, které společně s nimi tvoří pojistnou smlouvu. Se všemi dokumenty se musíte seznámit nejen vy, ale také pojištěný, pokud nejste jediným pojištěným. Pokud je pojištěných více, pak samozřejmě všechny tyto osoby.

Kdo jsme my?

Pojistitelem jsme my, tedy **YOUPLUS Životní pojišťovna, pobočka pro Českou republiku**, se sídlem Přízova 526/5, Trnitá, 602 00 Brno, Česká republika, IČ: 139 91 418, společnost je zapsána v obchodním rejstříku vedeném Krajským soudem v Brně pod sp. zn. A 26894, jednající jako odštěpný závod zahraniční právnické osoby YOUPLUS Assurance AG, se sídlem Austrasse 14, FL-9495 Triesen, Lichtenštejnské knížectví, zapsané v obchodním rejstříku Lichtenštejnského knížectví s registračním číslem FL-0002.038.147-0. Jsme akciovou společností.

Jako pojišťovna vykonáváme činnost na území České republiky na základě práva pojišťovny z území tvořícího Evropský hospodářský prostor zřídit zde svoji pobočku. Svou činnost vykonáváme podle zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, a to v rozsahu, v jakém nám bylo uděleno povolení k této činnosti v Lichtenštejnském knížectví pro pojistná odvětví I. a), b) a c) a III. životních pojištění uvedených v části A a pojistné odvětví 1 neživotních pojištění uvedených v části B přílohy zákona o pojišťovnictví.

Na naši činnost při poskytování pojištění na území České republiky dohlíží Česká národní banka se sídlem Na Příkopě 28, 115 03 Praha 1, Česká republika. Orgánem dohledu v našem domovském státě, tedy v Lichtenštejnském knížectví, je Finanzmarktaufsicht Liechtenstein, Landstrasse 109, Postfach 279, 9490 Vaduz, Lichtenštejnské knížectví.
Zprávu o solventnosti naší společnosti můžete nalézt na https://youplus.cz/vyrocni-zpravy/.

Jak nás můžete kontaktovat?

Pokud nás potřebujete kontaktovat, můžete k tomu využít některý z níže uvedených kontaktních údajů.

Kontaktní adresa:	YOUPLUS Životní pojišťovna, Vlněna Office Park, Přízova 5, 602 00, Brno
E-mail:	info@youplus.cz
Telefon:	+420 530 519 519 (provozní doba linky je od 9 do 17 hodin v pracovní dny)
Web:	www.youplus.cz
Kontaktní formulář:	www.youplus.cz/klient

Kam se můžete obrátit, pokud nebudete spokojeni?

Vždy se budeme snažit, aby k tomu nebyl důvod, může se však přesto stát, že s našimi službami nebo se službami našich zprostředkovatelů vy nebo jiný účastník pojištění nebudete spokojeni. V takovém případě máte vždy možnost obrátit se:

- přímo na nás, a to e-mailem, písemně nebo telefonicky na našich kontaktních údajích. Stížnost na činnost pojišťovacího zprostředkovatele můžete podat i způsobem, který vám sdělí přímo pojišťovací zprostředkovatel;
- na orgán dohledu nad naší činností, tedy na Českou národní banku se sídlem Na Příkopě 28, 115 03 Praha 1, a to písemně nebo prostřednictvím webových stránek www.cnb.cz.

Pokud jste spotřebitelem, pak se pro mimosoudní řešení sporů z životního pojištění můžete obrátit na finančního arbitra. Návrh na zahájení řízení před finančním arbitrem můžete podat písemně, v elektronické podobě opatřený zaručeným elektronickým podpisem, prostřednictvím datové schránky, osobně, případně i ústně do protokolu v sídle Kanceláře finančního arbitra, nebo prostřednictvím webu www.finarbitr.cz.

Pro spory z pojištění, u nichž není dána působnost finančního arbitra, se můžete obracet také na Kancelář ombudsmana České asociace pojišťoven. Návrh lze dále podat i elektronicky, prostřednictvím formuláře podepsaného uznávaným elektronickým podpisem nebo zaslaného prostřednictvím datové schránky osoby, která návrh podává. Více informací na www.ombudsmancap.cz.
K řešení sporu z pojistné smlouvy jsou vždy příslušné též obecné soudy České republiky.

Pokud byla pojistná smlouva sjednaná on-line, je možné využít Platformy pro řešení sporů on-line zřízené Evropskou komisí (www.ec.europa.eu/consumers/odr).

Co je to Rizikové životní pojištění 4U?

Pojištění 4U je rizikové životní pojištění, které poskytuje pojištěným osobám pojistnou ochranu pro případ závažných životních událostí, které se týkají jejich života a zdraví. Toto pojištění neobsahuje žádnou investiční složku a neumožní vám proto vytvářet finanční rezervu. Celé pojistné, které nám po dobu trvání smlouvy zaplatíte, spotřebujeme na krytí pojistných rizik a při ukončení pojistné smlouvy vám proto nevyplatíme žádnou finanční částku.

Jednou pojistnou smlouvou můžete pojistit až 10 osob, z nichž jedna je označena jako hlavní pojištěný a pro jednotlivé pojištěné si můžete zvolit z mnoha tarifů připojištění.

Hlavním pojištěním Rizikového životního pojištění 4U je pojištění pro případ smrti hlavního pojištěného s pevně stanovenou pojistnou částkou. Tuto pojistnou částku nemůžete po dobu trvání pojištění změnit. Hlavní pojištění musí trvat po celou dobu trvání pojistné smlouvy, nemůžete je proto samostatně ukončit, aniž by zároveň došlo k ukončení všech sjednaných připojištění.

Územní rozsah pojištění není omezen, s výjimkou pojištění pro případ hospitalizace. Určitá omezení ve vztahu k území obsahuje také pojištění pro případ pracovní neschopnosti.

Jak s námi můžete pojistnou smlouvu uzavřít?

Pojistnou smlouvu s námi můžete uzavřít výhradně u našich vybraných pojišťovacích zprostředkovatelů, se kterým jsme pro tento účel uzavřeli písemnou smlouvu, a kteří vám také pomohou s jejím správným nastavením a poskytnou vám potřebná vysvětlení. Konkrétní informace o pojišťovacím zprostředkovateli vám poskytne tento zprostředkovatel na samostatném dokumentu.

Pojistná smlouva se uzavírá prostřednictvím formuláře nazvaného „Návrh pojistné smlouvy“, který obsahuje informace o vás jako pojistníkovi, o pojištěných osobách, sjednávaném rozsahu pojistné ochrany a o pojistném. Jeho součástí jsou také naše písemné dotazy, které jsme vám a pojištěným osobám při sjednávání pojistné smlouvy položili, a vaše odpovědi na ně.

Návrh na uzavření pojistné smlouvy vám podáváme my jako pojistitel. Návrh musíte přijmout a přijatý návrh nám doručit ve lhůtě, která je uvedena přímo na návrhu pojistné smlouvy. Pokud s vámi pojistnou smlouvu uzavíráme v listinné podobě, musí nám být v uvedené lhůtě vámi přijatý návrh na její uzavření doručen na naši kontaktní adresu. Pokud smlouvu uzavíráte elektronicky, je nám návrh odeslán a doručen, jakmile je podepsán vámi a zároveň i všemi pojištěnými osobami.

Protože zákon k platnosti pojistné smlouvy vyžaduje, abyste měl na pojištění takzvaný pojistný zájem, je nezbytné, aby váš vztah ke všem pojištěným osobám tento zájem na trvání jejich života nebo na jejich zdraví skutečně osvědčoval.

Doručením přijatého návrhu k nám vzniká pojistná smlouva. Datum uzavření pojistné smlouvy vám potvrdíme v pojistce.

Jak postupujeme po uzavření pojistné smlouvy?

Jakmile dojde k uzavření pojistné smlouvy, ohodnotíme pojistná rizika, která s ní souvisí a která plynou zejména ze zdravotního stavu pojištěných osob, nebo z jejich povolání či volnočasových aktivit, které vykonávají.

Hodnocení provádíme na základě informací, které jsme od vás a od pojištěných získali před uzavřením pojistné smlouvy v našem dotazníku. Hodnocení probíhá automaticky a jeho výsledky vám váš poradce může sdělit během několika málo okamžiků po tom, co k uzavření smlouvy dojde. Může se však stát, že některá rizika automaticky posoudit nedokážeme, nebo že s výsledkem hodnocení nesouhlasíte, pak samozřejmě posoudíme vaši smlouvu individuálně našimi pracovníky. Je možné, že si k tomu vyžádáme od pojištěných další dokumenty nebo informace, nebo je požádáme o absolvování lékařské prohlídky.

Na základě provedeného hodnocení rizik můžeme pojistnou smlouvu ponechat v platnosti za stávajících podmínek, můžeme vám navrhnout změnu podmínek, za kterých byla pojistná smlouva uzavřena, a to s účinností zpětně ke dni jejího vzniku, nebo pojistnou smlouvu vypovědět v zákonné lhůtě dvou měsíců od jejího sjednání.

Jakmile je proces hodnocení pojistných rizik dokončen, přistoupíte na námi navržené úpravy, pokud jsme vám je navrhli, a zaplatíte první pojistné, vystavíme vám pojistku jako potvrzení o uzavření pojistné smlouvy. Pokud bychom se společně na přijatelných podmínkách nedohodli a pojistnou smlouvu vypověděli a pokud nedošlo k pojistné události, vrátíme vám zaplacené pojistné.

Kdy pojištění vzniká a na jak dlouho se sjednává?

Pojištění vzniká dnem uvedeným v pojistné smlouvě jako počátek pojištění, nejdříve však v den, kdy nám byl doručen vámi přijatý návrh pojistné smlouvy. Počátek pojištění vám potvrdíme v pojistce.

Pojistná smlouva a pojištění hlavního tarifu, jehož sjednání je povinné, se sjednává na pojistnou dobu nejméně 10 let a nejvýše do 80 let věku hlavního pojištěného. Připojištění se uzavírají na minimální dobu 5 let a nejvýše do konce pojistné doby hlavního pojištění. Pokud je pro jednotlivé připojištění stanoven výstupní věk, zaniká připojištění nejpozději dosažením výstupního věku pojištěným. Se zánikem hlavního pojištění zanikají i všechna připojištění sjednaná pojistnou smlouvou. Pojistná doba, na kterou se pojištění a připojištění uzavírají, je u každého jednotlivě uvedena v návrhu na uzavření pojistné smlouvy.

Další důvody a způsoby zániku pojistné smlouvy a pojištění jsou uvedeny v kapitole **Z jakých důvodů pojištění zaniká?**

Čím se pojištění řídí?

Životní pojištění 4U se řídí pojistnou smlouvou. Vaše pojistná smlouva je tvořena formulářem návrhu na uzavření pojistné smlouvy, Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Rizikové životní pojištění, Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci a Pojistnými podmínkami jednotlivých tarifů připojištění, Oceňovací tabulkami a Sazebníkem poplatků, případně i jinými ujednáními, která budou vždy uvedena ve formuláři návrhu na uzavření pojistné smlouvy, nebo na její změnu.

V otázkách neupravených pojistnými podmínkami se pojistná smlouva řídí právním řádem České republiky, zejména zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, v platném znění a ostatními obecně závazně právními předpisy České republiky.
Pokud by mezi dokumenty, které tvoří pojistné podmínky, byly vzájemné rozpory, pak ustanovení formuláře návrhu na uzavření nebo změnu pojistné smlouvy mají přednost před ustanoveními pojistných podmínek, ustanovení Zvláštních a Doplňkových pojistných podmínek mají přednost před ustanoveními Všeobecných pojistných podmínek a ustanovení Pojistných podmínek jednotlivých tarifů připojištění mají přednost před ustanoveními ostatních pojistných podmínek. Ustanovení pojistné smlouvy mají vždy také přednost před ustanoveními zákona.
Pokud vám byly informace před uzavřením pojistné smlouvy poskytnuty elektronicky, máme povinnost vám na vaši žádost tyto informace poskytnout i v listinné podobě. Pokud byla smlouvy uzavřena výhradně za použití prostředků komunikace na dálku, jsme povinni vám na vaši žádost poskytnout v tištěné podobě také smluvní podmínky.
S účastníky pojištění jednáme v českém jazyce a v tomto jazyce vám také poskytneme pojistné podmínky a další informace nebo i odpovědi na vaše písemné dotazy, týkající se sjednávaného pojištění.

Co nám budete v souvislosti s pojistnou smlouvou platit?

Co je pojistné?
Pojistné, které nám budete pravidelně platit, je cenou za poskytnuté pojistné krytí. Za všechna sjednaná pojištění nám budete pojistné platit vždy jednou částkou, která bude odpovídat součtu pojistného za všechna pojištění sjednaná vaší pojistnou smlouvou. Výši běžného pojistného, tedy pojistného, které nám budete pravidelně platit za každé pojistné období, si s vámi dohodneme v pojistné smlouvě.
Pojistné nám budete platit po celou dobu trvání pojištění. Pokud pojištění zanikne v důsledku pojistné události, máme nárok na běžné pojistné do konce pojistného období, ve kterém pojistná událost nastala.

Jak se určuje výše pojistného?
Výši pojistného stanovujeme zejména dle věku pojištěného ke dni počátku pojištění, rozsahu sjednaného pojistného krytí, výše pojistných částek i doby trvání pojištění. Výši pojistného může ovlivnit také například typ povolání, riziková sportovní činnost, frekvence nebo způsob platby a jiné skutečnosti.
Pojistné může zohledňovat i různé slevy, například za výši pojistného nebo za elektronickou komunikaci. Výše slevy je uvedena v návrhu pojistné smlouvy. Pokud v průběhu trvání pojistné smlouvy přestane vaše smlouva splňovat podmínky pro udělení slevy, pojistné vám bude automaticky navýšeno o příslušnou částku. Naopak pokud vaše pojistná smlouva takové podmínky naplní, pojistné bude automaticky odpovídajícím způsobem sníženo.
Pokud nás o to požádáte, sdělíme vám naše zásady pro stanovení výše pojistného.

Kdy se hradí pojistné?
Pojistné se hradí na náš účet č. 1387540638/2700, vedený u Unicredit Bank Czech Republic and Slovakia, a.s. Variabilním symbolem je vždy číslo smlouvy.
Běžné pojistné je splatné vždy prvním dnem pojistného období. Pokud první pojistné neuhradíte do dvou měsíců od počátku pojištění, případně pokud probíhá hodnocení pojistných rizik, tak do dvou týdnů od jeho skončení, budeme se domnívat, že o pojištění nemáte zájem, a to proto zanikne od počátku. Pokud se spolu dohodneme na změně pojistné smlouvy, můžeme si dohodnout i jinou lhůtu k úhradě prvního pojistného.

Můžeme výši pojistného změnit?
Za určitých podmínek můžeme pojistné, které jsme si s vámi sjednali, změnit. Podmínky, za kterých tak můžeme učinit, naleznete ve Všeobecných pojistných podmínkách v části „Kdy můžeme pojistnou smlouvu změnit sami?“.

Jaké další částky po vás v souvislosti s vaší pojistnou smlouvou můžeme požadovat?
Některé úkony, které budeme na vaši žádost provádět, nebo některé náklady, které nám vzniknou, můžeme požadovat uhradit. Jejich výši vždy stanoví aktuální Sazebník poplatků, který naleznete na našem webu. Tento Sazebník se může v průběhu trvání pojištění doplňovat a měnit.
Pokud byla spolu s pojištěním sjednána i jiná služba, například asistenční, můžeme po vás požadovat i její úhradu, pokud jsme se na tom s vámi dohodli.

Odkdy poskytujeme pojistnou ochranu?

Pojistnou ochranu poskytujeme pojištěným osobám ode dne počátku pojištění, a to pro pojistné události, které nastaly v době trvání pojištění, pokud výslovně nestanovíme jinak. V případě pojištění pro případ nemoci však nekryjeme pojistné události, které mají původ v nemocích, jejichž první příznaky nastaly před počátkem pojištění, pokud nebyly vyléčeny bez následků před obdobím, na které se ptáme v dotazníku. Po vystavení pojistky můžeme krýt i pojistné události, které nastaly z důvodu nemocí, jejichž první příznaky nastaly ještě před počátkem pojištění, pouze ale za podmínky, že tyto nemoci byly při sjednávání smlouvy uvedeny v dotazníku, a zároveň pokud jsme je po dohodě s vámi z pojistné ochrany nevyloučili. Pojistné podmínky mohou pro jednotlivé tarify stanovit i další podmínky pro časovou působnost pojistné ochrany.
Detailní informace o jednotlivých připojištěních včetně přesné definice pojistné události, způsobu určení a výpočtu pojistného plnění jsou uvedeny v Pojistných podmínkách pro příslušný tarif připojištění v části „Jaká pojištění a připojištění si s námi můžete sjednat?“.

Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

Jaké jsou výluky z pojištění a kdy vám tedy plnění nevyplatíme?
Na jednotlivá pojištění a připojištění se vztahují takzvané **výluky z pojištění**. Výlukou z pojištění se rozumí taková událost, která je z pojistné ochrany zcela vyloučená a v jejímž důsledku pojistné plnění vůbec neposkytneme. Tyto výluky jsou uvedeny zejména v občanském zákoníku, ve Zvláštních pojistných podmínkách pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci a v Pojistných podmínkách jednotlivých tarifů připojištění. Základní výluky naleznete v následujících odstavcích a také v části „Jaká pojištění a připojištění si s námi můžete sjednat?“, jejich přehled však není kompletní, věnujte proto pozornost zejména pojistným podmínkám nebo příslušným ustanovením zákona.

Pojistné plnění z žádného z pojištění neposkytneme oprávněné osobě v případě sebevraždy pojištěného, trvalo-li pojištění nepřetržitě méně než dva roky předcházející sebevraždě.

Pojistné plnění z připojištění pro případ smrti, úrazu nebo nemoci neposkytneme v případech, kdy ke škodní události dojde:
- v souvislosti s použitím jaderných, chemických nebo biologických zbraní nebo jadernou katastrofou nebo v souvislosti s aktivní účastí pojištěného na ozbrojených konfliktech nebo jiných aktech agrese nebo při nepokojích či armádních operacích a misích, nebo pokud pro oblast v zahraničí, ve které došlo k příčině škodní události, bylo Ministerstvem zahraničních věcí vydáno varování před cestováním, to platí, pokud pojištěný vycestoval až po vydání takového varování nebo po vydaném varování bez zbytečného odkladu z dané oblasti nevycestoval;

- v souvislosti s jednáním pojištěného, které naplňuje znaky skutkové podstaty úmyslného trestného činu, s výjimkou jednání v nutné obraně nebo v krajní nouzi;
- v souvislosti se sebevraždou nebo pokusem o sebevraždu, to však jen v prvních dvou letech trvání připojištění, nebo v případě rozšíření pojistné ochrany v prvních dvou letech po takovém rozšíření pro tuto rozšířenou část;
- pokud nás budete vy, pojištěný nebo oprávněná osoba uvádět v omyl při uplatňování práva na pojistné plnění;
- pokud k pojistné události došlo při provozování rizikového sportu, který nebyl individuálně pojištěn nebo pokud dojde k pojistné události při sportu, pokud pojištěný nepoužil potřebné ochranné pomůcky nebo porušil pravidla směřující k ochraně zdraví pojištěných;
- z důvodu individuální výluky z pojištění, kterou jsme si s vámi sjednali.

Pojistné plnění neposkytneme ani za **zdravotní omezení, která měl pojištěný již předtím**, než nastala pojistná událost. Pokud se následkem pojistné události toto omezení zhorší, uhradíme pojistné plnění pouze za toto zhoršení se zohledněním předchozího stavu. Pokud nás vy nebo pojištěný při jednání o uzavření pojistné smlouvy nebo její změny uvedete v omyl o svém zdravotním stavu, nevztahuje se pojištění na události, které nastaly přímo nebo nepřímo v důsledku nemoci, včetně jejích komplikací a zhoršení, příp. i na části těla nebo jeho funkce (např. končetina, zrak, soustava vnitřních orgánů, páteř ap.), kterých se takové porušení týká. Pojištění se v takovém případě nevztahuje ani na poruchy zdraví, pro které podle znalostí lékařské vědy taková nemoc, které se porušení týká, prokazatelně zvyšuje pravděpodobnost vzniku. Pokud nás uvedete v omyl ohledně předchozích úrazů pojištěného, nevztahuje se pojištění na části těla nebo jeho funkce, kterých se toto porušení týká.

Pro některá pojištění se uplatní **čekací doba**. Čekací doba je doba, která se počítá od počátku pojištění nebo ode dne následujícího po úhradě zálohy na první pojistné, nebo od změny, kterou dochází k navýšení pojistné částky, nebo jinému rozšíření pojistné ochrany (pro tuto navýšenou či rozšířenou část), po kterou pojistné plnění neposkytneme, i kdyby se jinak o pojistnou událost jednalo, pokud je příčinou pojistné události nemoc pojištěného. Délku čekací doby pro jednotlivé tarify připojištění najdete vždy v Pojistných podmínkách příslušného tarifu připojištění a pohybuje se od 2 do 10 měsíců.

Pojištění mohou obsahovat také **odkladnou dobu**. Odkladnou dobou je doba, po kterou nejméně musí trvat skutečnost popsaná pojistnými podmínkami, např. pracovní neschopnost, nebo hospitalizace, aby se taková událost stala pojistnou. Pokud by tato skutečnost trvala kratší dobu, právo na pojistné plnění by oprávněné osobě nevzniklo.

Další výluky z pojištění jsou uvedeny v popisu jednotlivých skupin připojištění.

Kdy můžeme pojistné plnění odmítnout nebo snížit?
Odmítnout pojistné plnění můžeme zejména tehdy, pokud vy, pojištěný nebo oprávněná osoba zásadním způsobem **porušíte své povinnosti**, zejména pravdivě nám odpovědět na naše dotazy při sjednávání pojištění. Pokud bychom vám pojistné plnění odmítli, pojištění tím zaniká.

Právo odmítnout poskytnutí pojistného plnění máme také, pokud došlo k úrazu pojištěného v souvislosti s činem, pro který byl pojištěný **uznán vinným úmyslným trestným činem** nebo kterým si úmyslně ublížil na zdraví. Toto právo nám přiznává občanský zákoník.

Občanský zákoník nám umožňuje pojistné plnění zkrátit až na polovinu, pokud k úrazu pojištěného došlo následkem toho, že pojištěný **požil alkohol nebo návykovou látku.** V případech, kdy je zjištěná hodnota naměřené hladiny alkoholu nižší než 0,5 ‰, vzdáváme se této možnosti. Pokud by takový úraz vedl ke smrti pojištěného, krátíme pojistné plnění jen tehdy, pokud došlo k úrazu v souvislosti s činem pojištěného, jímž jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt. Stejně postupujeme, pokud k pojistné události došlo **v souvislosti s užitím jiné psychoaktivní látky**.

Snížit pojistné plnění můžeme také tehdy, pokud by nám byly při sjednávání pojištění uvedeny takové **nepravdivé informace**, na základě kterých bychom vám stanovili vyšší pojistné. V takovém případě pojistné plnění zkrátíme v takovém poměru, v jakém je skutečně sjednané pojistné k tomu, které by jinak bylo sjednáno.

Pokud nám budete něco dlužit, například pojistné, můžeme si takový dluh odečíst od pojistného plnění.
Pojistné podmínky mohou stanovit i další důvody, pro které můžeme snížit pojistné plnění.

Jak plníme, pokud k pojistné události dojde při sportu a volnočasových aktivitách?

Pokud se pojistná událost stane při provozování sportovních nebo jiných obdobných volnočasových, adrenalinových nebo zážitkových aktivit, poskytujeme plnění pouze za určitých podmínek.

Jak kryjeme profesionální a vrcholové sportovce?
Pokud je **sportovní aktivita profesí pojištěného nebo vykonává sport vrcholově**, a pokud na této úrovni pojištěný vykonával sport již před počátkem pojištění nebo před jeho změnou, je povinen nám tuto skutečnost uvést v našem dotazníku. Pojištění se pak od okamžiku vystavení pojistky na tuto sportovní činnost vztahuje, pokud jsme ji z pojistné ochrany výslovně nevyloučili. Pokud by nám pojištěný při sjednávání pojištění nebo při jeho **změně nesdělil, že je profesionálním či vrcholovým sportovcem, škody, které při provozování takového sportu utrpí, bychom nekryli.**

Jak plníme v případě škod, které se staly při provozování rizikových sportů?
Pojištění se **nevztahuje na provozování rizikových sportů s výjimkou** těch, které nám pojištěný uvedl při sjednávání pojištění nebo jeho změny v našem dotazníku, pokud jsme je z pojistné ochrany nevyloučili. Na ně se pak pojištění vztahuje až od okamžiku vystavení pojistky. I rizikové sporty, které nám pojištěný neuvedl v našem dotazníku, může pojištění krýt, to však jen tehdy, pokud jde o **jednorázovou aktivitu** pojištěného v rámci zážitkové, teambuildingové nebo obdobné neopakující se akce.

Rizikovým sportem myslíme sporty, které jsou spojené s velmi vysokým rizikem zranění, zejména takové, které se vykonávají v nebezpečných výškách, hloubkách, či rychlostech nebo nebezpečných způsobem (zejména bez jištění nebo jiné ochranné výbavy) nebo pro něž je zranění účastníků jejich obvyklou a běžnou součástí nebo i cílem.

Rizikovým sportem, jak jej definují pojistné podmínky, jsou zejména:
Horolezecké aktivity, jako je alpinismus, horolezectví a skalní lezení ve výškách nad 5 000 m n. m. se stupněm obtížnosti srovnatelným se stupněm VII nebo vyšším podle klasifikace UIAA, lezení ledů, jakékoli lezení bez jištění nebo o samotě, bouldering, drytooling, lezení po umělých stěnách bez jištění, via ferrata – zajištěné cesty se stupněm obtížnosti srovnatelným se stupněm C nebo vyšším podle rakouského označení nebo jim podobné aktivity.

Nebezpečné zimní sporty, jako je akrobatické lyžování, boby a skeleton, sáně, skialpinismus, skicross, skoky na lyžích, sněžné skútry nebo jim podobné sporty.
Kontaktní bojové sporty a bojová umění, jako je box, free fighting (MMA, ultimate fighting), kickbox (thajský box, barmský box, savate, K1), wrestling, zápas (řecko-římský, volný styl), sambo nebo jim podobné sporty.

Motoristické sporty, jako jsou demolition derby, dragster, formule 1, formule 3, závody do vrchu, autokros, cross country, čtyřkolky (side), drift, enduro, karting (motokáry), mini (moto, GP, skútr), motokros, mototrial, NASCAR, off-road, plochá dráha, přírodní okruhy, silniční okruhy, rallye, rallyekros, série GP2, supermoto, truck trial nebo jim podobné sporty.

Letecké aktivity, jako jsou letecká akrobacie, horkovzdušný balón, paragliding, parašutismus, závěsné létání (kluzáky), ultralehké létání (letouny, kluzáky, vrtulníky, vírníky), motorový paragliding (krosny), motorové létání a jim podobné činnosti.

Extrémní potápění, jako je scuba diving v hloubkách nad 40 m, potápění o samotě, jeskynní potápění, vrakové potápění, vyhledávání nebo vyzvedávání předmětů, používání podvodních výbušnin, potápění bez doporučené potápěčské výbavy, potápění se skútrem, potápění se žraloky, potápění s obohaceným vzduchem nebo jim podobné aktivity.

Vodní sporty s vysokou obtížností, jako je rafting (stupeň obtížnosti WW III nebo vyšší), sjezd na divoké vodě (stupeň obtížnosti WW III nebo vyšší) nebo jim podobné sporty.

Skoky a jiné aktivity ve výškách, nebo adrenalinové aktivity, jako je base jumping, bungee jumping, kienova houpačka, městský parkour, slackline (výška nad 2 m), zorbing nebo jim podobné aktivity.

Jaká pravidla musí pojištěný při provozování sportu dodržovat?
Pokud pojištěný provozuje jakýkoliv sport, jako jeho pojistitel potřebujeme, aby se choval rozumně, ohleduplně ke svému zdraví a tak, aby svým jednáním zbytečně nezvyšoval riziko, že utrpí úraz. Pojistné podmínky proto uvádí některé povinnosti, které by měl pojištěný v souvislosti s provozováním sportu dodržovat, a při jejichž porušení můžeme pojistné plnění omezit nebo neposkytnout.
Pojištěný zejména:

- nesmí provozovat sport na místech nebo v podmínkách, které jsou k tomu s přihlédnutím ke všem okolnostem nevhodné;
  Tedy nesmí k provozování sportu záměrně vyhledávat terény nebo klimatické či jiné podmínky, které výrazně zvyšují obtížnost prováděného sportu a tím i riziko vzniku úrazu pojištěného. Může jít například o lyžování v oblastech vyhlášeného lavinového nebezpečí, surfování na extrémně vysokých vlnách, sjezd (downhill) na horských kolech v obtížném terénu apod. Pokud se však pojištěný v takových podmínkách ocitne jen náhodou, aniž by to mohl předvídat, pochopitelně ho trestat nebudeme.
- je povinen používat ochranné pomůcky, které jsou při provozování takového sportu povinné nebo s přihlédnutím k úrovni a místu provozování sportu považovány za standardní (např. cyklistická či lyžařská helma);
  Nečekáme, že si pojištěný vezme helmu na kolo na krátkou projížďku s rodinou po bezpečných cyklistických stezkách nebo lyžařskou helmu na běžky, ale pokud pojištěný vyrazí na několikahodinovou vyjížďku na kole po silnicích první třídy nebo se vydá na horském kole na obtížný single trek nebo si jede zalyžovat do Alp, helma by měla být standardem.
- musí sport provozovat pod dohledem způsobilé osoby, pokud je to pro daný sport vyžadováno;
  Pokud si jde pojištěný, který není držitelem zbrojního průkazu, zastřílet na střelnici nebo pokud si například v rámci jednorázové zážitkové akce vyzkouší bungee jumping, musí tak učinit pouze pod dohledem odborně způsobilé osoby.
- musí dodržovat jiná pravidla nebo opatření daného sportu, pokud směřují k ochraně zdraví sportovce.
  Pokud sport, který pojištěný provozuje, má stanovena speciální pravidla směřující k ochraně jeho účastníků, je pojištěný povinen je dodržovat a předcházet tak vlastnímu zranění. Může jít např. o pravidla Mezinárodní lyžařské federace (FIS) pro chování na sjezdových tratích, která stanoví povinnost lyžařů při stoupání nebo sestupu využívat výhradně okrajů sjezdových tratí nebo povinnost sportovců na střelnici se pohybovat pouze v předepsaných prostorách apod.

Jaká pojistná nebezpečí naše pojištění kryje?

Pojistným nebezpečím je příčina pojistné události, na kterou se pojištění vztahuje. Pojištění se vztahuje pouze na události, které nastaly v důsledku úrazu nebo nemoci, které jsme pro tento účel v pojistných podmínkách definovali.

Úrazem je pro nás pouze neočekávané a náhlé působení zevních sil a vlivů, nebo také vlastní síly pojištěného, které je nezávislé na jeho vůli a kterým je pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt. Úrazem jsou i následky úrazu, které vznikly jeho léčením, nebo výlučně v jeho důsledku, s výjimkou duševních chorob nebo změn psychického stavu. Za úraz však nepovažujeme již existující nemoc, která se zhoršila nebo poprvé projevila v důsledku úrazu.

Nemocí potom rozumíme takový stav pojištěného, který objektivně, bez ohledu na subjektivní pocit pojištěného, přesahuje normální zdravý tělesný nebo duševní nález nebo normální zdravé tělesné funkce. Abychom zdravotní obtíže pojištěného považovali za nemoc, musí je být možné zjistit a doložit vyšetřením provedeným objektivními vyšetřovacími metodami a musí zároveň vyžadovat lékařské ošetření.

Pokud níže popisujeme pojistnou ochranu a uvádíme jako pojistné nebezpečí úraz nebo nemoc, myslíme tím jen takové úrazy a nemoci, které naplňují výše uvedenou definici.

Jaká pojištění a připojištění si s námi můžete sjednat?

Níže vám uvádíme základní přehled pojištění a připojištění (tarifů), která si můžete sjednat v rámci vaší pojistné smlouvy. V průběhu trvání vaší pojistné smlouvy se může pojistná ochrana nabízená naším produktem měnit, některé tarify můžeme upravit, jejich nabídku ukončit, nebo naopak vám nabídnout nové. Budeme se vždy snažit, aby byly novinky dostupné i našim stávajícím klientům. Aktuální nabídku tarifů vám vždy sdělí váš pojišťovací poradce.

Vezměte prosím na vědomí, že v různých dokumentech můžeme používat pro stejný tarif připojištění různé názvy. Všechny používané názvy najdete vždy v pojistných podmínkách příslušného tarifu. Pro jednoznačnou identifikaci tarifu a příslušných pojistných podmínek vždy slouží jeho kód.

Níže uvedené informace shrnují hlavní charakteristiky jednotlivých skupin tarifů, pro detailní informace si prosím prostudujte jejich pojistné podmínky.

Hlavní pojištění pro případ smrti
Hlavním tarifem je životní pojištění pro případ smrti hlavního pojištěného s pevnou pojistnou částkou sjednanou v pojistné smlouvě. Tuto pojistnou částku nelze po celou dobu trvání pojištění změnit. Sjednání hlavního pojištění je povinné a bez něj nemůže pojistná smlouva trvat.
V případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě pojistné plnění v podobě jednorázového plnění ve výši pojistné částky.
Toto pojištění neobsahuje žádnou výluku dle pojistných podmínek, plnění však v souladu s občanským zákoníkem nevyplatíme, pokud pojištěný spáchá sebevraždu v prvních dvou letech trvání pojištění.

Připojištění pro případ smrti
Připojištění pro případ smrti je životním pojištěním pro případ terminálního stádia nemoci a pro případ smrti pojištěného v době trvání pojištění.
Pojistné plnění vyplatíme oprávněné osobě jednorázově ve výši určené dle aktuální pojistné částky.
Pokud je pojištěnému diagnostikováno onemocnění v konečném stádiu, je pojištěnému na jeho žádost vyplaceno pojistné plnění ve výši 50 % aktuální pojistné částky, pokud je v době výplaty plnění naživu. V takovém případě pak v případě smrti pojištěného obdrží oprávněná osoba pojistné plnění ve výši pojistné částky snížené o část, která byla jako pojistné plnění vyplacena pojištěnému. Připojištění sjednaná s klesající pojistnou částkou výplatou plnění pojištěnému zaniknou a plnění pro případ smrti pojištěného vyplatíme jen tehdy, pokud pojištěný zemře do 12 měsíců od zániku pojištění.
Toto pojištění neobsahuje žádnou další výluku, plnění však v souladu s občanským zákoníkem nevyplatíme, pokud pojištěný spáchá sebevraždu v prvních dvou letech trvání pojištění.

Připojištění pro případ smrti úrazem
Připojištění pro případ smrti úrazem je neživotním pojištěním pro případ smrti pojištěného následkem úrazu. K úrazu i ke smrti pojištěného musí dojít v době trvání pojištění.
Pojistné plnění vyplatíme jednorázově ve výši určené dle pojistné částky.
Toto pojištění neobsahuje žádnou další výluku dle pojistných podmínek.

Připojištění pro případ závažných onemocnění
Připojištění pro případ závažných onemocnění je životním pojištěním pro případ závažného onemocnění pojištěného z důvodu úrazu nebo nemoci, které je pojištěnému diagnostikováno v době trvání pojištění. Pojištění se vztahuje pouze na ta závažná onemocnění, která jsou výslovně uvedena v pojistných podmínkách, a která splňují všechny znaky a jiné podmínky tam uvedené.
Pojistné plnění vyplatíme jednorázově ve výši stanoveného procenta z aktuální pojistné částky. Není-li pro závažné onemocnění žádné procento stanoveno, je jím 100 %.
Pojištění se sjednává s čekací dobou 2 měsíce. V závislosti na zvolené variantě pojištění je celkové pojistné plnění za všechny pojistné události za celou dobu trvání pojištění omezeno buď 100 % pojistné částky, nebo naopak v souladu s pojistnými podmínkami poskytneme pojistné plnění i vícekrát z různých pojistných událostí.

Připojištění pro případ invalidity
Připojištění pro případ invalidity se sjednává jako životní pojištění pro případ, kdy pojištěnému z důvodu úrazu nebo nemoci dlouhodobě poklesla pracovní schopnost o příslušné procento, stanovené pojistnými podmínkami. Pojištění lze sjednat pro pokles této pracovní schopnosti v rozsahu invalidity prvního, druhého a/nebo třetího stupně podle toho, jakou míru snížení pracovní schopnosti pojištěného si přejete pokrýt.
Pojistné plnění má podobu jednorázového plnění ve výši aktuální výše sjednané pojistné částky. V případě invalidity prvního stupně může být v některých případech plnění nižší.
Pojištění se sjednává s čekací dobou 2 měsíce.

Připojištění pro případ invalidity 3. stupně nebo nesoběstačnosti dítěte
Připojištění pro případ invalidity 3. stupně nebo nesoběstačnosti dítěte se sjednává jako životní pojištění a to pro případ, kdy pojištěnému dítěti z důvodu úrazu nebo nemoci dlouhodobě poklesla pracovní schopnost, případně schopnost připravovat se na budoucí povolání o nejméně 70 %, nebo pro případ, kdy se pojištěné dítě stane z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu těžce nebo úplně (III. nebo IV. stupeň) závislé na pomoci jiné osoby.
Pojistné plnění má podobu jednorázového plnění ve výši aktuální výše sjednané pojistné částky.
Pojištění se sjednává s čekací dobou 2 měsíce.

Připojištění pro případ trvalých následků úrazu
Připojištění pro případ trvalých následků úrazu se sjednává pro případ, kdy v době trvání pojištění dojde k úrazu, který na zdraví pojištěného zanechá trvalý následek.
Pojistné plnění má podobu jednorázového plnění ve výši určené v závislosti na výši sjednané pojistné částky a rozsahu trvalých následků určených podle Oceňovací tabulky. Pokud je sjednáno pojistné plnění s progresí, může být v závislosti na závažnosti trvalých následků vyplaceno i více, než je sjednaná pojistná částka. Rozsah trvalých následků hodnotíme nejdříve po jejich ustálení, nejpozději 36 měsíců ode dne, kdy úraz nastal, a to i když mezitím již pojištění skončilo.
Pojistné plnění neposkytneme za výhřez meziobratlové ploténky ani jiné onemocnění páteře, pokud nemá za následek poškození míchy či zlomeninu obratle, nebo pokud jeho následek souvisel s poškozením patologicky změněných kostí, svalů, šlach, vazů nebo pouzder kloubů, i když se do okamžiku úrazu příznaky neprojevily.
Pro tarify s plněním až od určitého procenta tělesného poškození neposkytneme pojistné plnění za události, které nedosáhly dojednané závažnosti.

Připojištění pro případ pracovní neschopnosti
Připojištění pro případ pracovní neschopnosti se sjednává pro případ, kdy v době trvání pojištění dojde v důsledku úrazu nebo nemoci k dočasné pracovní neschopnosti pojištěného, kvůli které nemůže pojištěný vykonávat své zaměstnání nebo povolání.
Sjednaná pojistná částka má podobu denní dávky, která pojištěnému náleží za jeden den důvodného trvání pracovní neschopnosti, a to za podmínky, že pracovní neschopnost trvá alespoň tak dlouho, jak stanoví pojistné podmínky zvolené varianty připojištění. Pojistné plnění vyplácíme pouze za dobu, kdy pojištění trvá, po jeho skončení již neplníme, i kdyby pracovní neschopnost trvala. Pojistné plnění poskytneme nejvýše za 730 dní trvání pracovní neschopnosti.
Pojistná částka tohoto připojištění musí být úměrná výši příjmů pojištěného. Pokud při šetření pojistné události zjistíme, že pojistná částka přiměřená není, můžeme ji v souladu s pojistnými podmínkami snížit.
Pojištění se sjednává s čekací dobou 2 měsíce, resp. 10 měsíců pro pojistné události související s těhotenstvím a porodem.
Pojistné plnění nevyplatíme, pokud pojištěný v době pojistné události neměl příjmy ze zaměstnání, nebo samostatné výdělečné činnosti, nebo pokud pracovní neschopnost nastala z důvodu duševní choroby nebo změny psychického stavu (kromě vyjmenovaných diagnóz), léčení jakékoliv závislosti, v souvislosti s kosmetickými, plastickými nebo jinými obdobnými výkony, umělého oplodnění nebo léčení sterility, umělého přerušení těhotenství bez lékařské indikace a s tím souvisejících komplikací nebo obtíží souvisejících s těhotenstvím, pokud je nelze

doložit vyšetřením provedeným objektivními vyšetřovacími metodami (laboratorními, zobrazovacími apod.) jako nemoc a pokud si nevyžádaly hospitalizaci pojištěné po dobu alespoň 3 po sobě jdoucích dnů. Pojistnou událostí však není pracovní neschopnost, která je těhotné pojištěné vystavena jen z preventivních důvodů, například kvůli faktorům pracovního prostředí nebo z důvodu potřeby dohledu nad těhotenstvím.

Připojištění pro případ léčení úrazu
Připojištění pro případ léčení úrazu se sjednává pro případ, kdy v době trvání pojištění dojde k úrazu uvedenému v Oceňovací tabulce, nebo jemu podobnému, a k jeho léčení. Je možné ho sjednat jako pojištění pro případ léčení vážnějších úrazů, nebo ho rozšířit pojištěním léčení drobných úrazů.
Pojistné plnění má podobu denních dávek za dobu trvání nezbytného léčení úrazu, v maximální výši stanovené v Oceňovací tabulce. Pojistné plnění vyplácíme pouze za dobu, kdy pojištění trvá, po jeho skončení již neplníme, i kdyby léčení úrazu trvalo a nebyla dosažena maximální doba dle Oceňovací tabulky.
Pojistná částka tohoto připojištění musí být úměrná výši příjmů pojištěného. Pokud při šetření pojistné události zjistíme, že pojistná částka přiměřená není, můžeme ji v souladu s pojistnými podmínkami snížit.
Pojistné plnění neposkytneme za výhřez meziobratlové ploténky ani jiné onemocnění páteře, pokud nemá za následek poškození míchy či zlomeninu obratle, nebo pokud úraz nebo jeho následek souvisel s poškozením patologicky změněných kostí, svalů, šlach, vazů nebo pouzder kloubů, i když se do okamžiku úrazu příznaky neprojevily, nebo pokud úraz vedl ke vzniku nebo zhoršení kýly či vzniku nebo zhoršení neinfekčních zánětů kloubů, šlach, šlachových pochev, svalových úponů nebo tíhových váčků.

Připojištění pro případ hospitalizace
Připojištění pro případ hospitalizace se sjednává pro případ, kdy v době trvání pojištění dojde k hospitalizaci pojištěného v důsledku úrazu nebo nemoci, a to na území České republiky, nebo za určitých okolností, daných akutností stavu pojištěného, také jinde na území EU, EHP, Spojeného království Velké Británie a Severního Irska nebo Švýcarska.
Pojistné plnění má podobu denních dávek za dobu trvání hospitalizace, pokud trvá alespoň jeden den nebo déle než tři dny, a to ve výši pojistné částky nebo jejího násobku (podle délky trvání hospitalizace), za každou půlnoc, kterou pojištěný v nemocnici stráví. Pojistné plnění vyplácíme pouze za dobu, kdy pojištění trvá, po jeho skončení již neplníme, i kdyby hospitalizace trvala. Pojistné plnění poskytneme nejvýše za 730 dní hospitalizace z jedné pojistné události, nebo z více souvisejících událostí.
Pojistné plnění nevyplatíme, pokud hospitalizace nastala z důvodu duševní choroby nebo změny psychického stavu (kromě vyjmenovaných diagnóz), léčení jakékoliv závislosti, v souvislosti s kosmetickými, plastickými nebo jinými obdobnými výkony, umělého oplodnění nebo léčení sterility, umělého přerušení těhotenství bez lékařské indikace a s tím souvisejících komplikací nebo z důvodu potřeby poskytnutí jakékoliv ošetřovatelské nebo paliativní péče pojištěnému, například v léčebnách dlouhodobě nemocných nebo hospicích.

Připojištění pro případ smrti nebo invalidity nebo závažného onemocnění a pojištění dvojice osob
Tato připojištění mají charakter příslušných výše uvedených připojištění a sjednávají se jako pojištění prvního rizika. To znamená, že pojistné plnění vyplatíme v případě první pojistné události, která z příčiny některého z pojištěných pojistných nebezpečí nastane. První pojistnou událostí pak takové připojištění zanikne.

Co potřebujete vědět o pojistné události?

Jak a kdo nám může pojistnou událost oznámit?
Pokud nastane událost, o které se vy nebo oprávněná osoba domníváte, že je událostí pojistnou, musíte nám to oznámit bez zbytečného odkladu. Oznámit nám pojistnou událost může každá osoba, která má zájem na pojistném plnění, pro výplatu plnění je však nezbytné, aby právo na plnění uplatnila oprávněná osoba.
Náklady spojené s uplatňováním nároku hradí ten, kdo nárok uplatňuje, pokud se nedohodneme jinak.
Pojistnou událost lze jednoduše a rychle oznámit prostřednictvím webové aplikace na www.youplus.cz nebo jinými způsoby, které jsou popsány na našich webových stránkách.

Jak postupujeme po oznámení škodní události?
Po oznámení škodní události zahájíme bezodkladně naše šetření, které je nezbytné pro zjištění, zda, v jakém rozsahu a komu jsme povinni poskytnout pojistné plnění. Během šetření budeme potřebovat součinnost pojištěného, můžeme ho například požádat o předložení potřebné dokumentace nebo o absolvování lékařské prohlídky.
Na skončení šetření máme tři měsíce, pokud nám však nebude poskytována potřebná součinnost ze strany pojištěného nebo jiné osoby, lhůta k šetření nám neběží. Šetření je skončeno, jakmile jeho výsledek oznámíme oprávněné osobě, pojistné plnění pak vyplatíme do patnácti dnů.

Co musíte vědět o pojistném plnění?

Komu poskytujeme pojistné plnění v případě pojistné události?
Pojistné plnění poskytneme oprávněné osobě ve výši a způsobem dle pojistné smlouvy.
Oprávněnou osobou je zpravidla pojištěný, pokud pojistné podmínky neurčí jinak.
V případě pojištění pro případ smrti je oprávněnou osobou obmyšlený, kterého můžete, ale nemusíte, v pojistné smlouvě určit. Obmyšleného můžete určit buď jménem, příjmením a datem narození, nebo jeho osobním vztahem k pojištěné osobě. Takovým vztahem ale může být jen vztah, který nám v době pojistné události umožní takovou osobu jednoznačně určit, tedy například manželka, otec, syn nebo děti. Obmyšlených osob můžete určit i více, pokud neurčíte zároveň jejich podíl na plnění, rozdělíme mezi ně plnění rovným dílem. Určení obmyšlené osoby je vždy odvolatelné a obmyšlené osoby můžete po dobu trvání pojištění měnit. Pokud však nejste pojištěnou osobou, můžete obmyšlené osoby určovat, měnit nebo měnit jejich podíl na plnění jen se souhlasem pojištěného. Pokud není obmyšlená osoba určena, vyplatí se pojistné plnění manželovi pojištěného a není-li ho, pak jeho dětem. Pokud nemá pojištěný děti, vyplatí se plnění jeho rodičům a není-li jich, pak jeho dědicům.

Jak poskytujeme pojistné plnění?
Pojistné plnění můžeme oprávněné osobě poskytnout jednorázově, nebo i opakovaně, v závislosti na tom, jaké pojištění bylo sjednáno.
Výše pojistného plnění se určí v závislosti na sjednané pojistné částce způsobem, který podrobně popisují pojistné podmínky. Pokud není určeno jinak, je pojistná částka konstantní, tedy pevně stanovená a stejná po celou dobu trvání pojištění, nebo pokud ji po dohodě s námi nezměníte. Některá připojištění umožňují sjednat si pojistnou částku také jako anuitně klesající, která se každý měsíc snižuje o určitou část, podobně jako třeba nesplacená část vaší hypotéky. Pojistnou částku některých připojištění můžete sjednat také jako lineárně klesající, která se pak každý rok snižuje o stejnou část.
Pokud se výše pojistného plnění určuje podle našich Oceňovacích tabulek, je pro výpočet plnění rozhodná tabulka, která byla platná v době, kdy bylo jednotlivé připojištění sjednáno. Pojistné podmínky příslušného připojištění popisují způsob, jakým se pomocí Oceňovacích tabulek stanoví konkrétní výše pojistného plnění.
Pojistné plnění je splatné v České republice a v české měně, pokud se s vámi výslovně nedohodneme jinak.

Z jakých důvodů pojištění zaniká?

Pojistná smlouva a pojištění mohou zaniknout z důvodů, které jsou uvedeny v zákoně nebo v pojistných podmínkách, tedy zejména pokud se na tom společně dohodneme, pokud dáte vy nebo my výpověď nebo pokud vy nebo my odstoupíme od pojistné smlouvy. Pojištění zanikne také uplynutím doby, na kterou bylo sjednáno, úmrtím pojištěného, případně i úmrtím pojistníka nebo zánikem pojistného zájmu. Pojištění může zaniknout i tehdy, pokud neuhradíte pojistné ani ve lhůtě, kterou vám k tomu určíme, nebo pokud odmítneme vyplatit pojistné plnění.
Některá pojištění mohou zaniknout i pojistnou událostí, takovouto informaci se dočtete v pojistných podmínkách příslušného tarifu.
Způsoby zániku vám podrobně popisujeme ve Všeobecných pojistných podmínkách, zejména v jejich článku 16.

Co se stane, když neuhradíte první pojistné?
Pojištění zaniká od počátku tehdy, pokud neuhradíte první pojistné ve lhůtě stanovené v pojistných podmínkách. Nezapomeňte proto prosím první pojistné uhradit včas!

Kdy můžete odstoupit od pojistné smlouvy?
Od pojistné smlouvy máte právo odstoupit do dvou měsíců ode dne, kdy zjistíte, že došlo k porušení naší povinnosti při sjednávání pojištění odpovědět vám úplně a pravdivě na vaše písemné dotazy, nebo povinnosti upozornit vás na nesoulad mezi vašimi požadavky a nabízeným pojištěním, pokud jsme si jich museli být vědomi.
Odstoupit od pojistné smlouvy můžete také ve lhůtě třiceti dnů ode dne, kdy jsme spolu pojistnou smlouvu životního pojištění uzavřeli. Pro odstoupení od smlouvy nemusíte mít žádný důvod, můžete odstoupit z jakéhokoliv důvodu a nemusíte nám důvod ani sdělit.
V uvedených lhůtách je potřeba, aby nám bylo vaše odstoupení doručeno. Odstoupení od smlouvy nám musíte zaslat písemně, a to na naši kontaktní adresu. K odstoupení bez udání důvodu můžete využít i formulář, který je k dispozici na našich webových stránkách www.youplus.cz v sekci Dokumenty.
Pokud byla pojistná smlouva sjednána výhradně prostřednictvím prostředku komunikace na dálku, můžete od ní odstoupit písemným odstoupením odeslaným na naši kontaktní adresu do 30 dnů ode dne, kdy jste od nás obdrželi sdělení o uzavření pojistné smouvy na dálku, nebo ode dne, kdy vám byly sděleny pojistné podmínky, pokud k tomuto sdělení dojde na vaši žádost až po uzavření pojistné smlouvy. Pokud zjistíte, že jsme vám poskytli ve vztahu k uzavírané pojistné smlouvě klamavý údaj, máte právo od smlouvy odstoupit do tří měsíců ode dne, kdy jste se o tom dozvěděl/a nebo dozvědět měl/a a mohl/a.
Odstoupením od pojistné smlouvy zanikne tato smlouva od počátku a vzájemně si vrátíme, co jsme si na základě uzavřené pojistné smlouvy již plnili. My vám tedy vrátíme pojistné, odečteme od něj ale to, co jsme již z pojištění vyplatili jako pojistné plnění. Pokud pojistné plnění přesahuje vámi zaplacené pojistné, vyžádáme si tento přeplatek zpět. Pokud odstupujete od pojistné smlouvy, mějte prosím tuto skutečnost na paměti.
Pokud svého práva na odstoupení od smlouvy nevyužijete, bude smlouva trvat za dojednaných podmínek.

Jaké tedy máte povinnosti a co se stane při jejich porušení?

Pokud vy, pojištěný, oprávněná nebo obmyšlená osoba porušíte své povinnosti, můžeme vám vypovědět pojistnou smlouvu, odstoupit od ní, odmítnout pojistné plnění, nebo může pojištění zaniknout.
Z toho důvodu je důležité, aby všichni účastníci své povinnosti znali a dodržovali.
Vaší povinností, a podle okolností i povinností pojištěné nebo oprávněné osoby, je zejména:

- seznámit pojištěné a oprávněné osoby s obsahem pojistné smlouvy a s tím, jak budeme zpracovávat jejich osobní údaje;
- před sjednáním pojištění pravdivě a úplně zodpovědět naše písemné dotazy, které jsou obsažené v návrhu pojistné smlouvy a našich dotaznících. Protože tyto odpovědi jsou naprosto zásadní pro naše rozhodnutí, zda přijmeme pojištěné osoby do pojištění a za jakých podmínek, má nepravdivé nebo neúplné zodpovězení těchto otázek za následek, že můžeme od vaší pojistné smlouvy odstoupit nebo odmítnout vyplatit pojistné plnění;
- platit řádně a včas sjednané pojistné. Pokud nám pojistné neuhradíte řádně a včas, k jeho úhradě vás písemně vyzveme a stanovíme vám dodatečnou lhůtu k jeho zaplacení. Pokud pojistné neuhradíte ani v této lhůtě, která nebude kratší než měsíc, pojištění zaniká. Tento následek vám v naší výzvě určitě připomeneme;
- pokud dojde ke změně vašich osobních nebo kontaktních údajů, nebo jiné důležité změně, takovou změnu nám oznámit. Pokud to neučiníte, může se stát, že vám bez naší viny nebudeme schopni doručit důležité dokumenty a informace, nebo vás nedokážeme kontaktovat. Pokud by vám tím vznikla nějaká újma, neponeseme za ni odpovědnost;
- pokud nastane škodní událost, bez zbytečného odkladu nám to oznámit a podat nám pravdivá vysvětlení o jejím vzniku a rozsahu. Pokud tak neučiníte, můžeme pojistné plnění nevyplatit;
- pokud si je od některého účastníka pojištění vyžádáme, poskytnout nám potřebné informace, dokumenty nebo jinou součinnost, která bude při šetření pojistné události třeba. Pokud nám taková součinnost poskytnutá nebude, nebudeme moci skončit naše šetření a poskytnout pojistné plnění.

Informace o daních souvisejících s pojištěním

Pojistné, které nám hradíte jako cenu za pojistnou ochranu, může být předmětem daně. V současné době je pojistné osvobozeno od daně z přidané hodnoty a není předmětem ani jiné daně. Pokud by se v budoucnosti stalo pojistné předmětem daně, jde o důvod, na jehož základě vám můžeme upravit výši pojistného.
Pojistné plnění, které vyplatíme oprávněné osobě z pojištění pro případ smrti, úrazu nebo nemoci, může být předmětem daně. Pro osoby, které jsou daňovými rezidenty v České republice, podléhá pojistné plnění dani z příjmu, ke dni vyhotovení těchto informací je však od této daně osvobozeno.
Pro informaci o tom, zda je předmětem daně ve státě daňové rezidence oprávněné osoby, nebo i našeho občana v době výplaty pojistného plnění, sledujte prosím aktuální aplikovatelné právní předpisy.

Informace o identifikaci účastníků pojištění

Jako pojišťovna jsme povinni provádět identifikaci pojistníka, pojištěného, zastupujících osob, oprávněných osob a příjemců pojistného plnění podle zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu. Za tímto účelem si před sjednáním pojištění i v jeho průběhu budeme vyžadovat informace o vaší totožnosti a totožnosti těchto osob a také budeme potřebovat vidět váš identifikační doklad.
Za stejným účelem se vás budeme ptát, jestli jste vy nebo některá z těchto osob politicky exponovanou osobou, na což musíme dostat pravdivou odpověď. Pokud by se později tato informace změnila, máte povinnost nám to oznámit. Aktuální definice politicky exponované osoby je součástí návrhu pojistné smlouvy, ale v čase se může měnit, pokud dojde ke změně výše uvedeného zákona.

Tyto informace pro zájemce o uzavření pojistné smlouvy jsou účinné od **13. 6. 2022**

Všeobecné pojistné podmínky 0521
Životní pojištění 4U

platné od 4. 5. 2021

YOUPLUS Assurance AG, FL-9495 Triesen, Austrasse 14, Lichtenštejnské knížectví, zapsaná v obchodním rejstříku Lichtenštejnského knížectví pod číslem FL-0002.038.147-0, jednající prostřednictvím své organizační složky

YOUPLUS Životní pojišťovna, pobočka pro Českou republiku, se sídlem Přízova 526/5, Trnitá, 602 00 Brno, Česká republika, IČ: 139 91 418, společnost je zapsána v obchodním rejstříku vedeném Krajským soudem v Brně pod sp. zn. A 26894.

Kontaktní adresa: YOUPLUS Životní pojišťovna, Vlněna Office Park, Přízova 5, 602 00, Brno; info@youplus.cz.

1. Používané pojmy

V pojistných podmínkách používáme následující pojmy, které vám rádi vysvětlíme:

1.1. Pojmy, týkající se účastníků pojištění:

My, tedy společnost YOUPLUS Životní pojišťovna, pobočka pro Českou republiku, se sídlem Přízova 526/5, Trnitá, 602 00 Brno, Česká republika, IČ: 139 91 418, společnost je zapsána v obchodním rejstříku vedeném Krajským soudem v Brně pod sp. zn. A 26894, jsme pojistitelem.
Vy jste zájemcem o pojištění, pokud máte zájem s námi pojistnou smlouvu uzavřít, nebo pojistníkem, pokud s námi pojistnou smlouvu uzavřete.
Pojištěným je fyzická osoba, na jejíž život nebo zdraví se pojištění vztahuje.
Oprávněnou osobou je osoba, které v důsledku pojistné události vzniká právo na pojistné plnění.
Obmyšlenou osobou je osoba určená v pojistné smlouvě, které vzniká právo na plnění v případě smrti pojištěného.

1.2. Pojmy, týkající se produktu:

Produktem je tento produkt Životního pojištění 4U, ve variantě Rizikové životní pojištění 4U nebo Investiční životní pojištění 4U.
Tarifem je druh pojištění nebo připojištění, uvedený v Doplňkových pojistných podmínkách pro Rizikové životní pojištění 4U, Doplňkových pojistných podmínkách pro Investiční životní pojištění 4U nebo v Pojistných podmínkách tarifu připojištění, který je označený specifickým číslem tarifu.
Hlavním pojištěním je pojištění pro případ smrti, případně pro případ smrti nebo dožití prvního (hlavního) pojištěného. Podmínkou trvání pojistné smlouvy je trvání hlavního pojištění.
Připojištěním jsou doplňková pojištění, která jsou pojistnou smlouvou sjednaná k hlavnímu pojištění. Během trvání pojistné smlouvy můžete po dohodě s námi jednotlivá připojištění sjednávat nebo měnit, nebo i jednostranně ukončit za podmínek předvídaných pojistnou smlouvou či pojistnými podmínkami. Pokud však ukončíte nebo zanikne hlavní pojištění, zaniknou spolu s ním i všechna sjednaná připojištění všech osob pojištěných touto pojistnou smlouvou.
Pojistnými podmínkami jsou všechny pojistné podmínky produktu, tedy tyto Všeobecné pojistné podmínky, které jsou společné pro všechna pojištění, Doplňkové pojistné podmínky pro Rizikové životní pojištění 4U nebo Doplňkové pojistné podmínky pro Investiční životní pojištění 4U (v závislosti na sjednané variantě), Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci a dále Pojistné podmínky pro jednotlivé tarify připojištění.

1.3. Pojmy, týkající se pojistné smlouvy:

Pojistnou smlouvou je smlouva, kterou s vámi uzavíráme.
Návrhem na uzavření pojistné smlouvy je konkrétní nabídka na uzavření pojistné smlouvy, kterou vám předkládáme my, příp. pojišťovací zprostředkovatel, s cílem pojistnou smlouvu s vámi uzavřít. Návrh vám předkládáme prostřednictvím formuláře, který obsahuje naši i vaši identifikaci, identifikaci všech pojištěných, oprávněných či obmyšlených osob a sjednaná pojištění a připojištění, včetně pojistných částek. Formulář návrhu může obsahovat také zdravotní nebo jiné dotazníky. Nevyplývá-li z textu příslušných ustanovení pojistných podmínek jinak, co platí o návrhu na uzavření pojistné smlouvy, platí o návrhu na změnu pojistné smlouvy přiměřeně.
Pojistným zájmem je vaše oprávněná potřeba ochrany před následky pojistné události. Pokud nemáte pojistný zájem, nemůžete pojistnou smlouvu platně uzavřít. Vaším pojistným zájmem je vždy ochrana vašeho vlastního života a zdraví. Máme za to, že máte pojistný zájem i na životě a zdraví pojištěné osoby, je-li dán vaším vztahem k této osobě, nebo pokud dal pojištěný souhlas k pojištění.
Dotazníkem máme na mysli formulář, prostřednictvím kterého vám a pojištěným osobám pokládáme naše písemné otázky před sjednáním pojištění nebo jeho změnou. Zjišťujeme jím zpravidla zdravotní stav pojištěného, informace o jeho povolání nebo volnočasových aktivitách, může ale obsahovat i otázky na jiné skutečnosti, které potřebujeme vědět pro správné ohodnocení pojistného rizika. To, co platí pro dotazník, platí i pro doplňující dotazy a doplňující prohlášení, která si s vámi nebo pojištěným vzájemně vyměníme v rámci hodnocení pojistných rizik při jednání o uzavření pojistné smlouvy nebo její změny.
Pojistným rizikem je míra pravděpodobnosti vzniku pojistné události vyvolané pojistným nebezpečím. Míru pojistného rizika ovlivňuje zejména věk pojištěného, jeho zdravotní stav, povolání nebo vykonávané sporty.
Pojistným nebezpečím je možná příčina vzniku pojistné události, například smrt, úraz nebo nemoc, která je vždy uvedena v příslušných Doplňkových pojistných podmínkách nebo Pojistných podmínkách pro daný tarif připojištění.
Pojistnou dobou je doba, na kterou bylo pojištění sjednáno. Je vyjádřena v letech od počátku pojištění nebo dnem počátku a konce pojištění; pojistná doba začíná dnem počátku pojištění a končí dnem určeným jako konec pojištění nebo uplynutím příslušného počtu let pojistné doby, přičemž v takovém případě je konec pojištění den, který předchází dni, který se pojmenováním nebo číslem shoduje se dnem, na který připadá počátek pojištění (není-li takový den v měsíci, připadne konec lhůty na jeho poslední den). Pojistná doba jednotlivých připojištění končí však vždy nejpozději posledním dnem pojistné doby hlavního pojištění.
Pojistným obdobím je takové časové období, za které nám pravidelně platíte pojistné. Pojistné období jsme si s vámi dohodli v pojistné smlouvě a odpovídá vždy frekvenci placení. S případnou změnou frekvence placení se tedy mění i délka pojistného období.
Pojistnou částkou je základní částka sjednaná v pojistné smlouvě, ze které vypočítáme pojistné plnění, dojde-li k pojistné události.

1.4. Pojmy, týkající se pojištění:

Obnosovým pojištěním je pojištění, které nás zavazuje poskytnout v případě pojistné události jednorázové či opakované pojistné plnění v rozsahu, který jsme si s vámi sjednali. Všechna pojištění a připojištění, která s námi máte na základě vaší pojistné smlouvy sjednána, jsou obnosová, pokud není uvedeno jinak.
Odkupným je částka, kterou vyplatíme pojistníkovi při předčasném ukončení životního pojištění. Právo na odkupné z pojištění a připojištění vzniká jen tehdy, pokud to pojistné podmínky výslovně uvádí.

1.5. Pojmy, týkající se pojistné události:

Pojistná událost je nahodilá událost rámcově vymezená v pojistné smlouvě, která je důvodem vzniku práva na poskytnutí pojistného plnění. Pojistná událost pro jednotlivá pojištění a připojištění je definována vždy příslušnými pojistnými podmínkami takového tarifu. Pokud pojištěný, oprávněná osoba, nebo i jiná osoba z jejich popudu vyvolá škodní událost úmyslně, v úmyslu získat pojistné plnění, nemůžeme takovou událost považovat za nahodilou a není proto nikdy událostí pojistnou.

Příčinou pojistné události je taková skutečnost, která přímo vedla ke vzniku pojistné události, nebo která ke vzniku pojistné události významně přispěla, a to i když lze poukázat i na jiné možné příčiny.
Pojistné plnění je peněžní plnění, které poskytneme oprávněné osobě v případě vzniku pojistné události.

2. Co musíte vědět o vaší pojistné smlouvě?

2.1. Pojistnou smlouvu, kterou s námi uzavíráte, tvoří formulář návrhu na uzavření nebo změnu pojistné smlouvy a jeho přílohy, příslušné **pojistné podmínky** ve verzi, která je uvedena na formuláři návrhu, a je-li sjednáno příslušné připojištění, ke kterému se vztahuje, pak také **Oceňovací tabulka léčení úrazu** a/nebo **Oceňovací tabulka trvalých následků úrazu, Sazebník poplatků** a případně i jiné dokumenty a jiná ujednání, která budou vždy uvedena ve formuláři návrhu pojistné smlouvy. Kromě těchto dokumentů se budeme řídit i ustanoveními zákona č. 89/2012 Sb., Občanského zákoníku. Ustanovení pojistné smlouvy mají také vždy přednost před ustanoveními zákona.

2.2. Pojistnou smlouvou se vám zavazujeme, že oprávněné osobě poskytneme plnění, nastane-li pojistná událost, a vy se nám za to zavazujete zaplatit pojistné.

2.3. Pojistná smlouva stanoví práva a povinnosti všech účastníků pojištění, tedy nejen vaše, ale také povinnosti pojištěných nebo oprávněných osob, pokud uplatňují právo na pojistné plnění. **Všechny tyto osoby, včetně vás, se musí s pojistnou smlouvou seznámit.**

2.4. K platnosti pojistné smlouvy se vyžaduje, aby byl prokázán váš pojistný zájem. Pokud by se ukázalo, že váš pojistný zájem neexistoval, je smlouva neplatná; pokud jsme o tom však nevěděli ani nemohli vědět, náleží nám odměna odpovídající sjednanému pojistnému až do doby, kdy jsme se o této neplatnosti dozvěděli.

2.5. Pojistná smlouva se uzavírá na pojistnou dobu hlavního pojištění, uvedenou ve formuláři návrhu pojistné smlouvy. Jednotlivá připojištění lze sjednat i na kratší pojistnou dobu, než je pojistná doba hlavního pojištění, nejdéle však na dobu trvání hlavního pojištění. Tato doba je vždy také uvedena ve formuláři návrhu na uzavření nebo změnu pojistné smlouvy.

2.6. Pojištění vzniká v 0:00 hodin dne uvedeného ve formuláři návrhu na uzavření pojistné smlouvy jako požadovaný počátek pojištění. Pokud dojde k uzavření pojistné smlouvy až po tomto dni, vzniká pojištění v 0:00 hodin dne uzavření pojistné smlouvy. Datum počátku pojištění je uveden v pojistce.

2.7. Pokud by mezi pojistnými podmínkami a návrhem na uzavření pojistné smlouvy nebo mezi pojistnými podmínkami **navzájem byly rozpory**, pak ustanovení návrhu na uzavření pojistné smlouvy mají vždy přednost před ustanoveními pojistných podmínek, ustanovení příslušných Doplňkových pojistných podmínek pro sjednanou variantu produktu a ustanovení Zvláštních pojistných podmínek pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci mají přednost před ustanoveními těchto Všeobecných pojistných podmínek.

3. Jak budeme pojistnou smlouvu uzavírat nebo měnit?

3.1. Pojistnou smlouvu i všechny její změny s námi můžete sjednat pouze písemně. Pokud to pro některé právní jednání výslovně umožníme, můžete pro uzavření nebo změnu smlouvy využít i prostředků komunikace na dálku, například našeho klientského portálu, nebo návrh smlouvy přijmout uhrazením pojistného.

3.2. Pokud by byly o platnosti uzavření pojistné smlouvy nebo o platnosti sjednání její změny v budoucnu pochybnosti, týkající se jen náležitostí podpisu, a pokud zároveň uhradíte první pojistné, platí, že náš návrh na uzavření pojistné smlouvy nebo její změnu byl přijat zaplacením tohoto prvního pojistného, nebo běžného pojistného po příslušné změně.

3.3. Vaší povinností při jednání o uzavření pojistné smlouvy nebo její změně, je zejména:

- pravdivě a úplně odpovědět na všechny naše písemné dotazy týkající se sjednávaného nebo měněného pojištění, včetně dotazů týkajících se zdravotního stavu, nebo činností, které pojištěný vykonává, a nic podstatného nám nezamlčet;
- povinně uvést v pojistné smlouvě správné datum narození u všech pojištěných osob;
- seznámit každého pojištěného a další oprávněné osoby s obsahem pojistné smlouvy a s tím, jakým způsobem jsou zpracovávány jejich osobní údaje.

3.4. Při jednání o uzavření pojistné smlouvy nebo její změně, ale i kdykoliv v době trvání pojištění, máte také povinnost:

- poskytnout nám potřebnou součinnost při identifikaci a kontrole vás i všech pojištěných nebo oprávněných osob, případně také plátců pojistného, a to v souladu s požadavky platné legislativy, zejména zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, a oznamovat nám všechny podstatné změny těchto skutečností;
- oznámit nám, že se jste vy nebo pojištěný stali politicky exponovanými osobami ve smyslu výše uvedeného zákona, a oznamovat nám změny takové skutečnosti;
- oznámit nám, že jste daňovými rezidenty i v jiném státě než v České republice a/nebo americkými osobami, pokud jsme se vás na takovou skutečnost při sjednání pojištění nebo i později ptali, a oznamovat nám změny těchto skutečností.

Pojištěný má tyto povinnosti obdobně.

3.5. Návrh na uzavření pojistné smlouvy nebo na její změnu vám předkládáme vždy my jako pojistitel, případně i prostřednictvím pojišťovacího zprostředkovatele. Pokud máte zájem pojistnou smlouvu s námi uzavřít, nebo již uzavřenou pojistnou smlouvu změnit, **můžete nás požádat o předložení návrhu** pojistné smlouvy nebo její změny. Pokud budeme mít zájem pojistnou smlouvu s vámi uzavřít, nebo na požadovanou změnu přistoupit, předložíme vám příslušný návrh, obsahující všechny zákonné náležitosti a podmínky takového návrhu. Vaše žádost o předložení návrhu pojistné smlouvy nebo její změny, pokud neobsahuje všechny podstatné náležitosti návrhu, tedy není nabídkou, ale nabídkou je až předložení konkrétního návrhu námi, případně pojišťovacím zprostředkovatelem.

3.6. Návrh, který jsme vám předložili, je nutné přijmout a doručit nám ve lhůtě, která je v něm uvedená. Pokud návrh nepřijmete ve lhůtě uvedené v návrhu, nebo pokud takovou lhůtu návrh neobsahuje nejpozději do jednoho měsíce od data jeho vyhotovení, návrh na uzavření nebo změnu pojistné smlouvy pozbývá platnosti. I pozdní přijetí návrhu na uzavření nebo změnu pojistné smlouvy můžeme akceptovat, pokud vás o tom bezodkladně po jeho obdržení vyrozumíme.

3.7. Pokud jsme vám předložili více návrhů na uzavření stejné pojistné smlouvy, označených stejným číslem návrhu, s dodatkem odlišujícím jeho verzi, **přijetím prvního z návrhů pozbývají ostatní platnosti, a nemůžete je již přijmout**. Pro posouzení, které návrhy pozbyly platnosti, je rozhodující okamžik, kdy se dozvíme o přijetí prvního z návrhů.

3.8. Návrh můžete přijmout pouze v té podobě, jak byl vytvořen v našem systému. Pokud se návrh bude jakkoliv lišit od verze vytvořené v našem systému, např. je elektronicky nebo ručně pozměněný, obsahuje dodatky nebo odchylky, pozbývá takovým pozměněním nebo doplněním okamžitě platnosti a nemůžete jej již přijmout, a to i kdyby nebyly podstatně změněny jeho podmínky.

3.9. Pojistná smlouva je uzavřena nebo změněna okamžikem, kdy obdržíme vámi přijatý návrh.

3.10. Pokud se pojistná smlouva **uzavírá nebo mění na papíře**, obdržíme vámi přijatý návrh okamžikem **doručení jednoho originálu na naši kontaktní poštovní adresu**. Pokud je **návrh podepsaný v elektronické podobě** prostřednictvím našeho portálu, případně v portálu zprostředkovatele, je nám návrh **odeslaný a doručený automaticky** po jeho podpisu prostřednictvím námi určeného technického zařízení, umožňujícího elektronický záznam podoby vlastnoručního podpisu, nebo i jiným způsobem, pokud to výslovně umožníme. Pokud je pojistnou smlouvou pojišťováno více pojištěných, pak je nám elektronický návrh doručený nejdříve po podpisu všemi pojištěnými osobami nebo jejich zástupci.

3.11. Pojištění se nepřerušuje neplacením pojistného, pokud si s vámi výslovně neujednáme něco jiného.

4. Jak postupujeme po uzavření pojistné smlouvy?

4.1. Bezprostředně po uzavření pojistné smlouvy posoudíme informace o pojištěných osobách a o jejich zdraví, které jste nám uvedli při sjednávání pojistné smlouvy, a také další informace uvedené v dotazníku. Po vyhodnocení těchto informací a ohodnocení pojistného rizika vám můžeme navrhnout novou výši pojistného, změnu sjednané pojistné ochrany, nebo také individuální výluku, případně pojištění do dvou měsíců od sjednání pojistné smlouvy vypovědět.

4.2. K posouzení zdravotního stavu můžeme pojištěné osoby také požádat o doložení zdravotnické dokumentace, nebo je vyzvat, aby dle našich pokynů absolvovaly lékařskou prohlídku. Náklady spojené s tím, že nám pojištěné osoby vyhoví, neseme pochopitelně my, pouze však do limitu stanoveného Sazebníkem poplatků. Pokud by tento limit nebyl v konkrétním případě dostatečný, můžeme na žádost pojištěného pokrýt i náklady vyšší.

4.3. Pokud náš návrh na změnu pojistné smlouvy nepřijmete, ani se s námi nedohodnete jinak, pojistnou smlouvu ukončíme výpovědí v zákonné lhůtě dvou měsíců od jejího sjednání. V takovém případě, za podmínky že nedošlo k pojistné události, vám vrátíme celé zaplacené pojistné.

4.4. Pravdivost a správnost informací a údajů, které jste nám vy nebo pojištěný uvedli v pojistné smlouvě a v našich dotaznících, si můžeme kdykoliv po uzavření pojistné smlouvy ověřit a požádat vás o jejich prokázání. Stejně tak vás můžeme kdykoliv v době trvání pojištění požádat o aktualizaci uvedených skutečností, zejména jestli pojištěný změnil svůj příjem nebo ekonomickou činnost.

5. Kdy vám vydáme pojistku?

5.1. Jako potvrzení o uzavření pojistné smlouvy vám vydáme pojistku. Pojistku vám vydáme v případě včasného přijetí návrhu a jeho doručení k nám, nejdříve však po ukončení hodnocení pojistných rizik a úhradě prvního pojistného. Pokud jsme vám na základě hodnocení pojistných rizik navrhli změnu pojistné smlouvy, vydáme vám pojistku jen pokud byl takový návrh na změnu přijat. Pokud vydáme pojistku ještě před ukončením hodnocení pojistných rizik, je taková pojistka potvrzením o uzavření pojistné smlouvy, ale nenastávají jiné následky, které s vydáním pojistky Pojistné podmínky spojují.

5.2. Pokud pojistnou smlouvu ještě před vydáním pojistky ukončíme v prvních dvou měsících jejího trvání, některá ze smluvních stran od smlouvy odstoupí, nebo pokud neuhradíte první pojistné a pojištění tak zanikne od počátku, pojistku vám nevydáme.

5.3. Dojde-li ke ztrátě nebo poškození pojistky, vydáme vám na vaši žádost a náklad druhopis pojistky. Původní pojistka tímto pozbývá své platnosti.

5.4. Pokud dojde ke změně pojistné smlouvy, kterou se stanou podstatné údaje o pojistné smlouvě uvedené v pojistce neaktuální, vydáme vám vždy novou pojistku. I v tomto případě pozbývá původní pojistka platnosti.

6. Kdy můžeme pojistnou smlouvu změnit sami?

6.1. Pojistnou smlouvu nemůžeme měnit bez dohody s vámi, s výjimkou změn, které jsou uvedené a popsané v tomto článku.

6.2. Během trvání pojištění může dojít k **úpravě výše poplatků uvedených v Sazebníku poplatků**, a to pokud došlo ke změně podmínek, ze kterých jsme vycházeli při jejich stanovení. Takovou změnou je zejména zvýšení našich administrativních nákladů, a to zejména z důvodu zvýšení cen dodavatelských služeb, jako je například poštovné, nebo z důvodu navýšení frekvence vyžadovaných administrativních úkonů. Ze stejného důvodu, nebo také protože nám některé povinnosti přibydou, nebo své služby rozšíříme, můžeme Sazebník poplatků **o nové poplatky** doplnit. Pokud bychom poplatky pouze snižovali nebo rušili, nemusíme vám to výslovně oznámit.

6.3. V souvislosti se změnami podmínek rozhodných pro stanovení výše pojistného, s výjimkou změny věku a zdravotního stavu pojištěných osob, vám můžeme **upravit nově výši pojistného** za vaši pojistnou smlouvu na následující pojistná období. Novou výši pojistného jsme povinni vám sdělit nejpozději ve lhůtě 2 měsíců před splatností pojistného za pojistné období, ve kterém se má pojistné změnit. Za změnu podmínek rozhodných pro stanovení výše pojistného považujeme zejména:

- nabytí účinnosti nových nebo změny již platných právních předpisů či změny v rozhodovací praxi soudů, změny v lékařské praxi nebo stavu lékařské vědy, mající dopad na výši pojistného plnění, zvýšení nákladů na správu pojištění, zajištění a likvidaci pojistných událostí, či zavádějící nebo měnící naši povinnost k odvodům povinných plateb, včetně daní;
- stanovení nových parametrů pro výpočet sazeb pojistného či změny v jejich posouzení, ze kterých jsme při stanovení sazeb pojistného vycházeli, např. nepříznivý vývoj statistik úrazovosti nebo nemocnosti;
- pokud je škodní poměr, tedy poměr mezi výší nastalých škod (bez vlivu zajištění) a výší čistého zaslouženého pojistného z tohoto pojistného produktu nebo jeho jednotlivého tarifu připojištění tak vysoký, že to ohrožuje trvalou splnitelnost našich závazků. To se stane tehdy, pokud se škodní poměr zvýší natolik, že čisté zasloužené pojistné po odpočtu kalkulovaných nákladů na sjednání a správu smluv nepostačuje na úhradu vzniklých pojistných událostí.

6.4. Pokud bychom přišli s novinkou, která rozšiřuje naše služby, vylepšuje podmínky vaší pojistné smlouvy nebo pojištění nebo zjednodušuje naši vzájemnou komunikaci, **můžeme vaše pojistné podmínky rovněž upravit**. Slibujeme vám, že taková změna bude ale vždy jen ve prospěch vás, pojištěného či oprávněné osoby, proto také pokud se vy nebo některá z těchto osob budete domnívat, že je to pro vás výhodnější, vždy se můžete dovolat původního znění pojistných podmínek tak, jak jsme je s vámi sjednali na počátku.

6.5. Každá změna vám bude včas písemně oznámena, a to stejným způsobem, jakým spolu komunikujeme ve věcech pojištění.

6.6. Pokud s úpravou výše pojistného, Sazebníku poplatků či pojistných podmínek nebudete souhlasit, můžete svůj **nesouhlas uplatnit písemně** do jednoho měsíce ode dne, kdy vám byla tato změna oznámena, nebo kdy byla zveřejněna na našich webových stránkách. V případě, že svůj nesouhlas uplatníte, vaše pojištění zanikne ke konci pojistného období, na které bylo pojistné zaplaceno. Na tento následek vás samozřejmě vždy upozorníme v oznámení příslušné změny.

7. Co je to pojistné?

7.1. Pojistné je úplata, kterou nám hradíte za to, že poskytujeme pojištěným osobám pojistnou ochranu sjednanou pojistnou smlouvou. Výši pojistného, které nám náleží za dohodnuté pojistné období, jsme si s vámi ujednali v pojistné smlouvě.

7.2. Pojistné je v plné výši **splatné prvním dnem každého pojistného období.**

7.3. Právo na pojistné nám vzniká dnem uzavření pojistné smlouvy a máme na něj právo po celou dobu trvání pojištění. V případě, že nastala pojistná událost, v důsledku které pojištění zaniklo, náleží nám pojistné do konce pojistného období, ve kterém pojistná událost nastala.

7.4. Platby pojistného, které byly uhrazeny před uzavřením pojistné smlouvy nebo před jeho splatností, považujeme za zálohu na nejbližší splatné pojistné, pokud nás nepožádáte o jejich vrácení.

7.5. Celkové běžné pojistné, které nám náleží za každé pojistné období, je součtem pojistného za všechna sjednaná pojištění a připojištění všech pojištěných osob uvedených v pojistné smlouvě.

7.6. Pokud to pojistnými podmínkami umožňujeme, nebo jsme si to s vámi dojednali, máte právo zaplatit další pojistné nad rámec sjednaného pojistného (tzv. mimořádné pojistné).

7.7. Pojistné považujeme za zaplacené dnem připsání celé sjednané a řádně identifikované částky pojistného (zejména variabilním symbolem) na náš bankovní účet. Před úhradou pojistného se dostatečně ujistěte o správnosti zadávaných platebních údajů, protože neodpovídáme za žádnou újmu, která může vzniknout nedostatečnou nebo nesprávnou identifikací platby pojistného. Pokud hradíte pojistné ze zahraničí, jdou veškeré poplatky spojené s takovým převodem k vaší tíži. To platí i pokud vám do zahraničí na vaši žádost vracíme přeplatek na pojistném.

7.8. Pokud pojistné nehradíte řádně a včas, máme nárok také na úhradu nákladů, které jsme museli v této souvislosti vynaložit, zejména v souvislosti s upomínkami nebo vymáháním pojistného. Aktuální paušální výši takových nákladů stanoví Sazebník poplatků.

7.9. Pokud budete mít zájem, na vaši žádost vám sdělíme zásady, kterými se řídíme při stanovení výše pojistného.

8. Jaké další poplatky si účtujeme?

8.1. Nad rámec pojistného vám můžeme předepsat i úhradu ceny dalších služeb, které vám poskytujeme, pokud jsme si to s vámi výslovně dojednali v pojistné smlouvě.

8.2. Nad rámec sjednaného pojistného vám můžeme účtovat i poplatky za úkony prováděné v souvislosti s pojištěním, zejména poplatky spojené se vznikem, správou a zánikem pojištění, uvedené dále v pojistných podmínkách nebo v Sazebníku poplatků.

8.3. V případě, že na vaši žádost provádíme některé administrativní úkony, i takové úkony mohou být zpoplatněny a tyto poplatky a jejich výše jsou vždy uvedeny v aktuálním **Sazebníku poplatků**.

9. Jaký je časový a územní rozsah pojištění?

9.1. Územní platnost pojištění neomezujeme, pokud není v Pojistných podmínkách příslušného tarifu připojištění nebo v návrhu pojistné smlouvy stanoveno jinak.

9.2. Pojištění se vztahuje na **pojistné události, ke kterým došlo v době trvání pojištění**, není-li pro příslušný tarif připojištění stanoveno jinak.

9.3. Není-li v pojistných podmínkách dále uvedeno jinak, jde-li o pojistné události z pojistného nebezpečí nemoc, vztahuje se pojištění pouze na takové

nemoci, jejichž první příznaky nastaly nejdříve v den, který byl sjednán jako den počátku pojištění. Pojištění se vztahuje také na nemoci, které nastaly a byly vyléčeny bez následků a dalšího lékařského sledování před obdobím, na které jsme se dotazovali v souvislosti s jednáním o uzavření pojistné smlouvy nebo její změny nebo v rámci hodnocení pojistných rizik. Jakmile vystavíme pojistku jako potvrzení o uzavření pojistné smlouvy nebo její změny, pojištění se vztahuje i na takové nemoci, jejichž první příznaky nastaly ještě před počátkem pojištění za podmínky, že byly uvedeny v dotazníku pojištěného před sjednáním pojištění nebo jeho změny, a pokud jsme je na základě dohody s vámi z pojistné ochrany nevyloučili. Pokud vy nebo pojištěný úmyslně nebo z nedbalosti porušíte povinnost pravdivě a úplně zodpovědět naše dotazy uvedené v dotazníku nebo nás při jednání o uzavření pojistné smlouvy nebo její změny jiným způsobem uvedete v omyl o svém zdravotním stavu, nevztahuje se pojištění na události, které nastaly přímo nebo nepřímo v důsledku nemoci, včetně jejich komplikací a zhoršení, příp. i na části těla nebo jeho funkce (např. končetina, zrak, soustava vnitřních orgánů, páteř ap.), kterých se takové porušení týká. Pojištění se v takovém případě nevztahuje ani na poruchy zdraví, pro které podle znalostí lékařské vědy taková nemoc, které se porušení týká, prokazatelně zvyšuje pravděpodobnost vzniku.

9.4. Jde-li o pojistné události z pojistného nebezpečí úraz, vztahuje se pojištění jen na takové úrazy, ke kterým došlo v době trvání pojištění. Pokud vy nebo pojištěný úmyslně nebo z nedbalosti porušíte povinnost pravdivě a úplně zodpovědět naše dotazy uvedené v dotazníku nebo nás při jednání o uzavření pojistné smlouvy nebo její změny jiným způsobem uvedete v omyl o svém zdravotním stavu, nevztahuje se pojištění na části těla nebo jeho funkce, kterých se toto porušení týká, a které byly poškozeny úrazem nebo nemocí již před sjednáním pojištění nebo jeho změnou, a to i když byly vyléčeny bez následků.

9.5. Pojištění pro případ smrti se vztahuje na smrt pojištěného, ke které došlo v době trvání pojištění. Nastala-li smrt z důvodu úrazu nebo nemoci, vztahuje se pojištění na takovou smrt za podmínek pro pojištění úrazu nebo nemoci.

9.6. Čekací nebo odkladné doby jednotlivých tarifů nejsou tímto ustanovením dotčeny.

10. Jak postupujeme při pojistné události?

10.1. Pojistnou událostí je **nahodilá událost, kterou jsme takto označili v pojistných podmínkách příslušného tarifu.**

10.2. Šetření pojistné události zahájíme na základě oznámení, které může učinit jakákoliv osoba, která má na plnění právní zájem.

10.3. Pokud nastane škodní událost, **má ten, kdo se považuje za oprávněnou osobu, povinnost zejména**:

- bez zbytečného odkladu nám příslušným způsobem **oznámit**, že taková událost nastala, podat nám pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu jejích následků, předat nám všechny potřebné dokumenty k šetření pojistné události a poskytnout nám za tímto účelem veškerou potřebnou součinnost;
- **předložit nám veškerou dokumentaci** týkající se nastalé pojistné události v českém nebo slovenském jazyce; je-li dokumentace v jiném jazyce, musí nám být předložen originál těchto dokladů včetně překladu do českého nebo slovenského jazyka. Můžeme požadovat, aby byl takový překlad vyhotoven jako úřední, a to na náklady předkladatele.

10.4. Pojištěný nebo jiná oprávněná osoba jsou dále dle okolností povinni:

- jednat tak, aby se rozsah již nastalé pojistné události **nezvětšoval** a za tímto účelem přijmout potřebná opatření;
- vyhledat bez zbytečného odkladu **lékařské ošetření** a dodržovat stanovený **léčebný režim**;
- řídit se našimi **pokyny** a postupovat způsobem, který byl dohodnut v pojistné smlouvě, zejména v Pojistných podmínkách příslušného tarifu připojištění.

10.5. V případě, že zdravotní stav pojištěného, který je zároveň oprávněnou osobou, z důvodů následků pojistné události dlouhodobě vylučuje, aby uplatnil právo na pojistné plnění osobně, a zároveň si pojištěný nezvolil jiného právního zástupce a ani mu nebyl ustanoven, a nesnese-li výplata plnění s ohledem na zájmy pojištěného jako oprávněné osoby odkladu, můžeme po posouzení okolností vyplatit pojistné plnění i bez výslovné žádosti oprávněné osoby, pokud nám jiná osoba událost oznámí a doloží nám dokumenty nezbytné k šetření pojistné události. Plnění však v takovém případě vyplatíme výhradně na bankovní účet oprávněné osoby. Takovou výplatu však můžeme v případě jakýchkoliv pochybností odmítnout. Oprávněné osoby mohou kdykoliv v době trvání pojištění takovéto zmocnění vyloučit.

10.6. Šetření je skončeno v okamžiku, kdy sdělíme výsledky šetření pojistné události osobě, která uplatnila nárok na plnění.

10.7. Pokud nemůžeme splnit svou povinnost **ukončit šetření ve lhůtě 3 měsíců** ode dne oznámení pojistné události, sdělíme osobě, která pojistnou událost oznámila, nebo uplatnila nárok na výplatu plnění, důvody, pro které nelze šetření ukončit. Na její žádost pak poskytneme oprávněné osobě přiměřenou zálohu. Poskytnutí zálohy máme právo odepřít pouze v případě, je-li pro to rozumný důvod, zejména máme-li pochybnosti, že oprávněné osobě vznikne právo na pojistné plnění. Lhůta k šetření neběží, pokud je šetření pojistné události znemožněno nebo ztíženo ze strany účastníků pojištění, oprávněné osoby, nebo jiné osoby, která si uplatnila nárok na plnění.

10.8. Ke stanovení a upřesnění povinnosti poskytnout pojistné plnění můžeme vyžadovat další dokumenty a sami provést další šetření. Vyžádáme-li si to, je pojištěný povinen dát se vyšetřit lékařem, kterého sami určíme.

10.9. Náklady v souvislosti s uplatněním nároku na pojistné plnění či šetření pojistné události nese ta strana, které náklady vzniknou. Pokud jsme však v pojistných podmínkách nebo i jiným způsobem sami přislíbili úhradu takových nákladů, pak neseme tyto náklady jenom tehdy, pokud zároveň oprávněné osobě vyplatíme pojistné plnění, a jen do výše, která je uvedena v aktuálním Sazebníku poplatků.

10.10. Pokud vzniknou nebo se zvýší naše náklady na šetření pojistné události z důvodu porušení povinností vámi, oprávněnou osobou, nebo jinou osobou, která uplatnila nárok na pojistné plnění, máme vůči této osobě právo na přiměřenou náhradu těchto dodatečně vynaložených nákladů.

11. Jak vyplácíme pojistné plnění?

11.1. Z příslušného pojištění nebo připojištění poskytujeme jednorázové nebo opakující se pojistné plnění ve výši a způsobem určeným pojistnou smlouvou. Plnění vyplatíme na základě písemné žádosti oprávněné osoby nebo jiné osoby s nárokem na pojistné plnění na účet, který nám k tomuto účelu sdělí.

11.2. Plnění z připojištění, ke kterým se vztahuje oceňovací tabulka obsahující rozsah nebo maximální výši pojistného plnění, stanovíme na základě příslušné oceňovací tabulky, která je součástí pojistné smlouvy. V případě sjednání nového připojištění v době trvání pojistné smlouvy se toto nové připojištění řídí oceňovací tabulkou platnou v době jeho sjednání.

11.3. Pokud je více oprávněných a neurčí-li pojistná smlouva jinak, vyplatíme těmto oprávněným osobám pojistné plnění rovným dílem.

11.4. Pojistné plnění (včetně odkupného i plnění při dožití) je splatné v České republice a v české měně. Pokud vyhovíme žádosti oprávněné osoby vyplatit plnění do zahraničí, nese všechny náklady i kurzové riziko takové platby příjemce plnění. Pojistné plnění je zaplaceno dnem, kdy je poukážeme na váš bankovní účet prostřednictvím peněžního ústavu.

11.5. Při výplatě plnění jsme oprávněni identifikovat oprávněnou osobu a skutečného příjemce pojistného plnění, případně máme právo požadovat i úřední ověření dokumentů, které k tomu stanovíme.

11.6. Plnění je splatné do 15 dnů po skončení šetření, pokud tímto šetřením zjistíme, že vznikla naše povinnost plnit a rozsah této povinnosti.

12. Jak se určí obmyšlený nebo oprávněná osoba?

12.1. Není-li pojistnou událostí smrt pojištěného, je oprávněnou osobou pojištěný, není-li v pojistných podmínkách uvedeno nebo ujednáno jinak.

12.2. Je-li pojistnou událostí smrt pojištěného, můžete písemně **určit jako oprávněnou osobu obmyšleného**, a to jménem a datem narození, nebo vztahem k pojištěnému. Až do vzniku pojistné události můžete obmyšleného písemně měnit.

12.3. Jste-li osobou odlišnou od pojištěného, určit obmyšleného, změnit obmyšleného, nebo při více obmyšlených změnit jejich podíly na plnění, je možné jen se souhlasem pojištěného. Určení a/nebo změna obmyšleného či podílů obmyšlených na plnění je účinné dnem doručení na naši kontaktní adresu.

12.4. Není-li v době pojistné události určen obmyšlený nebo nenabude-li obmyšlený práva na plnění, nabývají tohoto práva osoby určené podle

příslušných ustanovení občanského zákoníku. To platí i tehdy, pokud nenabude právo na plnění některá z obmyšlených osob, pokud byl určen její podíl na pojistném plnění.

13. Jaké jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

13.1. V některých případech vám pojistné plnění z pojistné události nemusíme poskytnout. Takovým důvodem může být čekací doba, nebo zejména výluka z pojištění.

13.2. Výluky z pojištění se mohou vztahovat na všechny tarify pojištění a připojištění a najdete je vždy v příslušných pojistných podmínkách, nebo i v občanském zákoníku. Pokud se výluka vztahuje na všechny tarify připojištění, naleznete ji ve Zvláštních pojistných podmínkách pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci. Výluky specifické pro jednotlivý tarif připojištění naleznete v Pojistných podmínkách příslušného tarifu. Individuální výluky si s vámi můžeme dohodnout i přímo v návrhu na uzavření nebo na změnu pojistné smlouvy. **Výlukám z pojištění, prosím, věnujte zvláštní pozornost.**

14. Kdy můžeme pojistné plnění odmítnout nebo snížit?

14.1. Pojistné plnění můžeme odmítnout nebo snížit, pokud vy, pojištěný nebo oprávněná osoba porušíte své povinnosti.

14.2. Pokud by **příčinou pojistné události byla skutečnost, o které jsme se dozvěděli až po vzniku pojistné události**, a kterou jsme nemohli zjistit při sjednávání pojištění nebo při jeho změně, protože jste nám vy nebo pojištěná osoba úmyslně, nebo z nedbalosti odpověděli nepravdivě nebo neúplně na naše písemné dotazy, a pokud bychom při znalosti této skutečnosti v době uzavření smlouvy tuto smlouvu neuzavřeli, nebo pojištění vypověděli po ohodnocení pojistných rizik do dvou měsíců po jeho uzavření, máme právo pojistné plnění odmítnout. Odmítnutím pojistného plnění pojištění zaniká.

14.3. Máme právo snížit pojistné plnění, pokud v důsledku porušení vašich povinností nebo povinností pojištěného při jednání o uzavření smlouvy nebo její změně, **bylo ujednáno nižší pojistné**. V takovém případě můžeme pojistné plnění snížit o takovou část, jaký je poměr pojistného, které jsme si ujednali, k pojistnému, které by bylo ujednáno, pokud by k porušení povinností nedošlo.

14.4. Pokud jste v prodlení s placením sjednaného pojistného, nebo za vámi máme jinou pohledávku, v případě pojistné události máme právo odečíst si od pojistného plnění dlužné pojistné nebo jiné pohledávky z pojištění, a to i když pojistné plnění vyplácíme jiné oprávněné osobě, než jste vy.

14.5. Právo snížit pojistné plnění můžeme mít i **v dalších případech stanovených zákonem** ke dni sjednání příslušného pojištění nebo připojištění, **nebo pojistnou smlouvou**.

15. Jakými způsoby a z jakých důvodů pojištění zaniká?

15.1. Vámi sjednané pojištění může zaniknout z důvodů, které jsou uvedeny v občanském zákoníku nebo v pojistné smlouvě. Důvody zániku pojištění jsou také uvedeny v tomto článku.

15.2. Pojištění může zaniknout uplynutím výpovědní doby n**a základě písemné výpovědi z naší nebo z vaší strany**, a to:

- výpovědí doručenou druhé smluvní straně do dvou měsíců od uzavření pojistné smlouvy s výpovědní dobou osm dní;
- výpovědí ke konci pojistného období, pokud však byla výpověď doručena později než šest týdnů před koncem pojistného období, pojištění zaniká až ke konci nejbližšího možného následujícího pojistného období;
- výpovědí doručenou druhé smluvní straně do tří měsíců ode dne oznámení pojistné události s výpovědní dobou jeden měsíc.

Uvedenými způsoby je možné vypovědět jednotlivá připojištění, nebo celou pojistnou smlouvu. Zatímco vy můžete vypovědět kterékoliv pojištění či připojištění sjednané vaší pojistnou smlouvou, my takto nesmíme vypovědět životní pojištění, s výjimkou výpovědi do dvou měsíců od uzavření pojistné smlouvy.

15.3. Nad rámec odst.15.2. dále **můžete vy vypovědět** pojištění s osmidenní výpovědní dobou:

- výpovědí, doručenou nám do jednoho měsíce ode dne, kdy vám bylo doručeno naše oznámení, že došlo k převodu pojistného kmene nebo jeho části nebo k naší přeměně;
- výpovědí, doručenou nám do dvou měsíců ode dne, kdy se dozvíte, že jsme při určení výše pojistného nebo pro výpočet pojistného plnění použili hledisko, odporující zásadě rovného zacházení;
- do jednoho měsíce ode dne, kdy bylo zveřejněno oznámení, že nám bylo odňato povolení k provozování pojišťovací činnosti.

15.4. Nad rámec odst. 15.2. dále **můžeme my vypovědět** pojištění s osmidenní výpovědní dobou v souvislosti se změnami pojistného rizika za podmínek uvedených v občanském zákoníku.

15.5. Pojištění a/nebo pojistná smlouva zaniknou, pokud **odstoupíte od smlouvy vy**:

- do třiceti dnů od uzavření pojistné smlouvy životního pojištění, a to z jakéhokoliv důvodu, nebo i když nám důvod nesdělíte. Pokud byla pojistná smlouva životního pojištění uzavřena prostředky komunikace na dálku a pojistné podmínky vám byly sděleny až po jejím uzavření, běží vám tato lhůta ode dne, kdy jsme vám podmínky sdělili;
- do dvou měsíců ode dne, kdy vám bylo nebo mohlo být poprvé známo, že jsme při jednání o uzavření nebo změně pojistné smlouvy porušili svoji povinnost pravdivě a úplně odpovědět na vaše písemné dotazy;
- do dvou měsíců ode dne, kdy vám bylo nebo mohlo být poprvé známo, že jsme porušili svoji povinnost upozornit vás na nesrovnalosti mezi nabízeným pojištěním a vašimi požadavky, pokud jsme si jich museli být při uzavírání smlouvy vědomi;
- v případě jiného, než životního pojištění, uzavřeného prostředky komunikace na dálku, do čtrnácti dnů ode dne, kdy byl obchod na dálku uzavřen, nebo kdy vám byly sděleny pojistné podmínky.

15.6. Pojištění a/nebo pojistná smlouva zaniknou, pokud **odstoupíme od smlouvy my**:

- do dvou měsíců ode dne, kdy zjistíme nebo jsme museli zjistit, že vy nebo pojištěný jste úmyslně nebo z nedbalosti porušili svou povinnost k pravdivým sdělením na naše písemné dotazy týkající se skutečností, které měly význam pro naše rozhodnutí, jak ohodnotíme pojistné riziko, zda pojistnou smlouvu nebo její změnu vůbec uzavřeme a za jakých podmínek, pokud bychom při pravdivém a úplném zodpovězení dotazů pojistnou smlouvu nebo její změnu vůbec neuzavřeli, nebo ji ihned po ohodnocení pojistného rizika ukončili v prvních dvou měsících jejího trvání. Pokud bychom neuzavřeli nebo nezměnili jen jednotlivé pojištění, můžeme odstoupit i jen od takového pojištění;
- pokud bylo nesprávně uvedeno datum narození pojištěného a prokážeme-li, že vzhledem k pojistným podmínkám platným v době uzavření smlouvy bychom smlouvu neuzavřeli, pokud by bylo uvedeno správně. Takto můžeme odstoupit jen během života pojištěného a do tří let ode dne uzavření smlouvy, nejpozději však do dvou měsíců poté, co jsme se o nesprávném údaji dozvěděli.

15.7. Odstoupením od pojistné smlouvy se pojistná smlouva ruší od jejího počátku.

15.8. Při zániku pojištění odstoupením od pojistné smlouvy vám vrátíme bez zbytečného odkladu, nejpozději však do jednoho měsíce ode dne, kdy se odstoupení stane účinným, zaplacené pojistné, přičemž máme právo si od zaplaceného pojistného odečíst, co jsme z pojistné smlouvy plnili. Pokud naše plnění přesahuje výši zaplaceného pojistného, budeme po vás nebo jiném příjemci plnění požadovat vrátit částku pojistného plnění, která přesahuje zaplacené pojistné.

15.9. Jednotlivá pojištění nebo i pojistná smlouva mohou zaniknout také tehdy, pokud **nastane některá z následujících skutečností**:

- pokud uplyne pojistná doba, na kterou bylo vaše pojištění sjednáno. Uplynutím pojistné doby hlavního pojištění zaniká také pojistná smlouva a všechna na základě ní sjednaná připojištění;
- **pokud nebude uhrazeno první běžné pojistné do 2 měsíců od sjednaného počátku pojištění, na pojistnou smlouvu hledíme jako by nikdy nebyla uzavřena.** Toto ujednání se sjednává jako rozvazovací podmínka dle § 548 odst. 2 občanského zákoníku. **Pokud na vaší smlouvě probíhá hodnocení pojistných rizik, neskončí běh uvedené lhůty dříve, než dva týdny po jeho ukončení**. Pokud na základě provedeného hodnocení rizik po dohodě s vámi pojistnou smlouvu měníme, můžeme si s vámi v souvislosti s touto změnou dohodnout i lhůtu jinou;
- uplynutím lhůty, kterou jsme vám stanovili v upomínce k zaplacení pojistného nebo jeho části, a doručili na vaši kontaktní adresu; tato lhůta je stanovena minimálně v délce jednoho měsíce od doručení a v upomínce vás upozorníme i na možné následky nezaplacení;
- zánikem pojistného zájmu, přičemž máme právo na pojistné až do dne, kdy jsme se o zániku pojistného zájmu dozvěděli;
- zánikem pojistného nebezpečí;
- dnem smrti pojištěného zanikají pojištění, jimiž je tento pojištěný pojištěn; v případě smrti hlavního pojištěného zanikají všechna pojištění sjednaná touto pojistnou smlouvou, pokud se s pojistníkem nedohodneme jinak;

- pojistnou událostí, pokud tak stanoví pojistné podmínky příslušného tarifu, vždy však pojistnou událostí, kterou je smrt pojištěného;
- vyplacením odkupného na základě žádosti pojistníka;
- pokud odmítneme pojistné plnění.

15.10. V případě vaší smrti, nebo zániku pojistníka bez právního nástupce, vstupuje do práv a povinností pojistníka z pojistné smlouvy hlavní pojištěný. Pokud jste zároveň hlavní pojištěný, vstupuje do práv a povinností pojistníka 2. pojištěný, resp. 3. a následující pojištěný dle svého pořadí. Pojištění zaniká ke dni smrti nebo zániku pojistníka, pokud nám pojištěný do třiceti dnů ode dne pojistníkovy smrti, nebo ode dne jeho zániku písemně sdělí, že na trvání pojištění nemá zájem.

15.11. Pojištění může zaniknout také naší vzájemnou dohodou, ve které si s vámi zároveň dohodneme způsob vzájemného vyrovnání závazků. Pokud není v dohodě uvedeno jinak, pojištění zaniká dnem, kdy dohoda nabyla účinnosti.

15.12. Pojištění může zaniknout i z jiných důvodů uvedených v zákoně nebo pojistných podmínkách.

16. Jaké jsou náležitosti naší vzájemné komunikace?

16.1. Všechna právní jednání a oznámení týkající se pojištění musejí mít písemnou formu, není-li dále uvedeno jinak. My s vámi budeme jednat vždy v českém jazyce, vy a další účastníci pojištění s námi musíte jednat a oznámení nám činit v českém nebo i ve slovenském jazyce.

16.2. Písemná forma je zachována i při právním jednání učiněném elektronickými nebo jinými technickými prostředky, umožňujícími zachycení jeho obsahu a určení jednající osoby.

16.3. Písemná forma je zachována jen tehdy, pokud je jednání či oznámení opatřeno vlastnoručním podpisem jednajícího, jeho elektronickým podpisem nebo je učiněno prostřednictvím datové schránky jednajícího. Pokud bychom měli pochybnosti o tom, kdo právní jednání nebo oznámení činí, můžeme pro něj vyžadovat i ověřený nebo zaručený elektronický podpis jednajícího.

16.4. Písemnou formu nevyžadují oznámení a právní jednání činěná vámi, pojištěným nebo oprávněnou osobou, u kterých vám výslovně uvedeme na našich webových stránkách nebo v klientském portálu, že je můžete učinit i jinou, než písemnou formou, a pokud je zároveň dodržena forma tam uvedená.

16.5. I pokud to tyto pojistné podmínky nestanoví výslovně, můžeme přijmout i jiné vaše nepísemné právní jednání nebo oznámení, pokud vám přijetí takového jednání nebo oznámení následně písemně potvrdíme. Takovým potvrzením se považuje oznámení nebo jednání za doručené.

16.6. Pokud právní jednání nebo oznámení činíte telefonicky nebo e-mailem, jsme oprávněni přijmout jen taková jednání a oznámení, která učiníte z telefonního čísla nebo e-mailu, který nám byl vámi prokazatelně sdělen při uzavírání pojistné smlouvy nebo v průběhu jejího trvání. Zároveň se v takovém případě můžeme oprávněně domnívat, že takové jednání nebo oznámení činíte právě vy. Pokud telefonní číslo nebo e-mailovou adresu změníte, nebo dojde k jejich ztrátě nebo zneužití, nezapomeňte nám to proto bez zbytečného odkladu oznámit. Pokud nám tuto změnu nebo zneužití neoznámíte, vezměte, prosím, na vědomí, že neodpovídáme za žádnou újmu, která vám v této souvislosti vznikne. Oznámení o změně nebo zneužití údajů je účinné okamžikem, kdy je nám doručeno.

16.7. Z každé písemnosti musí být zřejmé čeho se týká, kdo ji podává a musí být podepsána. Pokud má písemnost povahu právního jednání, musí obsahovat také všechny náležitosti pro takové právní jednání předepsané právními předpisy nebo pojistnou smlouvou. Pokud dostaneme písemnost, ze které nebude některá z těchto náležitostí zjistitelná, můžeme odesílatele buď požádat o doplnění, nebo na písemnost nereagovat, pokud nelze odesílatele zjistit či se s ním spojit. Lhůty, které jsou vázány na doručení písemnosti, běží až ode dne, kdy byly vady písemnosti odstraněny.

17. Jak si budeme doručovat písemnosti?

17.1. Písemnosti týkající se pojištění si budeme doručovat v listinné podobě prostřednictvím poskytovatele poštovních služeb, nebo elektronicky prostřednictvím našeho klientského portálu, nebo e-mailem na naše e-mailové adresy, případně i osobně.

17.2. V případě, že vám budeme doručovat písemnosti týkající se pojištění prostřednictvím poskytovatele poštovních služeb, zasíláme je na vaši kontaktní adresu uvedenou ve formuláři návrhu pojistné smlouvy, nebo na jinou kontaktní adresu, sdělenou nám později. Pokud nám jiná kontaktní nebo jiná doručovací adresa nebyla sdělena, považujeme za kontaktní adresu nám poslední známou adresu vašeho trvalého nebo přechodného pobytu v České republice. Kontaktní adresa se vždy musí nacházet v České republice.

17.3. V případě, že doručujete písemnosti týkající se pojištění prostřednictvím poskytovatele poštovních služeb vy nám, zašlete je, prosím, na naši kontaktní adresu. Písemnost můžete považovat za doručenou i tehdy, pokud bude doručena na adresu našeho sídla, pokud je sídlo odlišné od kontaktní adresy.

17.4. Pokud kterýkoliv účastník pojištění zmaří doručení poštovní zásilky, zejména tím, že neoznámí druhé straně změnu kontaktní adresy nebo trvalého pobytu, zásilku odmítne převzít, nepřevezme písemnost v úložní době apod., považuje se písemnost za doručenou třetím pracovním dnem po odeslání. V ostatních případech se zásilka považuje za doručenou jejím převzetím adresátem, nejpozději však 15 dní po odeslání.

17.5. Pokud nám při jednání o uzavření pojistné smlouvy, nebo kdykoliv v době jejího trvání byla vámi sdělena e-mailová adresa, můžeme vám písemnosti doručovat i na tuto e-mailovou adresu. Vy nám pochopitelně můžete doručovat písemnosti na naši e-mailovou adresu vždy. Zpráva zasílaná prostřednictvím e-mailu se považuje za doručenou, jakmile je doručena do schránky adresáta. Jsou-li o jejím doručení pochybnosti, považuje se zpráva za doručenou, pokud odesílatel prokáže, že zprávu řádně odeslal na správnou adresu, a to okamžikem odeslání.

17.6. Na vaši e-mailovou adresu vám v souladu s odst. 17.5. budeme doručovat zejména smluvní dokumenty, došlo-li k uzavření pojistné smlouvy elektronicky, výroční dopisy a jinou provozní korespondenci.

17.7. Pokud o to projevíte zájem tím, že se řádně zaregistrujete a udělíte nám k tomu potřebný souhlas, můžeme si písemnosti doručovat i prostřednictvím našeho klientského portálu. Právní jednání však můžete prostřednictvím portálu činit jen tehdy, pokud byla vaše totožnost jako uživatele ověřena námi určeným způsobem a pokud to pro příslušné právní jednání v portálu umožníme.

18. Závěrečná a výkladová ustanovení

18.1. Pojistná smlouva se řídí českým právním řádem, zejména zákonem č. 89/2012 Sb., občanským zákoníkem. Ustanovení pojistné smlouvy mají přednost před ustanovením zákona, není-li však některá otázka pojistnou smlouvou upravena vůbec, použijí se ustanovení občanského zákoníku.

18.2. V případě, že během trvání vašeho pojištění dojde ke změně nebo zrušení některého ze zákonů, nebo jen některého z jeho ustanovení, nebo zákonem používaného pojmu, na který se v pojistných podmínkách odvoláváme, nároky oprávněné osoby z pojistné události budou posuzovány podle znění tohoto zákona nebo ustanovení v době schválení pojistných podmínek, pokud nelze nároky oprávněné osoby posoudit podle zákonů či ustanovení, které je nahrazují, aniž by tím došlo k výraznému zúžení či rozšíření pojistné ochrany.

18.3. Pokud dojde k jejich změně, máte povinnost oznámit nám změnu svých osobních nebo kontaktních údajů, zejména změnu příjmení, změnu kontaktní adresy nebo adresy trvalého pobytu, e-mailové adresy a/nebo telefonního čísla. Tato změna je účinná okamžikem, kdy nám je toto oznámení doručeno.

Doplňkové pojistné podmínky 0519
Rizikové životní pojištění 4U

platné od 1. 5. 2019

YOUPLUS Assurance AG, FL-9495 Triesen, Austrasse 14, Lichtenštejnské knížectví, zapsaná v obchodním rejstříku Lichtenštejnského knížectví pod číslem FL-0002.038.147-0, jednající prostřednictvím své organizační složky

YOUPLUS Životní pojišťovna, pobočka pro Českou republiku, se sídlem Přízova 526/5, Trnitá, 602 00 Brno, Česká republika, IČ: 139 91 418, společnost je zapsána v obchodním rejstříku vedeném Krajským soudem v Brně pod sp. zn. A 26894.

Kontaktní adresa: YOUPLUS Životní pojišťovna, Vlněna Office Park, Přízova 5, 602 00, Brno; info@youplus.cz.

1. Co upravují tyto Doplňkové pojistné podmínky pro rizikové životní pojištění?

1.1. Tyto Doplňkové pojistné podmínky tvoří součást pojistných podmínek, které se vztahují na vámi sjednávané nebo sjednané životní pojištění, a upravují blíže podmínky pojistné ochrany vašeho pojištění. Kromě nich se vaše pojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci a také Pojistnými podmínkami pro sjednané tarify připojištění a případně také příslušnou oceňovací tabulkou.

1.2. V těchto Doplňkových pojistných podmínkách najdete podmínky hlavního tarifu vaší pojistné smlouvy.

2. Hlavní pojištění pro případ smrti (tarif A1F)
Smrt hlavního pojištěného

2.1 Hlavním tarifem vaší pojistné smlouvy je pojištění pro případ smrti hlavního pojištěného, označené jako tarif A1F. Toto pojištění je povinné a bez něj nemůže být pojistná smlouva sjednána ani trvat. Pojištění se sjednává s konstantní pojistnou částkou uvedenou v pojistné smlouvě, kterou nelze po dobu trvání pojištění měnit.

Co je pojistným nebezpečím a pojistnou událostí?

2.2 Pojistnou událostí je smrt hlavního pojištěného z jakékoliv příčiny, ke které dojde v době trvání pojištění.

Jak vyplácíme pojistné plnění?

2.3 V případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě jednorázové pojistné plnění ve výši pojistné částky.

Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

2.4 Pro toto pojištění nemáme žádné zvláštní výluky a omezení, s výjimkou těch uvedených v zákoně, nebo ve Všeobecných pojistných podmínkách.

Co se stane po pojistné události?

2.5 Smrtí hlavního pojištěného toto pojištění zaniká.

2.6 Pojistná smlouva zaniká zánikem hlavního tarifu za podmínek stanovených Všeobecnými pojistnými podmínkami.

Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci 1020
Životní pojištění 4U

(dále také jen „Zvláštní pojistné podmínky“)

platné od 15. 10. 2020

YOUPLUS Assurance AG, FL-9495 Triesen, Austrasse 14, Lichtenštejnské knížectví, zapsaná v obchodním rejstříku Lichtenštejnského knížectví pod číslem FL-0002.038.147-0, jednající prostřednictvím své organizační složky

YOUPLUS Životní pojišťovna, pobočka pro Českou republiku, se sídlem Přízova 526/5, Trnitá, 602 00 Brno, Česká republika, IČ: 139 91 418, společnost je zapsána v obchodním rejstříku vedeném Krajským soudem v Brně pod sp. zn. A 26894.

Kontaktní adresa: YOUPLUS Životní pojišťovna, Vlněna Office Park, Přízova 5, 602 00, Brno; info@youplus.cz.

1. Co upravují tyto Zvláštní pojistné podmínky?

1.1. Tyto Zvláštní pojistné podmínky tvoří součást pojistných podmínek, které se vztahují na vámi sjednávané nebo sjednané pojištění a upravují blíže podmínky pojistné ochrany. Kromě nich se vaše pojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, Pojistnými podmínkami pro sjednaný tarif připojištění a případně také příslušnou oceňovací tabulkou.

1.2. Tyto Zvláštní pojistné podmínky se vztahují na vámi sjednaná připojištění (nebo jejich kombinace) pro případ:

- smrti;
- smrti následkem úrazu;
- trvalých následků úrazu;
- léčení úrazu;
- závažných onemocnění;
- invalidity;
- pracovní neschopnosti;
- hospitalizace;
- jiná, pokud se v nich na tyto podmínky odkážeme.

2. Jaký je význam jednotlivých pojmů, které používáme?

V těchto Zvláštních pojistných podmínkách a dále také v Pojistných podmínkách jednotlivých tarifů připojištění používáme některé pojmy, jejichž význam vám blíže popíšeme v tomto článku:

2.1. Obecné pojmy, tedy pojmy, které se mohou vztahovat ke všem připojištěním:

Úrazem myslíme neočekávané a náhlé působení:

- zevních sil a vlivů, včetně např. teploty, elektřiny, vody nebo toxických látek či jedů, nebo
- vlastní síly pojištěného,

které je nezávislé na jeho vůli a kterým je pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt. Úrazem jsou i následky úrazu, které vznikly jeho léčením nebo výlučně v jeho důsledku, s výjimkou duševních chorob nebo změn psychického stavu (například diagnózy F00 až F99 podle MKN-10). Za úraz však nepovažujeme již existující nemoc, která se zhoršila nebo poprvé projevila v důsledku úrazu, i kdyby mělo toto zhoršení nebo projevení s úrazem příčinnou souvislost. Abychom vám z pojištění poskytli pojistné plnění, musí se úraz stát v době trvání pojištění.

Nemocí rozumíme stav pojištěného vzniklý jinak než úrazem, který objektivně, bez ohledu na subjektivní pocit pojištěného přesahuje normální zdravý tělesný nebo duševní nález nebo normální zdravé tělesné funkce. Zdravotní obtíže pojištěného však považujeme za nemoc jen tehdy, pokud je lze zjistit a doložit vyšetřením provedeným objektivními vyšetřovacími metodami (laboratorními, zobrazovacími apod.) a pokud zároveň vyžadují lékařské ošetření.

Věkem pojištěného rozumíme vždy nikoliv jeho skutečný věk, ale číslo, které nám vyjde, když od aktuálního letopočtu odečteme rok narození pojištěného. Pro nás je pojištěný po celý kalendářní rok od ledna až do prosince pořád stejně starý. Kdykoliv tedy v pojistných podmínkách mluvíme o věku pojištěného (s výjimkou způsobilosti k právním jednáním), myslíme tím právě tento věk.

Dítětem je pro účely tohoto pojištění pojištěný, kterému je v době počátku pojištění nejvýše 15 let.

Výročním dnem myslíme takový den v pojistné době, který se svým označením dne a měsíce shoduje s označením dne a měsíce počátku pojištění. Pokud v daném měsíci takový den není, je výročním dnem poslední den takového měsíce.

Výměsíčním dnem je den každého měsíce pojistné doby, který se svým označením dne shoduje s označením dne počátku pojištění. Pokud v daném měsíci takový den není, je výměsíčním dnem poslední den takového měsíce.

MKN-10 je mezinárodně uznávaný systém klasifikace onemocnění, příznaků, příčin onemocnění a dalších termínů z oblasti medicíny. Tam, kde se v podmínkách na tuto klasifikaci odkazujeme, rozumíme tím její aktuální desátou verzi platnou ke dni účinnosti těchto pojistných podmínek. Nalézt ji můžete například na https://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html. I pokud dojde v budoucnu k její změně, posoudí se rozsah pojistné ochrany s ohledem na tuto její verzi.

Lékařem máme na mysli absolventa lékařské fakulty v České republice s úplným lékařským vzděláním, nebo se srovnatelným vzděláním získaným v zahraničí, který léčí v rozsahu své lékařské atestace zranění nebo nemoc pojištěného, jejímž následkem je škodní událost. Pokud jste lékařem pojištěného vy, některý z pojištěných nebo člen vaší rodiny nebo rodiny pojištěného, můžeme při šetření pojistné události pojištěného požádat, aby se nechal vyšetřit také jiným lékařem.

Sportem máme na mysli:

- jednorázovou i opakovaně prováděnou tělesnou činnost tvořící v rekreační podobě složku volného času nebo životního stylu nebo plnící zdravotní funkci, ve vrcholové podobě prováděnou i jako profesi, nebo
- jinou i netělesnou činnost, která je provozovaná podle určitých charakteristických pravidel nebo zvyklostí, odlišujících tuto činnost od jiných a mající soutěžní charakter, nebo jejíž výsledky jsou měřitelné nebo porovnatelné s jinými provozovateli téhož sportovního odvětví, s výjimkou výhradně mentálních činností a
- se sportem související tréninkové a přípravné aktivity, nebo
- jednorázové aktivity, jako jsou zážitkové akce, teambuildingy a podobně.

Jednorázovou zážitkovou aktivitou jsou zážitkové, teambuildingové nebo obdobné neopakující se akce, které:

- nezbytně nevyžadují trénink a na které se pojištěný nepřipravuje a nemusí připravovat jinak, než formou jednorázového poučení před jejich započetím, a které jsou zároveň
- prováděné agenturou s příslušným oprávněním pod odborným dohledem způsobilé osoby a při splnění předepsaných bezpečnostních pravidel a za použití bezpečnostních pomůcek.

Za **přípravu ke sportu** považujeme pro tento účel i provozování sportu nebo aktivity podobného typu, ale s nižší obtížností, pokud je na pravidelné bázi.

Profesionálním sportovcem je takový sportovec, pro nějž je sport a činnosti s ním spojené hlavním zdrojem obživy nebo povoláním.
Vrcholovým sportovcem je takový sportovec, který vykonává sport na úrovni, při níž se účastní organizovaných sportovních soutěží pořádaných na celostátní a mezinárodní úrovni, s výjimkou soutěží určených pro širokou veřejnost, a na které se pravidelným tréninkem připravuje.
Rizikovým sportem jsou takové sporty a aktivity, které jsou:

- spojené s vysokým rizikem zranění, zejména takové, které se vykonávají v nebezpečných výškách, hloubkách, či rychlostech nebo nebezpečným způsobem (zejména bez jištění nebo jiné ochranné výbavy), nebo
- pro něž je zranění účastníků jejich obvyklou a běžnou součástí nebo cílem.

Rizikovým sportem jsou tedy zejména některé horolezecké aktivity, bojové sporty a bojová umění, motoristické nebo letecké sporty a aktivity, potápění či vodní sporty s vysokou obtížností, nebezpečné zimní sporty, nebo adrenalinové sporty a aktivity. Příkladný výčet toho, o jaké konkrétní sporty se jedná, můžete nalézt na www.youplus.cz a také v Informacích před uzavřením pojistné smlouvy, které jsme vám poskytli před uzavřením pojistné smlouvy. Protože žádný seznam nemůže obsáhnout všechny existující sporty a jejich varianty, informace o pojistném krytí konkrétního sportu nebo aktivity, kterou pojištěný vykonává, vám nebo pojištěnému sdělíme na vaši žádost.

2.2. Pojmy, vztahující se k pojistné částce a pojistnému plnění:

Pojistnou částkou je částka, která byla sjednána v pojistné smlouvě a ze které vycházíme při stanovení výše pojistného a při výpočtu pojistného plnění, pokud dojde k pojistné události. Pojistná částka může být sjednána v různých podobách, ačkoliv ne každé připojištění, které nabízíme, umožňuje výběr:

- pokud si s vámi nedohodneme výslovně jinak, je pojistná částka stanovena jako pevná a my jí v pojistné smlouvě říkáme také konstantní. Taková pojistná částka zůstává stejná po celou dobu trvání pojištění, až dokud se nerozhodnete ji po dohodě s námi změnit, nebo nedojde k její změně na základě jiné skutečnosti, kterou pojistné podmínky předvídají;

- pokud je pojistnou smlouvou sjednáno připojištění, jehož pojistná částka je lineárně klesající, tato pojistná částka se bude v každý výroční den vaší pojistné smlouvy (od první minuty tohoto dne) rovnoměrně snižovat o určitou část tak, že na konci sjednané pojistné doby bude nulová. Tato část se spočítá jako 1/n z původní pojistné částky, kde n je sjednaná pojistná doba v letech. Pokud pojistnou částku v průběhu trvání pojištění zvýšíte, bude se klesání v rozsahu navýšené části počítat samostatně podle stejného pravidla;

- pokud je pojistnou smlouvou sjednáno připojištění, jehož pojistná částka je anuitně klesající, pak se taková pojistná částka v každý výměsíční den (od první minuty tohoto dne) snižuje v závislosti na sjednaném procentu klesání. Pokud pojistnou částku v průběhu trvání pojištění zvýšíte, bude se klesání v rozsahu navýšené části počítat samostatně podle stejného pravidla. Aktuální pojistnou částku platnou v každém jednotlivém měsíci si můžete spočítat podle následujícího vzorce, ve kterém používáme tyto proměnné:

  n je sjednaná pojistná doba v měsících (tedy pojistnou dobu v letech, uvedenou ve formuláři návrhu pojistné smlouvy, vynásobíte číslem 12)
  m je počet výměsíčních dnů, které od počátku pojištění již uplynuly
  i je sjednané procento klesání pojistné částky, které najdete na formuláři návrhu pojistné smlouvy nebo její změny, ze kterého se i_{12} vypočítá vzorečkem

$$i_{12} = (1+i)^{\frac{1}{12}} - 1$$

$$\textit{Aktuální pojistná částka} = \frac{(1+i_{12})^n - (1+i_{12})^m}{(1+i_{12})^n - 1} \times \textit{sjednaná pojistná částka}$$

Aktuální pojistnou částkou myslíme výši pojistné částky připojištění sjednaných s lineárně nebo anuitně klesající pojistnou částkou, která je platná ke dni vzniku pojistné události. Platnost čekacích dob tím není dotčená.

Čekací dobou je doba stanovená pojistnými podmínkami příslušného tarifu připojištění, která musí uplynout od počátku tohoto připojištění, než nastane pojistná událost nebo její příčina, abychom byli povinni poskytnout oprávněné osobě pojistné plnění. Pokud nám uhradíte zálohu na pojistné za první pojistné období pojistné smlouvy v plné výši ještě před datem počátku pojištění, běží čekací doba ode dne následujícího po dni přijetí řádně identifikované zálohy na pojistné, nejdříve však ode dne uzavření pojistné smlouvy; to neplatí pro čekací dobu pro případ pojistné události související s těhotenstvím nebo porodem. V případě navýšení pojistné částky či rozšíření pojistné ochrany, např. o pojištění invalidity dalšího stupně, po dobu trvání čekací doby neposkytneme plnění v rozsahu tohoto navýšení nebo rozšíření. Pokud výslovně neuvedeme jinak, nevztahuje se čekací doba na pojistné události, jejichž příčinou byl úraz pojištěného. To, že se na připojištění vztahuje čekací doba, a její délku uvádíme vždy v části „Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění“ Pojistných podmínek příslušného tarifu připojištění.

3. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

3.1. Pojistné plnění vám neposkytneme nebo ho můžeme snížit z důvodů, které jsou uvedeny v občanském zákoníku a v pojistných podmínkách. **Výluky a omezení, které jsou uvedeny v tomto ustanovení, se vztahují na všechna připojištění sjednávaná v rámci produktu.**

3.2. Pojistné plnění neposkytneme, pokud pojištěný nebo oprávněná osoba, nebo i jiná osoba z jejich popudu nebo s jejich vědomím, uvede při uplatňování práva na pojistné plnění nebo šetření škodní události **nepravdivé nebo hrubě zkreslené údaje**, týkající se vzniku nebo následků této události, nebo nám takové údaje zamlčí.

3.3. Pojistné plnění neposkytneme, pokud škodní událost nastala v souvislosti s použitím **jaderných, chemických nebo biologických zbraní nebo v souvislosti s jadernou katastrofou.**

3.4. Pojistné plnění neposkytneme oprávněné osobě ani tehdy, pokud ke škodní události došlo v souvislosti s aktivní účastí pojištěného na **ozbrojených konfliktech, teroristických činech nebo jiných aktech agrese**, nebo při jeho aktivní účasti na nepokojích či armádních operacích a misích, ať už vnitrostátních nebo mezinárodních, nebo pokud pro oblast v zahraničí, kde došlo k příčině škodní události, **bylo ze strany Ministerstva zahraničních věcí vydáno varování před cestováním** z tohoto důvodu.

3.5. Pojistné plnění neposkytneme ani tehdy, pokud škodní událost nastala v souvislosti s jednáním pojištěného, které naplňuje znaky skutkové podstaty **úmyslného trestného činu** podle obecných právních předpisů, s výjimkou takového jednání, u nějž bylo prokázáno, že pojištěný jednal v nutné obraně nebo v krajní nouzi.

3.6. Pojistné plnění nevyplatíme oprávněné osobě ani v případě **sebevraždy nebo pokusu o ni,** tedy tehdy, pokud ke škodní události došlo následkem úmyslného jednání pojištěného nebo jiné osoby z jeho popudu, směřujícího k usmrcení pojištěného, a to v době 2 let od počátku pojištění. To se týká i navýšení pojistné částky v době 2 let před úmyslným jednáním pojištěného nebo jiné osoby z jeho popudu, v jehož důsledku pojištěný zemřel, nebo byl poškozen na zdraví.

3.7. Při plnění za pojistnou událost z připojištění, jehož pojistným nebezpečím je výhradně úraz, vycházíme vždy ze zdravotního **stavu pojištěného, ve kterém byl bezprostředně předtím, než tento úraz nastal**. Za již existující zdravotní omezení a poškození, která nejsou následkem takové pojistné události, plnění neposkytujeme, ale předchozí stav pojištěného ohodnotíme obdobným postupem, jaký uplatňujeme při výpočtu pojistného plnění z daného připojištění, a poskytneme pojistné plnění pouze v rozsahu případného zhoršení. Abychom mohli toto ohodnocení provést, je pojištěný povinen nám k tomu poskytnout potřebnou součinnost, zejména nám doložit lékařské zprávy, prokazující jeho zdravotní stav před pojistnou událostí.

3.8. Omezení plnění, **která se vztahují k úrazům, k nimž došlo při sportu**, upravuje článek 4 těchto podmínek.

4. Kdy plníme a kdy neplníme, pokud se úraz pojištěnému stane při sportu?

4.1. Vámi sjednaná připojištění poskytují pojistnou ochranu i pro události, ke kterým došlo při provozování sportu, a to za podmínek, které jsme si s vámi ujednali v tomto článku.

4.2. Na úrazy, ke kterým došlo při provozování sportu, který pojištěný provozoval jako **profesionální nebo vrcholový sportovec** před sjednáním pojištění, nebo před jeho změnou, kterou se pojistná ochrana navyšuje, uplatní se následující pravidla:

- **do vystavení pojistky** po sjednání připojištění nebo po jeho změně se pojištění na tyto úrazy nevztahuje;
- **od vystavení pojistky** se pojištění vztahuje i na úrazy vzniklé při takových sportech, které pojištěný před sjednáním nebo změnou připojištění provozoval profesionálně nebo vrcholově, pokud nám byly uvedeny v našem dotazníku, a pokud jsme je z pojistné ochrany po dohodě s vámi výslovně nevyloučili.

4.3. Na úrazy, ke kterým došlo při provozování rizikového sportu, se pojištění zásadně nevztahuje, s výjimkou:

- pokud pojištěný prokáže, že se jednalo o jednorázovou aktivitu, nebo
- pokud došlo k úrazu při provozování rizikového sportu, který nám byl uveden při sjednání nebo změně připojištění v našem dotazníku, a který jsme z pojištění výslovně nevyloučili. Na tyto úrazy se však pojištění vztahuje opět až **po vystavení pojistky**;
- pokud je pojistnou událostí smrt pojištěného, včetně smrti úrazem, nebo pro pojistnou událost, kterou je invalidita II. a/nebo invalidita III. stupně a pokud pojištěný sport, v souvislosti s nímž k události došlo, začal provozovat až po počátku pojištění, nebo po datu účinnosti jeho změny, kterou se pojistná ochrana rozšiřuje.

4.4. Pojištěný je povinen chovat se při provozování sportu takovým způsobem, aby k pojistné události nedošlo, zejména:

- nesmí provozovat sport na místech nebo v podmínkách, které jsou k tomu s přihlédnutím ke všem okolnostem nevhodné;
- musí používat ochranné pomůcky, které jsou při provozování takového sportu povinné nebo s přihlédnutím k úrovni a místu provozování sportu považovány za standardní (např. cyklistická či lyžařská helma);
- musí sport provozovat pod dohledem způsobilé osoby, pokud je to pro daný sport vyžadováno;
- musí dodržovat jiná pravidla nebo opatření daného sportu, pokud směřují k ochraně zdraví sportovce.

4.5. Pokud pojištěný pravidla uvedená v čl. 4.4. těchto podmínek poruší, jsme oprávnění krátit pojistné plnění v rozsahu, v jakém se toto porušení podílelo na vzniku pojistné události. Pokud bylo porušení pravidel jedinou nebo převažující příčinou úrazu pojištěného, nepovažujeme takto vzniklou událost za pojistnou událost a pojistné plnění neposkytneme. Příklady výkladu ustanovení 4.4. můžete nalézt na www.youplus.cz a také v Informacích pro zájemce o uzavření pojistné smlouvy.

Pojistné podmínky pro jednotlivé tarify připojištění 0622
Životní pojištění 4U

Platné od 13. 6. 2022

S1K Připojištění pro případ smrti s konstantní pojistnou částkou
S1L Připojištění pro případ smrti s lineárně klesající pojistnou částkou
S1A Připojištění pro případ smrti s anuitně klesající pojistnou částkou
S2K Připojištění pro případ smrti následkem úrazu
Z1K Připojištění pro případ závažných onemocnění s konstantní pojistnou částkou
Z1L Připojištění pro případ závažných onemocnění s lineárně klesající pojistnou částkou
Z1A Připojištění pro případ závažných onemocnění s anuitně klesající pojistnou částkou
SZO Seznam závažných onemocnění – dospělí
Z9K Připojištění pro případ závažných onemocnění (děti)
SZO Seznam závažných onemocnění – děti
Z2K Připojištění pro případ závažných onemocnění PLUS s konstantní pojistnou částkou
Z2L Připojištění pro případ závažných onemocnění PLUS s lineárně klesající pojistnou částkou
SZO Seznam skupin závažných onemocnění dospělých PLUS
Z8K Připojištění pro případ závažných onemocnění PLUS (děti)
SZO Seznam skupin závažných onemocnění dětí PLUS
I1K Připojištění pro případ invalidity 1. nebo 2. nebo 3. stupně s konstantní pojistnou částkou
I2K Připojištění pro případ invalidity 2. nebo 3. stupně s konstantní pojistnou částkou
I3K Připojištění pro případ invalidity 3. stupně s konstantní pojistnou částkou
I1L Připojištění pro případ invalidity 1. nebo 2. nebo 3. stupně s lineárně klesající pojistnou částkou
I2L Připojištění pro případ invalidity 2. nebo 3. stupně s lineárně klesající pojistnou částkou
I3L Připojištění pro případ invalidity 3. stupně s lineárně klesající pojistnou částkou
I1A Připojištění pro případ invalidity 1. nebo 2. nebo 3. stupně s anuitně klesající pojistnou částkou
I2A Připojištění pro případ invalidity 2. nebo 3. stupně s anuitně klesající pojistnou částkou
I3A Připojištění pro případ invalidity 3. stupně s anuitně klesající pojistnou částkou
I9K Připojištění pro případ invalidity 3. stupně nebo nesoběstačnosti dítěte s konstantní pojistnou částkou
T1K Připojištění pro případ trvalých následků úrazu s lineárním plněním
T2K Připojištění pro případ trvalých následků úrazu s progresivním plněním do 850 % pojistné částky
T3K Připojištění pro případ trvalých následků úrazu s progresivním plněním do 1000 % pojistné částky
T4K Připojištění pro případ trvalých následků úrazu s tělesným poškozením od 10 % s progresivním plněním do 600 % pojistné částky
T5K Připojištění pro případ trvalých následků úrazu s progresivním plněním do 600 % pojistné částky
P1D Připojištění pro případ pracovní neschopnosti s plněním od 29. dne pracovní neschopnosti
P2D Připojištění pro případ pracovní neschopnosti trvající alespoň 29 dnů s plněním od 1. do 28. dne pracovní neschopnosti
P3D Připojištění pro případ pracovní neschopnosti s plněním od 57. dne pracovní neschopnosti
P4D Připojištění pro případ pracovní neschopnosti trvající alespoň 57 dnů s plněním od 1. do 56. dne pracovní neschopnosti
P5D Připojištění pro případ pracovní neschopnosti s plněním od 85. dne pracovní neschopnosti
P6D Připojištění pro případ pracovní neschopnosti trvající alespoň 85 dnů s plněním od 1. do 84. dne pracovní neschopnosti
H1D Pojištění pro případ hospitalizace
H3D Připojištění pro případ hospitalizace trvající alespoň 3 dny
D1D Připojištění pro případ léčení vážných úrazů
D2D Připojištění pro případ léčení drobných úrazů
U2L Připojištění pro případ smrti nebo invalidity 2. nebo 3. stupně s lineárně klesající pojistnou částkou
U2A Připojištění pro případ smrti nebo invalidity 2. nebo 3. stupně s anuitně klesající pojistnou částkou
U3L Připojištění pro případ smrti nebo invalidity 3. stupně s lineárně klesající pojistnou částkou
U3A Připojištění pro případ smrti nebo invalidity 3. stupně s anuitně klesající pojistnou částkou
U5L Připojištění pro případ smrti nebo invalidity 2. nebo 3. stupně nebo pro případ závažných onemocnění s lineárně klesající pojistnou částkou
U5A Připojištění pro případ smrti nebo invalidity 2. nebo 3. stupně nebo pro případ závažných onemocnění s anuitně klesající pojistnou částkou
U6L Připojištění pro případ smrti nebo invalidity 3. stupně nebo pro případ závažných onemocnění s lineárně klesající pojistnou částkou
U6A Připojištění pro případ smrti nebo invalidity 3. stupně nebo pro případ závažných onemocnění s anuitně klesající pojistnou částkou
V0A Připojištění pro případ smrti prvního z dvojice pojištěných osob s anuitně klesající pojistnou částkou
V3A Připojištění pro případ smrti nebo invalidity 3. stupně prvního z dvojice pojištěných osob s anuitně klesající pojistnou částkou
V6A Připojištění pro případ smrti nebo invalidity 3. stupně nebo pro případ závažných onemocnění prvního z dvojice pojištěných osob s anuitně klesající pojistnou částkou

Pojistné podmínky tarifu S1K Připojištění pro případ smrti s konstantní pojistnou částkou

Smrt – konstantní PČ

platné od 1. 5. 2019

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se připojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, a Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci.

1.2. Toto připojištění považujeme za životní pojištění.

2. Co je pojistným nebezpečím a pojistnou událostí?

2.1. Pojistnou událostí je smrt pojištěného, ke které dojde v době trvání připojištění.

2.2. Pojistnou událostí je také konečná fáze nemoci pojištěného.

2.3. Dnem vzniku pojistné události je den smrti pojištěného, nebo den, kdy lékař stanovil pojištěnému prognózu konečné fáze nemoci.

3. Jak vyplácíme pojistné plnění?

3.1. V případě pojistné události, kterou je smrt pojištěného, vyplatíme oprávněné osobě jednorázové pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky platné ke dni smrti pojištěného a ponížené o částku pojistného plnění, která byla pojištěnému vyplacena z pojistné události, kterou byla konečná fáze jeho nemoci.

3.2. Pokud je pojištěnému dříve než 24 měsíců před koncem tohoto připojištění odborným lékařem stanovena prognóza onemocnění v konečné fázi, vyplatíme pojištěnému na jeho žádost jednorázové pojistné plnění ve výši poloviny sjednané pojistné částky, pokud je v době výplaty tohoto plnění pojištěný naživu. Takové plnění poskytneme pojištěnému jenom jednou a pojištění po poskytnutí tohoto plnění trvá za původně sjednaných podmínek.

4. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

4.1. Pro toto připojištění nemáme žádné zvláštní výluky a omezení, s výjimkou těch uvedených v zákoně, ve Všeobecných pojistných podmínkách nebo Zvláštních pojistných podmínkách pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci.

5. Co se stane po pojistné události?

5.1. Smrtí pojištěného toto připojištění zaniká.

6. Jaký je význam pojmů, které jsme v těchto podmínkách použili?

Konečná fáze nemoci je takové stadium jakékoliv nemoci, kdy ji už nelze vyléčit, a která s vysokou mírou pravděpodobnosti, hraničící s jistotou, povede k úmrtí nejpozději do 12 měsíců ode dne stanovení takové prognózy lékařem. Abychom poskytli pojistné plnění, musí být taková prognóza výslovně uvedena v lékařské dokumentaci.

Pojistné podmínky tarifu S1L
Připojištění pro případ smrti s lineárně klesající pojistnou částkou

Smrt – lineárně klesající PČ

platné od 1. 5. 2019

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se připojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, a Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci.

1.2. Toto připojištění považujeme za životní pojištění.

2. Co je pojistným nebezpečím a pojistnou událostí?

2.1. Pojistnou událostí je smrt pojištěného, ke které dojde v době trvání připojištění a za podmínek dále stanovených také po skončení připojištění.

2.2. Pojistnou událostí je také konečná fáze nemoci pojištěného.

2.3. Dnem vzniku pojistné události je den smrti pojištěného, nebo den, kdy lékař stanovil pojištěnému prognózu konečné fáze nemoci.

3. Jak vyplácíme pojistné plnění?

3.1. Toto připojištění se sjednává s lineárně klesající pojistnou částkou.

3.2. V případě pojistné události, kterou je smrt pojištěného, vyplatíme oprávněné osobě jednorázové pojistné plnění ve výši aktuální pojistné částky platné ke dni smrti pojištěného, pokud jsme předtím neposkytli pojistné plnění z tohoto připojištění pojištěnému. Pokud požádal o výplatu pojistného plnění pojištěný a toto připojištění z toho důvodu zaniklo, vyplatíme oprávněné osobě pojistné plnění jen tehdy, pokud ke smrti pojištěného došlo nejpozději 12 měsíců po skončení připojištění, a to ve výši pojistné částky platné ke dni zániku připojištění, snížené o pojistné plnění vyplacené pojištěnému.

3.3. Pokud je pojištěnému dříve než 24 měsíců před koncem pojistné doby tohoto připojištění odborným lékařem stanovena prognóza onemocnění v konečné fázi, vyplatíme pojištěnému na jeho žádost jednorázové pojistné plnění ve výši poloviny pojistné částky platné ke dni stanovení takové prognózy, pokud je v době výplaty tohoto plnění pojištěný naživu.

4. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

4.1. Pro toto připojištění nemáme žádné zvláštní výluky a omezení, s výjimkou těch uvedených v zákoně, ve Všeobecných pojistných podmínkách nebo Zvláštních pojistných podmínkách pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci.

5. Co se stane po pojistné události?

5.1. Připojištění zaniká smrtí pojištěného a také stanovením prognózy konečného stadia onemocnění pojištěného, pokud pojištěný uplatnil právo na pojistné plnění.

6. Jaký je význam pojmů, které jsme v těchto podmínkách použili?

Konečná fáze nemoci je takové stadium jakékoliv nemoci, kdy ji už nelze vyléčit, a která s vysokou mírou pravděpodobnosti, hraničící s jistotou, povede k úmrtí nejpozději do 12 měsíců ode dne stanovení takové prognózy lékařem. Abychom poskytli pojistné plnění, musí být taková prognóza výslovně uvedena v lékařské dokumentaci.

Pojistné podmínky tarifu S1A Připojištění pro případ smrti s anuitně klesající pojistnou částkou

Smrt – anuitně klesající PČ

platné od 1. 5. 2019

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se připojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, a Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci.

1.2. Toto připojištění považujeme za životní pojištění.

2. Co je pojistným nebezpečím a pojistnou událostí?

2.1. Pojistnou událostí je smrt pojištěného, ke které dojde v době trvání připojištění a za podmínek dále stanovených také po skončení připojištění.

2.2. Pojistnou událostí je také konečná fáze onemocnění pojištěného.

2.3. Dnem vzniku pojistné události je den smrti pojištěného, nebo den, kdy lékař stanovil pojištěnému prognózu konečné fáze nemoci.

3. Jak vyplácíme pojistné plnění?

3.1. Toto připojištění se sjednává s anuitně klesající pojistnou částkou.

3.2. V případě pojistné události, kterou je smrt pojištěného, vyplatíme oprávněné osobě jednorázové pojistné plnění ve výši aktuální pojistné částky platné ke dni smrti pojištěného, pokud jsme předtím neposkytli pojistné plnění z tohoto připojištění pojištěnému. Pokud jsme poskytli pojistné plnění pojištěnému a toto připojištění z toho důvodu zaniklo, vyplatíme oprávněné osobě pojistné plnění jen tehdy, pokud ke smrti pojištěného došlo nejpozději 12 měsíců po skončení připojištění, a to ve výši pojistné částky platné ke dni zániku připojištění, snížené o pojistné plnění vyplacené pojištěnému.

3.3. Pokud je pojištěnému dříve než 24 měsíců před koncem pojistné doby tohoto připojištění odborným lékařem stanovena prognóza onemocnění v konečné fázi, vyplatíme pojištěnému na jeho žádost jednorázové pojistné plnění ve výši poloviny pojistné částky platné ke dni stanovení takové prognózy, pokud je v době výplaty tohoto plnění pojištěný naživu.

4. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

4.1. Pro toto připojištění nemáme žádné zvláštní výluky a omezení, s výjimkou těch uvedených v zákoně, ve Všeobecných pojistných podmínkách nebo Zvláštních pojistných podmínkách pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci.

5. Co se stane po pojistné události?

5.1. Připojištění zaniká smrtí pojištěného a také stanovením prognózy konečného stadia onemocnění pojištěného, pokud pojištěný uplatnil právo na pojistné plnění.

6. Jaký je význam pojmů, které jsme v těchto podmínkách použili?

Konečná fáze nemoci je takové stadium jakékoliv nemoci, kdy ji už nelze vyléčit, a která s vysokou mírou pravděpodobnosti, hraničící s jistotou, povede k úmrtí nejpozději do 12 měsíců ode dne stanovení takové prognózy lékařem. Abychom poskytli pojistné plnění, musí být taková prognóza výslovně uvedena v lékařské dokumentaci.

Pojistné podmínky tarifu S2K
Připojištění pro případ smrti následkem úrazu
Smrt následkem úrazu

platné od 1. 5. 2019

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se připojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, a Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci.

2. Co je pojistným nebezpečím a pojistnou událostí?

2.1. Pojistnou událostí je smrt pojištěného, ke které dojde v době trvání připojištění následkem úrazu, ale to však nejpozději 12 měsíců ode dne, kdy k úrazu došlo.

2.2. Dnem vzniku pojistné události je den smrti pojištěného.

3. Jak vyplácíme pojistné plnění?

3.1. V případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě jednorázové pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky.

4. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

4.1. Pro toto připojištění nemáme žádné zvláštní výluky a omezení, s výjimkou těch uvedených v zákoně, ve Všeobecných pojistných podmínkách nebo Zvláštních pojistných podmínkách pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci.

5. Co se stane po pojistné události?

5.1. Připojištění smrtí pojištěného zaniká.

Pojistné podmínky tarifu Z1K Připojištění pro případ závažných onemocnění s konstantní pojistnou částkou

Závažná onemocnění – konstantní PČ

platné od 1. 5. 2019

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se připojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, a Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci. Nedílnou součástí těchto podmínek je i Seznam závažných onemocnění dospělých.

1.2. Toto připojištění považujeme za životní pojištění.

2. Co je pojistným nebezpečím a pojistnou událostí?

2.1. Pojistným nebezpečím je úraz nebo nemoc pojištěného, ke kterým došlo v době trvání pojištění.

2.2. Pojistnou událostí je stanovení diagnózy některého ze závažných onemocnění nebo provedení lékařského zákroku nebo operace pojištěnému, pokud k nim došlo v době trvání tohoto připojištění, a pokud jsou uvedené v Seznamu závažných onemocnění dospělých, který tvoří součást těchto podmínek.

2.3. Dnem vzniku pojistné události je den stanovení diagnózy.

3. Jak vyplácíme pojistné plnění?

3.1. V případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě jednorázové pojistné plnění ve výši příslušného procenta sjednané pojistné částky, stanoveného pro dané závažné onemocnění. Není-li v Seznamu závažných onemocnění dospělých uvedeno žádné procento, vyplatíme 100 % sjednané pojistné částky.

4. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

4.1. Pro toto připojištění se uplatní **čekací doba** v délce trvání dvou měsíců. Pokud tedy pojistná událost nebo nemoc pojištěného, která je příčinou pojistné události, nastane v čekací době, pojistné plnění nevyplatíme.

4.2. Pojistné plnění nevyplatíme, pokud pojištěný **zemře dříve, než 30 dní po stanovení diagnózy** závažného onemocnění nebo provedení lékařského zákroku nebo operace.

4.3. Celkové pojistné plnění z tohoto připojištění je omezeno výplatou 100 % sjednané pojistné částky, proto i když bude pojištěnému stanoveno více diagnóz současně, pojistné plnění stanovíme ve výši nejvýše se rovnající pojistné částce.

4.4. Za každé závažné onemocnění, tedy každou položku v Seznamu závažných onemocnění dospělých, vyplatíme pojistné plnění pouze jednou.

4.5. Pokud bude z tohoto připojištění v případě pojistné události vyplaceno méně, než je 100 % pojistné částky, trvá připojištění za původně sjednaných podmínek, z každé další pojistné události však poskytneme pojistné plnění nejvýše ve výši rozdílu mezi 100 % sjednané pojistné částky a již vyplaceným pojistným plněním.

4.6. Pokud jsme pojistné plnění krátili z důvodu, že v důsledku porušení vašich povinností nebo povinností pojištěného při jednání o uzavření smlouvy nebo o její změně, bylo ujednáno nižší pojistné, považuje se pro účely tohoto připojištění za 100 % pojistné částky sjednaná pojistná částka snížena o takovou část, jaký je poměr pojistného, které jsme si ujednali, k pojistnému, které by bylo ujednáno, pokud by k porušení povinností nedošlo.

5. Co se stane po pojistné události?

5.1. Výplatou 100 % sjednané pojistné částky toto připojištění zaniká, a to ke dni poslední pojistné události.

6. Jaký je význam pojmů, které jsme v těchto podmínkách použili?

Závažným onemocněním máme na mysli závažná onemocnění a lékařské zákroky nebo operace, které jsou uvedeny v Seznamu závažných onemocnění dospělých, tvořící součást těchto podmínek.

Stanovením diagnózy se rozumí okamžik, kdy byla pojištěnému lékařem potřebné odbornosti stanovena diagnóza závažného onemocnění nebo proveden lékařský zákrok nebo operace, splňující všechny znaky a další podmínky uvedené v Seznamu závažných onemocnění dospělých pro toto závažné onemocnění, včetně případných následků, a kdy ji tento lékař také zaznamenal do lékařské dokumentace. Tuto dokumentaci budeme vždy potřebovat doložit.

Pojistné podmínky tarifu Z1L Připojištění pro případ závažných onemocnění s lineárně klesající pojistnou částkou

Závažná onemocnění – lineárně klesající PČ

platné od 1. 5. 2019

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se připojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, a Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci. Nedílnou součástí těchto podmínek je i Seznam závažných onemocnění dospělých.

1.2. Toto připojištění považujeme za životní pojištění.

2. Co je pojistným nebezpečím a pojistnou událostí?

2.1. Pojistným nebezpečím je úraz nebo nemoc pojištěného, ke kterým došlo v době trvání pojištění.

2.2. Pojistnou událostí je stanovení diagnózy některého ze závažných onemocnění nebo provedení lékařského zákroku nebo operace pojištěnému, pokud k nim došlo v době trvání tohoto připojištění, a pokud jsou uvedené v Seznamu závažných onemocnění dospělých, který tvoří součást těchto podmínek.

2.3. Dnem vzniku pojistné události je den stanovení diagnózy.

3. Jak vyplácíme pojistné plnění?

3.1. Toto připojištění se sjednává s lineárně klesající pojistnou částkou.

3.2. V případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě jednorázové pojistné plnění ve výši příslušného procenta aktuální pojistné částky, stanoveného pro dané závažné onemocnění. Není-li v Seznamu závažných onemocnění dospělých uvedeno žádné procento, je pojistným plněním 100 % aktuální pojistné částky.

4. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

4.1. Pro toto připojištění se uplatní **čekací doba** v délce trvání dvou měsíců. Pokud tedy pojistná událost nebo nemoc pojištěného, která je příčinou pojistné události, nastane v čekací době, pojistné plnění nevyplatíme.

4.2. Pojistné plnění nevyplatíme, pokud pojištěný **zemře dříve, než 30 dní po stanovení diagnózy** závažného onemocnění nebo provedení lékařského zákroku nebo operace.

4.3. Pokud bude mít pojištěný stanoveno více diagnóz současně, pojistné plnění stanovíme ve výši nejvýše rovnající se aktuální pojistné částce.

4.4. Za každé závažné onemocnění, tedy každou položku v Seznamu závažných onemocnění dospělých, vyplatíme pojistné plnění pouze jednou.

4.5. Pokud bude z tohoto připojištění v případě první pojistné události vyplaceno méně, než je 100 % aktuální pojistné částky, trvá připojištění za původně sjednaných podmínek. Z každé další pojistné události však poskytneme pojistné plnění nejvýše ve výši takového % z pojistné částky platné ke dni této další pojistné události, které odpovídá rozdílu mezi součtem vyplacených pojistných plnění, vyjádřených v % z aktuálních pojistných částek platných ke dni každé takové pojistné události, a hodnotou 100 %.

4.6. Pokud jsme pojistné plnění krátili z důvodu, že v důsledku porušení vašich povinností nebo povinností pojištěného při jednání o uzavření smlouvy nebo její změně, bylo ujednáno nižší pojistné, považuje se pro účely tohoto připojištění za aktuální pojistnou částku tato částka snížena o takovou část, jaký je poměr pojistného, které jsme si ujednali, k pojistnému, které by bylo ujednáno, pokud by k porušení povinností nedošlo.

5. Co se stane po pojistné události?

5.1. Když součet pojistných plnění, vyjádřených v % z aktuálních pojistných částek platných ke dni každé pojistné události, dosáhne 100 %, toto připojištění zaniká, a to ke dni poslední pojistné události.

6. Jaký je význam pojmů, které jsme v těchto podmínkách použili?

Závažným onemocněním máme na mysli závažná onemocnění a lékařské zákroky nebo operace, které jsou uvedeny v Seznamu závažných onemocnění dospělých, tvořící součást těchto podmínek.

Stanovením diagnózy se rozumí okamžik, kdy byla pojištěnému lékařem potřebné odbornosti stanovena diagnóza závažného onemocnění nebo proveden lékařský zákrok nebo operace, splňující všechny znaky a další podmínky uvedené v Seznamu závažných onemocnění dospělých pro toto závažné onemocnění, včetně případných následků, a kdy ji tento lékař také zaznamenal do lékařské dokumentace. Tuto dokumentaci budeme vždy potřebovat doložit.

Vysvětlení k čl. 4.5. a 5.1. Protože víme, že pochopit tato dvě ustanovení není jednoduché, vysvětlíme vám je i na příkladu. Pokud tedy například z první pojistné události vyplatíme pojistné plnění ve výši 50 % aktuální pojistné částky, z druhé pojistné události poskytneme pojistné plnění už jen ve výši 50 % pojistné částky aktuální k datu této druhé pojistné události, a to i když pro takové závažné onemocnění stanovil Seznam plnění vyšší. Protože, počítáno v procentních bodech, bylo vyplaceno již 100 %, připojištění touto druhou pojistnou událostí zanikne.

Pojistné podmínky tarifu Z1A Připojištění pro případ závažných onemocnění s anuitně klesající pojistnou částkou

Závažná onemocnění – anuitně klesající PČ

platné od 1. 5. 2019

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se připojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu a Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci. Nedílnou součástí těchto podmínek je i Seznam závažných onemocnění dospělých.

1.2. Toto připojištění považujeme za životní pojištění.

2. Co je pojistným nebezpečím a pojistnou událostí?

2.1. Pojistným nebezpečím je úraz nebo nemoc pojištěného, ke kterým došlo v době trvání pojištění.

2.2. Pojistnou událostí je stanovení diagnózy některého ze závažných onemocnění nebo provedení lékařského zákroku nebo operace pojištěnému, pokud k nim došlo v době trvání tohoto připojištění, a pokud jsou uvedené v Seznamu závažných onemocnění dospělých, který tvoří součást těchto podmínek.

2.3. Dnem vzniku pojistné události je den stanovení diagnózy.

3. Jak vyplácíme pojistné plnění?

3.1. Toto připojištění se sjednává s anuitně klesající pojistnou částkou.

3.2. V případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě jednorázové pojistné plnění ve výši příslušného procenta aktuální pojistné částky, stanoveného pro dané závažné onemocnění. Není-li v Seznamu závažných onemocnění dospělých uvedeno žádné procento, je pojistným plněním 100 % aktuální pojistné částky.

4. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

4.1. Pro toto připojištění se uplatní **čekací doba** v délce trvání dvou měsíců. Pokud tedy pojistná událost nebo nemoc pojištěného, která je příčinou pojistné události, nastane v čekací době, pojistné plnění nevyplatíme.

4.2. Pojistné plnění nevyplatíme, pokud pojištěný **zemře dříve, než 30 dní po stanovení diagnózy** závažného onemocnění nebo provedení lékařského zákroku nebo operace.

4.3. Pokud bude mít pojištěný stanoveno více diagnóz současně, pojistné plnění stanovíme ve výši nejvýše rovnající se aktuální pojistné částce.

4.4. Za každé závažné onemocnění, tedy každou položku v Seznamu závažných onemocnění dospělých, vyplatíme pojistné plnění pouze jednou.

4.5. Pokud bude z tohoto připojištění v případě první pojistné události vyplaceno méně, než je 100 % aktuální pojistné částky, trvá připojištění za původně sjednaných podmínek. Z každé další pojistné události však poskytneme pojistné plnění nejvýše ve výši takového % z pojistné částky platné ke dni této další pojistné události, které odpovídá rozdílu mezi součtem vyplacených pojistných plnění, vyjádřených v % z aktuálních pojistných částek platných ke dni každé takové pojistné události, a hodnotou 100 %.

4.6. Pokud jsme pojistné plnění krátili z důvodu, že v důsledku porušení vašich povinností nebo povinností pojištěného při jednání o uzavření smlouvy nebo její změně, bylo ujednáno nižší pojistné, považuje se pro účely tohoto připojištění za aktuální pojistnou částku tato částka snížena o takovou část, jaký je poměr pojistného, které jsme si ujednali, k pojistnému, které by bylo ujednáno, pokud by k porušení povinností nedošlo.

5. Co se stane po pojistné události?

5.1. Když součet pojistných plnění, vyjádřených v % z aktuálních pojistných částek platných ke dni každé takové pojistné události, dosáhne 100 %, toto připojištění zaniká, a to ke dni poslední pojistné události.

6. Jaký je význam pojmů, které jsme v těchto podmínkách použili?

Závažným onemocněním máme na mysli závažná onemocnění a lékařské zákroky nebo operace, které jsou uvedeny v Seznamu závažných onemocnění dospělých, tvořící součást těchto podmínek.

Stanovením diagnózy se rozumí okamžik, kdy byla pojištěnému lékařem potřebné odbornosti stanovena diagnóza závažného onemocnění nebo proveden lékařský zákrok nebo operace, splňující všechny znaky a další podmínky uvedené v Seznamu závažných onemocnění dospělých pro toto závažné onemocnění, včetně případných následků, a kdy ji tento lékař také zaznamenal do lékařské dokumentace. Tuto dokumentaci budeme vždy potřebovat doložit.

Vysvětlení k čl. 4.5. a 5.1. Protože víme, že pochopit tato dvě ustanovení není jednoduché, vysvětlíme vám je i na příkladu. Pokud tedy například z první pojistné události vyplatíme pojistné plnění ve výši 50 % aktuální pojistné částky, z druhé pojistné události poskytneme pojistné plnění už jen ve výši 50 % pojistné částky aktuální k datu této druhé pojistné události, a to i když pro takové závažné onemocnění stanovil Seznam plnění vyšší. Protože, počítáno v procentních bodech, bylo vyplaceno již 100 %, připojištění touto druhou pojistnou událostí zanikne.

Seznam závažných onemocnění – dospělí

platný od 4. 5. 2021

Kód	Diagnóza	Definice diagnózy	Definice diagnózy však nezahrnuje
1	**Rakovina (nezahrnuje určitá méně pokročilá stádia)**	Jakýkoli histologicky potvrzený maligní nádor charakterizovaný nekontrolovatelným růstem maligních buněk a invazí do okolních tkání. Termín maligní nádor zahrnuje i leukémii, sarkom a maligní lymfom.	Všechny nádory, které jsou histologicky klasifikované jako premaligní, neinvazivní, karcinom in situ, s hraniční malignitou, mající jakýkoli stupeň maligního potenciálu, podezřelé z malignity, neoplazma nejistého nebo neznámého chování, cervikální dysplazie CIN-1, CIN-2 a CIN-3. Všechny nádory prostaty histologicky klasifikované jako T1N0M0 (TNM klasifikace). Neinvazivní papilární karcinom močového měchýře histologicky klasifikovaný jako Ta (TNM klasifikace). Papilární, folikulární nebo medulární nádor štítné žlázy o průměru menším než 1 cm histologicky klasifikovaný jako T1aN0M0 (TNM klasifikace). Chronická lymfocytární leukémie nižší než RAI stadium 3. Jakýkoli kožní nádor (včetně kožního lymfomu) kromě maligního melanomu histologicky klasifikovaného jako nádor prorůstající pod epidermis (vnější vrstvu kůže). Všechny nádory u HIV pozitivních.
2	**Akutní infarkt myokardu (specifické závažnosti)**	Odumření srdeční svaloviny v důsledku nedostatečného krevního zásobení, které lze doložit přítomností všech následujících příznaků akutního infarktu myokardu: • typické klinické symptomy (například charakteristická bolest na hrudi); • nové charakteristické změny na EKG; • charakteristické zvýšení specifických srdečních laboratorních markerů typických pro infarkt myokardu. Charakteristiky musí jednoznačně prokazovat akutní infarkt myokardu.	Jiné akutní koronární syndromy. Angina pectoris bez infarktu myokardu.
3	**Mozková mrtvice (s trvalými následky)**	Odumření mozkové tkáně v důsledku nedostatečného krevního zásobení nebo intrakraniálního krvácení vyúsťující v trvalý neurologický deficit s přetrvávajícími klinickými příznaky (viz pojmy níže). Diagnóza mozkové mrtvice musí být potvrzena neurologem a musí být podložena nálezem na magnetické rezonanci, CT vyšetření nebo pomocí jiných spolehlivých zobrazovacích metod v souladu s diagnózou nového případu mozkové mrtvice. Posouzení stavu může nastat nejdříve po 90 dnech od potvrzení diagnózy. Až poté bude na základě zprávy neurologa posouzen nárok na plnění.	Tranzitorní ischemické ataky. Mozkové projevy v důsledku migrény. Poškození mozku při nehodě nebo traumatu, generalizované hypoxii, lékařském zákroku, infekci, vaskulitidě a zánětu. Cévní onemocnění ovlivňující oko nebo zrakový nerv. Ischemické poruchy vestibulárního systému. Náhodné nálezy při zobrazování (CT nebo MRI) bez jasně souvisejících klinických symptomů.
4	**Roztroušená skleróza (s přetrvávajícími nebo trvalými symptomy)**	Jednoznačná diagnóza roztroušené sklerózy, tj. chronického onemocnění centrálního nervového systému způsobeného ztrátou myelinu a doprovázeného poškozením motorických a senzorických funkcí. Stav pacienta musí odpovídat minimálně skóre 4 podle mezinárodně uznávané klasifikace roztroušené sklerózy EDSS a musí přetrvávat nepřetržitě po dobu nejméně 6 měsíců. Za tuto diagnózu bude vyplaceno **plnění ve výši 50 % pojistné částky/aktuální pojistné částky**. Diagnóza musí být potvrzena neurologem na základě obvyklých zobrazovacích metod (např. CT, MRI), laboratorních výsledků a klinických příznaků.	

5	**Roztroušená skleróza (se specifickou závažností)**	Jednoznačná diagnóza roztroušené sklerózy, tj. chronického onemocnění centrálního nervového systému způsobeného ztrátou myelinu a doprovázeného poškozením motorických a senzorických funkcí. Stav pacienta musí odpovídat minimálně skóre 6 podle mezinárodně uznávané klasifikace roztroušené sklerózy EDSS a musí přetrvávat nepřetržitě po dobu nejméně 6 měsíců. Diagnóza musí být potvrzena neurologem na základě obvyklých zobrazovacích metod (např. CT, MRI), laboratorních výsledků a klinických příznaků.	
6	**Koronární bypass**	Podstoupení chirurgického zákroku vyžadujícího střední sternotomii (tj. rozříznutí hrudní kosti) na doporučení kardiologa za účelem nápravy zúžení nebo blokády jedné nebo více věnčitých tepen pomocí bypassových štěpů.	
7	**Selhání ledvin**	Konečné stádium selhání ledvin projevující se jako chronické nevratné selhání funkce obou ledvin, vyžadující pravidelnou dialýzu nebo transplantaci ledvin. Diagnóza a zahrnutí do dialyzačního programu musí být potvrzeny nefrologem.	
8	**Transplantace životně důležitého orgánu (od dárce)**	Podstoupení transplantace některého z následujících orgánů jako příjemce: • kostní dřeň, po totální ablaci kostní dřeně; • celé srdce; • ledvina; • játra; • plíce; • pankreas nebo zařazení na oficiální CZ/SK seznam čekatelů (waiting list) na podstoupení uvedeného zákroku.	Transplantace jiných orgánů, částí orgánů, tkání nebo buněk (například transplantace části jater).
9	**Onemocnění/poranění míchy, jehož následkem je úplná a ireverzibilní (nevratná) ztráta funkce končetin**	Trvalá a nevratná úplná ztráta funkce dvou a více končetin jako následek poranění nebo onemocnění míchy. Končetinou se rozumí celá horní nebo celá dolní končetina.	
10	**Ztráta horních a dolních končetin – trvalé anatomické oddělení**	Trvalé anatomické oddělení 2 a více končetin v úrovni zápěstí, resp. kotníku nebo výše.	
11	**Slepota (ztráta zraku) – trvalá a nevratná**	Trvalá a nevratná ztráta zraku na obou očích jako následek nemoci nebo úrazu v takovém rozsahu, že i při testech s využitím korekčních pomůcek je zraková ostrost 3/60 (v metrickém systému) nebo horší na obou očích při použití Snellenových optotypů nebo ekvivalentního testu, nebo je zorné pole obou očí redukováno na 20 stupňů nebo méně. Diagnóza musí být potvrzena oftalmologem.	
12	**Hluchota (ztráta sluchu) – trvalá a nevratná**	Trvalá a nevratná ztráta sluchu na obou uších jako následek nemoci nebo úrazu. Úplná ztráta znamená „ztráta alespoň 80 decibelů ve všech frekvencích“. Diagnóza musí být podložena audiometrickým vyšetřením a testem na zvukovou hladinu provedeným specialistou ORL.	Stav, kdy existuje obecný lékařský názor, že naslouchátko nebo ušní implantát by mohl přinést částečné nebo úplné navrácení sluchu.
13	**Ztráta řeči – úplná trvalá a nevratná**	Úplná a nevratná ztráta řečových schopností jako následek poranění nebo onemocnění hlasivek. Ztráta řeči musí trvat nepřetržitě 12 měsíců. Diagnóza musí být potvrzena specialistou ORL.	Ztráta řeči z důvodů psychiatrických nebo psychosomatických.
14	**Popáleniny (specifické závažnosti)**	Poškození kůže způsobené teplem, chemickými látkami nebo elektrickým proudem projevující se jako popáleniny třetího stupně (poškozena je kůže v celé tloušťce), které pokrývají alespoň 20 % tělesného povrchu nebo pokrývají alespoň 25 % povrchu obličeje nebo 50 % povrchu hlavy.	Popáleniny I. a II. stupně.

15	**Nezhoubný nádor mozku (způsobující trvalé symptomy)**	Nemaligní (benigní) nádor nebo cysta vycházející z mozkové tkáně, hlavových nervů nebo mozkových blan v nitrolební oblasti, způsobující trvalý neurologický deficit s přetrvávajícími klinickými příznaky (viz pojmy níže).	Nádory hypofýzy. Nádory vycházející z kostí. Angiom a cholesteatom.
16	**Kóma s asociovanými trvalými následky**	Stav bezvědomí s chybějící reakcí na vnější podněty nebo vnitřní potřeby, které vyžaduje nepřetržité použití systémů na podporu životních funkcí po dobu alespoň 72 hodin a vede k trvalému neurologickému deficitu s přetrvávajícími klinickými příznaky (viz pojmy níže).	Uměle navozené kóma. Kóma způsobené užíváním alkoholu nebo drog.
17	**Operace aorty**	Podstoupení chirurgického výkonu na aortě z důvodu jejího poranění nebo onemocnění. Aorta je při zákroku naříznuta a její poškozená část je vyjmuta a nahrazena štěpem. Termín aorta zahrnuje hrudní a břišní aortu, nikoli však její větve.	Jakýkoli jiný chirurgický zákrok, například zavedení stentů nebo endovaskulární výkon. Zákrok na větvích hrudní a břišní aorty.
18	**Alzheimerova choroba (způsobující trvalé následky)**	Definitivní potvrzená diagnóza Alzheimerovy choroby s trvalou ztrátou paměti, rozumu, schopnosti vnímat, chápat, vyjadřovat a realizovat myšlenky. Diagnóza musí být potvrzena specialistou neurologie, psychiatrie nebo geriatrie.	Jiné typy demence.
19	**Konečné stádium selhání jater (ireverzibilní)**	Konečné a nevratné selhání jater z důvodu cirhózy, které způsobuje současně trvalou žloutenku, ascites (volná přebytečná tekutina v peritoneální dutině) a jaterní encefalopatii. Diagnóza musí být potvrzena hepatologem nebo internistou.	Onemocnění jater způsobené užíváním alkoholu a drog.
20	**Náhrada nebo oprava srdeční chlopně (s otevřeným hrudníkem)**	Podstoupení chirurgického zákroku vyžadujícího střední sternotomii (tj. rozříznutí hrudní kosti) za účelem výměny nebo opravy jedné nebo více srdečních chlopní. Zákrok musí být doporučen kardiologem.	
21	**Idiopatická Parkinsonova choroba (se specifickou závažností, způsobující trvalé symptomy)**	Jednoznačná diagnóza idiopatické Parkinsonovy choroby potvrzená neurologem. Navíc musí být splněny všechny následující podmínky: • trvalé klinické postižení motorických funkcí s přidruženým třesem, rigiditou pohybu a posturální nestabilitou po dobu alespoň 6 měsíců navzdory optimální léčbě; • onemocnění jeví znaky progresivního postižení; • onemocnění způsobuje neurologický deficit způsobující trvalou a nevratnou úplnou neschopnost provádět následující činnosti: • ujít 200 metrů po rovině bez asistenčních pomůcek nebo • samostatně se najíst poté, co bylo jídlo připraveno a zpřístupněno.	Parkinsonské syndromy nebo parkinsonismus jakéhokoli typu (komplex příznaků).
22	**Encefalitida (se specifickým trvalým postižením)**	Závažný zánět mozkové tkáně, který vede k úplné trvalé invaliditě (viz pojmy níže). Posouzení nároku na plnění může nastat nejdříve 90 dnů po stanovení diagnózy neurologem.	Encefalitida při současné HIV infekci.
23	**Konečné stádium onemocnění plic**	Konečné stádium onemocnění plic způsobující chronické a nevratné respirační selhání. Diagnóza musí být podložena výsledky testu FEV1 (vynucený výdechový objem za první sekundu), které jsou konzistentně menší než 1 litr, výsledky analýzy krevních plynů s parciálním tlakem kyslíku 55mmHg nebo méně (PaO2 ≤ 55mmHg) při trvalé kyslíkové terapii (oxygenoterapie) z důvodu hypoxémie (nedostatek kyslíku v krvi) a klidové dušnosti. Diagnóza musí být potvrzena pneumologem.	
24	**Bakteriální meningitida (se specifickým trvalým postižením)**	Bakteriální zánět mozkových blan nebo míšních obalů, který vede k úplné trvalé invaliditě (viz pojmy níže). Diagnóza bakteriální meningitidy musí být potvrzena vhodným specialistou a podložena přítomností bakteriální infekce v mozkomíšním moku získaném lumbální punkcí. Posouzení nároku na plnění může nastat nejdříve 90 dnů po stanovení diagnózy.	Jiné formy meningitidy, včetně virové meningitidy.

25	**HIV infekce získaná krevní transfuzí**	Infekce virem lidské imunodeficience (HIV) krevní transfuzí v případě splnění všech následujících podmínek: • krevní transfuze byla lékařsky nezbytná nebo podaná jako součást nezbytné lékařské péče; • krevní transfuze byla přijata v CZ/SK po datu počátku pojištění; • je potvrzeno, že zdroj infekce pochází z instituce, která krevní transfuzi poskytla, a tato instituce je schopna dohledat původ krve infikované virem HIV; • událost byla nahlášena příslušným orgánům a byl prošetřen v souladu se zavedenými postupy; • instituce, která poskytla krevní transfuzi, připouští odpovědnost nebo existuje konečný soudní verdikt, proti kterému nelze podat odvolání a který přisuzuje odpovědnost dané instituci; • pojištěný nebyl před nakažením infekcí HIV pravidelně léčen transfuzemi krve nebo krevními produkty; • pojištěný není členem žádné vysoce rizikové skupiny pro nákazu virem HIV, včetně intravenózního užívání drog.	Infekce HIV získaná jakýmkoli jiným způsobem.
26	**HIV infekce získaná při plnění pracovních povinností**	Infekce virem lidské imunodeficience (HIV), ke které došlo v důsledku nehody nebo napadení během vykonávání běžných pracovních povinností za předpokladu, že byly prokázány následující skutečnosti: • nehoda nebo napadení (události) se odehrály na území CZ/SK po datu počátku pojištění; • dokument prokazující událost, která vedla k nákaze, musí být předložen do 30 dnů od události; • událost spojená s HIV infekcí musí být nahlášena příslušnému orgánu na pracovišti a musí být prošetřena v souladu se zavedenými postupy; • existuje důkaz jasného zdroje tekutin infikovaných HIV; • průkaz sérokonverze z HIV negativního na HIV pozitivní včetně průkazu o výskytu viru HIV v krvi pojištěné osoby během 180 dnů po zdokumentované nehodě nebo napadení a současně musí tento dokument zahrnovat negativní test na protilátky proti HIV provedený do 5 dnů po události; • došlo k oficiálnímu uznání infekce HIV při plnění běžných pracovních povinností vyplývajících z povolání ze strany zaměstnavatele. Plnění vyplatíme v případě, že pojištěná osoba při úrazu nebo napadení vykonávala své běžné pracovní povinnosti v oblasti zdravotnictví, záchranných složek, policie, vězeňské, celní nebo sociální správy.	Infekce HIV získaná jakýmkoli jiným způsobem.
27	**Chronická aplastická anémie (mající za následek ireverzibilní-nevratné trvalé selhání kostní dřeně)**	Nevratné trvalé selhání kostní dřeně, které má za následek chronickou anémii, neutropénii a trombocytopénii, vyžadující alespoň 2 z následujících léčebných postupů: • pravidelnou transfuzi krevních produktů (derivátů); • látky stimulující kostní dřeň; • imunosupresivní látky nebo je léčeno transplantací kostní dřeně (s totální ablací kostní dřeně příjemce) od jiné osoby. Diagnóza musí být potvrzena biopsií kostní dřeně a ošetřujícím hematologem.	
28	**Klasická Creuzfeldt-Jacobova choroba (mající za následek trvalé příznaky)**	Klasická Creuzfeldt-Jacobova choroba, která způsobuje trvalé a nevratné poškození mozkové tkáně vedoucí k progresivní demenci a závažným neurologickým symptomům, s trvalou ztrátou paměti, rozumu, schopností vnímat, chápat, vyjadřovat a realizovat myšlenky. Jednoznačná diagnóza klasické Creuzfeldt-Jacobovy nemoci musí být určena a potvrzena neurologem.	

Vysvětlení pojmů (nejedná se o samostatné diagnózy)

Trvalý neurologický deficit s přetrvávajícími klinickými příznaky (platí pouze pro diagnózy mozková mrtvice, nezhoubný nádor mozku a kóma, nikoliv jako samostatná diagnóza závažného onemocnění)

Jedná se o příznaky dysfunkce nervového systému, které jsou přítomny při klinickém vyšetření a u nichž se předpokládá, že budou přetrvávat po celý následující život. Mezi tyto příznaky patří necitlivost, hyperestézie (zvýšená citlivost), paralýza, lokalizovaná slabost, dysartrie (potíže s řečí), afázie (neschopnost mluvit), dysfagie (potíže s polykáním), zrakové postižení, potíže s chůzí, nedostatečná koordinace, třes, záchvaty, demence, delirium, kóma.
Uvedená specifikace však nezahrnuje:
- abnormality zjištěné při zobrazovacím vyšetření mozku bez jednoznačných souvisejících klinických symptomů;
- neurologické příznaky vyskytující se bez symptomatické abnormality, např. prudké reflexy bez jiných příznaků;
- příznaky psychologického a psychiatrického původu.

Úplná trvalá invalidita (platí pouze pro diagnózy encefalitida, meningitida, nikoliv jako samostatná diagnóza závažného onemocnění)
Jedná se o trvalou ztrátu fyzické způsobilosti vykonávat alespoň 3 z 6 níže uvedených úkonů v důsledku nemoci nebo úrazu. Tento stav odborný lékař předpokládá po celou dobu následujícího života bez možného zlepšení. Pacientovi musí být nutně poskytována pomoc nebo dohled jiné osoby z důvodu neschopnosti provádět úkony samostatně, a to ani s použitím běžně dostupného speciálního vybavení a užíváním vhodné předepsané medikace.
Jedná se o tyto úkony:
- koupání/sprchování – schopnost umýt se ve vaně nebo ve sprchovém koutě (včetně vstoupení a vystoupení z/do vany nebo sprchového koutu), nebo schopnost uspokojivě provést hygienu jiným způsobem;
- oblékání/svlékání – schopnost obléct si, vysvléct, zapnout a rozepnout všechny oděvy, a případně i náhrady, umělé končetiny nebo jiné pomůcky;
- stravování – schopnost samostatně se najíst, když bylo jídlo připraveno a zpřístupněno;
- udržování osobní hygieny – schopnost udržovat uspokojivou úroveň osobní hygieny používáním toalety nebo jiným způsobem zajistit péči o vylučování a vyměšování;
- pohyb mezi místnostmi – schopnost pohybovat se mezi místnostmi na úrovni jednoho patra;
- vstávání a uložení z/do lůžka – schopnost přesunout se z lůžka do křesla nebo do invalidního vozíku a zpět.

Uvedená specifikace nezahrnuje druhy invalidity, u kterých specialista nedokáže vyjádřit jasnou prognózu.

EDSS (Expanded Disability Status Scale) je mezinárodní klasifikace používaná pro určování zdravotního postižení pacientů s roztroušenou sklerózou. Stupnice má rozpětí 0 až 10, s intervalem každého stupně 0,5 bodu.

Pojistné podmínky tarifu Z9K Připojištění pro případ závažných onemocnění (děti)

Závažná onemocnění (děti)

platné od 1. 5. 2019

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se připojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, a Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci. Nedílnou součástí těchto podmínek je i Seznam závažných onemocnění dětí.

1.2. Toto připojištění považujeme za životní pojištění.

2. Co je pojistným nebezpečím a pojistnou událostí?

2.1. Pojistným nebezpečím je úraz nebo nemoc pojištěného, ke kterým došlo v době trvání pojištění.

2.2. Pojistnou událostí je stanovení diagnózy některého ze závažných onemocnění nebo provedení lékařského zákroku nebo operace pojištěnému, pokud k nim došlo v době trvání tohoto připojištění, a pokud jsou uvedené v Seznamu závažných onemocnění dětí, který tvoří součást těchto podmínek.

2.3. Dnem vzniku pojistné události je den stanovení diagnózy.

3. Jak vyplácíme pojistné plnění?

3.1. V případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě jednorázové pojistné plnění ve výši příslušného procenta sjednané pojistné částky, stanoveného pro dané závažné onemocnění. Není-li v Seznamu závažných onemocnění dětí uvedeno žádné procento, vyplatíme 100 % sjednané pojistné částky.

4. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

4.1. Pro toto připojištění se uplatní **čekací doba** v délce trvání dvou měsíců. Pokud tedy pojistná událost nebo nemoc pojištěného, která je příčinou pojistné události, nastane v čekací době, pojistné plnění nevyplatíme.

4.2. Pojistné plnění nevyplatíme, pokud pojištěný **zemře dříve, než 30 dní po stanovení diagnózy** závažného onemocnění nebo provedení lékařského zákroku nebo operace.

4.3. Celkové pojistné plnění z tohoto připojištění je omezenou výplatou 100 % sjednané pojistné částky, proto i když bude mít pojištěný stanoveno více diagnóz současně, pojistné plnění stanovíme ve výši nejvýše se rovnající pojistné částce.

4.4. Za každé závažné onemocnění, tedy každou položku v Seznamu závažných onemocnění dětí, vyplatíme pojistné plnění pouze jednou.

4.5. Pokud bude z tohoto připojištění v případě pojistné události vyplaceno méně, než je 100 % pojistné částky, trvá připojištění za původně sjednaných podmínek, z každé další pojistné události však poskytneme pojistné plnění nejvýše ve výši rozdílu mezi 100 % sjednané pojistné částky a již vyplaceným pojistným plněním.

4.6. Pokud jsme pojistné plnění krátili z důvodu, že v důsledku porušení vašich povinností nebo povinností pojištěného při jednání o uzavření smlouvy nebo její změně, bylo ujednáno nižší pojistné, považuje se pro účely tohoto připojištění za 100 % pojistné částky sjednaná pojistná částka snížena o takovou část, jaký je poměr pojistného, které jsme si ujednali, k pojistnému, které by bylo ujednáno, pokud by k porušení povinností nedošlo.

4.7. Pojistné plnění neposkytneme, pokud k pojistné události došlo **v souvislosti s vrozenou vadou nebo vrozeným onemocněním** a potížemi z nich vyplývajícími, pokud se první příznaky takové vady nebo onemocnění projevily v prvních třech letech života pojištěného dítěte. Od vystavení pojistky se však připojištění vztahuje i na takové vrozené vady nebo onemocnění, které nám před sjednáním připojištění nebo jeho změnou, kterou se pojistná ochrana navyšuje, byly uvedeny v dotazníku, pokud jsme je po dohodě s vámi výslovně nevyloučili.

5. Co se stane po pojistné události?

5.1. Výplatou 100 % sjednané pojistné částky toto připojištění zaniká, a to ke dni poslední pojistné události.

6. Jaký je význam pojmů, které jsme v těchto podmínkách použili?

Závažným onemocněním máme na mysli závažná onemocnění a lékařské zákroky nebo operace, které jsou uvedeny v Seznamu závažných onemocnění dětí, tvořící součást těchto podmínek.

Stanovením diagnózy se rozumí okamžik, kdy byla pojištěnému lékařem potřebné odbornosti stanovena diagnóza závažného onemocnění nebo proveden lékařský zákrok nebo operace, splňující všechny znaky a další podmínky uvedené v Seznamu závažných onemocnění dětí pro toto závažné onemocnění, včetně případných následků, a kdy ji tento lékař také zaznamenal do lékařské dokumentace. Tuto dokumentaci budeme vždy potřebovat doložit.

Seznam závažných onemocnění – děti

platný od 1. 5. 2019

Kód	Diagnóza	Definice diagnózy	Definice diagnózy však nezahrnuje
1	**Rakovina (nezahrnuje určitá méně pokročilá stádia)**	Jakýkoli histologicky potvrzený maligní nádor charakterizovaný nekontrolovatelným růstem maligních buněk a invazí do okolních tkání. Termín maligní nádor zahrnuje i leukémii, sarkom a maligní lymfom.	Všechny nádory, které jsou histologicky klasifikované jako premaligní, neinvazivní, karcinom in situ, s hraniční malignitou, mající jakýkoli stupeň maligního potenciálu, podezřelé z malignity, neoplazma nejistého nebo neznámého chování, cervikální dysplazie CIN-1, CIN-2 a CIN-3. Všechny nádory prostaty histologicky klasifikované jako T1N0M0 (TNM klasifikace). Neinvazivní papilární karcinom močového měchýře histologicky klasifikovaný jako Ta (TNM klasifikace). Papilární, folikulární nebo medulární nádor štítné žlázy o průměru menším než 1 cm histologicky klasifikovaný jako T1aN0M0 (TNM klasifikace). Chronická lymfocytární leukémie nižší než RAI stadium 3. Jakýkoli kožní nádor (včetně kožního lymfomu) kromě maligního melanomu histologicky klasifikovaného jako nádor prorůstající pod epidermis (vnější vrstvu kůže). Všechny nádory u HIV pozitivních.
2	**Revmatická horečka (způsobující poškození srdečních chlopní a chronické srdeční selhání)**	Jednoznačná diagnóza nového případu revmatické horečky jako sekundárního autoimunitního onemocnění spuštěného zánětem faryngu nebo mandlí, který byl způsoben beta hemolytickým streptokokem ze skupiny A. Revmatická horečka musí způsobit poškození mitrální nebo aortální chlopně vedoucí k chronickému srdečnímu selhání klasifikovanému jako třída III nebo IV podle NYHA (New York Heart Association). Chronické srdeční selhání NYHA III nebo IV musí být přítomno po dobu posledních 3 měsíců a musí být nepravděpodobné, že by mohlo dojít ke zlepšení při konzervativní léčbě. Musí být poskytnuta veškerá následující dokumentace: • opakované detailní zprávy kvantitativního ultrazvukového vyšetření srdce, které potvrzují nové poškození aortální nebo mitrální chlopně; • zpráva o zvýšeném titru antistreptolysinu O potvrzující nedávnou infekci beta hemolytickým streptokokem ze skupiny A; • lékařská zpráva od specialisty o nové jednoznačné diagnóze revmatické horečky, novém poškození srdeční chlopně a z toho vyplývajícího chronického srdečního selhání třídy III nebo IV podle NYHA. Za tuto diagnózu bude vyplaceno **plnění ve výši 30 % pojistné částky.**	Případy s již existujícím onemocněním mitrální nebo aortální chlopně. Jiné příčiny poškození mitrální nebo aortální chlopně a srdečního selhání.
3	**Inzulin dependentní diabetes mellitus typ I**	Kompletní autoimunitní destrukce všech beta buněk pankreatu vedoucí k úplné inzulinové deficienci, která vyžaduje užívání náhrady inzulinu denně po dobu alespoň posledních 12 měsíců. Za tuto diagnózu bude vyplaceno **plnění ve výši 30 % pojistné částky**. Tato diagnóza musí být doložena zprávou ošetřujícího lékaře.	Před počátkem pojištění nebo 6 měsíců po počátku pojištění existovala laboratorně potvrzená dysglykémie nebo autoimunitní markery ukazující zvýšené riziko vzniku inzulin dependentního diabetu mellitu typu 1 (například: protilátky proti buňkám Langerhansových ostrůvků pankreatu (ICA), nebo protilátky proti: GAD/GAD65, inzulinu, tyrosin fosfatáze IA-2 a IA-2b nebo ZnT8). Jiný typ diabetu, který nesouvisí s úplnou a specifickou autoimunitní destrukcí pankreatických beta buněk vedoucí ke kompletnímu nedostatku inzulinu.

4	**Kawasakiho nemoc (mukokutánní syndrom mízních uzlin) vedoucí k intervenci na věnčitých tepnách**	Jednoznačná diagnóza nového případu Kawasakiho nemoci (mukokutánní syndrom mízních uzlin) projevující se jako horečnaté onemocnění trvající 5 nebo více dní s alespoň 4 z 5 následujících fyzikálních nálezů: • oboustranná injekce spojivek (zčervenání); • změny v dutině ústní (erytém rtů nebo orofaryngu, malinový jazyk nebo popraskání rtů); • periferní změny na končetinách (edém, erytém nebo deskvamace generalizovaná nebo periungvální – kolem nehtů); • vyrážka; • krční lymfadenopatie. Navíc musí být podávány jako základ léčby vysoké dávky intravenózního imunoglobulinu a další vhodná medikace jako jsou salicyláty. Pomocí zobrazovacího vyšetření musí být jednoznačně prokázáno srdeční poškození vlivem Kawasakiho nemoci, které se projeví jako dilatace nebo aneurysma věnčitých tepen a které vedlo k podstoupení perkutánní transluminální koronární angioplastiky, stentování koronárních tepen nebo koronárního bypassu do 12 měsíců po počáteční epizodě původního akutního onemocnění. Diagnóza Kawasakiho nemoci musí být podložena adekvátními laboratorními a dalšími testy. Konečná diagnóza Kawasakiho nemoci musí být jednoznačně potvrzena ošetřujícím pediatrem a pediatrickým kardiologem.	
5	**Stillova choroba s juvenilním nástupem (nebo systémová juvenilní idiopatická artritida) vedoucí ke specifické úplné trvalé invaliditě**	Stillova choroba s juvenilním nástupem (nebo systémová juvenilní idiopatická artritida) je speciální typ juvenilní idiopatické artritidy charakterizovaný vysokými horečkami a příznaky systémového onemocnění, které může existovat měsíce před nástupem artritidy. Stav musí být charakterizován typickými projevy, mezi něž patří kolísavé horečky s febrilními špičkami, typická vyrážka, artritida, splenomegalie, lymfadenopatie, serozitida, úbytek hmotnosti, neutrofilní leukocytóza, zvýšená hladina proteinů akutní fáze a negativita sérologických testů na antinukleární protilátky a revmatoidní faktor. Nárok na plnění bude uznán pouze v případě, že je jednoznačná diagnóza potvrzena pediatrickým revmatologem a stav vede k úplné trvalé invaliditě (viz pojmy níže), která musí být způsobena výhradně Stillovou chorobou s juvenilním nástupem a ne jako důsledek věku dítěte. Posouzení nároku na plnění může nastat nejdříve po alespoň 90 dnech trvání úplné trvalé invalidity.	Jiné formy juvenilní idiopatické artritidy.
6	**Reyův syndrom vedoucí ke specifické úplné trvalé invaliditě**	Reyův syndrom je charakterizovaný těžkou akutní nezánětlivou encefalopatií a akutním selháním jater. Jednoznačná diagnóza musí být potvrzena neurologem. Nárok na plnění mají pouze případy splňující všechna následující diagnostická kritéria: • akutní nezánětlivá encefalopatie s alterací vědomí klinického stádia 3 podle Lovejoye (obtundace, komatózní stav, hyperventilace, dekortikační poloha, neodpovídající odezva na škodlivé podněty, uchování pupilárního a okulovestibulárního světelného reflexu) nebo horší; • vzorek mozkomíšního moku vylučující infekční encefalopatii; • akutní jaterní dysfunkce s jaterní biopsií zobrazující těžkou tukovou přeměnu typickou pro Reyův syndrom; • bez existence jiného vysvětlení pro akutní edém mozku a jaterní abnormality. Nárok na plnění bude uznán pouze v případě, že stav vede k úplné trvalé invaliditě (viz pojmy níže), která musí být způsobena výhradně Reyovým syndromem a ne jako důsledek věku dítěte. Posouzení nároku na plnění může nastat nejdříve po alespoň 90 dnech trvání úplné trvalé invalidity.	Encefalopatie a akutní selhání jater z jiných příčin.

7	**Virová encefalitida vedoucí ke specifické úplné trvalé invaliditě**	Těžký akutní zánět mozkové tkáně (tj. mozkové hemisféry, mozkového kmene nebo mozečku) jednoznačně způsobený virovou infekcí vedoucí k nepřetržité hospitalizaci v akutní fázi onemocnění po dobu alespoň 7 dnů a vedoucí k úplné trvalé invaliditě (viz pojmy níže), která musí být způsobena výhradně virovou encefalitidou a ne jako důsledek věku dítěte. Posouzení nároku na plnění může nastat nejdříve po alespoň 90 dnech trvání úplné trvalé invalidity. Diagnóza musí být potvrzena neurologem.	Encefalitida při infekci HIV.
8	**STEC-HUS (hemolyticko uremický syndrom) vedoucí k chronickému poškození ledvin**	Hemolyticko uremický syndrom charakterizovaný mikroangiopatickou hemolytickou anémií, trombocytopenií a akutním selháním ledvin způsobeným infekcí bakterií Escherichia coli produkující shiga toxin. Diagnóza musí být potvrzena lékařem. Nárok na plnění mají pouze případy splňující všechna následující kritéria: • nález bakteriálních kmenů E. coli produkujících shiga toxin sérotypu O157:H7 nebo O104:H4 při kultivačním vyšetření stolice; • krvavý průjem; • počet krevních destiček menší než 50 000 na mikrolitr a schistocytóza v periferním krevním nátěru; • hladiny močoviny a kreatininu v krvi jsou značně zvýšené a byla zahájena hemodialýza z důvodu akutního selhání ledvin v akutní fázi STEC-HUS; • jednoznačně prokázané chronické onemocnění ledvin 3 měsíce po akutní fázi STEC-HUS indikované patologicky sníženou glomerulární filtrací (přizpůsobenou věku, pohlaví a tělesné stavbě) plus patologickou hladinou proteinu nejméně 30 mg/dl moči. Za tuto diagnózu bude vyplaceno **plnění ve výši 30 % pojistné částky.**	Jiné formy hemolyticko uremického syndromu. Chronická dysfunkce nebo poškození ledvin nesouvisející s STEC-HUS.
9	**Bakteriální meningitida vedoucí ke specifické úplné trvalé invaliditě**	Bakteriální zánět mozkových blan nebo obalů míchy vedoucí k úplné trvalé invaliditě (viz pojmy níže), která musí být způsobena výhradně bakteriální meningitidou a ne jako důsledek věku dítěte. Posouzení nároku na plnění může nastat nejdříve po alespoň 90 dnech trvání úplné trvalé invalidity. Diagnóza musí být potvrzena vhodným specialistou a současně přítomností bakteriální infekce v mozkomíšním moku z lumbální punkce.	Jiné formy meningitidy včetně virové meningitidy.
10	**Transplantace životně důležitého orgánu (od dárce)**	Podstoupení transplantace některého z následujících orgánů jako příjemce: • kostní dřeň, po totální ablaci kostní dřeně; • celé srdce; • ledvina; • játra; • plíce; • pankreas nebo zařazení na oficiální CZ/SK seznam čekatelů (waiting list) na podstoupení uvedeného zákroku.	Transplantace jiných orgánů, částí orgánů, tkání nebo buněk (například transplantace části jater).
11	**Nezhoubný nádor mozku (způsobující trvalé symptomy)**	Nemaligní (benigní) nádor nebo cysta vycházející z mozkové tkáně, hlavových nervů nebo mozkových blan v nitrolební oblasti, způsobující trvalý neurologický deficit s přetrvávajícími klinickými příznaky (viz pojmy níže).	Nádory hypofýzy. Nádory vycházející z kostí. Angiom a cholesteatom.
12	**Kóma s asociovanými trvalými následky**	Stav bezvědomí s chybějící reakcí na vnější podněty nebo vnitřní potřeby, které vyžaduje nepřetržité použití systémů na podporu životních funkcí po dobu alespoň 72 hodin a vede k trvalému neurologickému deficitu s přetrvávajícími klinickými příznaky (viz pojmy níže).	Uměle navozené kóma. Kóma způsobené užíváním alkoholu nebo drog.
13	**Selhání ledvin**	Konečné stádium selhání ledvin projevující se jako chronické nevratné selhání funkce obou ledvin, vyžadující pravidelnou dialýzu nebo transplantaci ledvin. Diagnóza a zahrnutí do dialyzačního programu musí být potvrzeny nefrologem.	

14	**Onemocnění/poranění míchy, jehož následkem je úplná a ireverzibilní (nevratná) ztráta funkce končetin**	Trvalá a nevratná úplná ztráta funkce dvou a více končetin jako následek poranění nebo onemocnění míchy. Končetinou se rozumí celá horní nebo celá dolní končetina.	
15	**Ztráta horních a dolních končetin – trvalé anatomické oddělení**	Trvalé anatomické oddělení 2 a více končetin v úrovni zápěstí, resp. kotníku nebo výše.	
16	**Popáleniny (specifické závažnosti)**	Poškození kůže způsobené teplem, chemickými látkami nebo elektrickým proudem projevující se jako popáleniny třetího stupně (poškozena je kůže v celé tloušťce), které pokrývají alespoň 20 % tělesného povrchu nebo pokrývají alespoň 25 % povrchu obličeje nebo 50 % povrchu hlavy.	Popáleniny I. a II. stupně.
17	**Ztráta zraku (úplná, trvalá a ireverzibilní)**	Trvalá a nevratná úplná ztráta zraku na obou očích jako následek nemoci nebo úrazu. Diagnóza musí být potvrzena oftalmologem a podložena zprávami ze všech relevantních vyšetření.	
18	**Ztráta sluchu (úplná, trvalá a ireverzibilní)**	Trvalá a nevratná úplná ztráta sluchu na obou uších jako následek nemoci nebo úrazu. Diagnóza musí být potvrzena specialistou ORL a podložena zprávami ze všech relevantních vyšetření.	
19	**Specifická operace mozku z důvodu na medikaci rezistentní epilepsie**	Podstoupení invazivního operačního zákroku na mozkové tkáni za účelem kontroly epilepsie, kterou nelze zvládnout pomocí perorální léčby. Musí existovat dokumentace rekurentních tonicko-klonických nebo grand mal záchvatů rezistentních k optimální perorální léčbě. Pojištěný musí na doporučení neurologa užívat alespoň dva předepsané antiepileptické (antikonvulzivní) léky nepřetržitě po dobu alespoň 6 měsíců bezprostředně před operací. Tato operace musí směřovat a vést ke skutečnému chirurgickému odstranění, chirurgické destrukci nebo chirurgickému řezu do mozkové tkáně. Diagnóza, doba trvání, léčba a nutnost podstoupení invazivní operace musí být potvrzeny specialistou/neurologem. Za tuto diagnózu bude vyplaceno **plnění ve výši 30 % pojistné částky.**	Chirurgické zásahy na mozkových obalech. Hluboká mozková stimulace. Radiochirurgický zákrok gama nožem. Operace mozku při současném užívání alkoholu a drog.
20	**Poliomyelitida vedoucí ke specifické úplné trvalé invaliditě**	Poliomyelitida způsobená infekcí poliovirem sérotypu 1, 2 nebo 3 vedoucí k úplné trvalé invaliditě (viz pojmy níže), která musí být způsobena výhradně poliomyelitidou a ne jako důsledek věku dítěte. Posouzení nároku na plnění může nastat nejdříve po alespoň 90 dnech trvání úplné trvalé invalidity. Jednoznačná diagnóza poliomyelitidy způsobené infekcí poliovirem sérotypu 1, 2 nebo 3 vedoucí k úplné trvalé invaliditě musí být potvrzena příslušným specialistou.	

Vysvětlení pojmů (nejedná se o samostatné diagnózy)

Trvalý neurologický deficit s přetrvávajícími klinickými příznaky (platí pouze pro dotčené diagnózy uvedené v seznamu, nikoliv jako samostatná diagnóza závažného onemocnění – děti)

Jedná se o příznaky dysfunkce nervového systému, které jsou přítomny při klinickém vyšetření a u nichž se předpokládá, že budou přetrvávat po celý následující život. Mezi tyto příznaky patří necitlivost, hyperestézie (zvýšená citlivost), paralýza, lokalizovaná slabost, dysartrie (potíže s řečí), afázie (neschopnost mluvit), dysfagie (potíže s polykáním), zrakové postižení, potíže s chůzí, nedostatečná koordinace, třes, záchvaty, demence, delirium, kóma.

Uvedená specifikace však nezahrnuje:

- abnormality zjištěné při zobrazovacím vyšetření mozku bez jednoznačných souvisejících klinických symptomů;
- neurologické příznaky vyskytující se bez symptomatické abnormality, např. prudké reflexy bez jiných příznaků;
- příznaky psychologického a psychiatrického původu.

Úplná trvalá invalidita (platí pouze pro dotčené diagnózy uvedené v seznamu, nikoliv jako samostatná diagnóza závažného onemocnění – děti)

Jedná se o trvalou ztrátu fyzické způsobilosti vykonávat alespoň 3 z 6 níže uvedených úkonů v důsledku nemoci nebo úrazu. Tento stav odborný lékař předpokládá po celou dobu následujícího života bez možného zlepšení. Pacientovi musí být nutně poskytována pomoc nebo dohled jiné osoby z důvodu neschopnosti provádět úkony samostatně, a to ani s použitím běžně dostupného speciálního vybavení a užíváním vhodné předepsané medikace.

Jedná se o tyto úkony:

- koupání/sprchování – schopnost umýt se ve vaně nebo ve sprchovém koutě (včetně vstoupení a vystoupení z/do vany nebo sprchového koutu), nebo schopnost uspokojivě provést hygienu jiným způsobem;
- oblékání/svlékání – schopnost obléct si, vysvléct, zapnout a rozepnout všechny oděvy, a případně i náhrady, umělé končetiny nebo jiné pomůcky;
- stravování – schopnost samostatně se najíst, když bylo jídlo připraveno a zpřístupněno;
- udržování osobní hygieny – schopnost udržovat uspokojivou úroveň osobní hygieny používáním toalety nebo jiným způsobem zajistit péči o vylučování a vyměšování;
- pohyb mezi místnostmi – schopnost pohybovat se mezi místnostmi na úrovni jednoho patra;
- vstávání a uložení z/do lůžka – schopnost přesunout se z lůžka do křesla nebo do invalidního vozíku a zpět.

Uvedená specifikace nezahrnuje druhy invalidity, u kterých specialista nedokáže vyjádřit jasnou prognózu.

Pojistné podmínky tarifu Z2K Připojištění pro případ závažných onemocnění PLUS s konstantní pojistnou částkou

Závažná onemocnění PLUS – konstantní PČ

platné od 4. 5. 2021

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se připojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, a Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci. Nedílnou součástí těchto podmínek je i Seznam skupin závažných onemocnění dospělých PLUS.

1.2. Toto připojištění považujeme za životní pojištění.

2. Co je pojistným nebezpečím a pojistnou událostí?

2.1. Pojistným nebezpečím je úraz nebo nemoc pojištěného, ke kterým došlo v době trvání pojištění.

2.2. Pojistnou událostí je stanovení diagnózy některého ze závažných onemocnění nebo provedení lékařského zákroku nebo operace pojištěnému, pokud jsou uvedené v Seznamu skupin závažných onemocnění dospělých PLUS a splňují všechny podmínky tam uvedené, a pokud k nim došlo v době trvání tohoto připojištění a zároveň v době trvání pojištění příslušné skupiny diagnóz.

2.3. Dnem vzniku pojistné události je den stanovení diagnózy.

3. Jak vyplácíme pojistné plnění?

3.1. V případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě jednorázové pojistné plnění ve výši příslušného procenta sjednané pojistné částky, stanoveného pro dané závažné onemocnění. Není-li v Seznamu skupin závažných onemocnění dospělých PLUS uvedeno žádné procento, je pojistným plněním 100 % pojistné částky s omezeními dle článku 4 níže. Seznam skupin závažných onemocnění dospělých PLUS může stanovit i jiné omezení výše pojistného plnění platné pro konkrétní závažné onemocnění.

3.2. Závažná onemocnění, na která se toto pojištění vztahuje, jsou rozdělena do skupin. Součet pojistných plnění, která vyplatíme z jedné skupiny diagnóz, vyjádřených v % z pojistných částek platných ke dni vzniku každé takové pojistné události je nejvýše 100 %. Výplatou 100 % pojištění pro příslušnou skupinu diagnóz zaniká. Pokud bylo pojistné plnění za některé závažné onemocnění omezeno limitem, použijí se pro účely tohoto a dalších obdobných ustanovení těchto podmínek příslušná procenta stanovená v Seznamu skupin závažných onemocnění dospělých PLUS pro toto onemocnění bez ohledu na uplatnění limitu.

Pokud vyplatíme pojistné plnění za diagnózu, pro kterou Seznam skupin závažných onemocnění dospělých PLUS stanoví kromě procentního plnění také limit (např. 20 %, maximálně však 500 000 Kč), počítáme pro účely další pojistné události vyplacené plnění vždy jako 20 %, i kdyby s ohledem na uplatněný limit byl skutečný poměr plnění k pojistné částce nižší.

3.3. Pokud bude z tohoto připojištění v rámci jedné skupiny diagnóz v případě první pojistné události vyplaceno méně, než je 100 % pojistné částky, trvá pojištění skupiny diagnóz za původně sjednaných podmínek. Z každé další pojistné události však poskytneme pojistné plnění nejvýše ve výši takového % z pojistné částky platné ke dni vzniku této další pojistné události, které odpovídá rozdílu mezi součtem vyplacených pojistných plnění vyjádřených v % z pojistných částek platných ke dni vzniku každé takové pojistné události, a hodnotou 100 %.

Pokud z první pojistné události vyplatíme pojistné plnění ve výši 50 % sjednané pojistné částky, z druhé pojistné události v rámci stejné skupiny diagnóz poskytneme pojistné plnění pouze ve výši 50 % pojistné částky aktuální k datu této druhé pojistné události, a to i když pro takové závažné onemocnění stanovil Seznam skupin závažných onemocnění dospělých PLUS plnění vyšší. Protože, počítáno v procentních bodech, bylo vyplaceno již 100 %, pojištění příslušné skupiny diagnóz touto druhou pojistnou událostí zanikne.

4. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

4.1. Pro toto připojištění se uplatní čekací doba v délce trvání dvou měsíců. Pokud tedy pojistná událost nebo nemoc pojištěného, která je příčinou pojistné události, nastane v čekací době, pojistné plnění nevyplatíme.

4.2. Součet pojistných plnění, která vyplatíme za pojistné události, které vznikly během období 6 po sobě bezprostředně následujících měsíců, vyjádřených v % z pojistných částek platných ke dni vzniku každé takové pojistné události je nejvýše 100 %.

4.3. Výluky a omezení pro jednotlivá závažná onemocnění mohou být uvedeny přímo v Seznamu skupin závažných onemocnění dospělých PLUS.

4.4. Pokud bude mít pojištěný stanoveno více diagnóz závažného onemocnění současně, poskytneme pojistné plnění za tu diagnózu, za kterou bychom v souladu s těmito pojistnými podmínkami vyplatili pojistné plnění vyšší. Nelze-li to určit, pak vyplatíme plnění za závažné onemocnění ze skupiny, která má v Seznamu skupin závažných onemocnění dospělých PLUS nižší pořadí.

4.5. Za každé závažné onemocnění, tedy každou položku Seznamu skupin závažných onemocnění dospělých PLUS, poskytneme pojistné plnění pouze jednou, a to i když se dané onemocnění bude týkat jiného orgánu nebo končetiny.

4.6. Pokud jsme pojistné plnění krátili z důvodu, že v důsledku porušení vašich povinností nebo povinností pojištěného při jednání o uzavření smlouvy nebo její změně, bylo ujednáno nižší pojistné, považuje se pro účely tohoto připojištění za pojistnou částku tato částka snížená o takovou část, jaký je poměr pojistného, které jsme si ujednali, k pojistnému, které by bylo ujednáno, pokud by k porušení povinností nedošlo.

5. Co se stane po pojistné události?

5.1. Výplatou pojistného plnění zaniká pojištění ve vztahu k příslušnému závažnému onemocnění, tedy položce Seznamu skupin závažných onemocnění dospělých PLUS, za které jsme plnění poskytli.

5.2. Když součet pojistných plnění, vyjádřených v % z pojistných částek platných ke dni vzniku každé pojistné události nastalé v rámci stejné skupiny diagnóz, dosáhne 100 %, zaniká pojištění této skupiny diagnóz, a to ke dni vzniku poslední pojistné události. Pojistná částka pro ostatní skupiny diagnóz i pojistné, které nám za připojištění platíte, zůstávají beze změny.

5.3. Pojištění příslušné Skupiny diagnóz zaniká také dnem vzniku pojistné události z diagnózy závažného onemocnění, za kterou se v souladu se Seznamem skupin závažných onemocnění dospělých PLUS poskytuje pojistné plnění v rozsahu 100 %, a to i když s ohledem na omezení stanovená těmito podmínkami nebo i z jiného důvodu nebylo vyplaceno pojistné plnění v rozsahu plných 100 %. Pojistná částka pro ostatní skupiny diagnóz i pojistné, které nám za připojištění platíte, zůstávají beze změny.

Z první pojistné události jsme vyplatili 20 % pojistné částky platné ke dni vzniku této události. Za 4 měsíce nastala další pojistná událost ze závažného onemocnění, za které podle tabulky Seznamu skupin závažných onemocnění dospělých PLUS poskytujeme pojistné plnění ve výši 100 %. Protože mezi těmito událostmi uplynulo méně než 6 měsíců, pak jsme mohli vyplatit pouze 80 % pojistné částky (odst. 4.2.). Pojištění skupiny diagnóz, kam bylo toto závažné onemocnění zařazeno, však přesto zaniká.

5.4. Výplatou maximálního pojistného plnění ze všech skupin diagnóz toto připojištění zaniká.

6. Jaký je význam pojmů, které jsme v těchto podmínkách použili?

Závažným onemocněním máme na mysli závažná onemocnění a lékařské zákroky nebo operace, které jsou uvedeny v Seznamu skupin závažných onemocnění dospělých PLUS, tvořícím součást těchto podmínek.

Skupinou diagnóz závažných onemocnění se rozumí skupiny, do kterých jsou v Seznamu skupin závažných onemocnění dospělých PLUS rozčleněna jednotlivá závažná onemocnění. Těmito skupinami jsou: rakovina; kardiovaskulární systém; nervová a pohybová soustava; vnitřní orgány; smysly; další závažná onemocnění.

Stanovením diagnózy se rozumí okamžik, kdy byla pojištěnému lékařem potřebné odbornosti stanovena diagnóza závažného onemocnění nebo proveden lékařský zákrok nebo operace, splňující všechny znaky a další podmínky uvedené v Seznamu skupin závažných onemocnění dospělých PLUS pro toto závažné onemocnění, včetně případných následků, a kdy ji tento lékař také poprvé zaznamenal do lékařské dokumentace. Tuto dokumentaci budeme vždy potřebovat doložit.

Pojistné podmínky tarifu Z2L Připojištění pro případ závažných onemocnění PLUS s lineárně klesající pojistnou částkou

Závažná onemocnění PLUS – lineárně klesající PČ

platné od 4. 5. 2021

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se připojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, a Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci. Nedílnou součástí těchto podmínek je i Seznam skupin závažných onemocnění dospělých PLUS.

1.2. Toto připojištění považujeme za životní pojištění.

2. Co je pojistným nebezpečím a pojistnou událostí?

2.1. Pojistným nebezpečím je úraz nebo nemoc pojištěného, ke kterým došlo v době trvání pojištění.

2.2. Pojistnou událostí je stanovení diagnózy některého ze závažných onemocnění nebo provedení lékařského zákroku nebo operace pojištěnému, pokud jsou uvedené v Seznamu skupin závažných onemocnění dospělých PLUS a splňují všechny podmínky tam uvedené, a pokud k nim došlo v době trvání tohoto připojištění a zároveň v době trvání pojištění příslušné skupiny diagnóz.

2.3. Dnem vzniku pojistné události je den stanovení diagnózy.

3. Jak vyplácíme pojistné plnění?

3.1. Toto připojištění se sjednává s lineárně klesající pojistnou částkou.

3.2. V případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě jednorázové pojistné plnění ve výši příslušného procenta aktuální pojistné částky, stanoveného pro dané závažné onemocnění. Není-li v Seznamu skupin závažných onemocnění dospělých PLUS uvedeno žádné procento, je pojistným plněním 100 % aktuální pojistné částky s omezeními dle článku 4 níže. Seznam skupin závažných onemocnění dospělých PLUS může stanovit i jiné omezení výše pojistného plnění platné pro konkrétní závažné onemocnění.

3.3. Závažná onemocnění, na která se toto pojištění vztahuje, jsou rozdělena do skupin. Součet pojistných plnění, která vyplatíme z jedné skupiny diagnóz, vyjádřených v % z aktuálních pojistných částek platných ke dni vzniku každé takové pojistné události je nejvýše 100 %. Výplatou 100 % pojištění pro příslušnou skupinu diagnóz zaniká. Pokud bylo pojistné plnění za některé závažné onemocnění omezeno limitem, použijí se pro účely tohoto a dalších obdobných ustanovení těchto podmínek příslušná procenta stanovená v Seznamu skupin závažných onemocnění dospělých PLUS pro toto onemocnění bez ohledu na uplatnění limitu.

Pokud vyplatíme pojistné plnění za diagnózu, pro kterou Seznam skupin závažných onemocnění dospělých PLUS stanoví kromě procentního plnění také limit (např. 20 %, maximálně však 500 000 Kč), počítáme pro účely další pojistné události vyplacené plnění vždy jako 20 %, i kdyby s ohledem na uplatněný limit byl skutečný poměr plnění k aktuální pojistné částce nižší.

3.4. Pokud bude z tohoto připojištění v rámci jedné skupiny diagnóz v případě první pojistné události vyplaceno méně, než je 100 % aktuální pojistné částky, trvá pojištění skupiny diagnóz za původně sjednaných podmínek. Z každé další pojistné události však poskytneme pojistné plnění nejvýše ve výši takového % z pojistné částky platné ke dni vzniku této další pojistné události, které odpovídá rozdílu mezi součtem vyplacených pojistných plnění vyjádřených v % z aktuálních pojistných částek platných ke dni vzniku každé takové pojistné události, a hodnotou 100 %.

Pokud z první pojistné události vyplatíme pojistné plnění ve výši 50 % aktuální pojistné částky, z druhé pojistné události v rámci stejné Skupiny diagnóz poskytneme pojistné plnění už jen ve výši 50 % pojistné částky aktuální k datu této druhé pojistné události, a to i když pro takové závažné onemocnění stanovil Seznam skupin závažných onemocnění dospělých PLUS plnění vyšší. Protože, počítáno v procentních bodech, bylo vyplaceno již 100 %, pojištění příslušné skupiny diagnóz touto druhou pojistnou událostí zanikne.

4. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

4.1. Pro toto připojištění se uplatní čekací doba v délce trvání dvou měsíců. Pokud tedy pojistná událost nebo nemoc pojištěného, která je příčinou pojistné události, nastane v čekací době, pojistné plnění nevyplatíme.

4.2. Součet pojistných plnění, která vyplatíme za pojistné události, které vznikly během období 6 po sobě bezprostředně následujících měsíců, vyjádřených v % z aktuálních pojistných částek platných ke dni vzniku každé takové pojistné události je nejvýše 100 %.

4.3. Výluky a omezení pro jednotlivá závažná onemocnění mohou být uvedeny přímo v Seznamu skupin závažných onemocnění dospělých PLUS.

4.4. Pokud bude mít pojištěný stanoveno více diagnóz závažného onemocnění současně, poskytneme pojistné plnění za tu diagnózu, za kterou bychom v souladu s těmito pojistnými podmínkami vyplatili pojistné plnění vyšší. Nelze-li to určit, pak vyplatíme plnění za závažné onemocnění ze skupiny, která má v Seznamu skupin závažných onemocnění dospělých PLUS nižší pořadí.

4.5. Za každé závažné onemocnění, tedy každou položku Seznamu skupin závažných onemocnění dospělých PLUS, poskytneme pojistné plnění pouze jednou, a to i když se dané onemocnění bude týkat jiného orgánu nebo končetiny.

4.6. Pokud jsme pojistné plnění krátili z důvodu, že v důsledku porušení vašich povinností nebo povinností pojištěného při jednání o uzavření smlouvy nebo její změně, bylo ujednáno nižší pojistné, považuje se pro účely tohoto připojištění za aktuální pojistnou částku tato částka snížená o takovou část, jaký je poměr pojistného, které jsme si ujednali, k pojistnému, které by bylo ujednáno, pokud by k porušení povinností nedošlo.

5. Co se stane po pojistné události?

5.1. Výplatou pojistného plnění zaniká pojištění ve vztahu k příslušnému závažnému onemocnění, za které jsme plnění poskytli.

5.2. Když součet pojistných plnění, vyjádřených v % z aktuálních pojistných částek platných ke dni vzniku každé pojistné události nastalé v rámci stejné skupiny diagnóz, dosáhne 100 %, zaniká pojištění této skupiny diagnóz, a to ke dni vzniku poslední pojistné události. Pojistná částka pro ostatní skupiny diagnóz i pojistné, které nám za připojištění platíte, zůstávají beze změny.

5.3. Pojištění příslušné Skupiny diagnóz zaniká také dnem vzniku pojistné události z diagnózy závažného onemocnění, za kterou se v souladu se

Seznamem skupin závažných onemocnění dospělých PLUS poskytuje pojistné plnění v rozsahu 100 %, a to i když s ohledem na omezení stanovená těmito podmínkami nebo i z jiného důvodu nebylo vyplaceno pojistné plnění v rozsahu plných 100 %. Pojistná částka pro ostatní skupiny diagnóz i pojistné, které nám za připojištění platíte, zůstávají beze změny.

Z první pojistné události jsme vyplatili 20 % pojistné částky platné ke dni vzniku této události. Za 4 měsíce nastala další pojistná událost ze závažného onemocnění, za které podle tabulky Seznamu skupin závažných onemocnění dospělých PLUS poskytujeme pojistné plnění ve výši 100 %. Protože mezi těmito událostmi uplynulo méně než 6 měsíců, pak jsme mohli vyplatit pouze 80 % pojistné částky (odst. 4.2.). Pojištění skupiny diagnóz, kam bylo toto závažné onemocnění zařazeno, však přesto zaniká.

5.4. Výplatou maximálního pojistného plnění ze všech skupin diagnóz toto připojištění zaniká.

6. Jaký je význam pojmů, které jsme v těchto podmínkách použili?

Závažným onemocněním máme na mysli závažná onemocnění a lékařské zákroky nebo operace, které jsou uvedeny v Seznamu skupin závažných onemocnění dospělých PLUS, tvořícím součást těchto podmínek.

Skupinou diagnóz závažných onemocnění se rozumí skupiny, do kterých jsou v Seznamu skupin závažných onemocnění dospělých PLUS rozčleněna jednotlivá závažná onemocnění. Těmito skupinami jsou: rakovina; kardiovaskulární systém; nervová a pohybová soustava; vnitřní orgány; smysly; další závažná onemocnění.

Stanovením diagnózy se rozumí okamžik, kdy byla pojištěnému lékařem potřebné odbornosti stanovena diagnóza závažného onemocnění nebo proveden lékařský zákrok nebo operace, splňující všechny znaky a další podmínky uvedené v Seznamu skupin závažných onemocnění dospělých PLUS pro toto závažné onemocnění, včetně případných následků, a kdy ji tento lékař také poprvé zaznamenal do lékařské dokumentace. Tuto dokumentaci budeme vždy potřebovat doložit.

Seznam skupin závažných onemocnění dospělých PLUS

platný od 4. 5. 2021

Kód	Diagnóza	Definice diagnózy	Definice diagnózy však nezahrnuje
1. Skupina diagnóz: Rakovina			
1	**Rakovina (nezahrnuje určitá méně pokročilá stádia)**	Jakýkoli histologicky potvrzený maligní nádor charakterizovaný nekontrolovatelným růstem maligních buněk a invazí do okolních tkání. Termín maligní nádor zahrnuje i leukémii, sarkom a maligní lymfom.	Všechny nádory, které jsou histologicky klasifikované jako premaligní, neinvazivní, karcinom in situ, s hraniční malignitou, mající jakýkoli stupeň maligního potenciálu, podezřelé z malignity, neoplazma nejistého nebo neznámého chování, cervikální dysplazie CIN-1, CIN-2 a CIN-3. Všechny nádory prostaty histologicky klasifikované jako T1N0M0 (TNM klasifikace). Neinvazivní papilární karcinom močového měchýře histologicky klasifikovaný jako Ta (TNM klasifikace). Papilární, folikulární nebo medulární nádor štítné žlázy o průměru menším než 1 cm histologicky klasifikovaný jako T1aN0M0 (TNM klasifikace). Chronická lymfocytární leukémie nižší než RAI stadium 3. Jakýkoli kožní nádor (včetně kožního lymfomu) kromě maligního melanomu histologicky klasifikovaného jako nádor prorůstající pod epidermis (vnější vrstvu kůže). Všechny nádory u HIV pozitivních.
2	**Rakovina (zahrnuje pouze vybraná méně pokročilá stádia)**	Všechny nádory prostaty histologicky klasifikované jako T1N0M0 (TNM klasifikace) nebo papilární, folikulární nebo medulární nádor štítné žlázy o průměru menším než 1 cm histologicky klasifikovaný jako T1aN0M0 (TNM klasifikace) za podmínky, že tento typ rakoviny byl léčen: a) chirurgicky s cílem odstranit nádor nebo b) prostřednictvím radiační terapie vnějším paprskem nebo vnitřním ozařováním (brachyterapií) s cílem zničit nádor. Za tuto diagnózu bude vyplaceno pojistné **plnění ve výši 20 % pojistné částky/aktuální pojistné částky, maximálně však 500 000 Kč. Pojistné plnění neposkytneme, pokud již bylo dříve poskytnuto pojistné plnění za diagnózu karcinom in situ stejného orgánu.**	Všechny nádory, které jsou histologicky klasifikované jako premaligní, neinvazivní, karcinom in situ, s hraniční malignitou, mající jakýkoli stupeň maligního potenciálu, podezřelé z malignity, neoplazma nejistého nebo neznámého chování. Všechny nádory prostaty histologicky klasifikované jako T1N0M0 (TNM klasifikace) léčené jiným než definovaným způsobem. Papilární, folikulární nebo medulární nádor štítné žlázy o průměru menším než 1 cm histologicky klasifikovaný jako T1aN0M0 (TNM klasifikace) léčený jiným než definovaným způsobem. Všechny nádory u HIV pozitivních.
3	**Karcinom in situ (léčený definovanými postupy)**	Histologicky potvrzený karcinom in situ charakterizovaný nekontrolovatelným růstem maligních buněk omezeným na epiteliální výstelky orgánů, který byl léčen: a) chirurgicky s cílem odstranit nádor nebo b) prostřednictvím radiační terapie vnějším paprskem nebo vnitřním ozařováním (brachyterapií) s cílem zničit nádor. Za tuto diagnózu bude vyplaceno pojistné **plnění ve výši 20 % z pojistné částky/aktuální pojistné částky, maximálně však 500 000 Kč. Pojistné plnění neposkytneme v případě karcinomu in situ štítné žlázy nebo karcinomu in situ prostaty, pokud již bylo dříve poskytnuto pojistné plnění v rámci diagnózy Rakovina (zahrnuje pouze vybraná méně pokročilá stádia) za rakovinu stejného orgánu.**	Jakákoli dysplázie, hyperplazie, metaplazie, intraepiteliální neoplazie nebo skvamózní intraepiteliální léze, které nejsou histologicky klasifikovány jako karcinom in situ. Karcinom in situ tlustého střeva nebo konečníku, pokud byl nádor léčen lokální excizí nebo polypektomií. Neinvazivní papilární karcinom močového měchýře a nádory močového měchýře ve stádiu Ta dle TNM klasifikace, pokud nebyly léčeny metodou TURBT (transuretrální resekce nádoru močového měchýře) s následnou intravezikální BCG-imunoterapií nebo intravezikální chemoterapií s cílem zničit nádor. Všechny karcinomy kůže. Nádory léčené pouze smyčkovou excizí, laserovou terapií, kryoterapií nebo diatermií. Postupy, které slouží pouze k diagnostickým účelům. Všechny nádory u HIV pozitivních.
2. Skupina diagnóz: Kardiovaskulární systém			
4	**Akutní infarkt myokardu (specifické závažnosti)**	Odumření srdeční svaloviny v důsledku nedostatečného krevního zásobení, které lze doložit přítomností všech následujících příznaků akutního infarktu myokardu: • typické klinické symptomy (například charakteristická bolest na hrudi); • nové charakteristické změny na EKG; • charakteristické zvýšení specifických srdečních laboratorních markerů typických pro infarkt myokardu. Charakteristiky musí jednoznačně prokazovat akutní infarkt myokardu.	Jiné akutní koronární syndromy. Angina pectoris bez infarktu myokardu.

5	**Koronární bypass**	Podstoupení chirurgického zákroku vyžadujícího střední sternotomii (tj. rozříznutí hrudní kosti) na doporučení kardiologa za účelem nápravy zúžení nebo blokády jedné nebo více věnčitých tepen pomocí bypassových štěpů.	
6	**Angioplastika koronárních (věnčitých) tepen**	Zprůchodnění věnčitých tepen, které bylo provedeno balonkovou angioplastikou s následným zavedením stentu. Musí být potvrzeno zprávou kardiologa, včetně výsledku koronární angiografie, který prokazuje, že uvedený zákrok byl proveden na alespoň jedné cévě s nejméně 60 % stenózou (zúžením) nebo na třech a více tepnách současně (bez ohledu na rozsah stenózy). Za tuto diagnózu bude vyplaceno pojistné **plnění ve výši 50 % z pojistné částky/aktuální pojistné částky, maximálně však 375 000 Kč.**	Angiografie (zobrazovací vyšetření cév).
7	**Operace aorty**	Podstoupení chirurgického výkonu na aortě z důvodu jejího poranění nebo onemocnění. Aorta je při zákroku naříznuta a její poškozená část je vyjmuta a nahrazena štěpem. Termín aorta zahrnuje hrudní a břišní aortu, nikoli však její větve.	Jakýkoli jiný chirurgický zákrok, například zavedení stentů nebo endovaskulární výkon. Zákrok na větvích hrudní a břišní aorty.
8	**Náhrada nebo oprava srdeční chlopně (s otevřeným hrudníkem)**	Podstoupení chirurgického zákroku vyžadujícího střední sternotomii (tj. rozříznutí hrudní kosti) za účelem výměny nebo opravy jedné nebo více srdečních chlopní. Zákrok musí být doporučen kardiologem.	
9	**Katetrizační náhrada srdeční chlopně (nechirurgické zavedení)**	Uskutečněná výměna jedné nebo více srdečních chlopní provedená katetrizační cestou (tj. nechirurgickým zavedením bez rozříznutí hrudní kosti). Diagnóza abnormality srdeční chlopně musí být podložena srdeční katetrizací nebo echokardiogramem. Postup musí být považován za lékařsky nezbytný a musí být potvrzen zprávou od kardiologa. Za tuto diagnózu bude vyplaceno pojistné **plnění ve výši 50 % z pojistné částky/aktuální pojistné částky, maximálně však 375 000 Kč.**	
10	**Primární kardiomyopatie**	Definitivní diagnóza primární kardiomyopatie stanovená kardiologem, která vede k trvalému srdečnímu poškození v rozsahu alespoň třídy III podle NYHA (New York Heart Association). Diagnóza musí být doložena výsledkem klinického vyšetření provedeného kardiologem podpořeným echokardiografickým nálezem výrazně narušené komorové funkce.	Kardiomyopatie vznikající sekundárně následkem jiného onemocnění (jako je hypertenze, srdeční arytmie apod.), kardiomyopatie způsobená toxickými vlivy (např. léky) a kardiomyopatie vzniklá v důsledku užívání alkoholu nebo drog.
3. Skupina diagnóz: Nervová a pohybová soustava			
11	**Mozková mrtvice (s trvalými následky)**	Odumření mozkové tkáně v důsledku nedostatečného krevního zásobení nebo intrakraniálního krvácení vyúsťující v trvalý neurologický deficit s přetrvávajícími klinickými příznaky (viz pojmy níže). Diagnóza mozkové mrtvice musí být potvrzena neurologem a musí být podložena nálezem na magnetické rezonanci, CT vyšetření nebo pomocí jiných spolehlivých zobrazovacích metod v souladu s diagnózou nového případu mozkové mrtvice. Posouzení stavu může nastat nejdříve 3 měsíce od potvrzení diagnózy. Až poté bude na základě zprávy neurologa posouzen nárok na plnění.	Tranzitorní ischemické ataky. Mozkové projevy v důsledku migrény. Poškození mozku při nehodě nebo traumatu, generalizované hypoxii, lékařském zákroku, infekci, vaskulitidě a zánětu. Cévní onemocnění ovlivňující oko nebo zrakový nerv. Ischemické poruchy vestibulárního systému. Náhodné nálezy při zobrazování (CT nebo MRI) bez jasně souvisejících klinických symptomů.
12	**Mozková mrtvice (s následky přetrvávajícími alespoň 3 měsíce)**	Odumření mozkové tkáně v důsledku nedostatečného krevního zásobení nebo intrakraniálního krvácení vyúsťující v neurologický deficit s klinickými příznaky přetrvávajícími alespoň 3 měsíce (viz pojmy níže). Diagnóza mozkové mrtvice musí být potvrzena neurologem a musí být podložena nálezem na magnetické rezonanci, CT vyšetření nebo pomocí jiných spolehlivých zobrazovacích metod v souladu s diagnózou nového případu mozkové mrtvice. Posouzení stavu může nastat nejdříve 3 měsíce od potvrzení diagnózy. Až poté bude na základě zprávy neurologa posouzen nárok na plnění. **Za tuto diagnózu bude vyplaceno plnění ve výši 50 % pojistné částky/aktuální pojistné částky.**	Tranzitorní ischemické ataky. Mozkové projevy v důsledku migrény. Poškození mozku při nehodě nebo traumatu, generalizované hypoxii, lékařském zákroku, infekci, vaskulitidě a zánětu. Cévní onemocnění ovlivňující oko nebo zrakový nerv. Ischemické poruchy vestibulárního systému. Náhodné nálezy při zobrazování (CT nebo MRI) bez jasně souvisejících klinických symptomů.

13	**Amyotrofická laterální skleróza**	Neurodegenerativní onemocnění motorických neuronů mozku a míchy způsobující degeneraci a ztrátu mozkových a spinálních motoneuronů (buněk centrální nervové soustavy), které ovládají vůlí ovlivnitelné svalové pohyby. Postupně dochází ke svalové slabosti až atrofii a k takovému neurologickému poškození, které vede k úplné trvalé invaliditě (viz pojmy níže). Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem prostřednictvím klinického neurologického vyšetření, včetně EMG vyšetření a MRI mozku a míchy, případně společně s vyšetřením mozkomíšního moku.	
14	**Roztroušená skleróza (s přetrvávajícími nebo trvalými symptomy)**	Jednoznačná diagnóza roztroušené sklerózy, tj. chronického onemocnění centrálního nervového systému způsobeného ztrátou myelinu a doprovázeného poškozením motorických a senzorických funkcí. Diagnóza musí být potvrzena neurologem na základě obvyklých zobrazovacích metod (např. CT, MRI), laboratorních výsledků a klinických příznaků. Stav pacienta musí odpovídat minimálně skóre 4 podle mezinárodně uznávané klasifikace roztroušené sklerózy EDSS a musí přetrvávat nepřetržitě po dobu nejméně 6 měsíců. Za tuto diagnózu bude vyplaceno pojistné **plnění ve výši 50 % z pojistné částky/aktuální pojistné částky.**	
15	**Roztroušená skleróza (se specifickou závažností)**	Jednoznačná diagnóza roztroušené sklerózy, tj. chronického onemocnění centrálního nervového systému způsobeného ztrátou myelinu a doprovázeného poškozením motorických a senzorických funkcí. Diagnóza musí být potvrzena neurologem na základě obvyklých zobrazovacích metod (např. CT, MRI), laboratorních výsledků a klinických příznaků. Stav pacienta musí odpovídat minimálně skóre 6 podle mezinárodně uznávané klasifikace roztroušené sklerózy EDSS a musí přetrvávat nepřetržitě po dobu nejméně 6 měsíců.	
16	**Onemocnění/poranění míchy, jehož následkem je úplná a ireverzibilní (nevratná) ztráta funkce končetin**	Trvalá a nevratná úplná ztráta funkce dvou a více končetin jako následek poranění nebo onemocnění míchy. Končetinou se rozumí celá horní nebo celá dolní končetina.	
17	**Ztráta horních a dolních končetin – trvalé anatomické oddělení**	Trvalé anatomické oddělení 2 a více končetin v úrovni zápěstí, resp. kotníku nebo výše.	
18	**Nezhoubný nádor mozku (způsobující trvalé symptomy)**	Nemaligní (benigní) nádor nebo cysta vycházející z mozkové tkáně, hlavových nervů nebo mozkových blan v nitrolební oblasti, způsobující trvalý neurologický deficit s přetrvávajícími klinickými příznaky (viz pojmy níže).	Nádory hypofýzy. Nádory vycházející z kostí. Angiom a cholesteatom.
19	**Kóma s asociovanými trvalými následky**	Stav bezvědomí s chybějící reakcí na vnější podněty nebo vnitřní potřeby, které vyžaduje nepřetržité použití systémů na podporu životních funkcí po dobu alespoň 72 hodin a vede k trvalému neurologickému deficitu s přetrvávajícími klinickými příznaky (viz pojmy níže).	Uměle navozené kóma. Kóma způsobené užíváním alkoholu nebo drog.
20	**Alzheimerova choroba (způsobující trvalé následky)**	Definitivní potvrzená diagnóza Alzheimerovy choroby s trvalou ztrátou paměti, rozumu, schopnosti vnímat, chápat, vyjadřovat a realizovat myšlenky. Diagnóza musí být potvrzena specialistou neurologie, psychiatrie nebo geriatrie.	Jiné typy demence.

21	**Idiopatická Parkinsonova choroba (se specifickou závažností, způsobující trvalé symptomy)**	Jednoznačná diagnóza idiopatické Parkinsonovy choroby potvrzená neurologem. Navíc musí být splněny všechny následující podmínky:
		• trvalé klinické postižení motorických funkcí s přidruženým třesem, rigiditou pohybu a posturální nestabilitou po dobu alespoň 6 měsíců navzdory optimální léčbě;
		• onemocnění jeví znaky progresivního postižení;
		• onemocnění způsobuje neurologický deficit způsobující trvalou a nevratnou úplnou neschopnost provádět následující činnosti:
		  • ujít 200 metrů po rovině bez asistenčních pomůcek nebo
		  • samostatně se najíst poté, co bylo jídlo připraveno a zpřístupněno.
			Parkinsonské syndromy nebo parkinsonismus jakéhokoli typu (komplex příznaků).

22	**Encefalitida (se specifickým trvalým postižením)**	Závažný zánět mozkové tkáně, který vede k úplné trvalé invaliditě (viz pojmy níže). Posouzení nároku na plnění může nastat nejdříve 90 dnů po stanovení diagnózy neurologem.	Encefalitida při současné HIV infekci.
23	**Bakteriální meningitida (se specifickým trvalým postižením)**	Bakteriální zánět mozkových blan nebo míšních obalů, který vede k úplné trvalé invaliditě (viz pojmy níže). Diagnóza bakteriální meningitidy musí být potvrzena vhodným specialistou a podložena přítomností bakteriální infekce v mozkomíšním moku získaném lumbální punkcí. Posouzení nároku na plnění může nastat nejdříve 90 dnů po stanovení diagnózy.	Jiné formy meningitidy, včetně virové meningitidy
24	**Klasická Creuzfeldt-Jacobova choroba (mající za následek trvalé příznaky)**	Klasická Creuzfeldt-Jacobova choroba, která způsobuje trvalé a nevratné poškození mozkové tkáně vedoucí k progresivní demenci a závažným neurologickým symptomům, s trvalou ztrátou paměti, rozumu, schopností vnímat, chápat, vyjadřovat a realizovat myšlenky. Jednoznačná diagnóza klasické Creuzfeldt-Jacobovy nemoci musí být určena a potvrzena neurologem.	
25	**Bechtěrevova nemoc**	Zánětlivé onemocnění páteře s průkazem antigenu HLA-B 27 (ankylozující spondylitida páteře), v jehož důsledku došlo k úplnému ztuhnutí několika úseků páteře a výsledky RTG nebo MRI vyšetření je doložen srůst alespoň 9 po sobě následujících páteřních segmentů bederní, hrudní nebo krční páteře. Současně musí být přítomny výrazné klinické obtíže (bolesti při pohybu a poruchy mechaniky dýchání). Diagnóza musí být potvrzena revmatologem s doložením příslušných výsledků MRI, RTG a CT.	
26	**Apalický syndrom**	Rozšířená nekróza (odumření) kůry mozkové s nepostiženým mozkovým kmenem. Tento stav musí být potvrzen odborným lékařem – neurologem nebo anesteziologem včetně výsledků CT nebo MRI vyšetření. Kritéria splňující diagnózu apalického syndromu musí trvat nejméně 1 měsíc.	Apalický syndrom způsobený intoxikací alkoholem a požitím drog.
27	**Závažná epilepsie**	Epilepsie diagnostikovaná neurologem a potvrzená výsledkem EEG (elektroencefalografie) a dalším vhodným vyšetřením jako je magnetická rezonance (MRI) či pozitronová emisní tomografie (PET). Musí se jednat o farmakorezistentní nekompenzovanou formu epilepsie vedoucí ke generalizovaným tonicko-klonickým svalovým křečím s úplnou ztrátou vědomí (grand mal), která i přes adekvátní antiepileptickou léčbu trvá nejméně 6 měsíců během kterých měl pojištěný alespoň jeden těžký epileptický záchvat měsíčně. Tyto záchvaty musí být zdokumentovány v klinických záznamech spolu s údaji o poskytnuté akutní léčbě.	Epilepsie vzniklá následkem užívání či užití alkoholu, omamných látek.

28	**Lymská borelióza – pozdní stádium**	Jednoznačná diagnóza lymské boreliózy způsobená bakteriemi rodu Borrelia, která má za následek definovanou kontinuální manifestaci nemoci v pozdním stádiu trvající nepřetržitě alespoň 12 měsíců za současného léčení antibiotiky. Zahrnuty jsou pouze následující projevy pozdního stádia lymské boreliózy: • těžká kontinuální lymská artritida pozdního stádia boreliózy postihující kotník nebo kolenní kloub, tento stav musí být podpořen radiologickým průkazem poškození kloubů nebo • chronická encefalomyelitida pozdního stádia boreliózy vedoucí k trvalému neurologickému deficitu s přetrvávajícími klinickými příznaky (viz pojmy níže). Diagnóza lymské boreliózy vedoucí k výše definovaným komplikacím pozdního stádia musí být potvrzena příslušnými odbornými odděleními (tj. mikrobiologie, neurologie, revmatologie) a musí být podložena průběhem onemocnění a klinickými nálezy spolu s laboratorními vyšetřeními (sérologická ELISA / EIA a nálezy imunoblotu společně s nálezy PCR a/nebo nálezem bakterií Borrelia v příslušném vzorku kloubu (tekutina nebo biopsie) nebo v mozkomíšním moku).	
4. Skupina diagnóz: Vnitřní orgány			
29	**Selhání ledvin**	Konečné stádium selhání ledvin projevující se jako chronické nevratné selhání funkce obou ledvin, vyžadující pravidelnou dialýzu nebo transplantaci ledvin. Diagnóza a zahrnutí do dialyzačního programu musí být potvrzeny nefrologem.	
30	**Konečné stádium selhání jater (ireverzibilní)**	Konečné a nevratné selhání jater z důvodu cirhózy, které způsobuje současně trvalou žloutenku, ascites (volná přebytečná tekutina v peritoneální dutině) a jaterní encefalopatii. Diagnóza musí být potvrzena hepatologem nebo internistou.	Onemocnění jater způsobené užíváním alkoholu a drog.
31	**Primární idiopatická plicní hypertenze**	Primární idiopatická plicní arteriální hypertenze s významným zvětšením pravé srdeční komory, která vede k trvalému srdečnímu poškození v rozsahu alespoň třídy III podle NYHA (New York Heart Association). Diagnóza musí být stanovena specialistou s doložením nálezů srdeční katetrizace.	
32	**Konečné stádium onemocnění plic**	Konečné stádium onemocnění plic způsobující chronické a nevratné respirační selhání. Diagnóza musí být podložena výsledky testu FEV1 (vynucený výdechový objem za první sekundu), které jsou konzistentně menší než 1 litr, výsledky analýzy krevních plynů s parciálním tlakem kyslíku 55mmHg nebo méně ($PaO_2 \leq 55$mmHg) při trvalé kyslíkové terapii (oxygenoterapie) z důvodu hypoxémie (nedostatek kyslíku v krvi) a klidové dušnosti. Diagnóza musí být potvrzena pneumologem.	
33	**Chronická aplastická anémie (mající za následek ireverzibilní-nevratné trvalé selhání kostní dřeně)**	Nevratné trvalé selhání kostní dřeně, které má za následek chronickou anémii, neutropénii a trombocytopénii, vyžadující alespoň 2 z následujících léčebných postupů: • pravidelnou transfuzi krevních produktů (derivátů); • látky stimulující kostní dřeň; • imunosupresivní látky nebo je léčeno transplantací kostní dřeně (s totální ablací kostní dřeně příjemce) od jiné osoby. Diagnóza musí být potvrzena biopsií kostní dřeně a ošetřujícím hematologem.	

34	**Transplantace životně důležitého orgánu (od dárce)**	Podstoupení transplantace některého z následujících orgánů jako příjemce: • kostní dřeň, po totální ablaci kostní dřeně; • celé srdce; • ledvina; • játra; • plíce; • pankreas nebo zařazení na oficiální CZ/SK seznam čekatelů (waiting list) na podstoupení uvedeného zákroku.	Transplantace jiných orgánů, částí orgánů, tkání nebo buněk (například transplantace části jater).
35	**Meningokoková sepse**	Jednoznačná diagnóza akutní sepse způsobené výhradně infekcí bakterie Neisseria meningitides. Musí se jednat o život ohrožující stav a následně takové poškození tělesných tkání a orgánů, které vede k úplné trvalé invaliditě (viz pojmy níže). Onemocnění musí být potvrzeno odborným lékařským vyšetřením včetně bakteriologického vyšetření krve a mozkomíšního moku. Posouzení nároku na plnění může nastat nejdříve 90 dnů po stanovení diagnózy.	Jakákoli jiná forma sepse.
36	**Systémová sklerodermie**	Systémové chronické zánětlivé autoimunitní onemocnění pojivových tkání charakterizované nadměrným ukládáním složek mezibuněčné hmoty, zejména vláken kolagenu, ve stěně cév, kůži a vnitřních orgánech, zejména v gastrointestinálním traktu, ledvinách, srdci a plicích. Jednoznačná diagnóza musí být stanovena revmatologem a prokázána histologickým vyšetřením a laboratorními testy včetně potvrzení přítomnosti příslušných autoprotilátek. Musí se jednat o takové stadium onemocnění, kdy dochází k ulceraci prstů, sklerodermické renální krizi a plicní arteriální hypertenzi se zvětšením pravé komory srdeční v důsledku systémové sklerodermie.	Lokalizovanou sklerodermii (lineární nebo morphea), eosinofilní fascitidu, CREST syndrom.
37	**Systémový lupus erythematodes (s postižením ledvin)**	Autoimunitní onemocnění (systémová porucha pojivové tkáně), které je charakterizováno tvorbou autoprotilátek proti různým strukturám buněčného jádra, projevující se specifickým orgánovým postižením kůže a současně i postižením ledvin a dalších orgánů. Pod tuto diagnózu jsou zahrnuty pouze případy, u kterých se rozvinula chronická lupusová nefritida (potvrzená renální biopsií) vedoucí k trvalému poškození funkce ledvin s glomerulární filtrací nižší než 30 ml / min / 1,73 m^2. Diagnóza musí být jednoznačně potvrzena revmatologem podle diagnostických kritérií American College of Rheumatology (ACR) a European League Against Rheumatism (EULAR) a podpořena výsledky bioptického vyšetření potvrzujícího chronickou lupusovou nefritidu a úroveň trvalé poruchy funkce ledvin.	Kožní lupus erythematodes a lupus erythematodes vyvolaný léky.
38	**Crohnova choroba**	Chronické transmurální zánětlivé onemocnění střev, zejména tenkého a tlustého střeva. Musí se jednat o formu onemocnění s komplikacemi (abscesy, stenózy, píštěle nebo střevní perforace), kdy je pojištěný léčen po dobu alespoň 12 měsíců systémovými kortikosteroidy, imunosupresivy (jako je azathioprin, methotrexát, cyklosporin) nebo podstupuje biologickou léčbu (např. anti-TNF nebo anti-integrinové léky). Diagnóza musí být stanovena odborným gastroenterologickým vyšetřením na základě výsledků kolonoskopie nebo jiné gastrointestinální endoskopie, histologických a laboratorních nálezů. Za tuto diagnózu bude vyplaceno pojistné **plnění ve výši 50 % pojistné částky/aktuální pojistné částky.**	

39	**Crohnova choroba (vedoucí k chirurgickému zákroku s resekcí střeva)**	Chronické transmurální zánětlivé onemocnění střev, zejména tenkého a tlustého střeva. Musí se jednat o formu onemocnění s komplikacemi (abscesy, stenózy, píštěle nebo střevní perforace), kdy je pojištěný léčen po dobu alespoň 12 měsíců systémovými kortikosteroidy, imunosupresivy (jako je azathioprin, methotrexát, cyklosporin) nebo podstupuje biologickou léčbu (např. anti-TNF nebo anti-integrinové léky) a zároveň musel podstoupit chirurgický zákrok s resekcí alespoň dvou segmentů střeva. Diagnóza musí být stanovena odborným gastroenterologickým vyšetřením na základě výsledků kolonoskopie nebo jiné gastrointestinální endoskopie, histologických a laboratorních nálezů. Operace a její důvod musí být prokázány propouštěcí zprávou z nemocnice vč. uvedení typu a důvodu operace a nálezu histologického vyšetření ze vzorku odoperované tkáně.	
5. Skupina diagnóz: Smysly			
40	**Slepota (ztráta zraku) – trvalá a nevratná**	Trvalá a nevratná ztráta zraku na obou očích jako následek nemoci nebo úrazu v takovém rozsahu, že i při testech s využitím korekčních pomůcek je zraková ostrost 3/60 (v metrickém systému) nebo horší na obou očích při použití Snellenových optotypů nebo ekvivalentního testu, nebo je zorné pole obou očí redukováno na 20 stupňů nebo méně. Diagnóza musí být potvrzena oftalmologem.	
41	**Hluchota (ztráta sluchu) – trvalá a nevratná**	Trvalá a nevratná ztráta sluchu na obou uších jako následek nemoci nebo úrazu. Úplná ztráta znamená ztráta alespoň 80 decibelů ve všech frekvencích. Diagnóza musí být podložena audiometrickým vyšetřením a testem na zvukovou hladinu provedeným specialistou ORL.	Stav, kdy existuje obecný lékařský názor, že naslouchátko nebo ušní implantát by mohl přinést částečné nebo úplné navrácení sluchu.
42	**Ztráta řeči – úplná trvalá a nevratná**	Úplná a nevratná ztráta řečových schopností jako následek poranění nebo onemocnění hlasivek. Ztráta řeči musí trvat nepřetržitě 12 měsíců. Diagnóza musí být potvrzena specialistou ORL.	Ztráta řeči z důvodů psychiatrických nebo psychosomatických.
6. Skupina diagnóz: Další závažná onemocnění			
43	**Tetanus**	Jednoznačná diagnóza tetanu způsobeného bakterií Clostridium tetani. Jde o těžší formu onemocnění s nutností hospitalizace trvající po dobu nejméně 4 týdnů, kdy je dýchání pojištěného zajišťováno alespoň po dobu 72 hodin nepřetržitou umělou plicní ventilací. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou od ošetřujícího lékaře při hospitalizaci.	Tetanus v případě, kdy pojištěný nebyl řádně očkován dle platného očkovacího kalendáře.
44	**Popáleniny (specifické závažnosti)**	Poškození kůže způsobené teplem, chemickými látkami nebo elektrickým proudem projevující se jako popáleniny třetího stupně (poškozena je kůže v celé tloušťce), které pokrývají alespoň 20 % tělesného povrchu nebo pokrývají alespoň 25 % povrchu obličeje nebo 50 % povrchu hlavy.	Popáleniny I. a II. stupně.
45	**HIV infekce získaná krevní transfuzí**	Infekce virem lidské imunodeficience (HIV) krevní transfuzí v případě splnění všech následujících podmínek: • krevní transfuze byla lékařsky nezbytná nebo podaná jako součást nezbytné lékařské péče; • krevní transfuze byla přijata v CZ/SK po datu počátku pojištění; • je potvrzeno, že zdroj infekce pochází z instituce, která krevní transfuzi poskytla, a tato instituce je schopna dohledat původ krve infikované virem HIV; • událost byla nahlášena příslušným orgánům a byl prošetřen v souladu se zavedenými postupy; • instituce, která poskytla krevní transfuzi, připouští odpovědnost nebo existuje konečný soudní verdikt, proti kterému nelze podat odvolání a který přisuzuje odpovědnost dané instituci; • pojištěný nebyl před nakažením infekcí HIV pravidelně léčen transfuzemi krve nebo krevními produkty; • pojištěný není členem žádné vysoce rizikové skupiny pro nákazu virem HIV, včetně intravenózního užívání drog.	Infekce HIV získaná jakýmkoli jiným způsobem.

46	**HIV infekce získaná při plnění pracovních povinností**	Infekce virem lidské imunodeficience (HIV), ke které došlo v důsledku nehody nebo napadení během vykonávání běžných pracovních povinností za předpokladu, že byly prokázány následující skutečnosti: • nehoda nebo napadení (události) se odehrály na území CZ/SK po datu počátku pojištění; • dokument prokazující událost, která vedla k nákaze, musí být předložen do 30 dnů od události; • událost spojená s HIV infekcí musí být nahlášena příslušnému orgánu na pracovišti a musí být prošetřena v souladu se zavedenými postupy; • existuje důkaz jasného zdroje tekutin infikovaných HIV; • průkaz sérokonverze z HIV negativního na HIV pozitivní včetně průkazu o výskytu viru HIV v krvi pojištěné osoby během 180 dnů po zdokumentované nehodě nebo napadení a současně musí tento dokument zahrnovat negativní test na protilátky proti HIV provedený do 5 dnů po události; • došlo k oficiálnímu uznání infekce HIV při plnění běžných pracovních povinností vyplývajících z povolání ze strany zaměstnavatele. Plnění vyplatíme v případě, že pojištěná osoba při úrazu nebo napadení vykonávala své běžné pracovní povinnosti v oblasti zdravotnictví, záchranných složek, policie, vězeňské, celní nebo sociální správy.	Infekce HIV získaná jakýmkoli jiným způsobem.
47	**Tuberkulóza**	Jednoznačná diagnóza aktivní tuberkulózy potvrzená odborným lékařem (specialistou na infekční choroby, pneumologem nebo ftizeologem) podpořená odpovídajícími zobrazovazovacími, bakteriologickými, laboratorními a klinickými důkazy. Nárok na plnění mají pouze případy splňující všechna následující kritéria: • aktivní tuberkulóza je jednoznačně potvrzena v plicích a zároveň minimálně v jednom z následujících orgánů: játra, slezina, ledviny nebo centrální nervový systém, • pojištěný je léčen kontinuální kombinovanou antibakteriální léčbou po dobu nejméně 12 měsíců.	Tuberkulóza v případě, že pojištěný nebyl řádně očkován dle platného očkovacího kalendáře. Tuberkulóza při současné HIV infekci nebo závislosti na alkoholu a jiných návykových látkách.

Vysvětlení pojmů (nejedná se o samostatné diagnózy)

Trvalý neurologický deficit s přetrvávajícími klinickými příznaky (platí pouze pro diagnózy mozková mrtvice (s trvalými následky), nezhoubný nádor mozku a kóma, nikoliv jako samostatná diagnóza závažného onemocnění)

Jedná se o příznaky dysfunkce nervového systému, které jsou přítomny při klinickém vyšetření a u nichž se předpokládá, že budou přetrvávat po celý následující život. Mezi tyto příznaky patří necitlivost, hyperestézie (zvýšená citlivost), paralýza, lokalizovaná slabost, dysartrie (potíže s řečí), afázie (neschopnost mluvit), dysfagie (potíže s polykáním), zrakové postižení, potíže s chůzí, nedostatečná koordinace, třes, záchvaty, demence, delirium, kóma
Uvedená specifikace však nezahrnuje:

- abnormality zjištěné při zobrazovacím vyšetření mozku bez jednoznačných souvisejících klinických symptomů;
- neurologické příznaky vyskytující se bez symptomatické abnormality, např. prudké reflexy bez jiných příznaků;
- příznaky psychologického a psychiatrického původu.

Neurologický deficit s klinickými příznaky přetrvávajícími alespoň 3 měsíce (platí pouze pro diagnózu mozková mrtvice (s následky přetrvávajícími alespoň 3 měsíce), nikoliv jako samostatná diagnóza závažného nemocnění)

Jedná se o shodné příznaky dysfunkce nervového systému (viz výše), které jsou přítomny při klinickém vyšetření i po nejméně 3 měsících bezprostředně po mozkové mrtvici, nicméně nepředpokládá se, že budou přetrvávat po celý následující život.

Úplná trvalá invalidita (platí pouze pro diagnózy amyotrofická laterální skleróza, encefalitida, meningitida, meningokoková sepse, lymská borelióza v pozdním stádiu, nikoliv jako samostatná diagnóza závažného onemocnění)

Jedná se o trvalou ztrátu fyzické způsobilosti vykonávat alespoň 3 z 6 níže uvedených úkonů v důsledku nemoci nebo úrazu. Tento stav odborný lékař předpokládá po celou dobu následujícího života bez možného zlepšení. Pacientovi musí být nutně poskytována pomoc nebo dohled jiné osoby z důvodu neschopnosti provádět úkony samostatně, a to ani s použitím běžně dostupného speciálního vybavení a užíváním vhodné předepsané medikace.
Jedná se o tyto úkony:

- koupání/sprchování – schopnost umýt se ve vaně nebo ve sprchovém koutě (včetně vstoupení a vystoupení z/do vany nebo sprchového koutu), nebo schopnost uspokojivě provést hygienu jiným způsobem;
- oblékání/svlékání – schopnost obléct si, vysvléct, zapnout a rozepnout všechny oděvy, a případně i náhrady, umělé končetiny nebo jiné pomůcky;
- stravování – schopnost samostatně se najíst, když bylo jídlo připraveno a zpřístupněno;
- udržování osobní hygieny – schopnost udržovat uspokojivou úroveň osobní hygieny používáním toalety nebo jiným způsobem zajistit péči o vylučování a vyměšování;
- pohyb mezi místnostmi – schopnost pohybovat se mezi místnostmi na úrovni jednoho patra;
- vstávání a uložení z/do lůžka – schopnost přesunout se z lůžka do křesla nebo do invalidního vozíku a zpět.

EDSS (Expanded Disability Status Scale) je mezinárodní klasifikace používaná pro určování zdravotního postižení pacientů s roztroušenou sklerózou. Stupnice má rozpětí 0 až 10, s intervalem každého stupně 0,5 bodu.

Pojistné podmínky tarifu Z8K Připojištění pro případ závažných onemocnění PLUS (děti)

Závažná onemocnění PLUS (děti)

platné od 4. 5. 2021

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se připojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, a Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci. Nedílnou součástí těchto podmínek je i Seznam skupin závažných onemocnění dětí PLUS.

1.2. Toto připojištění považujeme za životní pojištění.

2. Co je pojistným nebezpečím a pojistnou událostí?

2.1. Pojistným nebezpečím je úraz nebo nemoc pojištěného, ke kterým došlo v době trvání pojištění.

2.2. Pojistnou událostí je stanovení diagnózy některého ze závažných onemocnění nebo provedení lékařského zákroku nebo operace pojištěnému, pokud jsou uvedené v Seznamu skupin závažných onemocnění dětí PLUS a splňují všechny podmínky tam uvedené, a pokud k nim došlo v době trvání tohoto připojištění a zároveň v době trvání pojištění příslušné skupiny diagnóz.

2.3. Dnem vzniku pojistné události je den stanovení diagnózy.

3. Jak vyplácíme pojistné plnění?

3.1. V případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě jednorázové pojistné plnění ve výši příslušného procenta sjednané pojistné částky, stanoveného pro dané závažné onemocnění. Není-li v Seznamu skupin závažných onemocnění dětí PLUS uvedeno žádné procento, je pojistným plněním 100 % pojistné částky s omezeními dle článku 4 níže.
Seznam skupin závažných onemocnění dětí PLUS může stanovit i jiné omezení výše pojistného plnění platné pro konkrétní závažné onemocnění.

3.2. Závažná onemocnění, na která se toto pojištění vztahuje, jsou rozdělena do skupin. Součet pojistných plnění, která vyplatíme z jedné skupiny diagnóz, vyjádřených v % z pojistných částek platných ke dni vzniku každé takové pojistné události je nejvýše 100 %. Výplatou 100 % pojištění pro příslušnou skupinu diagnóz zaniká. Pokud bylo pojistné plnění za některé závažné onemocnění omezeno limitem, použijí se pro účely tohoto a dalších obdobných ustanovení těchto podmínek příslušná procenta stanovená v Seznamu skupin závažných onemocnění dětí PLUS pro toto onemocnění bez ohledu na uplatnění limitu.

Pokud vyplatíme pojistné plnění za diagnózu, pro kterou Seznam skupin závažných onemocnění dětí PLUS stanoví kromě procentního plnění také limit (např. 20 %, maximálně však 500 000 Kč), počítáme pro účely další pojistné události vyplacené plnění vždy jako 20 %, i kdyby s ohledem na uplatněný limit byl skutečný poměr plnění k pojistné částce nižší.

3.3. Pokud bude z tohoto připojištění v rámci jedné skupiny diagnóz v případě první pojistné události vyplaceno méně, než je 100 % pojistné částky, trvá pojištění skupiny diagnóz za původně sjednaných podmínek. Z každé další pojistné události však poskytneme pojistné plnění nejvýše ve výši takového % z pojistné částky platné ke dni vzniku této další pojistné události, které odpovídá rozdílu mezi součtem vyplacených pojistných plnění vyjádřených v % z pojistných částek platných ke dni vzniku každé takové pojistné události, a hodnotou 100 %.

Pokud z první pojistné události vyplatíme pojistné plnění ve výši 50 % sjednané pojistné částky, z druhé pojistné události v rámci stejné skupiny diagnóz poskytneme pojistné plnění pouze ve výši 50 % pojistné částky aktuální k datu této druhé pojistné události, a to i když pro takové závažné onemocnění stanovil Seznam skupin závažných onemocnění dětí PLUS plnění vyšší. Protože, počítáno v procentních bodech, bylo vyplaceno již 100 %, pojištění příslušné skupiny diagnóz touto druhou pojistnou událostí zanikne.

4. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

4.1. Pro toto připojištění se uplatní čekací doba v délce trvání dvou měsíců. Pokud tedy pojistná událost nebo nemoc pojištěného, která je příčinou pojistné události, nastane v čekací době, pojistné plnění nevyplatíme.

4.2. Součet pojistných plnění, která vyplatíme za pojistné události, které vznikly během období 6 po sobě bezprostředně následujících měsíců, vyjádřených v % z pojistných částek platných ke dni vzniku každé takové pojistné události je nejvýše 100 %.

4.3. Výluky a omezení pro jednotlivá závažná onemocnění mohou být uvedeny přímo v Seznamu skupin závažných onemocnění dětí PLUS.

4.4. Pokud bude mít pojištěný stanoveno více diagnóz závažného onemocnění současně, poskytneme pojistné plnění za tu diagnózu, za kterou bychom v souladu s těmito pojistnými podmínkami vyplatili pojistné plnění vyšší. Nelze-li to určit, pak vyplatíme plnění za závažné onemocnění ze skupiny, která má v Seznamu skupin závažných onemocnění dětí PLUS nižší pořadí.

4.5. Za každé závažné onemocnění, tedy každou položku Seznamu skupin závažných onemocnění dětí PLUS, poskytneme pojistné plnění pouze jednou, a to i když se dané onemocnění bude týkat jiného orgánu nebo končetiny.

4.6. Pokud jsme pojistné plnění krátili z důvodu, že v důsledku porušení vašich povinností nebo povinností pojištěného při jednání o uzavření smlouvy nebo její změně, bylo ujednáno nižší pojistné, považuje se pro účely tohoto připojištění za pojistnou částku tato částka snížená o takovou část, jaký je poměr pojistného, které jsme si ujednali, k pojistnému, které by bylo ujednáno, pokud by k porušení povinností nedošlo.

4.7. Pojistné plnění neposkytneme, pokud k pojistné události došlo **v souvislosti s vrozenou vadou nebo vrozeným onemocněním** a potížemi z nich vyplývajícími, pokud se první příznaky takové vady nebo onemocnění projevily v prvních třech letech života pojištěného dítěte.
Od vystavení pojistky se však připojištění vztahuje i na takové vrozené vady nebo onemocnění, které nám před sjednáním připojištění nebo jeho změnou, kterou se pojistná ochrana navyšuje, byly uvedeny v dotazníku, pokud jsme je po dohodě s vámi výslovně nevyloučili.

5. Co se stane po pojistné události?

5.1. Výplatou pojistného plnění zaniká pojištění ve vztahu k příslušnému závažnému onemocnění, tedy položce Seznamu skupin závažných onemocnění dětí PLUS, za které jsme plnění poskytli.

5.2. Když součet pojistných plnění, vyjádřených v % z pojistných částek platných ke dni vzniku každé pojistné události nastalé v rámci stejné skupiny diagnóz, dosáhne 100 %, zaniká pojištění této skupiny diagnóz, a to ke dni vzniku poslední pojistné události. Pojistná částka pro ostatní skupiny diagnóz i pojistné, které nám za připojištění platíte, zůstávají beze změny.

5.3. Pojištění příslušné Skupiny diagnóz zaniká také dnem vzniku pojistné události z diagnózy závažného onemocnění, za kterou se v souladu se Seznamem skupin závažných onemocnění dětí PLUS poskytuje pojistné plnění v rozsahu 100 %, a to i když s ohledem na omezení stanovená těmito podmínkami nebo i z jiného důvodu nebylo vyplaceno pojistné plnění v rozsahu plných 100 %. Pojistná částka pro ostatní skupiny diagnóz i pojistné, které nám za připojištění platíte, zůstávají beze změny.

Z první pojistné události jsme vyplatili 20 % pojistné částky platné ke dni vzniku této události. Za 4 měsíce nastala další pojistná událost ze závažného onemocnění, za které podle tabulky Seznamu skupin závažných onemocnění dětí PLUS poskytujeme pojistné plnění ve výši 100 %. Protože mezi těmito událostmi uplynulo méně než 6 měsíců, pak jsme mohli vyplatit pouze 80 % pojistné částky (odst. 4.2.). Pojištění skupiny diagnóz, kam bylo toto závažné onemocnění zařazeno, však přesto zaniká.

5.4. Výplatou maximálního pojistného plnění ze všech skupin diagnóz toto připojištění zaniká.

6. Jaký je význam pojmů, které jsme v těchto podmínkách použili?

Závažným onemocněním máme na mysli závažná onemocnění a lékařské zákroky nebo operace, které jsou uvedeny v Seznamu skupin závažných onemocnění dětí PLUS, tvořícím součást těchto podmínek.

Skupinou diagnóz závažných onemocnění se rozumí skupiny, do kterých jsou v Seznamu skupin závažných onemocnění dětí PLUS rozčleněna jednotlivá závažná onemocnění. Těmito skupinami jsou: kardiovaskulární systém a vnitřní orgány; nervová a pohybová soustava; rakovina a další závažná onemocnění.

Stanovením diagnózy se rozumí okamžik, kdy byla pojištěnému lékařem potřebné odbornosti stanovena diagnóza závažného onemocnění nebo proveden lékařský zákrok nebo operace, splňující všechny znaky a další podmínky uvedené v Seznamu skupin závažných onemocnění dětí PLUS pro toto závažné onemocnění, včetně případných následků, a kdy ji tento lékař také poprvé zaznamenal do lékařské dokumentace. Tuto dokumentaci budeme vždy potřebovat doložit.

Seznam skupin závažných onemocnění dětí PLUS

platný od 4. 5. 2021

Kód	Diagnóza	Definice diagnózy	Definice diagnózy však nezahrnuje
1. Skupina diagnóz: Rakovina a další závažná onemocnění			
1	**Rakovina (nezahrnuje určitá méně pokročilá stádia)**	Jakýkoli histologicky potvrzený maligní nádor charakterizovaný nekontrolovatelným růstem maligních buněk a invazí do okolních tkání. Termín maligní nádor zahrnuje i leukémii, sarkom a maligní lymfom.	Všechny nádory, které jsou histologicky klasifikované jako premaligní, neinvazivní, karcinom in situ, s hraniční malignitou, mající jakýkoli stupeň maligního potenciálu, podezřelé z malignity, neoplazma nejistého nebo neznámého chování, cervikální dysplazie CIN-1, CIN-2 a CIN-3. Všechny nádory prostaty histologicky klasifikované jako T1N0M0 (TNM klasifikace). Neinvazivní papilární karcinom močového měchýře histologicky klasifikovaný jako Ta (TNM klasifikace). Papilární, folikulární nebo medulární nádor štítné žlázy o průměru menším než 1 cm histologicky klasifikovaný jako T1aN0M0 (TNM klasifikace). Chronická lymfocytární leukémie nižší než RAI stadium 3. Jakýkoli kožní nádor (včetně kožního lymfomu) kromě maligního melanomu histologicky klasifikovaného jako nádor prorůstající pod epidermis (vnější vrstvu kůže). Všechny nádory u HIV pozitivních.
2	**Rakovina (zahrnuje pouze vybraná méně pokročilá stádia)**	Všechny nádory prostaty histologicky klasifikované jako T1N0M0 (TNM klasifikace) nebo papilární, folikulární nebo medulární nádor štítné žlázy o průměru menším než 1 cm histologicky klasifikovaný jako T1aN0M0 (TNM klasifikace) za podmínky, že tento typ rakoviny byl léčen: a) chirurgicky s cílem odstranit nádor nebo b) prostřednictvím radiační terapie vnějším paprskem nebo vnitřním ozařováním (brachyterapií) s cílem zničit nádor. Za tuto diagnózu bude vyplaceno pojistné **plnění ve výši 20 % pojistné částky, maximálně však 500 000 Kč. Pojistné plnění neposkytneme, pokud již bylo dříve poskytnuto pojistné plnění za diagnózu karcinom in situ stejného orgánu.**	Všechny nádory, které jsou histologicky klasifikované jako premaligní, neinvazivní, karcinom in situ, s hraniční malignitou, mající jakýkoli stupeň maligního potenciálu, podezřelé z malignity, neoplazma nejistého nebo neznámého chování. Všechny nádory prostaty histologicky klasifikované jako T1N0M0 (TNM klasifikace) léčené jiným než definovaným způsobem. Papilární, folikulární nebo medulární nádor štítné žlázy o průměru menším než 1 cm histologicky klasifikovaný jako T1aN0M0 (TNM klasifikace) léčený jiným než definovaným způsobem. Všechny nádory u HIV pozitivních.
3	**Karcinom in situ (léčený definovanými postupy)**	Histologicky potvrzený karcinom in situ charakterizovaný nekontrolovatelným růstem maligních buněk omezeným na epiteliální výstelky orgánů, který byl léčen: a) chirurgicky s cílem odstranit nádor nebo b) prostřednictvím radiační terapie vnějším paprskem nebo vnitřním ozařováním (brachyterapií) s cílem zničit nádor. Za tuto diagnózu bude vyplaceno pojistné **plnění ve výši 20 % z pojistné částky, maximálně však 500 000 Kč. Pojistné plnění neposkytneme v případě karcinomu in situ štítné žlázy nebo karcinomu in situ prostaty, pokud již bylo dříve poskytnuto pojistné plnění v rámci diagnózy Rakovina (zahrnuje pouze vybraná méně pokročilá stádia) za rakovinu stejného orgánu.**	Jakákoli dysplázie, hyperplazie, metaplazie, intraepiteliální neoplazie nebo skvamózní intraepiteliální léze, které nejsou histologicky klasifikovány jako karcinom in situ. Karcinom in situ tlustého střeva nebo konečníku, pokud byl nádor léčen lokální excizí nebo polypektomií. Neinvazivní papilární karcinom močového měchýře a nádory močového měchýře ve stádiu Ta dle TNM klasifikace, pokud nebyly léčeny metodou TURBT (transuretrální resekce nádoru močového měchýře) s následnou intravezikální BCG-imunoterapií nebo intravezikální chemoterapií s cílem zničit nádor. Všechny karcinomy kůže. Nádory léčené pouze smyčkovou excizí, laserovou terapií, kryoterapií nebo diatermií. Postupy, které slouží pouze k diagnostickým účelům. Všechny nádory u HIV pozitivních.
4	**Inzulin dependentní diabetes mellitus typ I**	Kompletní autoimunitní destrukce všech beta buněk pankreatu vedoucí k úplné inzulinové deficienci, která vyžaduje užívání náhrady inzulinu denně po dobu alespoň posledních 12 měsíců. Za tuto diagnózu bude vyplaceno **plnění ve výši 30 % pojistné částky.** Tato diagnóza musí být doložena zprávou ošetřujícího lékaře.	Před počátkem pojištění nebo 6 měsíců po počátku pojištění existovala laboratorně potvrzená dysglykémie nebo autoimunitní markery ukazující zvýšené riziko vzniku inzulin dependentního diabetu mellitu typu 1 (například: protilátky proti buňkám Langerhansových ostrůvků pankreatu (ICA), nebo protilátky proti: GAD/GAD65, inzulinu, tyrosin fosfatáze IA-2 a IA-2b nebo ZnT8). Jiný typ diabetu, který nesouvisí s úplnou a specifickou autoimunitní destrukcí pankreatických beta buněk vedoucí ke kompletnímu nedostatku inzulinu.

5	**Popáleniny (specifické závažnosti)**	Poškození kůže způsobené teplem, chemickými látkami nebo elektrickým proudem projevující se jako popáleniny třetího stupně (poškozena je kůže v celé tloušťce), které pokrývají alespoň 20 % tělesného povrchu nebo pokrývají alespoň 25 % povrchu obličeje nebo 50 % povrchu hlavy.	Popáleniny I. a II. stupně.
6	**Ztráta zraku (úplná, trvalá a ireverzibilní)**	Trvalá a nevratná úplná ztráta zraku na obou očích jako následek nemoci nebo úrazu. Diagnóza musí být potvrzena oftalmologem a podložena zprávami ze všech relevantních vyšetření.	
7	**Ztráta sluchu (úplná, trvalá a ireverzibilní)**	Trvalá a nevratná úplná ztráta sluchu na obou uších jako následek nemoci nebo úrazu. Diagnóza musí být potvrzena specialistou ORL a podložena zprávami ze všech relevantních vyšetření.	
2. Skupina diagnóz: Kardiovaskulární systém a vnitřní orgány			
8	**Akutní infarkt myokardu (specifické závažnosti)**	Odumření srdeční svaloviny v důsledku nedostatečného krevního zásobení, které lze doložit přítomností všech následujících příznaků akutního infarktu myokardu: • typické klinické symptomy (například charakteristická bolest na hrudi); • nové charakteristické změny na EKG; • charakteristické zvýšení specifických srdečních laboratorních markerů typických pro infarkt myokardu. Charakteristiky musí jednoznačně prokazovat akutní infarkt myokardu.	Jiné akutní koronární syndromy. Angina pectoris bez infarktu myokardu.
9	**Revmatická horečka (způsobující poškození srdečních chlopní a chronické srdeční selhání)**	Jednoznačná diagnóza nového případu revmatické horečky jako sekundárního autoimunitního onemocnění spuštěného zánětem faryngu nebo mandlí, který byl způsoben beta hemolytickým streptokokem ze skupiny A. Revmatická horečka musí způsobit poškození mitrální nebo aortální chlopně vedoucí k chronickému srdečnímu selhání klasifikovanému jako třída III nebo IV podle NYHA (New York Heart Association). Chronické srdeční selhání NYHA III nebo IV musí být přítomno po dobu posledních 3 měsíců a musí být nepravděpodobné, že by mohlo dojít ke zlepšení při konzervativní léčbě. Musí být poskytnuta veškerá následující dokumentace: • opakované detailní zprávy kvantitativního ultrazvukového vyšetření srdce, které potvrzují nové poškození aortální nebo mitrální chlopně; • zpráva o zvýšeném titru antistreptolysinu O potvrzující nedávnou infekci beta hemolytickým streptokokem ze skupiny A; • lékařská zpráva od specialisty o nové jednoznačné diagnóze revmatické horečky, novém poškození srdeční chlopně a z toho vyplývajícího chronického srdečního selhání třídy III nebo IV podle NYHA. Za tuto diagnózu bude vyplaceno **plnění ve výši 30 % pojistné částky.**	Případy s již existujícím onemocněním mitrální nebo aortální chlopně. Jiné příčiny poškození mitrální nebo aortální chlopně a srdečního selhání.

10	**Kawasakiho nemoc (mukokutánní syndrom mízních uzlin) vedoucí k intervenci na věnčitých tepnách**	Jednoznačná diagnóza nového případu Kawasakiho nemoci (mukokutánní syndrom mízních uzlin) projevující se jako horečnaté onemocnění trvající 5 nebo více dní s alespoň 4 z 5 následujících fyzikálních nálezů: • oboustranná injekce spojivek (zčervenání); • změny v dutině ústní (erytém rtů nebo orofaryngu, malinový jazyk nebo popraskání rtů); • periferní změny na končetinách (edém, erytém nebo deskvamace generalizovaná nebo periungvální – kolem nehtů); • vyrážka; • krční lymfadenopatie. Navíc musí být podávány jako základ léčby vysoké dávky intravenózního imunoglobulinu a další vhodná medikace jako jsou salicyláty. Pomocí zobrazovacího vyšetření musí být jednoznačně prokázáno srdeční poškození vlivem Kawasakiho nemoci, které se projeví jako dilatace nebo aneurysma věnčitých tepen a které vedlo k podstoupení perkutánní transluminální koronární angioplastiky, stentování koronárních tepen nebo koronárního bypassu do 12 měsíců po počáteční epizodě původního akutního onemocnění. Diagnóza Kawasakiho nemoci musí být podložena adekvátními laboratorními a dalšími testy. Konečná diagnóza Kawasakiho nemoci musí být jednoznačně potvrzena ošetřujícím pediatrem a pediatrickým kardiologem.	
11	**Reyův syndrom vedoucí ke specifické úplné trvalé invaliditě**	Reyův syndrom je charakterizovaný těžkou akutní nezánětlivou encefalopatií a akutním selháním jater. Jednoznačná diagnóza musí být potvrzena neurologem. Nárok na plnění mají pouze případy splňující všechna následující diagnostická kritéria: • akutní nezánětlivá encefalopatie s alterací vědomí klinického stádia 3 podle Lovejoye (obtundace, komatózní stav, hyperventilace, dekortikační poloha, neodpovídající odezva na škodlivé podněty, uchování pupilárního a okulovestibulárního světelného reflexu) nebo horší; • vzorek mozkomíšního moku vylučující infekční encefalopatii; • akutní jaterní dysfunkce s jaterní biopsií zobrazující těžkou tukovou přeměnu typickou pro Reyův syndrom; • bez existence jiného vysvětlení pro akutní edém mozku a jaterní abnormality. Nárok na plnění bude uznán pouze v případě, že stav vede k úplné trvalé invaliditě (viz pojmy níže), která musí být způsobena výhradně Reyovým syndromem a ne jako důsledek věku dítěte. Posouzení nároku na plnění může nastat nejdříve po alespoň 90 dnech trvání úplné trvalé invalidity.	Encefalopatie a akutní selhání jater z jiných příčin.

12	**STEC-HUS (hemolyticko uremický syndrom) vedoucí k chronickému poškození ledvin**	Hemolyticko uremický syndrom charakterizovaný mikroangiopatickou hemolytickou anémií, trombocytopenií a akutním selháním ledvin způsobeným infekcí bakterií Escherichia coli produkující shiga toxin. Diagnóza musí být potvrzena lékařem. Nárok na plnění mají pouze případy splňující všechna následující kritéria: • nález bakteriálních kmenů E. coli produkujících shiga toxin sérotypu O157:H7 nebo O104:H4 při kultivačním vyšetření stolice; • krvavý průjem; • počet krevních destiček menší než 50 000 na mikrolitr a schistocytóza v periferním krevním nátěru; • hladiny močoviny a kreatininu v krvi jsou značně zvýšené a byla zahájena hemodialýza z důvodu akutního selhání ledvin v akutní fázi STEC-HUS; • jednoznačně prokázané chronické onemocnění ledvin 3 měsíce po akutní fázi STEC-HUS indikované patologicky sníženou glomerulární filtrací (přizpůsobenou věku, pohlaví a tělesné stavbě) plus patologickou hladinou proteinu nejméně 30 mg/dl moči. Za tuto diagnózu bude vyplaceno **plnění ve výši 30 % pojistné částky.**	Jiné formy hemolyticko uremického syndromu. Chronická dysfunkce nebo poškození ledvin nesouvisející s STEC-HUS.
13	**Selhání ledvin**	Konečné stádium selhání ledvin projevující se jako chronické nevratné selhání funkce obou ledvin, vyžadující pravidelnou dialýzu nebo transplantaci ledvin. Diagnóza a zahrnutí do dialyzačního programu musí být potvrzeny nefrologem.	
14	**Transplantace životně důležitého orgánu (od dárce)**	Podstoupení transplantace některého z následujících orgánů jako příjemce: • kostní dřeň, po totální ablaci kostní dřeně; • celé srdce; • ledvina; • játra; • plíce; • pankreas nebo zařazení na oficiální CZ/SK seznam čekatelů (waiting list) na podstoupení uvedeného zákroku.	Transplantace jiných orgánů, částí orgánů, tkání nebo buněk (například transplantace části jater).
15	**Crohnova choroba**	Chronické transmurální zánětlivé onemocnění střev, zejména tenkého a tlustého střeva. Musí se jednat o formu onemocnění s komplikacemi (abscesy, stenózy, píštěle nebo střevní perforace), kdy je pojištěný léčen po dobu alespoň 12 měsíců systémovými kortikosteroidy, imunosupresivy (jako je azathioprin, methotrexát, cyklosporin) nebo podstupuje biologickou léčbu (např. anti-TNF nebo anti-integrinové léky). Diagnóza musí být stanovena odborným gastroenterologickým vyšetřením na základě výsledků kolonoskopie nebo jiné gastrointestinální endoskopie, histologických a laboratorních nálezů. Za tuto diagnózu bude vyplaceno pojistné **plnění ve výši 50 % pojistné částky.**	
16	**Crohnova choroba (vedoucí k chirurgickému zákroku s resekcí střeva)**	Chronické transmurální zánětlivé onemocnění střev, zejména tenkého a tlustého střeva. Musí se jednat o formu onemocnění s komplikacemi (abscesy, stenózy, píštěle nebo střevní perforace), kdy je pojištěný léčen po dobu alespoň 12 měsíců systémovými kortikosteroidy, imunosupresivy (jako je azathioprin, methotrexát, cyklosporin) nebo podstupuje biologickou léčbu (např. anti-TNF nebo anti-integrinové léky) a zároveň musel podstoupit chirurgický zákrok s resekcí alespoň dvou segmentů střeva. Diagnóza musí být stanovena odborným gastroenterologickým vyšetřením na základě výsledků kolonoskopie nebo jiné gastrointestinální endoskopie, histologických a laboratorních nálezů. Operace a její důvod musí být prokázány propouštěcí zprávou z nemocnice vč. uvedení typu a důvodu operace a nálezu histologického vyšetření ze vzorku odoperované tkáně.	

17	**Obtížně kontrolovatelné těžké perzistující bronchiální astma**	Jednoznačná a definitivní diagnóza těžkého a trvale obtížně kontrolovatelného bronchiálního astmatu, u kterého musí být splněny všechny následující podmínky: 1) za posledních 12 měsíců přetrvávaly po většinu času i přes pravidelně probíhající a odpovídající dlouhodobou léčbu astmatu (včetně inhalačních kortikosteroidů spolu s dalšími dlouhodobě působícími léky na kontrolu astmatu) 3 z níže uvedených obtíží: • symptomy astmatu v průběhu celého dne; • 3 nebo více nočních probuzení v důsledku astmatu; • běžné aktivity extrémně omezené kvůli příznakům astmatu; • několikrát denně použití SABA (krátkodobě působícího beta2-agonisty) pro kontrolu příznaků (kromě použití pro prevenci bronchospasmatu vyvolaného fyzickou námahou); • plicní funkce FEV1 (předpokládané%) nebo vrcholový výdechový průtok PEF (% osobního maxima) <60 % a 2) alespoň dvě urgentní hospitalizace trvající nejméně 24 hodin během posledních 12 měsíců, s odstupem minimálně 3 měsíce, s dokumentovanou hodnotou FEV1 60% nebo méně, a to i přes probíhající a vyhovující medikamentózní léčbu. K posouzení nároku musí dítě dosáhnout věku nejméně 6 let, aby bylo možné adekvátně vyhodnotit situaci s ohledem na výše uvedenou definici.	
3. Skupina diagnóz: Nervová a pohybová soustava			
18	**Stillova choroba s juvenilním nástupem (nebo systémová juvenilní idiopatická artritida) vedoucí ke specifické úplné trvalé invaliditě**	Stillova choroba s juvenilním nástupem (nebo systémová juvenilní idiopatická artritida) je speciální typ juvenilní idiopatické artritidy charakterizovaný vysokými horečkami a příznaky systémového onemocnění, které může existovat měsíce před nástupem artritidy. Stav musí být charakterizován typickými projevy, mezi něž patří kolísavé horečky s febrilními špičkami, typická vyrážka, artritida, splenomegalie, lymfadenopatie, serozitida, úbytek hmotnosti, neutrofilní leukocytóza, zvýšená hladina proteinů akutní fáze a negativita sérologických testů na antinukleární protilátky a revmatoidní faktor. Nárok na plnění bude uznán pouze v případě, že je jednoznačná diagnóza potvrzena pediatrickým revmatologem a stav vede k úplné trvalé invaliditě (viz pojmy níže), která musí být způsobena výhradně Stillovou chorobou s juvenilním nástupem a ne jako důsledek věku dítěte. Posouzení nároku na plnění může nastat nejdříve po alespoň 90 dnech trvání úplné trvalé invalidity.	Jiné formy juvenilní idiopatické artritidy.
19	**Virová encefalitida vedoucí ke specifické úplné trvalé invaliditě**	Těžký akutní zánět mozkové tkáně (tj. mozkové hemisféry, mozkového kmene nebo mozečku) jednoznačně způsobený virovou infekcí vedoucí k nepřetržité hospitalizaci v akutní fázi onemocnění po dobu alespoň 7 dnů a vedoucí k úplné trvalé invaliditě (viz pojmy níže), která musí být způsobena výhradně virovou encefalitidou a ne jako důsledek věku dítěte. Posouzení nároku na plnění může nastat nejdříve po alespoň 90 dnech trvání úplné trvalé invalidity. Diagnóza musí být potvrzena neurologem.	Encefalitida při infekci HIV
20	**Bakteriální meningitida vedoucí ke specifické úplné trvalé invaliditě**	Bakteriální zánět mozkových blan nebo obalů míchy vedoucí k úplné trvalé invaliditě (viz pojmy níže), která musí být způsobena výhradně bakteriální meningitidou a ne jako důsledek věku dítěte. Posouzení nároku na plnění může nastat nejdříve po alespoň 90 dnech trvání úplné trvalé invalidity. Diagnóza musí být potvrzena vhodným specialistou a současně přítomností bakteriální infekce v mozkomíšním moku z lumbální punkce.	Jiné formy meningitidy včetně virové meningitidy.

21	**Nezhoubný nádor mozku (způsobující trvalé symptomy)**	Nemaligní (benigní) nádor nebo cysta vycházející z mozkové tkáně, hlavových nervů nebo mozkových blan v nitrolební oblasti, způsobující trvalý neurologický deficit s přetrvávajícími klinickými příznaky (viz pojmy níže).	Nádory hypofýzy. Nádory vycházející z kostí. Angiom a cholesteatom.
22	**Kóma s asociovanými trvalými následky**	Stav bezvědomí s chybějící reakcí na vnější podněty nebo vnitřní potřeby, které vyžaduje nepřetržité použití systémů na podporu životních funkcí po dobu alespoň 72 hodin a vede k trvalému neurologickému deficitu s přetrvávajícími klinickými příznaky (viz pojmy níže).	Uměle navozené kóma. Kóma způsobené užíváním alkoholu nebo drog.
23	**Onemocnění/poranění míchy, jehož následkem je úplná a ireverzibilní (nevratná) ztráta funkce končetin**	Trvalá a nevratná úplná ztráta funkce dvou a více končetin jako následek poranění nebo onemocnění míchy. Končetinou se rozumí celá horní nebo celá dolní končetina.	
24	**Ztráta horních a dolních končetin – trvalé anatomické oddělení**	Trvalé anatomické oddělení 2 a více končetin v úrovni zápěstí, resp. kotníku nebo výše.	
25	**Poliomyelitida vedoucí ke specifické úplné trvalé invaliditě**	Poliomyelitida způsobená infekcí poliovirem sérotypu 1, 2 nebo 3 vedoucí k úplné trvalé invaliditě (viz pojmy níže), která musí být způsobena výhradně poliomyelitidou a ne jako důsledek věku dítěte. Posouzení nároku na plnění může nastat nejdříve po alespoň 90 dnech trvání úplné trvalé invalidity. Jednoznačná diagnóza poliomyelitidy způsobené infekcí poliovirem sérotypu 1, 2 nebo 3 vedoucí k úplné trvalé invaliditě musí být potvrzena příslušným specialistou.	
26	**Lymská borelióza – pozdní stádium**	Jednoznačná diagnóza lymské boreliózy způsobená bakteriemi rodu Borrelia, která má za následek definovanou kontinuální manifestaci nemoci v pozdním stádiu trvající nepřetržitě alespoň 12 měsíců za současného léčení antibiotiky. Zahrnuty jsou pouze následující projevy pozdního stádia lymské boreliózy: • těžká kontinuální lymská artritida pozdního stádia boreliózy postihující kotník nebo kolenní kloub, tento stav musí být podpořen radiologickým průkazem poškození kloubů nebo • chronická encefalomyelitida pozdního stádia boreliózy vedoucí k trvalému neurologickému deficitu s přetrvávajícími klinickými příznaky (viz pojmy níže). Diagnóza lymské boreliózy vedoucí k výše definovaným komplikacím pozdního stadia musí být potvrzena příslušnými odbornými odděleními (tj. mikrobiologie, neurologie, revmatologie) a musí být podložena průběhem onemocnění a klinickými nálezy spolu s laboratorními vyšetřeními (sérologická ELISA / EIA a nálezy imunoblotu společně s nálezy PCR a/nebo nálezem bakterií Borrelia v příslušném vzorku kloubu (tekutina nebo biopsie) nebo v mozkomíšním moku). Nárok na plnění bude uznán pouze v případě, že projevy nemoci v pozdním stádiu jsou způsobeny výhradně lymskou boreliózou a ne jako důsledek věku dítěte.	
27	**Roztroušená skleróza (s přetrvávajícími nebo trvalými symptomy)**	Jednoznačná diagnóza roztroušené sklerózy, tj. chronického onemocnění centrálního nervového systému způsobeného ztrátou myelinu a doprovázeného poškozením motorických a senzorických funkcí. Diagnóza musí být potvrzena neurologem na základě obvyklých zobrazovacích metod (např. CT, MRI), laboratorních výsledků a klinických příznaků. Stav pacienta musí odpovídat minimálně skóre 4 podle mezinárodně uznávané klasifikace roztroušené sklerózy EDSS a musí přetrvávat nepřetržitě po dobu nejméně 6 měsíců. Za tuto diagnózu bude vyplaceno pojistné **plnění ve výši 50 % z pojistné částky.**	

28	**Roztroušená skleróza (se specifickou závažností)**	Jednoznačná diagnóza roztroušené sklerózy, tj. chronického onemocnění centrálního nervového systému způsobeného ztrátou myelinu a doprovázeného poškozením motorických a senzorických funkcí. Diagnóza musí být potvrzena neurologem na základě obvyklých zobrazovacích metod (např. CT, MRI), laboratorních výsledků a klinických příznaků. Stav pacienta musí odpovídat minimálně skóre 6 podle mezinárodně uznávané klasifikace roztroušené sklerózy EDSS a musí přetrvávat nepřetržitě po dobu nejméně 6 měsíců.	
29	**Závažná epilepsie**	Epilepsie diagnostikovaná neurologem a potvrzená výsledkem EEG (elektroencefalografie) a dalším vhodným vyšetřením jako je magnetická rezonance (MRI) či pozitronová emisní tomografie (PET). Musí se jednat o farmakorezistentní nekompenzovanou formu epilepsie vedoucí ke generalizovaným tonicko-klonickým svalovým křečím s úplnou ztrátou vědomí (grand mal), která i přes adekvátní antiepileptickou léčbu trvá nejméně 6 měsíců během kterých měl pojištěný alespoň jeden těžký epileptický záchvat měsíčně. Tyto záchvaty musí být zdokumentovány v klinických záznamech spolu s údaji o poskytnuté akutní léčbě.	Epilepsie vzniklá následkem užívání či užití alkoholu, omamných látek.
30	**Apalický syndrom**	Rozšířená nekróza (odumření) kůry mozkové s nepostiženým mozkovým kmenem. Tento stav musí být potvrzen odborným lékařem – neurologem nebo anesteziologem včetně výsledků CT nebo MRI vyšetření. Kritéria splňující diagnózu apalického syndromu musí trvat nejméně 1 měsíc.	Apalický syndrom způsobený intoxikací alkoholem a požitím drog.

Vysvětlení pojmů (nejedná se o samostatné diagnózy)

Trvalý neurologický deficit s přetrvávajícími klinickými příznaky (platí pouze pro dotčené diagnózy uvedené v seznamu, nikoliv jako samostatná diagnóza závažného onemocnění – děti)

Jedná se o příznaky dysfunkce nervového systému, které jsou přítomny při klinickém vyšetření a u nichž se předpokládá, že budou přetrvávat po celý následující život. Mezi tyto příznaky patří necitlivost, hyperestézie (zvýšená citlivost), paralýza, lokalizovaná slabost, dysartrie (potíže s řečí), afázie (neschopnost mluvit), dysfagie (potíže s polykáním), zrakové postižení, potíže s chůzí, nedostatečná koordinace, třes, záchvaty, demence, delirium, kóma.

Uvedená specifikace však nezahrnuje:

- abnormality zjištěné při zobrazovacím vyšetření mozku bez jednoznačných souvisejících klinických symptomů;
- neurologické příznaky vyskytující se bez symptomatické abnormality, např. prudké reflexy bez jiných příznaků;
- příznaky psychologického a psychiatrického původu.

Úplná trvalá invalidita (platí pouze pro dotčené diagnózy uvedené v seznamu, nikoliv jako samostatná diagnóza závažného onemocnění – děti)

Jedná se o trvalou ztrátu fyzické způsobilosti vykonávat alespoň 3 z 6 níže uvedených úkonů v důsledku nemoci nebo úrazu. Tento stav odborný lékař předpokládá po celou dobu následujícího života bez možného zlepšení. Pacientovi musí být nutně poskytována pomoc nebo dohled jiné osoby z důvodu neschopnosti provádět úkony samostatně, a to ani s použitím běžně dostupného speciálního vybavení a užíváním vhodné předepsané medikace.

Jedná se o tyto úkony:

- koupání/sprchování – schopnost umýt se ve vaně nebo ve sprchovém koutě (včetně vstoupení a vystoupení z/do vany nebo sprchového koutu), nebo schopnost uspokojivě provést hygienu jiným způsobem;
- oblékání/svlékání – schopnost obléct si, vysvléct, zapnout a rozepnout všechny oděvy, a případně i náhrady, umělé končetiny nebo jiné pomůcky;
- stravování – schopnost samostatně se najíst, když bylo jídlo připraveno a zpřístupněno;
- udržování osobní hygieny – schopnost udržovat uspokojivou úroveň osobní hygieny používáním toalety nebo jiným způsobem zajistit péči o vylučování a vyměšování;
- pohyb mezi místnostmi – schopnost pohybovat se mezi místnostmi na úrovni jednoho patra;
- vstávání a uložení z/do lůžka – schopnost přesunout se z lůžka do křesla nebo do invalidního vozíku a zpět.

Uvedená specifikace nezahrnuje druhy invalidity, u kterých specialista nedokáže vyjádřit jasnou prognózu.

EDSS (Expanded Disability Status Scale) je mezinárodní klasifikace používaná pro určování zdravotního postižení pacientů s roztroušenou sklerózou. Stupnice má rozpětí 0 až 10, s intervalem každého stupně 0,5 bodu.

Pojistné podmínky tarifu I1K Připojištění pro případ invalidity 1. nebo 2. nebo 3. stupně s konstantní pojistnou částkou

Invalidita (1., 2., 3. stupeň) – konstantní PČ

platné od 1. 5. 2019

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se připojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, a Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci.

1.2. Toto připojištění považujeme za životní pojištění.

2. Co je pojistným nebezpečím a pojistnou událostí?

2.1. Pojistným nebezpečím je úraz nebo nemoc pojištěného, ke kterým došlo v době trvání pojištění.

2.2. Pojistnou událostí je snížení pracovní schopnosti pojištěného odpovídající invaliditě v 1., nebo ve 2., nebo ve 3. stupni, pokud nastane v době trvání pojištění.

2.3. Dnem vzniku pojistné události je den, který je v posudku o invaliditě uveden jako den vzniku invalidity. Pokud takový posudek pojištěnému nemůže být vystaven, je dnem vzniku pojistné události den oznámení pojistné události oprávněnou osobou.

3. Jak vyplácíme pojistné plnění?

3.1. V případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě jednorázové pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky, s výjimkou pojistných událostí popsaných níže v tomto článku.

3.2. V případě, kdy se pojištěný stal invalidním v 1. stupni z důvodu psychického onemocnění uvedeného pod diagnózou F10-F19 a F21-F99 v klasifikaci MKN-10, vyplatíme v případě pojistné události 50 % sjednané pojistné částky. Zbývajících 50 % pojistné částky vyplatíme oprávněné osobě jen pokud pojištěný prokáže novým posudkem o invaliditě nebo lékařskými zprávami, pokud posudek nemůže být nebo nebyl pojištěnému vystaven, že pokles jeho pracovní schopnosti na úroveň alespoň invalidity I. stupně trvá i 18 měsíců po dni vzniku pojistné události.

3.3. Při stanovení míry poklesu pracovní schopnosti pojištěného vycházíme z posudku o invaliditě, vydaného lékařem Správy sociálního zabezpečení podle § 8, odst. 10 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, pokud byl tento posudek pojištěnému vystaven.

3.4. Pokud takový dokument není k dispozici, ať už proto, že došlo ke změně právních předpisů, nebo proto, že pojištěnému takový posudek vydán být nemůže, posoudíme invaliditu na základě vlastního šetření. Při takovém posouzení budeme postupovat obdobně podle vyhlášky č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity, ve znění platném ke dni vzniku škodní události, nebo podle předpisu tuto vyhlášku nahrazujícího. Pokud dojde ke zrušení této vyhlášky bez náhrady, budeme postupovat podle jejího posledního použitelného znění.

4. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

4.1. Pro toto připojištění se uplatní **čekací doba** v délce trvání dvou měsíců. Pokud tedy pojistná událost nebo nemoc pojištěného, která je příčinou pojistné události, nastane v čekací době, pojistné plnění nevyplatíme.

5. Co se stane po pojistné události?

5.1. Dnem, kdy nastala pojistná událost, toto připojištění zaniká.

6. Jaký je význam pojmů, které jsme v těchto podmínkách použili?

Invaliditou rozumíme stav, kdy pojištěnému z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu způsobeného úrazem nebo nemocí poklesla jeho pracovní schopnost a tato pracovní schopnost je následkem zdravotního postižení dlouhodobě ovlivněna. Odchylně od čl. 2.1. Zvláštních pojistných podmínek pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci se nemocí rozumí i psychická onemocnění, která jsou pod diagnózami F00 až F99 uvedena v MKN-10, a to i když je není možné zjistit a doložit vyšetřením provedeným objektivními vyšetřovacími metodami.

Pracovní schopností se rozumí schopnost pojištěného vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem.

Poklesem pracovní schopnosti pojištěného je pokles jeho schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových nebo duševních schopností ve srovnání se stavem před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

1. stupeň invalidity nastává, pokud pracovní schopnost pojištěného poklesla nejméně o 35 % a nejvýše o 49 %.

2. stupeň invalidity nastává, pokud pracovní schopnost pojištěného poklesla nejméně o 50 % a nejvýše o 69 %.

3. stupeň invalidity nastává, pokud pracovní schopnost pojištěného poklesla nejméně o 70 %.

Pojistné podmínky tarifu I2K
Připojištění pro případ invalidity 2. nebo 3. stupně s konstantní pojistnou částkou

Invalidita (2., 3. stupeň) – konstantní PČ

platné od 1. 5. 2019

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se připojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, a Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci.

1.2. Toto připojištění považujeme za životní pojištění.

2. Co je pojistným nebezpečím a pojistnou událostí?

2.1. Pojistným nebezpečím je úraz nebo nemoc pojištěného, ke kterým došlo v době trvání pojištění.

2.2. Pojistnou událostí je snížení pracovní schopnosti pojištěného odpovídající invaliditě ve 2., nebo ve 3. stupni, pokud nastane v době trvání pojištění.

2.3. Dnem vzniku pojistné události je den, který je v posudku o invaliditě uveden jako den vzniku invalidity. Pokud takový posudek pojištěnému nemůže být vystaven, je dnem vzniku pojistné události den oznámení pojistné události oprávněnou osobou.

3. Jak vyplácíme pojistné plnění?

3.1. V případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě jednorázové pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky.

3.2. Při stanovení míry poklesu pracovní schopnosti pojištěného vycházíme z posudku o invaliditě, vydaného lékařem Správy sociálního zabezpečení podle § 8, odst. 10 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, pokud byl tento posudek pojištěnému vystaven.

3.3. Pokud takový dokument není k dispozici, ať už proto, že došlo ke změně právních předpisů, nebo proto, že pojištěnému takový posudek vydán být nemůže, posoudíme invaliditu na základě vlastního šetření. Při takovém posouzení budeme postupovat obdobně podle vyhlášky č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity, ve znění platném ke dni vzniku škodní události, nebo podle předpisu tuto vyhlášku nahrazujícího. Pokud dojde ke zrušení této vyhlášky bez náhrady, budeme postupovat podle jejího posledního použitelného znění.

4. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

4.1. Pro toto připojištění se uplatní **čekací doba** v délce trvání dvou měsíců. Pokud tedy pojistná událost nebo nemoc pojištěného, která je příčinou pojistné události, nastane v čekací době, pojistné plnění nevyplatíme.

5. Co se stane po pojistné události?

5.1. Dnem, kdy nastala pojistná událost, toto připojištění zaniká.

6. Jaký je význam pojmů, které jsme v těchto podmínkách použili?

Invaliditou rozumíme stav, kdy pojištěnému z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu způsobeného úrazem nebo nemocí poklesla jeho pracovní schopnost a tato pracovní schopnost je následkem zdravotního postižení dlouhodobě ovlivněna. Odchylně od čl. 2.1. Zvláštních pojistných podmínek pro pojištění smrti, úrazu a nemoci se nemocí rozumí i psychická onemocnění, která jsou pod diagnózami F00 až F99 uvedena v MKN-10, a to i když je není možné zjistit a doložit vyšetřením provedeným objektivními vyšetřovacími metodami.

Pracovní schopností se rozumí schopnost pojištěného vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem.

Poklesem pracovní schopnosti pojištěného je pokles jeho schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových nebo duševních schopností ve srovnání se stavem před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

2. stupeň invalidity nastává, pokud pracovní schopnost pojištěného poklesla nejméně o 50 % a nejvýše o 69 %.

3. stupeň invalidity nastává, pokud pracovní schopnost pojištěného poklesla nejméně o 70 %.

Pojistné podmínky tarifu I3K Připojištění pro případ invalidity 3. stupně s konstantní pojistnou částkou

Invalidita (3. stupeň) – konstantní PČ

platné od 1. 5. 2019

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se připojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, a Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci.

1.2. Toto připojištění považujeme za životní pojištění.

2. Co je pojistným nebezpečím a pojistnou událostí?

2.1. Pojistným nebezpečím je úraz nebo nemoc pojištěného, ke kterým došlo v době trvání pojištění.

2.2. Pojistnou událostí je snížení pracovní schopnosti pojištěného odpovídající invaliditě ve 3. stupni, pokud nastane v době trvání pojištění.

2.3. Dnem vzniku pojistné události je den, který je v posudku o invaliditě uveden jako den vzniku invalidity. Pokud takový posudek pojištěnému nemůže být vystaven, je dnem vzniku pojistné události den oznámení pojistné události oprávněnou osobou.

3. Jak vyplácíme pojistné plnění?

3.1. V případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě jednorázové pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky.

3.2. Při stanovení míry poklesu pracovní schopnosti pojištěného vycházíme z posudku o invaliditě, vydaného lékařem Správy sociálního zabezpečení podle § 8, odst. 10 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, pokud byl tento posudek pojištěnému vystaven.

3.3. Pokud takový dokument není k dispozici, ať už proto, že došlo ke změně právních předpisů, nebo proto, že pojištěnému takový posudek vydán být nemůže, posoudíme invaliditu na základě vlastního šetření. Při takovém posouzení budeme postupovat obdobně podle vyhlášky č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity, ve znění platném ke dni vzniku škodní události, nebo podle předpisu tuto vyhlášku nahrazujícího. Pokud dojde ke zrušení této vyhlášky bez náhrady, budeme postupovat podle jejího posledního použitelného znění.

4. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

4.1. Pro toto připojištění se uplatní **čekací doba** v délce trvání dvou měsíců. Pokud tedy pojistná událost nebo nemoc pojištěného, která je příčinou pojistné události, nastane v čekací době, pojistné plnění nevyplatíme.

5. Co se stane po pojistné události?

5.1. Dnem, kdy nastala pojistná událost, toto připojištění zaniká.

6. Jaký je význam pojmů, které jsme v těchto podmínkách použili?

Invaliditou rozumíme stav, kdy pojištěnému z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu způsobeného úrazem nebo nemocí poklesla jeho pracovní schopnost a tato pracovní schopnost je následkem zdravotního postižení dlouhodobě ovlivněna. Odchylně od čl. 2.1 Zvláštních pojistných podmínek pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci se nemocí rozumí i psychická onemocnění, která jsou pod diagnózami F00 až F99 uvedena v MKN-10, a to i když je není možné zjistit a doložit vyšetřením provedeným objektivními vyšetřovacími metodami.

Pracovní schopností se rozumí schopnost pojištěného vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem.

Poklesem pracovní schopnosti pojištěného je pokles jeho schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových nebo duševních schopností ve srovnání se stavem před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

3. stupeň invalidity nastává, pokud pracovní schopnost pojištěného poklesla nejméně o 70 %.

Pojistné podmínky tarifu I1L Připojištění pro případ invalidity 1. nebo 2. nebo 3. stupně s lineárně klesající pojistnou částkou

Invalidita (1., 2., 3. stupeň) – lineárně klesající PČ

platné od 1. 5. 2019

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se připojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, a Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci.

1.2. Toto připojištění považujeme za životní pojištění.

2. Co je pojistným nebezpečím a pojistnou událostí?

2.1. Pojistným nebezpečím je úraz nebo nemoc pojištěného, ke kterým došlo v době trvání pojištění.

2.2. Pojistnou událostí je snížení pracovní schopnosti pojištěného odpovídající invaliditě v 1., nebo ve 2., nebo ve 3. stupni, pokud nastane v době trvání pojištění.

2.3. Dnem vzniku pojistné události je den, který je v posudku o invaliditě uveden jako den vzniku invalidity. Pokud takový posudek pojištěnému nemůže být vystaven, je dnem vzniku pojistné události den oznámení pojistné události oprávněnou osobou.

3. Jak vyplácíme pojistné plnění?

3.1. Toto připojištění se sjednává s lineárně klesající pojistnou částkou.

3.2. V případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě jednorázové pojistné plnění ve výši aktuální pojistné částky, s výjimkou pojistných událostí popsaných níže v tomto článku.

3.3. V případě, kdy se pojištěný stal invalidním v 1. stupni z důvodu psychického onemocnění uvedeného pod diagnózou F10-F19 a F21-F99 v klasifikaci MKN-10, vyplatíme v případě pojistné události 50 % aktuální pojistné částky. Zbývajících 50 % této pojistné částky vyplatíme oprávněné osobě jen pokud pojištěný prokáže novým posudkem o invaliditě nebo lékařskými zprávami, pokud posudek nemůže být nebo nebyl pojištěnému vystaven, že pokles jeho pracovní schopnosti na úroveň alespoň invalidity I. stupně trvá i 18 měsíců po dni vzniku pojistné události.

3.4. Při stanovení míry poklesu pracovní schopnosti pojištěného vycházíme z posudku o invaliditě, vydaného lékařem Správy sociálního zabezpečení podle § 8, odst. 10 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, pokud byl tento posudek pojištěnému vystaven.

3.5. Pokud takový dokument není k dispozici, ať už proto, že došlo ke změně právních předpisů, nebo proto, že pojištěnému takový posudek vydán být nemůže, posoudíme invaliditu na základě vlastního šetření. Při takovém posouzení budeme postupovat obdobně podle vyhlášky č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity, ve znění platném ke dni vzniku škodní události, nebo podle předpisu tuto vyhlášku nahrazujícího. Pokud dojde ke zrušení této vyhlášky bez náhrady, budeme postupovat podle jejího posledního použitelného znění.

4. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

4.1. Pro toto připojištění se uplatní **čekací doba** v délce trvání dvou měsíců. Pokud tedy pojistná událost nebo nemoc pojištěného, která je příčinou pojistné události, nastane v čekací době, pojistné plnění nevyplatíme.

5. Co se stane po pojistné události?

5.1. Dnem, kdy nastala pojistná událost, toto připojištění zaniká.

6. Jaký je význam pojmů, které jsme v těchto podmínkách použili?

Invaliditou rozumíme stav, kdy pojištěnému z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu způsobeného úrazem nebo nemocí poklesla jeho pracovní schopnost a tato pracovní schopnost je následkem zdravotního postižení dlouhodobě ovlivněna. Odchylně od čl. 2.1. Zvláštních pojistných podmínek pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci se nemocí rozumí i psychická onemocnění, která jsou pod diagnózami F00 až F99 uvedena v MKN-10, a to i když je není možné zjistit a doložit vyšetřením provedeným objektivními vyšetřovacími metodami.

Pracovní schopností se rozumí schopnost pojištěného vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem.

Poklesem pracovní schopnosti pojištěného je pokles jeho schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových nebo duševních schopností ve srovnání se stavem před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

1. stupeň invalidity nastává, pokud pracovní schopnost pojištěného poklesla nejméně o 35 % a nejvýše o 49 %.

2. stupeň invalidity nastává, pokud pracovní schopnost pojištěného poklesla nejméně o 50 % a nejvýše o 69 %.

3. stupeň invalidity nastává, pokud pracovní schopnost pojištěného poklesla nejméně o 70 %.

Pojistné podmínky tarifu I2L
Připojištění pro případ invalidity 2. nebo 3. stupně s lineárně klesající pojistnou částkou

Invalidita (2., 3. stupeň) – lineárně klesající PČ

platné od 1. 5. 2019

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se připojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, a Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci.

1.2. Toto připojištění považujeme za životní pojištění.

2. Co je pojistným nebezpečím a pojistnou událostí?

2.1. Pojistným nebezpečím je úraz nebo nemoc pojištěného, ke kterým došlo v době trvání pojištění.

2.2. Pojistnou událostí je snížení pracovní schopnosti pojištěného odpovídající invaliditě ve 2., nebo ve 3. stupni, pokud nastane v době trvání pojištění.

2.3. Dnem vzniku pojistné události je den, který je v posudku o invaliditě uveden jako den vzniku invalidity. Pokud takový posudek pojištěnému nemůže být vystaven, je dnem vzniku pojistné události den oznámení pojistné události oprávněnou osobou.

3. Jak vyplácíme pojistné plnění?

3.1. Toto připojištění se sjednává s lineárně klesající pojistnou částkou.

3.2. V případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě jednorázové pojistné plnění ve výši aktuální pojistné částky.

3.3. Při stanovení míry poklesu pracovní schopnosti pojištěného vycházíme z posudku o invaliditě, vydaného lékařem Správy sociálního zabezpečení podle § 8, odst. 10 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, pokud byl tento posudek pojištěnému vystaven.

3.4. Pokud takový dokument není k dispozici, ať už proto, že došlo ke změně právních předpisů, nebo proto, že pojištěnému takový posudek vydán být nemůže, posoudíme invaliditu na základě vlastního šetření. Při takovém posouzení budeme postupovat obdobně podle vyhlášky č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity, ve znění platném ke dni vzniku škodní události, nebo podle předpisu tuto vyhlášku nahrazujícího. Pokud dojde ke zrušení této vyhlášky bez náhrady, budeme postupovat podle jejího posledního použitelného znění.

4. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

4.1. Pro toto připojištění se uplatní **čekací doba** v délce trvání dvou měsíců. Pokud tedy pojistná událost nebo nemoc pojištěného, která je příčinou pojistné události, nastane v čekací době, pojistné plnění nevyplatíme.

5. Co se stane po pojistné události?

5.1. Dnem, kdy nastala pojistná událost, toto připojištění zaniká.

6. Jaký je význam pojmů, které jsme v těchto podmínkách použili?

Invaliditou rozumíme stav, kdy pojištěnému z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu způsobeného úrazem nebo nemocí poklesla jeho pracovní schopnost a tato pracovní schopnost je následkem zdravotního postižení dlouhodobě ovlivněna. Odchylně od čl. 2.1. Zvláštních pojistných podmínek pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci se nemocí rozumí i psychická onemocnění, která jsou pod diagnózami F00 až F99 uvedena v MKN-10, a to i když je není možné zjistit a doložit vyšetřením provedeným objektivními vyšetřovacími metodami.

Pracovní schopností se rozumí schopnost pojištěného vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem.

Poklesem pracovní schopnosti pojištěného je pokles jeho schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových nebo duševních schopností ve srovnání se stavem před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

2. stupeň invalidity nastává, pokud pracovní schopnost pojištěného poklesla nejméně o 50 % a nejvýše o 69 %.

3. stupeň invalidity nastává, pokud pracovní schopnost pojištěného poklesla nejméně o 70 %.

Pojistné podmínky tarifu I3L Připojištění pro případ invalidity 3. stupně s lineárně klesající pojistnou částkou

Invalidita (3. stupeň) – lineárně klesající PČ

platné od 1. 5. 2019

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se připojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, a Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění smrti, úrazu a nemoci.

1.2. Toto připojištění považujeme za životní pojištění.

2. Co je pojistným nebezpečím a pojistnou událostí?

2.1. Pojistným nebezpečím je úraz nebo nemoc pojištěného, ke kterým došlo v době trvání pojištění.

2.2. Pojistnou událostí je snížení pracovní schopnosti pojištěného odpovídající invaliditě ve 3. stupni, pokud nastane v době trvání pojištění.

2.3. Dnem vzniku pojistné události je den, který je v posudku o invaliditě uveden jako den vzniku invalidity. Pokud takový posudek pojištěnému nemůže být vystaven, je dnem vzniku pojistné události den oznámení pojistné události oprávněnou osobou.

3. Jak vyplácíme pojistné plnění?

3.1. Toto připojištění se sjednává s lineárně klesající pojistnou částkou.

3.2. V případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě jednorázové pojistné plnění ve výši aktuální pojistné částky.

3.3. Při stanovení míry poklesu pracovní schopnosti pojištěného vycházíme z posudku o invaliditě, vydaného lékařem Správy sociálního zabezpečení podle § 8, odst. 10 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, pokud byl tento posudek pojištěnému vystaven.

3.4. Pokud takový dokument není k dispozici, ať už proto, že došlo ke změně právních předpisů, nebo proto, že pojištěnému takový posudek vydán být nemůže, posoudíme invaliditu na základě vlastního šetření. Při takovém posouzení budeme postupovat obdobně podle vyhlášky č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity, ve znění platném ke dni vzniku škodní události, nebo podle předpisu tuto vyhlášku nahrazujícího. Pokud dojde ke zrušení této vyhlášky bez náhrady, budeme postupovat podle jejího posledního použitelného znění.

4. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

4.1. Pro toto připojištění se uplatní **čekací doba** v délce trvání dvou měsíců. Pokud tedy pojistná událost nebo nemoc pojištěného, která je příčinou pojistné události, nastane v čekací době, pojistné plnění nevyplatíme.

5. Co se stane po pojistné události?

5.1. Dnem, kdy nastala pojistná událost, toto připojištění zaniká.

6. Jaký je význam pojmů, které jsme v těchto podmínkách použili?

Invaliditou rozumíme stav, kdy pojištěnému z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu způsobeného úrazem nebo nemocí poklesla jeho pracovní schopnost a tato pracovní schopnost je následkem zdravotního postižení dlouhodobě ovlivněna. Odchylně od čl. 2.1. Zvláštních pojistných podmínek pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci se nemocí rozumí i psychická onemocnění, která jsou pod diagnózami F00 až F99 uvedena v MKN-10, a to i když je není možné zjistit a doložit vyšetřením provedeným objektivními vyšetřovacími metodami.

Pracovní schopností se rozumí schopnost pojištěného vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem.

Poklesem pracovní schopnosti pojištěného je pokles jeho schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových nebo duševních schopností ve srovnání se stavem před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

3. stupeň invalidity nastává, pokud pracovní schopnost pojištěného poklesla nejméně o 70 %.

Pojistné podmínky tarifu I1A Připojištění pro případ invalidity 1. nebo 2. nebo 3. stupně s anuitně klesající pojistnou částkou

Invalidita (1., 2., 3. stupeň) – anuitně klesající PČ

platné od 1. 5. 2019

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se připojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, a Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci.

1.2. Toto připojištění považujeme za životní pojištění.

2. Co je pojistným nebezpečím a pojistnou událostí?

2.1. Pojistným nebezpečím je úraz nebo nemoc pojištěného, ke kterým došlo v době trvání pojištění.

2.2. Pojistnou událostí je snížení pracovní schopnosti pojištěného odpovídající invaliditě v 1., nebo ve 2., nebo ve 3. stupni, pokud nastane v době trvání pojištění.

2.3. Dnem vzniku pojistné události je den, který je v posudku o invaliditě uveden jako den vzniku invalidity. Pokud takový posudek pojištěnému nemůže být vystaven, je dnem vzniku pojistné události den oznámení pojistné události oprávněnou osobou.

3. Jak vyplácíme pojistné plnění?

3.1. Toto připojištění se sjednává s anuitně klesající pojistnou částkou.

3.2. V případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě jednorázové pojistné plnění ve výši aktuální pojistné částky, s výjimkou pojistných událostí popsaných níže v tomto článku.

3.3. V případě, kdy se pojištěný stal invalidním v 1. stupni z důvodu psychického onemocnění uvedeného pod diagnózou F10-F19 a F21-F99 v klasifikaci MKN-10, vyplatíme v případě pojistné události 50 % aktuální pojistné částky. Zbývajících 50 % této pojistné částky vyplatíme oprávněné osobě jen pokud pojištěný prokáže novým posudkem o invaliditě nebo lékařskými zprávami, pokud posudek nemůže být nebo nebyl pojištěnému vystaven, že pokles jeho pracovní schopnosti na úroveň alespoň invalidity I. stupně trvá i 18 měsíců po dni vzniku pojistné události.

3.4. Při stanovení míry poklesu pracovní schopnosti pojištěného vycházíme z posudku o invaliditě, vydaného lékařem Správy sociálního zabezpečení podle § 8, odst. 10 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, pokud byl tento posudek pojištěnému vystaven.

3.5. Pokud takový dokument není k dispozici, ať už proto, že došlo ke změně právních předpisů, nebo proto, že pojištěnému takový posudek vydán být nemůže, posoudíme invaliditu na základě vlastního šetření. Při takovém posouzení budeme postupovat obdobně podle vyhlášky č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity, ve znění platném ke dni vzniku škodní události, nebo podle předpisu tuto vyhlášku nahrazujícího. Pokud dojde ke zrušení této vyhlášky bez náhrady, budeme postupovat podle jejího posledního použitelného znění.

4. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

4.1. Pro toto připojištění se uplatní **čekací doba** v délce trvání dvou měsíců. Pokud tedy pojistná událost nebo nemoc pojištěného, která je příčinou pojistné události, nastane v čekací době, pojistné plnění nevyplatíme.

5. Co se stane po pojistné události?

5.1. Dnem, kdy nastala pojistná událost, toto připojištění zaniká.

6. Jaký je význam pojmů, které jsme v těchto podmínkách použili?

Invaliditou rozumíme stav, kdy pojištěnému z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu způsobeného úrazem nebo nemocí poklesla jeho pracovní schopnost a tato pracovní schopnost je následkem zdravotního postižení dlouhodobě ovlivněna. Odchylně od čl. 2.1 Zvláštních pojistných podmínek pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci se nemocí rozumí i psychická onemocnění, která jsou pod diagnózami F00 až F99 uvedena v MKN-10, a to i když je není možné zjistit a doložit vyšetřením provedeným objektivními vyšetřovacími metodami.

Pracovní schopností se rozumí schopnost pojištěného vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem.

Poklesem pracovní schopnosti pojištěného je pokles jeho schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových nebo duševních schopností ve srovnání se stavem před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

1. stupeň invalidity nastává, pokud pracovní schopnost pojištěného poklesla nejméně o 35 % a nejvýše o 49 %.

2. stupeň invalidity nastává, pokud pracovní schopnost pojištěného poklesla nejméně o 50 % a nejvýše o 69 %.

3. stupeň invalidity nastává, pokud pracovní schopnost pojištěného poklesla nejméně o 70 %.

Pojistné podmínky tarifu I2A
Připojištění pro případ invalidity 2. nebo 3. stupně s anuitně klesající pojistnou částkou

Invalidita (2., 3. stupeň) – anuitně klesající PČ

platné od 1. 5. 2019

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se připojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, a Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci.

1.2. Toto připojištění považujeme za životní pojištění.

2. Co je pojistným nebezpečím a pojistnou událostí?

2.1. Pojistným nebezpečím je úraz nebo nemoc pojištěného, ke kterým došlo v době trvání pojištění.

2.2. Pojistnou událostí je snížení pracovní schopnosti pojištěného odpovídající invaliditě ve 2., nebo ve 3. stupni, pokud nastane v době trvání pojištění.

2.3. Dnem vzniku pojistné události je den, který je v posudku o invaliditě uveden jako den vzniku invalidity. Pokud takový posudek pojištěnému nemůže být vystaven, je dnem vzniku pojistné události den oznámení pojistné události oprávněnou osobou.

3. Jak vyplácíme pojistné plnění?

3.1. Toto připojištění se sjednává s anuitně klesající pojistnou částkou.

3.2. V případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě jednorázové pojistné plnění ve výši aktuální pojistné částky.

3.3. Při stanovení míry poklesu pracovní schopnosti pojištěného vycházíme z posudku o invaliditě, vydaného lékařem Správy sociálního zabezpečení podle § 8, odst. 10 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, pokud byl tento posudek pojištěnému vystaven.

3.4. Pokud takový dokument není k dispozici, ať už proto, že došlo ke změně právních předpisů, nebo proto, že pojištěnému takový posudek vydán být nemůže, posoudíme invaliditu na základě vlastního šetření. Při takovém posouzení budeme postupovat obdobně podle vyhlášky č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity, ve znění platném ke dni vzniku škodní události, nebo podle předpisu tuto vyhlášku nahrazujícího. Pokud dojde ke zrušení této vyhlášky bez náhrady, budeme postupovat podle jejího posledního použitelného znění.

4. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

4.1. Pro toto připojištění se uplatní **čekací doba** v délce trvání dvou měsíců. Pokud tedy pojistná událost nebo nemoc pojištěného, která je příčinou pojistné události, nastane v čekací době, pojistné plnění nevyplatíme.

5. Co se stane po pojistné události?

5.1. Dnem, kdy nastala pojistná událost, toto připojištění zaniká.

6. Jaký je význam pojmů, které jsme v těchto podmínkách použili?

Invaliditou rozumíme stav, kdy pojištěnému z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu způsobeného úrazem nebo nemocí poklesla jeho pracovní schopnost a tato pracovní schopnost je následkem zdravotního postižení dlouhodobě ovlivněna. Odchylně od čl. 2.1. Zvláštních pojistných podmínek pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci se nemocí rozumí i psychická onemocnění, která jsou pod diagnózami F00 až F99 uvedena v MKN-10, a to i když je není možné zjistit a doložit vyšetřením provedeným objektivními vyšetřovacími metodami.

Pracovní schopností se rozumí schopnost pojištěného vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem.

Poklesem pracovní schopnosti pojištěného je pokles jeho schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových nebo duševních schopností ve srovnání se stavem před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

2. stupeň invalidity nastává, pokud pracovní schopnost pojištěného poklesla nejméně o 50 % a nejvýše o 69 %.

3. stupeň invalidity nastává, pokud pracovní schopnost pojištěného poklesla nejméně o 70 %.

Pojistné podmínky tarifu I3A Připojištění pro případ invalidity 3. stupně s anuitně klesající pojistnou částkou

Invalidita (3. stupeň) – anuitně klesající PČ

platné od 1. 5. 2019

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se připojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, a Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci.

1.2. Toto připojištění považujeme za životní pojištění.

2. Co je pojistným nebezpečím a pojistnou událostí?

2.1. Pojistným nebezpečím je úraz nebo nemoc pojištěného, ke kterým došlo v době trvání pojištění.

2.2. Pojistnou událostí je snížení pracovní schopnosti pojištěného odpovídající invaliditě ve 3. stupni, pokud nastane v době trvání pojištění.

2.3. Dnem vzniku pojistné události je den, který je v posudku o invaliditě uveden jako den vzniku invalidity. Pokud takový posudek pojištěnému nemůže být vystaven, je dnem vzniku pojistné události den oznámení pojistné události oprávněnou osobou.

3. Jak vyplácíme pojistné plnění?

3.1. Toto připojištění se sjednává s anuitně klesající pojistnou částkou.

3.2. V případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě jednorázové pojistné plnění ve výši aktuální pojistné částky.

3.3. Při stanovení míry poklesu pracovní schopnosti pojištěného vycházíme z posudku o invaliditě, vydaného lékařem Správy sociálního zabezpečení podle § 8, odst. 10 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, pokud byl tento posudek pojištěnému vystaven.

3.4. Pokud takový dokument není k dispozici, ať už proto, že došlo ke změně právních předpisů, nebo proto, že pojištěnému takový posudek vydán být nemůže, posoudíme invaliditu na základě vlastního šetření. Při takovém posouzení budeme postupovat obdobně podle vyhlášky č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity, ve znění platném ke dni vzniku škodní události, nebo podle předpisu tuto vyhlášku nahrazujícího. Pokud dojde ke zrušení této vyhlášky bez náhrady, budeme postupovat podle jejího posledního použitelného znění.

4. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

4.1. Pro toto připojištění se uplatní **čekací doba** v délce trvání dvou měsíců. Pokud tedy pojistná událost nebo nemoc pojištěného, která je příčinou pojistné události, nastane v čekací době, pojistné plnění nevyplatíme.

5. Co se stane po pojistné události?

5.1. Dnem, kdy nastala pojistná událost, toto připojištění zaniká.

6. Jaký je význam pojmů, které jsme v těchto podmínkách použili?

Invaliditou rozumíme stav, kdy pojištěnému z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu způsobeného úrazem nebo nemocí poklesla jeho pracovní schopnost a tato pracovní schopnost je následkem zdravotního postižení dlouhodobě ovlivněna. Odchylně od čl. 2.1. Zvláštních pojistných podmínek pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci se nemocí rozumí i psychická onemocnění, která jsou pod diagnózami F00 až F99 uvedena v MKN-10, a to i když je není možné zjistit a doložit vyšetřením provedeným objektivními vyšetřovacími metodami.

Pracovní schopností se rozumí schopnost pojištěného vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem.

Poklesem pracovní schopnosti pojištěného je pokles jeho schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových nebo duševních schopností ve srovnání se stavem před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

3. stupeň invalidity nastává, pokud pracovní schopnost pojištěného poklesla nejméně o 70 %.

Pojistné podmínky tarifu I9K Připojištění pro případ invalidity 3. stupně nebo nesoběstačnosti dítěte s konstantní pojistnou částkou

Invalidita 3. stupně nebo nesoběstačnost dítěte – konstantní PČ

platné od 13. 6. 2022

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se připojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, a Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci.

1.2. Toto připojištění považujeme za životní pojištění.

2. Co je pojistným nebezpečím a pojistnou událostí?

2.1. Pojistným nebezpečím je úraz nebo nemoc pojištěného, ke kterým došlo v době trvání tohoto pojištění.

2.2. Pojistnou událostí je invalidita pojištěného 3. stupně, nebo přiznání příspěvku na péči pro závislost pojištěného na pomoci jiné osoby III. nebo IV. stupně, pokud nastane v době trvání tohoto připojištění.

2.3. Dnem vzniku pojistné události je den, který je v posudku o invaliditě uveden jako den vzniku invalidity, nebo den, od kterého dle pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu státní správy náleží příspěvek na péči podle právních předpisů České republiky, podle toho, co nastane dříve. Příslušný posudek nebo rozhodnutí je pojištěný nebo jeho zákonný zástupce povinen předložit.

3. Jak vyplácíme pojistné plnění?

3.1. V případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě jednorázové pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky. Pojistná událost z tohoto připojištění může nastat pouze jednou.

4. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

4.1. Pro toto připojištění se uplatní čekací doba v délce trvání dvou měsíců. Pokud tedy pojistná událost nebo nemoc pojištěného, která je příčinou pojistné události, nastane v čekací době, pojistné plnění nevyplatíme; připojištění v takovém případě od počátku zaniká.

4.2. Pojistné plnění neposkytneme, pokud k pojistné události došlo **v souvislosti s vrozenou vadou, vrozeným onemocněním, vrozenou poruchou nebo psychickým onemocněním** a potížemi z nich vyplývajícími, pokud se první příznaky takové vady, onemocnění nebo poruchy projevily v prvních třech letech života pojištěného dítěte. Od vystavení pojistky se však připojištění vztahuje i na takové vrozené vady, onemocnění nebo poruchy, které nám před sjednáním připojištění nebo jeho změnou, kterou se pojistná ochrana navyšuje, byly uvedeny v dotazníku, pokud jsme je po dohodě s vámi výslovně nevyloučili.

5. Co se stane po pojistné události?

5.1. Dnem, kdy nastala pojistná událost, toto připojištění zaniká.

6. Jaký je význam pojmů, které jsme v těchto podmínkách použili?

Nemocí se odchylně od čl. 2.1 Zvláštních pojistných podmínek pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci rozumí i psychická onemocnění, která jsou pod diagnózami F00 až F99 uvedena v MKN-10, a to i když je není možné zjistit a doložit vyšetřením provedeným objektivními vyšetřovacími metodami.

Invaliditou rozumíme stav, kdy pojištěnému z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu způsobeného úrazem nebo nemocí poklesla jeho pracovní schopnost a tato pracovní schopnost je následkem zdravotního postižení dlouhodobě ovlivněna.

Pracovní schopností se rozumí schopnost pojištěného vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem.

Poklesem pracovní schopnosti pojištěného je pokles jeho schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových nebo duševních schopností ve srovnání se stavem před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Poklesem pracovní schopnosti pojištěného dítěte se pro účely tohoto pojištění považuje také takové omezení tělesných, smyslových nebo duševních schopností, které má za následek neschopnost soustavné přípravy pojištěného dítěte k pracovnímu uplatnění.

3. stupeň invalidity nastává, pokud pracovní schopnost pojištěného poklesla nejméně o 70 %, za podmínky, že o vzniku invalidity v tomto stupni rozhodl příslušný orgánu státní správy České republiky podle platného zákona o důchodovém pojištění, nebo jiného zákona ho nahrazujícího.

Závislostí na pomoci jiné osoby III. nebo IV. stupně (tj. těžkou nebo úplnou závislostí) se rozumí neschopnost pojištěného z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok, a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládání základních životních potřeb, zvládat své základní životní potřeby v rozsahu a způsobem stanoveným zákonem pro příslušný stupeň závislosti, pro kterou pojištěný dlouhodobě vyžaduje pomoc jiné osoby. Závislost na pomoci III. nebo IV. stupně musí být zjištěna příslušným orgánem státní správy a pojištěnému z důvodu této závislosti musí být přiznán příspěvek na péči v souladu s platnými právními předpisy České republiky o sociálních službách.

Pojistné podmínky tarifu T1K Připojištění pro případ trvalých následků úrazu s lineárním plněním

Trvalé následky úrazu – lineární plnění

platné od 1. 5. 2019

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se připojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci a Oceňovací tabulkou trvalých následků úrazu.

2. Co je pojistným nebezpečím a pojistnou událostí?

2.1. Pojistným nebezpečím je úraz pojištěného, ke kterému došlo v době trvání pojištění.

2.2. Pojistnou událostí je úraz pojištěného, který i po tom, co byl řádně doléčen, zanechal pojištěnému následek v podobě trvalého tělesného poškození. Tento následek může být zjištěn a hodnocen i po skončení trvání připojištění.

2.3. Dnem vzniku pojistné události je den, kdy úraz pojištěného nastal.

3. Jak vyplácíme pojistné plnění?

3.1. V případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě jednorázové pojistné plnění, které stanovíme podle míry rozsahu trvalých následků. Výše pojistného plnění se vypočítá jako součin stanoveného procenta rozsahu trvalých následků a sjednané pojistné částky.

3.2. Rozsah trvalých následků úrazu stanovujeme v procentech, a to podle naší Oceňovací tabulky, která je součástí pojistné smlouvy. Tato tabulka stanovuje pro jednotlivé následky buď přesnou hodnotu rozsahu následků v procentech, nebo možné rozpětí takových hodnot. Pokud Oceňovací tabulka neobsahuje potřebnou položku pro konkrétní trvalý následek pojištěného, ohodnotíme jej obdobně podle položky následku, který se mu svou povahou a závažností nejvíce přibližuje.

3.3. Pokud je rozsah trvalých následků pro příslušnou položku v Oceňovací tabulce stanoven rozpětím hodnot, stanovíme konkrétní procento trvalého následku v rámci stanoveného rozmezí tak, aby odpovídalo povaze a závažnosti tohoto trvalého následku na zdraví pojištěného.

3.4. Při stanovení výše pojistného plnění ve specifických případech uplatňujeme také následující pravidla:

- pokud následkem úrazu dojde k částečné ztrátě orgánu pojištěného, nebo částečné ztrátě jeho funkce, vypočítáme hodnotu plnění v příslušném poměru k plnění uvedenému v Oceňovací tabulce pro úplnou ztrátu takového orgánu, nebo úplnou ztrátu jeho funkce;
- pokud je jedna část těla pojištěného postižena několika trvalými následky, ať už z jedné nebo i více událostí, vyplatíme pojistné plnění nejvýše v rozsahu, který by odpovídal úplné anatomické nebo funkční ztrátě této části těla;
- pokud úraz, který je pojistnou událostí, zanechá na zdraví pojištěného více než jeden trvalý následek, vyplatíme oprávněné osobě pojistné plnění ve výši odpovídající součtu procentuálních ohodnocení rozsahů všech těchto následků. Za trvalé následky jednoho úrazu však stanovíme rozsah trvalých následků v maximální výši 100 %.

3.5. Rozsah trvalých následků na zdraví pojištěného hodnotíme až po jejich ustálení, nejpozději však 36 měsíců ode dne vzniku pojistné události. Pokud bychom pojistné plnění již vyplatili, ale v průběhu těchto 36 měsíců se rozsah trvalých následků pojištěného výrazně zhoršil, provedeme po prokázání takové skutečnosti a na žádost oprávněné osoby nové ohodnocení a poskytneme příslušný doplatek pojistného plnění. O toto přehodnocení nás oprávněná osoba ale může požádat pouze jednou za dvanáct po sobě jdoucích měsíců.

4. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

4.1. Pojistné plnění neposkytneme za výhřez meziobratlové ploténky ani jiné onemocnění páteře (například diagnózy M40 až M54 podle MKN-10), pokud nemá za následek poškození míchy či zlomeninu obratle.

4.2. Pojistné plnění neposkytneme ani tehdy, pokud úraz nebo jeho následek souvisel s poškozením patologicky změněných kostí, svalů, šlach, vazů nebo pouzder kloubů, i když se do okamžiku úrazu příznaky neprojevily.

5. Co se stane po pojistné události?

5.1. Pojistnou událostí toto připojištění nezaniká.

6. Jaký je význam pojmů, které jsme v těchto podmínkách použili?

Trvalým následkem úrazu máme na mysli tělesné poškození, spočívající v omezení funkce končetin nebo orgánů pojištěného, nebo v jejich ztrátě, které je po dokončení léčby prohlášeno lékařem za trvalé. Dokud probíhá léčení, které pravděpodobně povede ke zlepšení takových funkcí, nepovažujeme ještě poškození za trvalé.

Pojistné podmínky tarifu T2K Připojištění pro případ trvalých následků úrazu s progresivním plněním do 850 % pojistné částky

Trvalé následky úrazu – progrese 850 %

platné od 1. 5. 2019

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se pojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci a Oceňovací tabulkou trvalých následků úrazu.

2. Co je pojistným nebezpečím a pojistnou událostí?

2.1. Pojistným nebezpečím je úraz pojištěného, ke kterému došlo v době trvání pojištění.

2.2. Pojistnou událostí je úraz pojištěného, který i po tom, co byl řádně doléčen, zanechal pojištěnému následek v podobě trvalého tělesného poškození. Tento následek může být zjištěn a hodnocen i po skončení trvání připojištění.

2.3. Dnem vzniku pojistné události je den, kdy úraz pojištěného nastal.

3. Jak vyplácíme pojistné plnění?

3.1. V případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě jednorázové pojistné plnění, které stanovíme podle míry rozsahu trvalých následků. Výše pojistného plnění se vypočítá jako součin procenta stanoveného v Tabulce progresivního plnění pro příslušný rozsah trvalých následků a sjednané pojistné částky.

3.2. Rozsah trvalých následků úrazu stanovujeme v procentech, a to podle naší Oceňovací tabulky, která je součástí pojistné smlouvy. Tato tabulka stanovuje pro jednotlivé následky buď přesnou hodnotu rozsahu následků v procentech, nebo možné rozpětí takových hodnot. Pokud Oceňovací tabulka neobsahuje potřebnou položku pro konkrétní trvalý následek pojištěného, ohodnotíme jej obdobně podle položky následku, který se mu svou povahou a závažností nejvíce přibližuje.

3.3. Pokud je rozsah trvalých následků pro příslušnou položku v Oceňovací tabulce stanoven rozpětím hodnot, stanovíme konkrétní procento trvalého následku v rámci stanoveného rozmezí tak, aby odpovídalo povaze a závažnosti tohoto trvalého následku na zdraví pojištěného.

3.4. Při stanovení výše pojistného plnění ve specifických případech uplatňujeme také následující pravidla:

- pokud následkem úrazu dojde k částečné ztrátě orgánu pojištěného, nebo částečné ztrátě jeho funkce, vypočítáme hodnotu plnění v příslušném poměru k plnění uvedenému v Oceňovací tabulce pro úplnou ztrátu takového orgánu, nebo úplnou ztrátu jeho funkce;
- pokud je jedna část těla pojištěného postižena několika trvalými následky, ať už z jedné nebo i více událostí, vyplatíme pojistné plnění nejvýše v rozsahu, který by odpovídal úplné anatomické nebo funkční ztrátě této části těla;
- pokud úraz, který je pojistnou událostí, zanechá na zdraví pojištěného více než jeden trvalý následek, vyplatíme oprávněné osobě pojistné plnění ve výši odpovídající součtu procentuálních ohodnocení rozsahů všech těchto následků. Za trvalé následky jednoho úrazu však stanovíme rozsah trvalých následků v maximální výši 100 %.

3.5. Rozsah trvalých následků na zdraví pojištěného hodnotíme až po jejich ustálení, nejpozději však 36 měsíců ode dne vzniku pojistné události. Pokud bychom pojistné plnění již vyplatili, ale v průběhu těchto 36 měsíců se rozsah trvalých následků pojištěného výrazně zhoršil, provedeme po prokázání takové skutečnosti a na žádost oprávněné osoby nové ohodnocení a poskytneme příslušný doplatek pojistného plnění. O toto přehodnocení nás oprávněná osoba ale může požádat pouze jednou za dvanáct po sobě jdoucích měsíců.

4. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

4.1. Pojistné plnění neposkytneme za výhřez meziobratlové ploténky ani jiné onemocnění páteře (například diagnózy M40 až M54 podle MKN-10), pokud nemá za následek poškození míchy či zlomeninu obratle.

4.2. Pojistné plnění neposkytneme ani tehdy, pokud úraz nebo jeho následek souvisel s poškozením patologicky změněných kostí, svalů, šlach, vazů nebo pouzder kloubů, i když se do okamžiku úrazu příznaky neprojevily.

5. Co se stane po pojistné události?

5.1. Pojistnou událostí toto připojištění nezaniká.

6. Jaký je význam pojmů, které jsme v těchto podmínkách použili?

Trvalým následkem úrazu máme na mysli tělesné poškození, spočívající v omezení funkce končetin nebo orgánů pojištěného, nebo v jejich ztrátě, které je po dokončení léčby prohlášeno lékařem za trvalé. Dokud probíhá léčení, které pravděpodobně povede ke zlepšení takových funkcí, nepovažujeme ještě poškození za trvalé.

7. Tabulka progresivního plnění

Trvalé následky úrazu s progresivním plněním 850 %

Rozsah trvalých následků úrazu (v %)	Procento, kterým se násobí pojistná částka (v %)	Rozsah trvalých následků úrazu (v %)	Procento, kterým se násobí pojistná částka (v %)	Rozsah trvalých následků úrazu (v %)	Procento, kterým se násobí pojistná částka (v %)
1	1	35	75	69	291
2	2	36	79	70	298
3	3	37	83	71	305
4	4	38	87	72	312
5	6	39	91	73	319
6	7	40	97	74	326
7	8	41	103	75	333
8	9	42	109	76	340
9	10	43	115	77	350
10	15	44	121	78	360
11	16	45	127	79	370
12	17	46	133	80	385
13	18	47	139	81	400
14	20	48	145	82	415
15	22	49	151	83	430
16	24	50	158	84	445
17	26	51	165	85	460
18	28	52	172	86	475
19	30	53	179	87	490
20	32	54	186	88	505
21	34	55	193	89	525
22	36	56	200	90	550
23	38	57	207	91	575
24	41	58	214	92	600
25	44	59	221	93	630
26	47	60	228	94	660
27	50	61	235	95	690
28	53	62	242	96	720
29	56	63	249	97	750
30	59	64	256	98	780
31	62	65	263	99	810
32	65	66	270	100	850
33	68	67	277		
34	71	68	284		

Pojistné podmínky tarifu T3K
Připojištění pro případ trvalých následků úrazu s progresivním plněním do 1000 % pojistné částky

Trvalé následky úrazu – progrese 1000 %

platné od 1. 5. 2019

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se pojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci a Oceňovací tabulkou trvalých následků úrazu.

2. Co je pojistným nebezpečím a pojistnou událostí?

2.1. Pojistným nebezpečím je úraz pojištěného, ke kterému došlo v době trvání pojištění.

2.2. Pojistnou událostí je úraz pojištěného, který i po tom, co byl řádně doléčen, zanechal pojištěnému následek v podobě trvalého tělesného poškození. Tento následek může být zjištěn a hodnocen i po skončení trvání pojištění.

2.3. Dnem vzniku pojistné události je den, kdy úraz pojištěného nastal.

3. Jak vyplácíme pojistné plnění?

3.1. V případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě jednorázové pojistné plnění, které stanovíme podle míry rozsahu trvalých následků. Výše pojistného plnění se vypočítá jako součin procenta stanoveného v Tabulce progresivního plnění pro příslušný rozsah trvalých následků a sjednané pojistné částky.

3.2. Rozsah trvalých následků úrazu stanovujeme v procentech, a to podle naší Oceňovací tabulky, která je součástí pojistné smlouvy. Tato tabulka stanovuje pro jednotlivé následky buď přesnou hodnotu rozsahu následků v procentech, nebo možné rozpětí takových hodnot. Pokud Oceňovací tabulka neobsahuje potřebnou položku pro konkrétní trvalý následek pojištěného, ohodnotíme jej obdobně podle položky následku, který se mu svou povahou a závažností nejvíce přibližuje.

3.3. Pokud je rozsah trvalých následků pro příslušnou položku v Oceňovací tabulce stanoven rozpětím hodnot, stanovíme konkrétní procento trvalého následku v rámci stanoveného rozmezí tak, aby odpovídalo povaze a závažnosti tohoto trvalého následku na zdraví pojištěného.

3.4. Při stanovení výše pojistného plnění ve specifických případech uplatňujeme také následující pravidla:

- pokud následkem úrazu dojde k částečné ztrátě orgánu pojištěného, nebo částečné ztrátě jeho funkce, vypočítáme hodnotu plnění v příslušném poměru k plnění uvedenému v Oceňovací tabulce pro úplnou ztrátu takového orgánu, nebo úplnou ztrátu jeho funkce;
- pokud je jedna část těla pojištěného postižena několika trvalými následky, ať už z jedné nebo i více událostí, vyplatíme pojistné plnění nejvýše v rozsahu, který by odpovídal úplné anatomické nebo funkční ztrátě této části těla;
- pokud úraz, který je pojistnou událostí, zanechá na zdraví pojištěného více než jeden trvalý následek, vyplatíme oprávněné osobě pojistné plnění ve výši odpovídající součtu procentuálních ohodnocení rozsahů všech těchto následků. Za trvalé následky jednoho úrazu však stanovíme rozsah trvalých následků v maximální výši 100 %.

3.5. Rozsah trvalých následků na zdraví pojištěného hodnotíme až po jejich ustálení, nejpozději však 36 měsíců ode dne vzniku pojistné události. Pokud bychom pojistné plnění již vyplatili, ale v průběhu těchto 36 měsíců se rozsah trvalých následků pojištěného výrazně zhoršil, provedeme po prokázání takové skutečnosti a na žádost oprávněné osoby nové ohodnocení a poskytneme příslušný doplatek pojistného plnění. O toto přehodnocení nás oprávněná osoba ale může požádat pouze jednou za dvanáct po sobě jdoucích měsíců.

4. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

4.1. Pojistné plnění neposkytneme za výhřez meziobratlové ploténky ani jiné onemocnění páteře (například diagnózy M40 až M54 podle MKN-10), pokud nemá za následek poškození míchy či zlomeninu obratle.

4.2. Pojistné plnění neposkytneme ani tehdy, pokud úraz nebo jeho následek souvisel s poškozením patologicky změněných kostí, svalů, šlach, vazů nebo pouzder kloubů, i když se do okamžiku úrazu příznaky neprojevily.

5. Co se stane po pojistné události?

5.1. Pojistnou událostí toto připojištění nezaniká.

6. Jaký je význam pojmů, které jsme v těchto podmínkách použili?

Trvalým následkem úrazu máme na mysli tělesné poškození, spočívající v omezení funkce končetin nebo orgánů pojištěného, nebo v jejich ztrátě, které je po dokončení léčby prohlášeno lékařem za trvalé. Dokud probíhá léčení, které pravděpodobně povede ke zlepšení takových funkcí, nepovažujeme ještě poškození za trvalé.

7. Tabulka progresivního plnění

Trvalé následky úrazu s progresivním plněním 1000 %

Rozsah trvalých následků úrazu (v %)	Procento, kterým se násobí pojistná částka (v %)	Rozsah trvalých následků úrazu (v %)	Procento, kterým se násobí pojistná částka (v %)	Rozsah trvalých následků úrazu (v %)	Procento, kterým se násobí pojistná částka (v %)
1	1	35	60	69	355
2	2	36	63	70	370
3	3	37	66	71	385
4	4	38	69	72	400
5	5	39	72	73	415
6	6	40	75	74	430
7	7	41	79	75	450
8	8	42	83	76	470
9	9	43	87	77	490
10	10	44	91	78	510
11	11	45	95	79	530
12	12	46	100	80	550
13	13	47	105	81	570
14	14	48	110	82	590
15	15	49	115	83	610
16	16	50	120	84	630
17	17	51	130	85	650
18	18	52	140	86	670
19	19	53	150	87	690
20	20	54	160	88	710
21	22	55	170	89	730
22	24	56	180	90	750
23	26	57	190	91	770
24	28	58	200	92	790
25	30	59	210	93	810
26	33	60	220	94	830
27	36	61	235	95	850
28	39	62	250	96	875
29	42	63	265	97	900
30	45	64	280	98	925
31	48	65	295	99	950
32	51	66	310	100	1000
33	54	67	325		
34	57	68	340		

Pojistné podmínky tarifu T4K Připojištění pro případ trvalých následků úrazu s tělesným poškozením od 10 % s progresivním plněním do 600 % pojistné částky

Trvalé následky úrazu – od 10 % tělesného poškození – progrese 600 %

platné od 15. 10. 2020

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se pojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci a Oceňovací tabulkou trvalých následků úrazu.

2. Co je pojistným nebezpečím a pojistnou událostí?

2.1. Pojistným nebezpečím je úraz pojištěného, ke kterému došlo v době trvání pojištění.

2.2. Pojistnou událostí je úraz pojištěného, který i po tom, co byl řádně doléčen, zanechal pojištěnému následek v podobě trvalého tělesného poškození s rozsahem minimálně 10 %. Tento následek může být zjištěn a hodnocen i po skončení trvání připojištění.

2.3. Dnem vzniku pojistné události je den, kdy úraz pojištěného nastal.

3. Jak vyplácíme pojistné plnění?

3.1. V případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě jednorázové pojistné plnění, které stanovíme podle míry rozsahu trvalých následků. Výše pojistného plnění se vypočítá jako součin procenta stanoveného v Tabulce progresivního plnění pro příslušný rozsah trvalých následků a sjednané pojistné částky.

3.2. Rozsah trvalých následků úrazu stanovujeme v procentech, a to podle naší Oceňovací tabulky, která je součástí pojistné smlouvy. Tato tabulka stanovuje pro jednotlivé následky buď přesnou hodnotu rozsahu následků v procentech, nebo možné rozpětí takových hodnot. Pokud Oceňovací tabulka neobsahuje potřebnou položku pro konkrétní trvalý následek pojištěného, ohodnotíme jej obdobně podle položky následku, který se mu svou povahou a závažností nejvíce přibližuje.

3.3. Pokud je rozsah trvalých následků pro příslušnou položku v Oceňovací tabulce stanoven rozpětím hodnot, stanovíme konkrétní procento trvalého následku v rámci stanoveného rozmezí tak, aby odpovídalo povaze a závažnosti tohoto trvalého následku na zdraví pojištěného.

3.4. Při stanovení výše pojistného plnění ve specifických případech uplatňujeme také následující pravidla:

- pokud následkem úrazu dojde k částečné ztrátě orgánu pojištěného, nebo částečné ztrátě jeho funkce, vypočítáme hodnotu plnění v příslušném poměru k plnění uvedenému v Oceňovací tabulce pro úplnou ztrátu takového orgánu, nebo úplnou ztrátu jeho funkce;
- pokud je jedna část těla pojištěného postižena několika trvalými následky, ať už z jedné nebo i více událostí, vyplatíme pojistné plnění nejvýše v rozsahu, který by odpovídal úplné anatomické nebo funkční ztrátě této části těla;
- pokud úraz, který je pojistnou událostí, zanechá na zdraví pojištěného více než jeden trvalý následek, vyplatíme oprávněné osobě pojistné plnění ve výši odpovídající součtu procentuálních ohodnocení rozsahů všech těchto následků. Za trvalé následky jednoho úrazu však stanovíme rozsah trvalých následků v maximální výši 100 %.

3.5. Rozsah trvalých následků na zdraví pojištěného hodnotíme až po jejich ustálení, nejpozději však 36 měsíců ode dne vzniku pojistné události. Pokud bychom pojistné plnění již vyplatili, ale v průběhu těchto 36 měsíců se rozsah trvalých následků pojištěného výrazně zhoršil, provedeme po prokázání takové skutečnosti a na žádost oprávněné osoby nové ohodnocení a poskytneme příslušný doplatek pojistného plnění. O toto přehodnocení nás oprávněná osoba ale může požádat pouze jednou za dvanáct po sobě jdoucích měsíců.

4. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

4.1. Pojistné plnění neposkytneme za výhřez meziobratlové ploténky ani jiné onemocnění páteře (například diagnózy M40 až M54 podle MKN-10), pokud nemá za následek poškození míchy či zlomeninu obratle.

4.2. Pojistné plnění neposkytneme ani tehdy, pokud úraz nebo jeho následek souvisel s poškozením patologicky změněných kostí, svalů, šlach, vazů nebo pouzder kloubů, i když se do okamžiku úrazu příznaky neprojevily.

4.3. Pojistné plnění neposkytneme, pokud rozsah trvalých následků pojištěného, ohodnocených podle Oceňovací tabulky trvalých následků úrazu, je menší než 10 %.

5. Co se stane po pojistné události?

5.1. Pojistnou událostí toto připojištění nezaniká.

6. Jaký je význam pojmů, které jsme v těchto podmínkách použili?

Trvalým následkem úrazu máme na mysli tělesné poškození, spočívající v omezení funkce končetin nebo orgánů pojištěného, nebo v jejich ztrátě, které je po dokončení léčby prohlášeno lékařem za trvalé. Dokud probíhá léčení, které pravděpodobně povede ke zlepšení takových funkcí, nepovažujeme ještě poškození za trvalé.

7. Tabulka progresivního plnění

Trvalé následky úrazu s tělesným poškozením od 10 % s progresivním plněním 600 %

Rozsah trvalých následků úrazu (v %)	Procento, kterým se násobí pojistná částka (v %)	Rozsah trvalých následků úrazu (v %)	Procento, kterým se násobí pojistná částka (v %)	Rozsah trvalých následků úrazu (v %)	Procento, kterým se násobí pojistná částka (v %)
10	15	41	100	72	299
11	16	42	105	73	306
12	17	43	110	74	313
13	18	44	115	75	320
14	20	45	120	76	330
15	22	46	126	77	340
16	24	47	132	78	350
17	26	48	138	79	360
18	28	49	144	80	370
19	30	50	150	81	380
20	32	51	156	82	390
21	34	52	162	83	400
22	36	53	168	84	410
23	38	54	174	85	420
24	41	55	180	86	430
25	44	56	187	87	440
26	47	57	194	88	450
27	50	58	201	89	460
28	53	59	208	90	470
29	56	60	215	91	480
30	58	61	222	92	490
31	60	62	229	93	500
32	62	63	236	94	510
33	66	64	243	95	525
34	70	65	250	96	540
35	74	66	257	97	555
36	78	67	264	98	570
37	82	68	271	99	585
38	86	69	278	100	600
39	90	70	285		
40	95	71	292		

Pojistné podmínky tarifu T5K
Připojištění pro případ trvalých následků úrazu s progresivním plněním do 600 % pojistné částky

Trvalé následky úrazu – progrese 600 %

platné od 15. 10. 2020

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se pojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci a Oceňovací tabulkou trvalých následků úrazu.

2. Co je pojistným nebezpečím a pojistnou událostí?

2.1. Pojistným nebezpečím je úraz pojištěného, ke kterému došlo v době trvání pojištění.

2.2. Pojistnou událostí je úraz pojištěného, který i po tom, co byl řádně doléčen, zanechal pojištěnému následek v podobě trvalého tělesného poškození. Tento následek může být zjištěn a hodnocen i po skončení trvání připojištění.

2.3. Dnem vzniku pojistné události je den, kdy úraz pojištěného nastal.

3. Jak vyplácíme pojistné plnění?

3.1. V případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě jednorázové pojistné plnění, které stanovíme podle míry rozsahu trvalých následků. Výše pojistného plnění se vypočítá jako součin procenta stanoveného v Tabulce progresivního plnění pro příslušný rozsah trvalých následků a sjednané pojistné částky.

3.2. Rozsah trvalých následků úrazu stanovujeme v procentech, a to podle naší Oceňovací tabulky, která je součástí pojistné smlouvy. Tato tabulka stanovuje pro jednotlivé následky buď přesnou hodnotu rozsahu následků v procentech, nebo možné rozpětí takových hodnot. Pokud Oceňovací tabulka neobsahuje potřebnou položku pro konkrétní trvalý následek pojištěného, ohodnotíme jej obdobně podle položky následku, který se mu svou povahou a závažností nejvíce přibližuje.

3.3. Pokud je rozsah trvalých následků pro příslušnou položku v Oceňovací tabulce stanoven rozpětím hodnot, stanovíme konkrétní procento trvalého následku v rámci stanoveného rozmezí tak, aby odpovídalo povaze a závažnosti tohoto trvalého následku na zdraví pojištěného.

3.4. Při stanovení výše pojistného plnění ve specifických případech uplatňujeme také následující pravidla:

- pokud následkem úrazu dojde k částečné ztrátě orgánu pojištěného, nebo částečné ztrátě jeho funkce, vypočítáme hodnotu plnění v příslušném poměru k plnění uvedenému v Oceňovací tabulce pro úplnou ztrátu takového orgánu, nebo úplnou ztrátu jeho funkce;
- pokud je jedna část těla pojištěného postižena několika trvalými následky, ať už z jedné nebo i více událostí, vyplatíme pojistné plnění nejvýše v rozsahu, který by odpovídal úplné anatomické nebo funkční ztrátě této části těla;
- pokud úraz, který je pojistnou událostí, zanechá na zdraví pojištěného více než jeden trvalý následek, vyplatíme oprávněné osobě pojistné plnění ve výši odpovídající součtu procentuálních ohodnocení rozsahů všech těchto následků. Za trvalé následky jednoho úrazu však stanovíme rozsah trvalých následků v maximální výši 100 %.

3.5. Rozsah trvalých následků na zdraví pojištěného hodnotíme až po jejich ustálení, nejpozději však 36 měsíců ode dne vzniku pojistné události. Pokud bychom pojistné plnění již vyplatili, ale v průběhu těchto 36 měsíců se rozsah trvalých následků pojištěného výrazně zhoršil, provedeme po prokázání takové skutečnosti a na žádost oprávněné osoby nové ohodnocení a poskytneme příslušný doplatek pojistného plnění. O toto přehodnocení nás oprávněná osoba ale může požádat pouze jednou za dvanáct po sobě jdoucích měsíců.

4. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

4.1. Pojistné plnění neposkytneme za výhřez meziobratlové ploténky ani jiné onemocnění páteře (například diagnózy M40 až M54 podle MKN-10), pokud nemá za následek poškození míchy či zlomeninu obratle.

4.2. Pojistné plnění neposkytneme ani tehdy, pokud úraz nebo jeho následek souvisel s poškozením patologicky změněných kostí, svalů, šlach, vazů nebo pouzder kloubů, i když se do okamžiku úrazu příznaky neprojevily.

5. Co se stane po pojistné události?

5.1. Pojistnou událostí toto připojištění nezaniká.

6. Jaký je význam pojmů, které jsme v těchto podmínkách použili?

Trvalým následkem úrazu máme na mysli tělesné poškození, spočívající v omezení funkce končetin nebo orgánů pojištěného, nebo v jejich ztrátě, které je po dokončení léčby prohlášeno lékařem za trvalé. Dokud probíhá léčení, které pravděpodobně povede ke zlepšení takových funkcí, nepovažujeme ještě poškození za trvalé.

7. Tabulka progresivního plnění

Trvalé následky úrazu s progresivním plněním 600 %

Rozsah trvalých následků úrazu (v %)	Procento, kterým se násobí pojistná částka (v %)
1	1
2	2
3	3
4	4
5	6
6	7
7	8
8	9
9	10
10	15
11	16
12	17
13	18
14	20
15	22
16	24
17	26
18	28
19	30
20	32
21	34
22	36
23	38
24	41
25	44
26	47
27	50
28	53
29	56
30	58
31	60
32	62
33	66
34	70

Rozsah trvalých následků úrazu (v %)	Procento, kterým se násobí pojistná částka (v %)
35	74
36	78
37	82
38	86
39	90
40	95
41	100
42	105
43	110
44	115
45	120
46	126
47	132
48	138
49	144
50	150
51	156
52	162
53	168
54	174
55	180
56	187
57	194
58	201
59	208
60	215
61	222
62	229
63	236
64	243
65	250
66	257
67	264
68	271

Rozsah trvalých následků úrazu (v %)	Procento, kterým se násobí pojistná částka (v %)
69	278
70	285
71	292
72	299
73	306
74	313
75	320
76	330
77	340
78	350
79	360
80	370
81	380
82	390
83	400
84	410
85	420
86	430
87	440
88	450
89	460
90	470
91	480
92	490
93	500
94	510
95	525
96	540
97	555
98	570
99	585
100	600

Pojistné podmínky tarifu P1D Připojištění pro případ pracovní neschopnosti s plněním od 29. dne pracovní neschopnosti

Pracovní neschopnost (29+) – plnění od 29. dne

platné od 13. 6. 2022

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se pojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, a Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci.

2. Co je pojistným nebezpečím a pojistnou událostí?

2.1. Pojistným nebezpečím je úraz nebo nemoc pojištěného, ke kterým došlo v době trvání pojištění.

2.2. Pojistnou událostí je lékařsky zjištěná a odůvodněná pracovní neschopnost pojištěného, ke které došlo v době trvání připojištění a která trvá déle, než 29 po sobě jdoucích dní, pokud v důsledku ní pojištěný nevykonává své zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, která je zdrojem jeho příjmů ve smyslu čl. 5.2. těchto podmínek.

2.3. Pracovní neschopnost se považuje jen za jednu pojistnou událost i tehdy, pokud:

- vznikla následkem více úrazů nebo nemocí krytých tímto připojištěním současně, nebo
- jde o bezprostředně na sebe navazující pracovní neschopnosti z různých příčin krytých tímto připojištěním (včetně změny diagnózy během trvání pracovní neschopnosti).

2.4. Dnem vzniku pojistné události je první den pracovní neschopnosti pojištěného.

3. Jak vyplácíme pojistné plnění?

3.1. V případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě pojistné plnění ve výši pojistné částky sjednané ke dni vzniku pojistné události **za 29. a každý další den důvodného trvání** pracovní neschopnosti v době trvání pojištění.

3.2. Za každou pojistnou událost, nebo i v součtu za více vzájemně souvisejících pojistných událostí, vyplatíme pojistné plnění nejvýše za celkem 730 dní trvání pracovní neschopnosti.

3.3. Pojistné plnění vyplatíme oprávněné osobě jednorázově po skončení trvání pracovní neschopnosti. Pokud trvá pracovní neschopnost delší dobu, oprávněná osoba nás může jednou, nebo i opakovaně během trvání pracovní neschopnosti požádat o přiměřenou zálohu na pojistné plnění.

4. Jaká omezení platí pro pojistnou částku, kdy je nutné ji změnit a kdy ji upravíme sami?

4.1. Protože pojistná ochrana, kterou pojištěnému tímto pojištěním poskytujeme, musí být přiměřená rozsahu výpadku jeho příjmu v době pracovní neschopnosti, při sjednání tohoto připojištění nebo jeho změně můžeme zjišťovat výši příjmů pojištěného, v závislosti na níž pak stanovíme horní hranici pojistné částky, kterou si s námi pojištěný může sjednat. Způsob výpočtu příjmu pojištěného pro tento účel i tabulka s hranicemi pojistných částek je uvedena ve formuláři návrhu pojistné smlouvy.

4.2. Pokud se příjem pojištěného výrazně sníží (tj. alespoň o 20 %) a zároveň sjednaná pojistná částka přesahuje horní hranici, kterou pro takový příjem připouštíme, je nutné, abychom po vzájemné dohodě pojistnou částku odpovídajícím způsobem upravili.

4.3. Dohodli jsme se s vámi, že pokud jsme v rámci šetření škodní události zjistili, že sjednaná pojistná částka přesahuje horní hranici pojistné částky odpovídající aktuálnímu příjmu pojištěného, **snížíme s účinností od dalšího pojistného období tuto pojistnou částku na výši horní hranice pojistné částky pro tento aktuální příjem**. Odpovídajícím způsobem také pochopitelně snížíme i pojistné, které za toto připojištění platíte.

4.4. Pokud jsme se při sjednání tohoto připojištění nebo při jeho změně dotazovali pojištěného na výši jeho příjmů, máme právo ho po nahlášení škodní události požádat, aby uvedl svůj aktuální příjem v době vzniku pojistné události a tento příjem nám odpovídajícím způsobem prokázal.

5. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

5.1. Pro toto připojištění se uplatní čekací doba v délce trvání dvou měsíců, resp. v délce trvání 10 měsíců, pokud pracovní neschopnost souvisí s těhotenstvím nebo porodem. Pokud tedy pojistná událost nebo nemoc pojištěného, která je příčinou pojistné události, nastane v čekací době, pojistné plnění nevyplatíme. Za pojistnou událost nepovažujeme ani pracovní neschopnosti, které vzájemně souvisejí s pracovní neschopností, která nastala v čekací době.

5.2. Za pojistnou událost považujeme pouze pracovní neschopnost, která nastala v době, kdy:

- měl pojištěný příjmy ze závislé činnosti jiné než z dohod o pracích konaných mimo pracovní poměr, nebo
- měl pojištěný příjmy ze samostatné výdělečné činnosti, kterou aktivně vykonával jinak než jako spolupracující osoba ve smyslu zákona o daních z příjmů, a byl registrován pro daň z příjmů fyzických osob.

5.3. Pojistné plnění neposkytneme za pracovní neschopnost pojištěného za dobu, kdy je pojištěný na mateřské nebo rodičovské dovolené, pokud nemá příjmy podle odst. 5.2. těchto podmínek.

5.4. Za pojistnou událost nepovažujeme pracovní neschopnost z důvodu:

- duševní choroby nebo změny psychického stavu podle kapitoly V. MKN-10 (diagnózy „F") s výjimkou:
  - organických duševních poruch (diagnózy F00-F09 dle MKN-10), pokud jsou objektivně prokázány vyšetřením;
  - schizofrenie (diagnóza F20 dle MKN-10), pokud pojištěný neužíval dlouhodobě v nadměrném množství alkohol nebo jinou návykovou, omamnou či psychotropní látku;
- léčení jakékoliv závislosti;
- podstoupení, resp. v souvislosti s kosmetickými, plastickými nebo jinými obdobnými výkony, s výjimkou těch, které jsou nutné po úrazu nebo nemoci kryté tímto připojištěním;
- umělého oplodnění nebo léčení sterility a v souvislosti s umělým přerušením těhotenství bez lékařské indikace a s tím souvisejících komplikací;
- obtíží souvisejících s těhotenstvím, pokud je nelze doložit vyšetřením provedeným objektivními vyšetřovacími metodami (laboratorními, zobrazovacími apod.) jako nemoc a pokud si nevyžádaly hospitalizaci pojištěné po dobu alespoň 3 po sobě jdoucích dnů. Pojistnou událostí však není pracovní neschopnost, která je pojištěné vystavena jen z preventivních důvodů, například kvůli faktorům pracovního prostředí nebo z důvodu potřeby dohledu nad těhotenstvím pojištěné.

5.5. Pokud nám pojištěný na naši žádost nedoloží výši svých aktuálních příjmů v době vzniku pojistné události, budeme pro účely stanovení horní hranice pojistné částky předpokládat, že příjem pojištěného je 0,- Kč.

5.6. Pokud pojištěný v průběhu pracovní neschopnosti poruší léčebný režim stanovený lékařem, nebo pokud pracovní neschopnost trvá neúměrně dlouho, aniž by toto trvání bylo nadále důvodné, můžeme pojistné plnění stanovit se zohledněním těchto skutečností v délce trvání pracovní neschopnosti odpovídající obvyklé délce pro danou diagnózu.

5.7. Plnění neposkytneme za období, pro které oprávněná osoba neprokáže odůvodněnými lékařskými zprávami, popisujícími objektivní zdravotní stav pojištěného, že byl pojištěný v tomto období práce neschopen.

6. Jaké další povinnosti má pojištěný?

6.1. Pokud pojištěného požádáme, je povinen se za účelem přezkoumání jeho pracovní schopnosti nechat vyšetřit lékařem nebo zdravotnickým zařízením, které k tomu účelu určíme. Pokud se pojištěný vyšetření nepodrobí v přiměřené lhůtě, kterou mu k tomu stanovíme, nebo i pokud se tímto vyšetřením prokáže nedůvodnost trvání pracovní neschopnosti, jsme oprávněni ukončit poskytování pojistného plnění ke dni, od kterého není pracovní neschopnost důvodná či odůvodněná.

6.2. Pokud o to pojištěného požádáme, je povinen doložit nám výši svých aktuálních příjmů v době vzniku pojistné události.

6.3. Pokud nastane škodní událost, je oprávněná osoba povinna nám oznámit její vznik bez zbytečného odkladu po jejím vzniku.

7. Co se stane po pojistné události?

7.1. Pojistnou událostí toto připojištění zaniká, pokud z jedné pojistné události nebo i v součtu za více vzájemně souvisejících pojistných událostí bylo vyplaceno maximální pojistné plnění, tedy plnění za 730 dnů pracovní neschopnosti, a to k poslednímu dni pracovní neschopnosti, za které se pojistné plnění vyplácí.

7.2. V ostatních případech připojištění pojistnou událostí nezaniká.

8. Jak toto připojištění zaniká?

8.1. Kromě důvodů uvedených v občanském zákoníku a jinde v pojistných podmínkách, zaniká toto připojištění také jakmile nastane první z těchto skutečností:

- přiznání starobního důchodu;
- přiznání pojištěnému některého stupně invalidity, nebo
- stanovení počátku výplaty invalidního důchodu libovolného stupně.

9. Jaký je význam pojmů, které jsme v těchto podmínkách použili?

Pracovní neschopností se rozumí neschopnost pojištěného v důsledku úrazu nebo nemoci vykonávat jeho současné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost. Zda je pojištěný neschopen práce, posuzujeme na základě dokumentů vystavených lékařem pojištěného v České republice, či jinde na území Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru, Spojeného království Velké Británie a Severního Irska nebo Švýcarska, nebo námi pověřeným lékařem či zdravotnickým zařízením. Pokud je pojištěný zaměstnancem, budeme potřebovat kopii rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti, které mu lékař vystavil, pokud je pojištěný podnikatelem, který není nemocensky pojištěn, nebo pojištěnému nemůže být rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti vystaveno, postačí nám jiný doklad, obsahující obdobné náležitosti.

Důvodným trváním pracovní neschopnosti rozumíme stav, kdy pracovní neschopnost pojištěného trvá z objektivních a prokazatelných důvodů, splňující definici nemoci nebo úrazu, a odůvodněných v lékařské zprávě. Důvodnost trvání pracovní neschopnosti můžeme sami přezkoumat.

Vzájemně souvisejícími pojistnými událostmi/pracovními neschopnostmi se rozumí události, kdy byla pracovní neschopnost pojištěnému přiznána opakovaně ze stejného zdravotního důvodu a mezi skončením trvání poslední pracovní neschopnosti a začátkem bezprostředně následující pracovní neschopnosti neuplynulo alespoň 6 celých měsíců.

Hospitalizací máme na mysli z lékařského hlediska nezbytné ošetření pojištěného provedené, vzhledem k závažnosti nemoci nebo úrazu nebo charakteru ošetření, v lůžkové části nemocnice. Dnem hospitalizace máme na mysli každou půlnoc, kterou pojištěný strávil v nemocnici.

Pojistné podmínky tarifu P2D Připojištění pro případ pracovní neschopnosti trvající alespoň 29 dnů s plněním od 1. do 28. dne pracovní neschopnosti

Pracovní neschopnost (29+) – plnění od 1. do 28. dne

platné od 15. 10. 2020

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se připojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, a Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci.

1.2. Toto připojištění se sjednává jako doplňkové k Připojištění pro případ pracovní neschopnosti s plněním od 29. dne pracovní neschopnosti (tarif P1D) a nelze je sjednat samostatně. Pojistné podmínky tarifu P1D, včetně určení pojistné události a pojistného nebezpečí, omezení a úpravy pojistné částky, omezení a výluk z pojištění, povinností pojištěného, následků pojistné události a výkladu pojmů se použijí i pro toto připojištění, není-li v těchto podmínkách dále výslovně uvedeno jinak.

2. Jak vyplácíme pojistné plnění?

2.1. V případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě pojistné plnění ve výši pojistné částky sjednané ke dni vzniku pojistné události **za prvních 28 dní trvání** takové pracovní neschopnosti, pokud vzniklo právo na pojistné plnění z tarifu P1D s výjimkou uvedenou v článku 3.1. těchto podmínek.

3. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

3.1. Odchylně od čl. 5.4. pojistných podmínek tarifu P1D za pojistnou událost nepovažujeme pracovní neschopnost z důvodu duševní choroby nebo změny psychického stavu, tedy pracovní neschopnost pro všechny diagnózy podle kapitoly V. MKN-10 (diagnózy F00-F99).

4. Jak toto připojištění zaniká?

4.1. Toto připojištění zaniká zánikem připojištění tarifu P1D.

Pojistné podmínky tarifu P3D Připojištění pro případ pracovní neschopnosti s plněním od 57. dne pracovní neschopnosti

Pracovní neschopnost (57+) – plnění od 57. dne

platné platné od 13. 6. 2022

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se připojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, a Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci.

2. Co je pojistným nebezpečím a pojistnou událostí?

2.1. Pojistným nebezpečím je úraz nebo nemoc pojištěného, ke kterým došlo v době trvání pojištění.

2.2. Pojistnou událostí je lékařsky zjištěná a odůvodněná pracovní neschopnost pojištěného, ke které došlo v době trvání připojištění a která trvá déle, než 57 po sobě jdoucích dní, pokud v důsledku ní pojištěný nevykonává své zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, která je zdrojem jeho příjmů ve smyslu čl. 5.2.

2.3. Pracovní neschopnost se považuje jen za jednu pojistnou událost i tehdy, pokud:

- vznikla následkem více úrazů nebo nemocí krytých tímto připojištěním současně, nebo
- jde o bezprostředně na sebe navazující pracovní neschopnosti z různých příčin, krytých tímto připojištěním (včetně změny diagnózy během trvání pracovní neschopnosti).

2.4. Dnem vzniku pojistné události je první den pracovní neschopnosti pojištěného.

3. Jak vyplácíme pojistné plnění?

3.1. V případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě pojistné plnění ve výši pojistné částky sjednané ke dni vzniku pojistné události **za 57. a každý další den důvodného trvání** pracovní neschopnosti v době trvání pojištění.

3.2. Za každou pojistnou událost, nebo i v součtu za více vzájemně souvisejících pojistných událostí, vyplatíme pojistné plnění nejvýše za celkem 730 dní trvání pracovní neschopnosti.

3.3. Pojistné plnění vyplatíme oprávněné osobě jednorázově po skončení trvání pracovní neschopnosti. Pokud trvá pracovní neschopnost delší dobu, oprávněná osoba nás může jednou, nebo i opakovaně během trvání pracovní neschopnosti požádat o přiměřenou zálohu na pojistné plnění.

4. Jaká omezení platí pro pojistnou částku, kdy je nutné ji změnit a kdy ji upravíme sami?

4.1. Protože pojistná ochrana, kterou pojištěnému tímto pojištěním poskytujeme, musí být přiměřená rozsahu výpadku jeho příjmu v době pracovní neschopnosti, při sjednání tohoto připojištění nebo jeho změně můžeme zjišťovat výši příjmů pojištěného, v závislosti na níž pak stanovíme horní hranici pojistné částky, kterou si s námi pojištěný může sjednat. Způsob výpočtu příjmu pojištěného pro tento účel i tabulka s hranicemi pojistných částek je uvedena ve formuláři návrhu pojistné smlouvy.

4.2. Pokud se příjem pojištěného výrazně sníží (tj. alespoň o 20 %) a zároveň sjednaná pojistná částka přesahuje horní hranici, kterou pro takový příjem připouštíme, je nutné, abychom po vzájemné dohodě pojistnou částku odpovídajícím způsobem upravili.

4.3. Dohodli jsme se s vámi, že pokud jsme v rámci šetření škodní události zjistili, že sjednaná pojistná částka přesahuje horní hranici pojistné částky odpovídající aktuálnímu příjmu pojištěného, **snížíme s účinností od dalšího pojistného období tuto pojistnou částku na výši horní hranice pojistné částky pro tento aktuální příjem.** Odpovídajícím způsobem také pochopitelně snížíme i pojistné, které za toto připojištění platíte.

4.4. Pokud jsme se při sjednání tohoto připojištění nebo při jeho změně dotazovali pojištěného na výši jeho příjmů, máme právo ho po nahlášení škodní události požádat, aby uvedl svůj aktuální příjem v době vzniku pojistné události a tento příjem nám odpovídajícím způsobem prokázal.

5. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

5.1. Pro toto připojištění se uplatní čekací doba v délce trvání dvou měsíců, resp. v délce trvání 10 měsíců, pokud pracovní neschopnost souvisí s těhotenstvím nebo porodem. Pokud tedy pojistná událost nebo nemoc pojištěného, která je příčinou pojistné události, nastane v čekací době, pojistné plnění nevyplatíme. Za pojistnou událost nepovažujeme ani pracovní neschopnosti, které vzájemně souvisejí s pracovní neschopností, která nastala v čekací době.

5.2. Za pojistnou událost považujeme pouze pracovní neschopnost, která nastala v době, kdy:

- měl pojištěný příjmy ze závislé činnosti jiné než z dohod o pracích konaných mimo pracovní poměr, nebo
- měl pojištěný příjmy ze samostatné výdělečné činnosti, kterou aktivně vykonával jinak než jako spolupracující osoba ve smyslu zákona o daních z příjmů, a byl registrován pro daň z příjmů fyzických osob.

5.3. Pojistné plnění neposkytneme za pracovní neschopnost pojištěného za dobu, kdy je pojištěný na mateřské nebo rodičovské dovolené, pokud nemá příjmy podle odst. 5.2. těchto podmínek.

5.4. Za pojistnou událost nepovažujeme pracovní neschopnost z důvodu:

- duševní choroby nebo změny psychického stavu podle kapitoly V. MKN-10 (diagnózy „F") s výjimkou:
  - organických duševních poruch (diagnózy F00-F09 dle MKN-10), pokud jsou objektivně prokázány vyšetřením;
  - schizofrenie (diagnóza F20 dle MKN-10), pokud pojištěný neužíval dlouhodobě v nadměrném množství alkohol nebo jinou návykovou, omamnou či psychotropní látku;
- léčení jakékoliv závislosti;
- podstoupení, resp. v souvislosti s kosmetickými, plastickými nebo jinými obdobnými výkony, s výjimkou těch, které jsou nutné po úrazu nebo nemoci kryté tímto připojištěním;
- umělého oplodnění nebo léčení sterility a v souvislosti s umělým přerušením těhotenství bez lékařské indikace a s tím souvisejících komplikací;
- obtíží souvisejících s těhotenstvím, pokud je nelze doložit vyšetřením provedeným objektivními vyšetřovacími metodami (laboratorními, zobrazovacími apod.) jako nemoc a pokud si nevyžádaly hospitalizaci pojištěné po dobu alespoň 3 po sobě jdoucích dnů. Pojistnou událostí však není pracovní neschopnost, která je pojištěné vystavena jen z preventivních důvodů, například kvůli faktorům pracovního prostředí nebo z důvodu potřeby dohledu nad těhotenstvím pojištěné.

5.5. Pokud nám pojištěný na naši žádost nedoloží výši svých aktuálních příjmů v době vzniku pojistné události, budeme pro účely stanovení horní hranice pojistné částky předpokládat, že příjem pojištěného je 0,- Kč.

5.6. Pokud pojištěný v průběhu pracovní neschopnosti poruší léčebný režim stanovený lékařem, nebo pokud pracovní neschopnost trvá neúměrně dlouho, aniž by toto trvání bylo nadále důvodné, můžeme pojistné plnění stanovit se zohledněním těchto skutečností v délce trvání pracovní neschopnosti odpovídající obvyklé délce pro danou diagnózu.

5.7. Plnění neposkytneme za období, pro které oprávněná osoba neprokáže odůvodněnými lékařskými zprávami, popisujícími objektivní zdravotní stav pojištěného, že byl pojištěný v tomto období práce neschopen.

6. Jaké další povinnosti má pojištěný?

6.1. Pokud pojištěného požádáme, je povinen se za účelem přezkoumání jeho pracovní schopnosti nechat vyšetřit lékařem nebo zdravotnickým zařízením, které k tomu účelu určíme. Pokud se pojištěný vyšetření nepodrobí v přiměřené lhůtě, kterou mu k tomu stanovíme, nebo i pokud se tímto vyšetřením prokáže nedůvodnost trvání pracovní neschopnosti, jsme oprávněni ukončit poskytování pojistného plnění ke dni, od kterého není pracovní neschopnost důvodná či odůvodněná.

6.2. Pokud o to pojištěného požádáme, je povinen doložit nám výši svých aktuálních příjmů v době vzniku pojistné události.

6.3. Pokud nastane škodní událost, je oprávněná osoba povinna nám oznámit její vznik bez zbytečného odkladu po jejím vzniku.

7. Co se stane po pojistné události?

7.1. Pojistnou událostí toto připojištění zaniká, pokud z jedné pojistné události nebo i v součtu za více vzájemně souvisejících pojistných událostí bylo vyplaceno maximální pojistné plnění, tedy plnění za 730 dnů pracovní neschopnosti, a to k poslednímu dni pracovní neschopnosti, za které se pojistné plnění vyplácí.

7.2. V ostatních případech připojištění pojistnou událostí nezaniká.

8. Jak toto připojištění zaniká?

8.1. Kromě důvodů uvedených v občanském zákoníku a jinde v pojistných podmínkách, zaniká toto připojištění také jakmile nastane první z těchto skutečností:

- přiznání starobního důchodu;
- přiznání pojištěnému některého stupně invalidity, nebo
- stanovení počátku výplaty invalidního důchodu libovolného stupně.

9. Jaký je význam pojmů, které jsme v těchto podmínkách použili?

Pracovní neschopností se rozumí neschopnost pojištěného v důsledku úrazu nebo nemoci vykonávat jeho současné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost. Zda je pojištěný neschopen práce, posuzujeme na základě dokumentů vystavených lékařem pojištěného v České republice, či jinde na území Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru, Spojeného království Velké Británie a Severního Irska nebo Švýcarska, nebo námi pověřeným lékařem či zdravotnickým zařízením. Pokud je pojištěný zaměstnancem, budeme potřebovat kopii rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti, které mu lékař vystavil, pokud je pojištěný podnikatelem, který není nemocensky pojištěn, nebo pojištěnému nemůže být rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti vystaveno, postačí nám jiný doklad, obsahující obdobné náležitosti.

Důvodným trváním pracovní neschopnosti rozumíme stav, kdy pracovní neschopnost pojištěného trvá z objektivních a prokazatelných důvodů, splňující definici nemoci nebo úrazu, a odůvodněných v lékařské zprávě. Důvodnost trvání pracovní neschopnosti můžeme sami přezkoumat.

Vzájemně souvisejícími pojistnými událostmi/pracovními neschopnosti se rozumí události, kdy byla pracovní neschopnost pojištěnému přiznána opakovaně ze stejného zdravotního důvodu a mezi skončením trvání poslední pracovní neschopnosti a začátkem bezprostředně následující pracovní neschopnosti neuplynulo alespoň 6 celých měsíců.

Hospitalizací máme na mysli z lékařského hlediska nezbytné ošetření pojištěného provedené, vzhledem k závažnosti nemoci nebo úrazu nebo charakteru ošetření, v lůžkové části nemocnice. Dnem hospitalizace máme na mysli každou půlnoc, kterou pojištěný strávil v nemocnici.

Pojistné podmínky tarifu P4D Připojištění pro případ pracovní neschopnosti trvající alespoň 57 dnů s plněním od 1. do 56. dne pracovní neschopnosti

Pracovní neschopnost (57+) – plnění od 1. do 56. dne

platné od 15. 10. 2020

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se připojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, a Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci.

1.2. Toto připojištění se sjednává jako doplňkové k Připojištění pro případ pracovní neschopnosti s plněním od 57. dne pracovní neschopnosti (tarif P3D) a nelze je sjednat samostatně. Pojistné podmínky tarifu P3D, včetně určení pojistné události a pojistného nebezpečí, omezení a úpravy pojistné částky, omezení a výluk z pojištění, povinností pojištěného, následků pojistné události a výkladu pojmů se použijí i pro toto připojištění, není-li v těchto podmínkách dále výslovně uvedeno jinak.

2. Jak vyplácíme pojistné plnění?

2.1. V případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě pojistné plnění ve výši pojistné částky sjednané ke dni vzniku pojistné události **za prvních 56 dní trvání** takové pracovní neschopnosti, pokud vzniklo právo na pojistné plnění z tarifu P3D s výjimkou uvedenou v článku 3.1. těchto podmínek.

3. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

3.1. Odchylně od čl. 5.4. pojistných podmínek tarifu P3D za pojistnou událost nepovažujeme pracovní neschopnost z důvodu duševní choroby nebo změny psychického stavu, tedy pracovní neschopnost pro všechny diagnózy podle kapitoly V. MKN-10 (diagnózy F00-F99).

4. Jak toto připojištění zaniká?

4.1. Toto připojištění zaniká zánikem připojištění tarifu P3D.

Pojistné podmínky tarifu P5D Připojištění pro případ pracovní neschopnosti s plněním od 85. dne pracovní neschopnosti

Pracovní neschopnost (85+) – plnění od 85. dne

platné od 13. 6. 2022

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se připojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, a Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci.

2. Co je pojistným nebezpečím a pojistnou událostí?

2.1. Pojistným nebezpečím je úraz nebo nemoc pojištěného, ke kterým došlo v době trvání pojištění.

2.2. Pojistnou událostí je lékařsky zjištěná a odůvodněná pracovní neschopnost pojištěného, ke které došlo v době trvání připojištění a která trvá déle, než 85 po sobě jdoucích dní, pokud v důsledku ní pojištěný nevykonává své zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, která je zdrojem jeho příjmů ve smyslu čl. 5.2.

2.3. Pracovní neschopnost se považuje jen za jednu pojistnou událost i tehdy, pokud:

- vznikla následkem více úrazů nebo nemocí krytých tímto připojištěním současně, nebo
- jde o bezprostředně na sebe navazující pracovní neschopnosti z různých příčin krytých tímto připojištěním (včetně změny diagnózy během trvání pracovní neschopnosti).

2.4. Dnem vzniku pojistné události je první den pracovní neschopnosti pojištěného.

3. Jak vyplácíme pojistné plnění?

3.1. V případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě pojistné plnění ve výši pojistné částky sjednané ke dni vzniku pojistné události **za 85. a každý další den důvodného trvání** pracovní neschopnosti v době trvání pojištění.

3.2. Za každou pojistnou událost, nebo i v součtu za více vzájemně souvisejících pojistných událostí, vyplatíme pojistné plnění nejvýše za celkem 730 dní trvání pracovní neschopnosti.

3.3. Pojistné plnění vyplatíme oprávněné osobě jednorázově po skončení trvání pracovní neschopnosti. Pokud trvá pracovní neschopnost delší dobu, oprávněná osoba nás může jednou, nebo i opakovaně během trvání pracovní neschopnosti požádat o přiměřenou zálohu na pojistné plnění.

4. Jaká omezení platí pro pojistnou částku, kdy je nutné ji změnit a kdy ji upravíme sami?

4.1. Protože pojistná ochrana, kterou pojištěnému tímto pojištěním poskytujeme, musí být přiměřená rozsahu výpadku jeho příjmu v době pracovní neschopnosti, při sjednání tohoto připojištění nebo jeho změně můžeme zjišťovat výši příjmů pojištěného, v závislosti na níž pak stanovíme horní hranici pojistné částky, kterou si s námi pojištěný může sjednat. Způsob výpočtu příjmu pojištěného pro tento účel i tabulka s hranicemi pojistných částek je uvedena ve formuláři návrhu pojistné smlouvy.

4.2. Pokud se příjem pojištěného výrazně sníží (tj. alespoň o 20 %) a zároveň sjednaná pojistná částka přesahuje horní hranici, kterou pro takový příjem připouštíme, je nutné, abychom po vzájemné dohodě pojistnou částku odpovídajícím způsobem upravili.

4.3. Dohodli jsme se s vámi, že pokud jsme v rámci šetření škodní události zjistili, že sjednaná pojistná částka přesahuje horní hranici pojistné částky odpovídající aktuálnímu příjmu pojištěného, **snížíme s účinností od dalšího pojistného období tuto pojistnou částku na výši horní hranice pojistné částky pro tento aktuální příjem.** Odpovídajícím způsobem také pochopitelně snížíme i pojistné, které za toto připojištění platíte.

4.4. Pokud jsme se při sjednání tohoto připojištění nebo při jeho změně dotazovali pojištěného na výši jeho příjmů, máme právo ho po nahlášení škodní události požádat, aby uvedl svůj aktuální příjem v době vzniku pojistné události a tento příjem nám odpovídajícím způsobem prokázal.

5. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

5.1. Pro toto připojištění se uplatní čekací doba v délce trvání dvou měsíců, resp. v délce trvání 10 měsíců, pokud pracovní neschopnost souvisí s těhotenstvím nebo porodem. Pokud tedy pojistná událost nebo nemoc pojištěného, která je příčinou pojistné události, nastane v čekací době, pojistné plnění nevyplatíme. Za pojistnou událost nepovažujeme ani pracovní neschopnosti, které vzájemně souvisejí s pracovní neschopností, která nastala v čekací době.

5.2. Za pojistnou událost považujeme pouze pracovní neschopnost, která nastala v době, kdy:

- měl pojištěný příjmy ze závislé činnosti jiné než z dohod o pracích konaných mimo pracovní poměr, nebo
- měl pojištěný příjmy ze samostatné výdělečné činnosti, kterou aktivně vykonával jinak než jako spolupracující osoba ve smyslu zákona o daních z příjmů, a byl registrován pro daň z příjmů fyzických osob.

5.3. Pojistné plnění neposkytneme za pracovní neschopnost pojištěného za dobu, kdy je pojištěný na mateřské nebo rodičovské dovolené, pokud nemá příjmy podle odst. 5.2. těchto podmínek.

5.4. Za pojistnou událost nepovažujeme pracovní neschopnost z důvodu:

- duševní choroby nebo změny psychického stavu podle kapitoly V. MKN-10 (diagnózy „F") s výjimkou:
  - organických duševních poruch (diagnózy F00-F09 dle MKN-10), pokud jsou objektivně prokázány vyšetřením;
  - schizofrenie (diagnóza F20 dle MKN-10), pokud pojištěný neužíval dlouhodobě v nadměrném množství alkohol nebo jinou návykovou, omamnou či psychotropní látku;
- léčení jakékoliv závislosti;
- podstoupení, resp. v souvislosti s kosmetickými, plastickými nebo jinými obdobnými výkony, s výjimkou těch, které jsou nutné po úrazu nebo nemoci kryté tímto připojištěním;
- umělého oplodnění nebo léčení sterility a v souvislosti s umělým přerušením těhotenství bez lékařské indikace a s tím souvisejících komplikací;
- obtíží souvisejících s těhotenstvím, pokud je nelze doložit vyšetřením provedeným objektivními vyšetřovacími metodami (laboratorními, zobrazovacími apod.) jako nemoc a pokud si nevyžádaly hospitalizaci pojištěné po dobu alespoň 3 po sobě jdoucích dnů. Pojistnou událostí však není pracovní neschopnost, která je pojištěné vystavena jen z preventivních důvodů, například kvůli faktorům pracovního prostředí nebo z důvodu potřeby dohledu nad těhotenstvím pojištěné.

5.5. Pokud nám pojištěný na naši žádost nedoloží výši svých aktuálních příjmů v době vzniku pojistné události, budeme pro účely stanovení horní hranice pojistné částky předpokládat, že příjem pojištěného je 0,- Kč.

5.6. Pokud pojištěný v průběhu pracovní neschopnosti poruší léčebný režim stanovený lékařem, nebo pokud pracovní neschopnost trvá neúměrně dlouho, aniž by toto trvání bylo nadále důvodné, můžeme pojistné plnění stanovit se zohledněním těchto skutečností v délce trvání pracovní neschopnosti odpovídající obvyklé délce pro danou diagnózu.

5.7. Plnění neposkytneme za období, pro které oprávněná osoba neprokáže odůvodněnými lékařskými zprávami, popisujícími objektivní zdravotní stav pojištěného, že byl pojištěný v tomto období práce neschopen.

6. Jaké další povinnosti má pojištěný?

6.1. Pokud pojištěného požádáme, je povinen se za účelem přezkoumání jeho pracovní schopnosti nechat vyšetřit lékařem nebo zdravotnickým zařízením, které k tomu účelu určíme. Pokud se pojištěný vyšetření nepodrobí v přiměřené lhůtě, kterou mu k tomu stanovíme, nebo i pokud se tímto vyšetřením prokáže nedůvodnost trvání pracovní neschopnosti, jsme oprávněni ukončit poskytování pojistného plnění ke dni, od kterého není pracovní neschopnost důvodná či odůvodněná.

6.2. Pokud o to pojištěného požádáme, je povinen doložit nám výši svých aktuálních příjmů v době vzniku pojistné události.

6.3. Pokud nastane škodní událost, je oprávněná osoba povinna nám oznámit její vznik bez zbytečného odkladu po jejím vzniku.

7. Co se stane po pojistné události?

7.1. Pojistnou událostí toto připojištění zaniká, pokud z jedné pojistné události nebo i v součtu za více vzájemně souvisejících pojistných událostí bylo vyplaceno maximální pojistné plnění, tedy plnění za 730 dnů pracovní neschopnosti, a to k poslednímu dni pracovní neschopnosti, za které se pojistné plnění vyplácí.

7.2. V ostatních případech připojištění pojistnou událostí nezaniká.

8. Jak toto připojištění zaniká?

8.1. Kromě důvodů uvedených v občanském zákoníku a jinde v pojistných podmínkách, zaniká toto připojištění také jakmile nastane první z těchto skutečností:

- přiznání starobního důchodu;
- přiznáním pojištěnému některého stupně invalidity, nebo
- stanovení počátku výplaty invalidního důchodu libovolného stupně.

9. Jaký je význam pojmů, které jsme v těchto podmínkách použili?

Pracovní neschopností se rozumí neschopnost pojištěného v důsledku úrazu nebo nemoci vykonávat jeho současné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost. Zda je pojištěný neschopen práce, posuzujeme na základě dokumentů vystavených lékařem pojištěného v České republice, či jinde na území Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru, Spojeného království Velké Británie a Severního Irska nebo Švýcarska, nebo námi pověřeným lékařem či zdravotnickým zařízením. Pokud je pojištěný zaměstnancem, budeme potřebovat kopii rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti, které mu lékař vystavil, pokud je pojištěný podnikatelem, který není nemocensky pojištěn, nebo pojištěnému nemůže být rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti vystaveno, postačí nám jiný doklad, obsahující obdobné náležitosti.

Důvodným trváním pracovní neschopnosti rozumíme stav, kdy pracovní neschopnost pojištěného trvá z objektivních a prokazatelných důvodů, splňující definici nemoci nebo úrazu, a odůvodněných v lékařské zprávě. Důvodnost trvání pracovní neschopnosti můžeme sami přezkoumat.

Vzájemně souvisejícími pojistnými událostmi/pracovními neschopnosti se rozumí události, kdy byla pracovní neschopnost pojištěnému přiznána opakovaně ze stejného zdravotního důvodu a mezi skončením trvání poslední pracovní neschopnosti a začátkem bezprostředně následující pracovní neschopnosti neuplynulo alespoň 6 celých měsíců.

Hospitalizací máme na mysli z lékařského hlediska nezbytné ošetření pojištěného provedené, vzhledem k závažnosti nemoci nebo úrazu nebo charakteru ošetření, v lůžkové části nemocnice. Dnem hospitalizace máme na mysli každou půlnoc, kterou pojištěný strávil v nemocnici.

Pojistné podmínky tarifu P6D Připojištění pro případ pracovní neschopnosti trvající alespoň 85 dnů s plněním od 1. do 84. dne pracovní neschopnosti

Pracovní neschopnost (85+) – plnění od 1. do 84. dne

platné od 15. 10. 2020

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se připojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, a Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci.

1.2. Toto připojištění se sjednává jako doplňkové k Připojištění pro případ pracovní neschopnosti s plněním od 85. dne pracovní neschopnosti (tarif P5D) a nelze je sjednat samostatně. Pojistné podmínky tarifu P5D, včetně určení pojistné události a pojistného nebezpečí, omezení a úpravy pojistné částky, omezení a výluk z pojištění, povinností pojištěného, následků pojistné události a výkladu pojmů se použijí i pro toto připojištění, není-li v těchto podmínkách dále výslovně uvedeno jinak.

2. Jak vyplácíme pojistné plnění?

2.1. V případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě pojistné plnění ve výši pojistné částky sjednané ke dni vzniku pojistné události **za prvních 84 dní trvání** takové pracovní neschopnosti, pokud vzniklo právo na pojistné plnění z tarifu P5D s výjimkou uvedenou v článku 3.1. těchto podmínek.

3. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

3.1. Odchylně od čl. 5.4. pojistných podmínek tarifu P5D za pojistnou událost nepovažujeme pracovní neschopnost z důvodu duševní choroby nebo změny psychického stavu, tedy pracovní neschopnost pro všechny diagnózy podle kapitoly V. MKN-10 (diagnózy F00-F99).

4. Jak toto připojištění zaniká?

4.1. Toto připojištění zaniká zánikem připojištění tarifu P5D.

Pojistné podmínky tarifu H1D
Připojištění pro případ hospitalizace
Hospitalizace (1+)

platné od 4. 5. 2021

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se připojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu a Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci.

2. Co je pojistným nebezpečím a pojistnou událostí?

2.1. Pojistným nebezpečím je úraz nebo nemoc pojištěného, ke kterým došlo v době trvání pojištění. Nemocí se pro účely tohoto připojištění rozumí i těhotenství a porod pojištěné.

2.2. Pojistnou událostí je hospitalizace pojištěného, ke které dojde v době trvání připojištění z důvodu úrazu nebo nemoci pojištěného, a která trvá alespoň 1 den, resp. pojištěný je hospitalizován minimálně 1 noc.

2.3. Hospitalizace pojištěného se považuje jen za jednu pojistnou událost i tehdy, pokud:
- vznikla současně následkem více úrazů nebo nemocí krytých tímto připojištěním, nebo
- jde o bezprostředně na sebe navazující hospitalizace kryté tímto připojištěním (včetně změny diagnózy nebo nemocnice během trvání hospitalizace).

2.4. Dnem vzniku pojistné události je první den hospitalizace.

3. Jak vyplácíme pojistné plnění?

3.1. V případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě pojistné plnění za každý den hospitalizace, který nastal v době trvání pojištění, ve výši:
- pojistné částky sjednané ke dni vzniku pojistné události **za 1. až 90. den** nepřetržitého trvání hospitalizace, která se považuje za jednu pojistnou událost;
- dvojnásobku pojistné částky sjednané ke dni vzniku pojistné události **za 91. až 240. den** nepřetržitého trvání hospitalizace, která se považuje za jednu pojistnou událost;
- trojnásobku pojistné částky sjednané ke dni vzniku pojistné události **za 241. až 730. den** nepřetržitého trvání hospitalizace, která se považuje za jednu pojistnou událost.

3.2. Za každou pojistnou událost, nebo i v součtu za více vzájemně souvisejících pojistných událostí/hospitalizací, vyplatíme pojistné plnění nejvýše za celkem 730 dní.

3.3. Pokud hospitalizace pojištěného probíhá z důvodu poskytnutí léčebně rehabilitační péče, například v rehabilitačním nebo lázeňském rehabilitačním zařízení, poskytneme pojistné plnění pouze tehdy, pokud je taková rehabilitace nezbytnou součástí léčení úrazu nebo nemoci, které byly důvodem pro prvotní hospitalizaci, pro kterou vznikl nárok na pojistné plnění z tohoto připojištění. Takové pojistné plnění však poskytneme pouze za první takovou hospitalizaci a nejvýše v rozsahu 28 dní.

3.4. Pojistné plnění vyplatíme oprávněné osobě jednorázově po skončení trvání hospitalizace. Pokud trvá hospitalizace delší dobu, oprávněná osoba nás může jednou, nebo i opakovaně během trvání hospitalizace požádat o přiměřenou zálohu na pojistné plnění.

4. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

4.1. Pro toto připojištění se uplatní čekací doba v délce trvání dvou měsíců, resp. v délce trvání 10 měsíců, pokud hospitalizace souvisí s těhotenstvím nebo porodem. Pokud tedy pojistná událost nebo nemoc pojištěného, která je příčinou pojistné události, nastane v čekací době, pojistné plnění nevyplatíme. Za pojistnou událost nepovažujeme ani hospitalizace, které vzájemně souvisejí s hospitalizací, která nastala v čekací době.

4.2. Za pojistnou událost nepovažujeme hospitalizaci z důvodu:
- duševní choroby nebo změny psychického stavu podle kapitoly V. MKN-10 (diagnózy „F") s výjimkou:
  - organických duševních poruch (diagnózy F00-F09 dle MKN-10), pokud jsou objektivně prokázány vyšetřením;
  - schizofrenie (diagnóza F20 dle MKN-10), pokud pojištěný neužíval dlouhodobě v nadměrném množství alkohol nebo jinou návykovou, omamnou či psychotropní látku;
- léčení jakékoliv závislosti;
- podstoupení, resp. v souvislosti s kosmetickými, plastickými nebo jinými obdobnými výkony, s výjimkou těch, které jsou nutné po úrazu nebo nemoci kryté tímto připojištěním;
- umělého oplodnění nebo léčení sterility a v souvislosti s umělým přerušením těhotenství bez lékařské indikace a s tím souvisejících komplikací;
- potřeby poskytnutí jakékoliv ošetřovatelské nebo paliativní péče pojištěnému, například v léčebnách dlouhodobě nemocných nebo hospicích.

4.3. Pokud je pojištěný hospitalizován mimo území České republiky, poskytujeme pojistnou ochranu pouze při takové hospitalizaci, která je nezbytná z důvodu akutního úrazu nebo akutní nemoci pojištěného, pokud k nim došlo při pobytu pojištěného mimo území České republiky, nebo pokud byl pojištěný k hospitalizaci na toto území s ohledem na vážnost svého zdravotního stavu bez své vůle převezen.

4.4. Pokud je pojištěným dítě, pojistné plnění neposkytneme, pokud k pojistné události došlo v souvislosti s vrozenou vadou nebo vrozeným onemocněním a potížemi z nich vyplývajícími, pokud se první příznaky takové vady nebo onemocnění projevily v prvních třech letech života pojištěného dítěte. Od vystavení pojistky se však připojištění vztahuje i na takové vrozené vady nebo onemocnění, které nám před sjednáním připojištění nebo jeho změnou, kterou se pojistná ochrana navyšuje, byly uvedeny v dotazníku, pokud jsme je po dohodě s vámi výslovně nevyloučili.

5. Co se stane po pojistné události?

5.1. Pojistnou událostí toto připojištění zaniká, pokud z jedné pojistné události nebo i v součtu za více vzájemně souvisejících pojistných událostí bylo vyplaceno maximální pojistné plnění, tedy plnění za 730 dnů hospitalizace, a to k poslednímu dni hospitalizace, za kterou se pojistné plnění vyplácí.

5.2. V ostatních případech připojištění pojistnou událostí nezaniká.

6. Jaký je význam pojmů, které jsme v těchto podmínkách použili?

Hospitalizací máme na mysli z lékařského hlediska nezbytné ošetření pojištěného provedené, vzhledem k závažnosti nemoci nebo úrazu nebo charakteru ošetření, v lůžkové části nemocnice.

Dnem hospitalizace máme na mysli každou půlnoc, kterou pojištěný strávil hospitalizací.

Nepřetržitým trváním hospitalizace máme na mysli její trvání od přijetí pojištěného k hospitalizaci až do vystavení propouštěcí zprávy, kterou se hospitalizace končí. Pokud na sebe navazuje více hospitalizací, které se považují za jednu pojistnou událost, rozumí se nepřetržitým trváním hospitalizace pojištěného jeho hospitalizace od přijetí k hospitalizaci první nemocnicí, až do vystavení poslední propouštěcí zprávy. Do doby nepřetržitého trvání hospitalizace se nezapočítávají dny hospitalizace, které pojištěný nestrávil v nemocnici, nebo za které jsme z jiného důvodu neposkytli pojistné plnění.

Vzájemně souvisejícími pojistnými událostmi/hospitalizacemi se rozumí události, kdy byl pojištěný hospitalizován opakovaně ze stejného zdravotního důvodu a mezi skončením trvání poslední hospitalizace a začátkem bezprostředně následující hospitalizace neuplynulo alespoň 6 celých měsíců.

Nemocnicí máme na mysli registrované zdravotnické zařízení, které poskytuje diagnostickou, léčebnou nebo léčebně rehabilitační péči formou lůžkové péče, a které se nachází na území státu Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru, Spojeného království Velké Británie a Severního Irska nebo Švýcarska, pokud užívá vědecky uznávané léčebné a diagnostické metody.

Léčebně rehabilitační péčí rozumíme takovou péči, jejímž účelem je maximální možné obnovení fyzických, poznávacích, řečových, smyslových a psychických funkcí pacienta cestou odstranění vzniklých funkčních poruch nebo náhradou některé funkce jeho organismu.

Pojistné podmínky tarifu H3D Připojištění pro případ hospitalizace trvající alespoň 3 dny

Hospitalizace (3+)

platné od 15. 10. 2020

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se připojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu a Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci.

2. Co je pojistným nebezpečím a pojistnou událostí?

2.1. Pojistným nebezpečím je úraz nebo nemoc pojištěného, ke kterým došlo v době trvání pojištění. Nemocí se pro účely tohoto připojištění rozumí i těhotenství a porod pojištěné.

2.2. Pojistnou událostí je hospitalizace pojištěného, ke které dojde v době trvání připojištění z důvodu úrazu nebo nemoci pojištěného, a která trvá alespoň 3 bezprostředně po sobě následující dny.

2.3. Hospitalizace pojištěného se považuje jen za jednu pojistnou událost i tehdy, pokud:

- vznikla současně následkem více úrazů nebo nemocí krytých tímto připojištěním, nebo
- jde o bezprostředně na sebe navazující hospitalizace kryté tímto připojištěním (včetně změny diagnózy nebo nemocnice během trvání hospitalizace).

2.4. Dnem vzniku pojistné události je první den hospitalizace.

3. Jak vyplácíme pojistné plnění?

3.1. V případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě pojistné plnění za každý den hospitalizace, který nastal v době trvání pojištění, ve výši:

- pojistné částky sjednané ke dni vzniku pojistné události **za 1. až 90. den** nepřetržitého trvání hospitalizace, která se považuje za jednu pojistnou událost;
- dvojnásobku pojistné částky sjednané ke dni vzniku pojistné události **za 91. až 240. den** nepřetržitého trvání hospitalizace, která se považuje za jednu pojistnou událost;
- trojnásobku pojistné částky sjednané ke dni vzniku pojistné události **za 241. až 730. den** nepřetržitého trvání hospitalizace, která se považuje za jednu pojistnou událost.

3.2. Za každou pojistnou událost, nebo i v součtu za více vzájemně souvisejících pojistných událostí/hospitalizací, vyplatíme pojistné plnění nejvýše za celkem 730 dní.

3.3. Pokud hospitalizace pojištěného probíhá z důvodu poskytnutí léčebně rehabilitační péče, například v rehabilitačním nebo lázeňském rehabilitačním zařízení, poskytneme pojistné plnění pouze tehdy, pokud je taková rehabilitace nezbytnou součástí léčení úrazu nebo nemoci, které byly důvodem pro prvotní hospitalizaci, pro kterou vznikl nárok na pojistné plnění z tohoto připojištění. Takové pojistné plnění však poskytneme pouze za první takovou hospitalizaci a nejvýše v rozsahu 28 dní.

3.4. Pojistné plnění vyplatíme oprávněné osobě jednorázově po skončení trvání hospitalizace. Pokud trvá hospitalizace delší dobu, oprávněná osoba nás může jednou, nebo i opakovaně během trvání hospitalizace požádat o přiměřenou zálohu na pojistné plnění.

4. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

4.1. Pro toto připojištění se uplatní čekací doba v délce trvání dvou měsíců, resp. v délce trvání 10 měsíců, pokud hospitalizace souvisí s těhotenstvím nebo porodem. Pokud tedy pojistná událost, nebo nemoc pojištěného, která je příčinou pojistné události, nastane v čekací době, pojistné plnění nevyplatíme. Za pojistnou událost nepovažujeme ani hospitalizace, které vzájemně souvisejí s hospitalizací, která nastala v čekací době.

4.2. Za pojistnou událost nepovažujeme hospitalizaci z důvodu:

- duševní choroby nebo změny psychického stavu podle kapitoly V. MKN-10 (diagnózy „F") s výjimkou:
  - organických duševních poruch (diagnózy F00-F09 dle MKN-10), pokud jsou objektivně prokázány vyšetřením;
  - schizofrenie (diagnóza F20 dle MKN-10), pokud pojištěný neužíval dlouhodobě v nadměrném množství alkohol nebo jinou návykovou, omamnou či psychotropní látku;
- léčení jakékoliv závislosti;
- podstoupení, resp. v souvislosti s kosmetickými, plastickými nebo jinými obdobnými výkony, s výjimkou těch, které jsou nutné po úrazu nebo nemoci kryté tímto připojištěním;
- umělého oplodnění nebo léčení sterility a v souvislosti s umělým přerušením těhotenství bez lékařské indikace a s tím souvisejících komplikací;
- potřeby poskytnutí jakékoliv ošetřovatelské nebo paliativní péče pojištěnému, například v léčebnách dlouhodobě nemocných nebo hospicích.

4.3. Pokud je pojištěný hospitalizován mimo území České republiky, poskytujeme pojistnou ochranu pouze při takové hospitalizaci, která je nezbytná z důvodu akutního úrazu nebo akutní nemoci pojištěného, pokud k nim došlo při pobytu pojištěného mimo území České republiky, nebo pokud byl pojištěný k hospitalizaci na toto území s ohledem na vážnost svého zdravotního stavu bez své vůle převezen.

4.4. Pokud je pojištěným dítě, pojistné plnění neposkytneme, pokud k pojistné události došlo v souvislosti s vrozenou vadou nebo vrozeným onemocněním a potížemi z nich vyplývajícími, pokud se první příznaky takové vady nebo onemocnění projevily v prvních třech letech života pojištěného dítěte. Od vystavení pojistky se však připojištění vztahuje i na takové vrozené vady nebo onemocnění, které nám před sjednáním připojištění nebo jeho změnou, kterou se pojistná ochrana navyšuje, byly uvedeny v dotazníku, pokud jsme je po dohodě s vámi výslovně nevyloučili.

5. Co se stane po pojistné události?

5.1. Pojistnou událostí toto připojištění zaniká, pokud z jedné pojistné události nebo i v součtu za více vzájemně souvisejících pojistných událostí bylo vyplaceno maximální pojistné plnění, tedy plnění za 730 dnů hospitalizace, a to k poslednímu dni hospitalizace, za kterou se pojistné plnění vyplácí.

5.2. V ostatních případech připojištění pojistnou událostí nezaniká.

6. Jaký je význam pojmů, které jsme v těchto podmínkách použili?

Hospitalizací máme na mysli z lékařského hlediska nezbytné ošetření pojištěného provedené, vzhledem k závažnosti nemoci nebo úrazu nebo charakteru ošetření, v lůžkové části nemocnice.

Dnem hospitalizace máme na mysli každou půlnoc, kterou pojištěný strávil hospitalizací.

Nepřetržitým trváním hospitalizace máme na mysli její trvání od přijetí pojištěného k hospitalizaci až do vystavení propouštěcí zprávy, kterou se hospitalizace končí. Pokud na sebe navazuje více hospitalizací, které se považují za jednu pojistnou událost, rozumí se nepřetržitým trváním hospitalizace pojištěného jeho hospitalizace od přijetí k hospitalizaci první nemocnicí, až do vystavení poslední propouštěcí zprávy. Do doby nepřetržitého trvání hospitalizace se nezapočítávají dny hospitalizace, které pojištěný nestrávil v nemocnici, nebo za které jsme z jiného důvodu neposkytli pojistné plnění.

Vzájemně souvisejícími pojistnými událostmi/hospitalizacemi se rozumí události, kdy byl pojištěný hospitalizován opakovaně ze stejného zdravotního důvodu a mezi skončením trvání poslední hospitalizace a začátkem bezprostředně následující hospitalizace neuplynulo alespoň 6 celých měsíců.

Nemocnicí máme na mysli registrované zdravotnické zařízení, které poskytuje diagnostickou, léčebnou nebo léčebně rehabilitační péči formou lůžkové péče, a které se nachází na území státu Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru, Spojeného království Velké Británie a Severního Irska nebo Švýcarska, pokud užívá vědecky uznávané léčebné a diagnostické metody.

Léčebně rehabilitační péčí rozumíme takovou péči, jejímž účelem je maximální možné obnovení fyzických, poznávacích, řečových, smyslových a psychických funkcí pacienta cestou odstranění vzniklých funkčních poruch nebo náhradou některé funkce jeho organismu.

Pojistné podmínky tarifu D1D
Připojištění pro případ léčení vážných úrazů
Léčení vážných úrazů

platné od 4. 5. 2021

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se připojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci a Oceňovací tabulkou léčení úrazu.

2. Co je pojistným nebezpečím a pojistnou událostí?

2.1. Pojistným nebezpečím je úraz pojištěného, ke kterému došlo v době trvání pojištění.

2.2. Pojistnou událostí je důvodné léčení následků úrazu, uvedených v **Oceňovací tabulce léčení úrazu v části A**, které podstoupil **pojištěný v době trvání tohoto připojištění**.

2.3. Dnem vzniku pojistné události je den, kdy úraz pojištěného nastal.

3. Jak vyplácíme pojistné plnění?

3.1. V případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě jednorázové pojistné plnění ve výši pojistné částky sjednané ke dni vzniku pojistné události za každý den skutečného a důvodného léčení následků úrazu, nejvýše však za počet dní stanovených pro takový následek Oceňovací tabulkou léčení úrazu, která je součástí pojistných podmínek. Pokud oceňovací tabulka neobsahuje potřebnou položku pro konkrétní následek, ohodnotíme jej obdobně podle položky následku, který se mu svou povahou a závažností nejvíce přibližuje.

3.2. Pojistné plnění poskytneme **nejvýše za 365 dnů léčení** následků jednoho úrazu.

3.3. Pokud bylo léčení úrazu spojeno s vyjmenovanými komplikacemi, můžeme vyplatit pojistné plnění i za dobu skutečného léčení bez omezení dobou uvedenou v Oceňovací tabulce léčení úrazu, nebo tuto dobu uvedenou v tabulce navýšit, ale pouze v případě, že pojištěný v okamžiku sjednání připojištění, navýšení pojistné částky, nebo prodloužení pojistné doby netrpěl cukrovkou jakéhokoli typu (ani se u něj neprojevily její příznaky):

- bez omezení dobou léčení uvedenou v Oceňovací tabulce léčení úrazu poskytneme plnění za komplikace, kterými jsou nekróza, pakloub, píštěl vytvořená po operačním zákroku, nebo Sudeckův syndrom;
- dobu léčení uvedenou v Oceňovací tabulce léčení úrazu navýšíme až o 60 dnů za komplikace, kterými jsou poškození nervu, ke kterému došlo v souvislosti s úrazem potvrzené EMG vyšetřením, nebo zánět (bakteriální zánět tkáně způsobený proniknutím infekce ranou, zánět krevního výronu, ke kterému došlo při úrazu, bakteriální zánět kostní dřeně nebo zánět žil způsobený znehybněním).

Omezení dle odstavce 3.2. tím není dotčeno.

3.4. Pokud z jednoho úrazu vzniklo více následků vyžadujících léčení, vyplatíme pojistné plnění pouze za léčení toho z nich, pro který naše Oceňovací tabulka léčení úrazu stanoví dobu léčení nejdelší.

3.5. Podmínkou výplaty plnění je objektivní zjištění a potvrzení přítomnosti léčeného následku úrazu při lékařském vyšetření a jeho zaznamenání v lékařské zprávě.

3.6. Před ukončením léčení následků úrazu poskytneme oprávněné osobě jednorázovou zálohu na pojistné plnění ve výši odpovídající 50 % maximálního plnění stanoveného Oceňovací tabulkou pro příslušný následek úrazu, nejvýše však ve výši, v jaké bychom poskytli celkové pojistné plnění se zohledněním okolností úrazu a jeho léčení.

4. Jaká omezení platí pro pojistnou částku, kdy je nutné ji změnit a kdy ji upravíme sami?

4.1. Protože pojistná ochrana, kterou pojištěnému tímto pojištěním poskytujeme, musí být přiměřená, při sjednání tohoto připojištění nebo jeho změně můžeme zjišťovat výši příjmů pojištěného, v závislosti na níž pak stanovíme horní hranici pojistné částky, kterou si s námi pojištěný může sjednat. Způsob výpočtu příjmu pojištěného pro tento účel i tabulka s hranicemi pojistných částek je uvedena ve formuláři návrhu pojistné smlouvy.

4.2. Pokud se příjem pojištěného výrazně sníží (tj. alespoň o 20 %) a zároveň sjednaná pojistná částka přesahuje horní hranici, kterou pro takový příjem připouštíme, je nutné, abychom po vzájemné dohodě pojistnou částku odpovídajícím způsobem upravili.

4.3. Dohodli jsme se s vámi, že pokud jsme v rámci šetření škodní události zjistili, že sjednaná pojistná částka přesahuje horní hranici pojistné částky odpovídající aktuálnímu příjmu pojištěného, **snížíme s účinností od dalšího pojistného období tuto pojistnou částku na výši horní hranice pojistné částky pro tento aktuální příjem.** Odpovídajícím způsobem také pochopitelně snížíme i pojistné, které za toto připojištění platíte.

4.4. Pokud jsme se při sjednání tohoto připojištění nebo při jeho změně dotazovali pojištěného na výši jeho příjmů, máme právo ho po nahlášení škodní události požádat, aby uvedl svůj aktuální příjem v době vzniku pojistné události a tento příjem nám odpovídajícím způsobem prokázal. Pokud nám pojištěný na naši žádost nedoloží výši svých aktuálních příjmů v době vzniku pojistné události, budeme pro účely stanovení horní hranice pojistné částky předpokládat, že příjem pojištěného je 0,- Kč.

5. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

5.1. Pojistné plnění neposkytneme za výhřez meziobratlové ploténky ani jiné onemocnění páteře (například diagnózy M40 až M54 podle MKN-10), pokud nemá za následek poškození míchy či zlomeninu obratle.

5.2. Pojistné plnění neposkytneme ani tehdy, pokud úraz nebo jeho následek souvisel s poškozením patologicky změněných kostí, svalů, šlach, vazů nebo pouzder kloubů, i když se do okamžiku úrazu příznaky neprojevily.

5.3. Pojistnou událostí není také vznik nebo zhoršení kýly ani vznik nebo zhoršení neinfekčních zánětů kloubů, šlach, šlachových pochev, svalových úponů nebo tíhových váčků.

5.4. Pojistnou událostí není léčení následků úrazů uvedených v Oceňovací tabulce léčení úrazu v části B.

6. Jaké další povinnosti má pojištěný?

6.1. Když pojištěný utrpí úraz, který může být pojistnou událostí, je nezbytné, aby ihned navštívil svého lékaře. Pokud to nejpozději do 10 dnů od okamžiku úrazu neudělá, můžeme pojistné plnění snížit úměrně tomu, jaký vliv mělo pozdní lékařské ošetření na zhoršení následků úrazu. Toto zhoršení jsme oprávněni stanovit na základě posouzení námi určeným lékařem nebo zdravotnickým zařízením.

6.2. Pokud o to pojištěného požádáme, je povinen doložit nám výši svých aktuálních příjmů v době vzniku pojistné události.

7. Co se stane po pojistné události?

7.1. Pojistnou událostí toto připojištění zaniká, pokud z jedné pojistné události bylo vyplaceno maximální pojistné plnění, tedy plnění za 365 dnů

léčení následků jednoho úrazu, a to k poslednímu dni léčení, za který se pojistné plnění vyplácí.

7.2. V ostatních případech připojištění pojistnou událostí nezaniká.

8. Jaký je význam pojmů, které jsme v těchto podmínkách použili?

Léčením úrazu je lékařem nařízený proces individuálního léčebného postupu, s cílem vyléčení nebo zmírnění důsledků úrazu, zabránění vzniku invalidity nebo nesoběstačnosti nebo zmírnění jejich rozsahu, s výjimkou doby, po kterou se pojištěný podroboval již pouze občasným kontrolám nebo rehabilitaci, a s výjimkou následné a léčebně rehabilitační péče.

Důvodným léčením následků úrazu rozumíme stav, kdy léčení následků úrazu trvá z objektivních a prokazatelných důvodů, odůvodněných v lékařské zprávě. Důvodnost trvání léčení následků můžeme sami přezkoumat.

Pojistné podmínky tarifu D2D
Připojištění pro případ léčení drobných úrazů
Léčení drobných úrazů

platné od 15. 10. 2020

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se připojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci a Oceňovací tabulkou léčení úrazu.

1.2. Toto připojištění se sjednává jako doplňkové k Připojištění pro případ léčení vážných úrazů (tarif D1D) a nelze je sjednat samostatně. Pojistné podmínky tarifu D1D, včetně určení pojistného nebezpečí, omezení a úpravy pojistné částky, omezení a výluk z pojištění, povinností pojištěného, následků pojistné události a výkladu pojmů se použijí i pro toto připojištění, není-li v těchto podmínkách dále výslovně uvedeno jinak.

1.3 Článek 3.6. pojistných podmínek tarifu D1D se nepoužije.

2. Co je pojistnou událostí?

2.1. Pojistnou událostí je odchylně od tarifu D1D pouze důvodné léčení následků úrazu, uvedených v **Oceňovací tabulce léčení úrazu v části B**, které podstoupil pojištěný v průběhu trvání tohoto připojištění, a pokud za léčení téhož úrazu není možné poskytnout pojistné plnění z tarifu D1D.

3. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

3.1. Pojistnou událostí není léčení následků úrazu uvedených v Oceňovací tabulce léčení úrazu v části A, výluka podle odstavce 5.4. pojistných podmínek tarifu D1D se pro toto připojištění samozřejmě neuplatní.

4. Jak toto připojištění zaniká?

4.1. Toto připojištění zaniká zánikem připojištění tarifu D1D.

Pojistné podmínky tarifu U2L
Připojištění pro případ smrti nebo invalidity 2. nebo 3. stupně s lineárně klesající pojistnou částkou

Smrt, invalidita (2., 3. stupeň) – lineárně klesající PČ

platné od 1. 5. 2019

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se připojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, a Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci.

1.2. Toto připojištění považujeme za životní pojištění.

2. Co je pojistným nebezpečím a pojistnou událostí?

2.1. Pojištění se vztahuje na smrt pojištěného, která nastala v době trvání pojištění. Pojistným nebezpečím pojištění pro případ invalidity je úraz nebo nemoc pojištěného, ke kterým došlo v době trvání pojištění.

2.2. Pojistnou událostí je smrt pojištěného, nebo snížení jeho pracovní schopnosti odpovídající invaliditě ve 2., nebo ve 3. stupni, pokud nastanou v době trvání pojištění.

2.3. Dnem vzniku pojistné události je den smrti pojištěného, nebo den, který je v posudku o invaliditě uveden jako den vzniku invalidity. Pokud takový posudek pojištěnému nemůže být vystaven, je dnem vzniku pojistné události den oznámení pojistné události oprávněnou osobou.

2.4. Pokud je nám před zahájením nebo v průběhu šetření pojistné události z důvodu invalidity pojištěného oprávněnou osobou oznámeno, že pojištěný zemřel, a pokud jsme ještě nevyplatili pojistné plnění, poskytneme místo toho pojistné plnění z pojistné události, kterou je smrt pojištěného.

3. Jak vyplácíme pojistné plnění?

3.1. Toto připojištění se sjednává s lineárně klesající pojistnou částkou.

3.2. V případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě jednorázové pojistné plnění ve výši aktuální pojistné částky. Pojistná událost může z tohoto připojištění nastat pouze jednou.

3.3. Při stanovení míry poklesu pracovní schopnosti pojištěného vycházíme z posudku o invaliditě, vydaného lékařem Správy sociálního zabezpečení podle § 8, odst. 10 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, pokud byl tento posudek pojištěnému vystaven.

3.4. Pokud takový dokument není k dispozici, ať už proto, že došlo ke změně právních předpisů, nebo proto, že pojištěnému takový posudek vydán být nemůže, posoudíme invaliditu na základě vlastního šetření. Při takovém posouzení budeme postupovat obdobně podle vyhlášky č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity, ve znění platném ke dni vzniku škodní události, nebo podle předpisu tuto vyhlášku nahrazujícího. Pokud dojde ke zrušení této vyhlášky bez náhrady, budeme postupovat podle jejího posledního platného znění.

4. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

4.1. Pro pojistnou událost, kterou je invalidita pojištěného, se uplatní **čekací doba** v délce trvání dvou měsíců. Pokud tedy pojistná událost nebo nemoc pojištěného, která je příčinou pojistné události, nastane v čekací době, pojistné plnění nevyplatíme.

5. Co se stane po pojistné události?

5.1. Dnem, kdy nastala pojistná událost, toto připojištění zaniká.

6. Jaký je význam pojmů, které jsme v těchto podmínkách použili?

Invaliditou rozumíme stav, kdy pojištěnému z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu způsobeného úrazem nebo nemocí poklesla jeho pracovní schopnost a tato pracovní schopnost je následkem zdravotního postižení dlouhodobě ovlivněna. Odchylně od čl. 2.1. Zvláštních pojistných podmínek pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci se nemocí rozumí i psychická onemocnění, která jsou pod diagnózami F00 až F99 uvedena v MKN-10, a to i když je není možné zjistit a doložit vyšetřením provedeným objektivními vyšetřovacími metodami.

Pracovní schopností se rozumí schopnost pojištěného vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem.

Poklesem pracovní schopnosti pojištěného je pokles jeho schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových nebo duševních schopností ve srovnání se stavem před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

2. stupeň invalidity nastává, pokud pracovní schopnost pojištěného poklesla nejméně o 50 % a nejvýše o 69 %.

3. stupeň invalidity nastává, pokud pracovní schopnost pojištěného poklesla nejméně o 70 %.

Pojistné podmínky tarifu U2A Připojištění pro případ smrti nebo invalidity 2. nebo 3. stupně s anuitně klesající pojistnou částkou

Smrt, invalidita (2., 3. stupeň) – anuitně klesající PČ

platné od 1. 5. 2019

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se připojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, a Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci.

1.2. Toto připojištění považujeme za životní pojištění.

2. Co je pojistným nebezpečím a pojistnou událostí?

2.1. Pojištění se vztahuje na smrt pojištěného, která nastala v době trvání pojištění. Pojistným nebezpečím pojištění pro případ invalidity je úraz nebo nemoc pojištěného, ke kterým došlo v době trvání pojištění.

2.2. Pojistnou událostí je smrt pojištěného, nebo snížení jeho pracovní schopnosti odpovídající invaliditě ve 2., nebo ve 3. stupni, pokud nastanou v době trvání pojištění.

2.3. Dnem vzniku pojistné události je den smrti pojištěného, nebo den, který je v posudku o invaliditě uveden jako den vzniku invalidity. Pokud takový posudek pojištěnému nemůže být vystaven, je dnem vzniku pojistné události den oznámení pojistné události oprávněnou osobou.

2.4. Pokud je nám před zahájením nebo v průběhu šetření pojistné události z důvodu invalidity pojištěného oprávněnou osobou oznámeno, že pojištěný zemřel, a pokud jsme ještě nevyplatili pojistné plnění, poskytneme místo toho pojistné plnění z pojistné události, kterou je smrt pojištěného.

3. Jak vyplácíme pojistné plnění?

3.1. Toto připojištění se sjednává s anuitně klesající pojistnou částkou.

3.2. V případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě jednorázové pojistné plnění ve výši aktuální pojistné částky. Pojistná událost může z tohoto připojištění nastat pouze jednou.

3.3. Při stanovení míry poklesu pracovní schopnosti pojištěného vycházíme z posudku o invaliditě, vydaného lékařem Správy sociálního zabezpečení podle § 8, odst. 10 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, pokud byl tento posudek pojištěnému vystaven.

3.4. Pokud takový dokument není k dispozici, ať už proto, že došlo ke změně právních předpisů, nebo proto, že pojištěnému takový posudek vydán být nemůže, posoudíme invaliditu na základě vlastního šetření. Při takovém posouzení budeme postupovat obdobně podle vyhlášky č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity, ve znění platném ke dni vzniku škodní události, nebo podle předpisu tuto vyhlášku nahrazujícího. Pokud dojde ke zrušení této vyhlášky bez náhrady, budeme postupovat podle jejího posledního platného znění.

4. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

4.1. Pro pojistnou událost, kterou je invalidita pojištěného, se uplatní **čekací doba** v délce trvání dvou měsíců. Pokud tedy pojistná událost nebo nemoc pojištěného, která je příčinou pojistné události, nastane v čekací době, pojistné plnění nevyplatíme.

5. Co se stane po pojistné události?

5.1. Dnem, kdy nastala pojistná událost, toto připojištění zaniká.

6. Jaký je význam pojmů, které jsme v těchto podmínkách použili?

Invaliditou rozumíme stav, kdy pojištěnému z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu způsobeného úrazem nebo nemocí poklesla jeho pracovní schopnost a tato pracovní schopnost je následkem zdravotního postižení dlouhodobě ovlivněna. Odchylně od čl. 2.1. Zvláštních pojistných podmínek pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci se nemocí rozumí i psychická onemocnění, která jsou pod diagnózami F00 až F99 uvedena v MKN-10, a to i když je není možné zjistit a doložit vyšetřením provedeným objektivními vyšetřovacími metodami.

Pracovní schopností se rozumí schopnost pojištěného vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem.

Poklesem pracovní schopnosti pojištěného je pokles jeho schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových nebo duševních schopností ve srovnání se stavem před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

2. stupeň invalidity nastává, pokud pracovní schopnost pojištěného poklesla nejméně o 50 % a nejvýše o 69 %.

3. stupeň invalidity nastává, pokud pracovní schopnost pojištěného poklesla nejméně o 70 %.

Pojistné podmínky tarifu U3L
Připojištění pro případ smrti nebo invalidity 3. stupně s lineárně klesající pojistnou částkou

Smrt, invalidita (3. stupeň) – lineárně klesající PČ

platné od 1. 5. 2019

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se připojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, a Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci.

1.2. Toto připojištění považujeme za životní pojištění.

2. Co je pojistným nebezpečím a pojistnou událostí?

2.1. Pojištění se vztahuje na smrt pojištěného, která nastala v době trvání pojištění. Pojistným nebezpečím pojištění pro případ invalidity je úraz nebo nemoc pojištěného, ke kterým došlo v době trvání pojištění.

2.2. Pojistnou událostí je smrt pojištěného, nebo snížení jeho pracovní schopnosti odpovídající invaliditě ve 3. stupni, pokud nastanou v době trvání pojištění.

2.3. Dnem vzniku pojistné události je den smrti pojištěného, nebo den, který je v posudku o invaliditě uveden jako den vzniku invalidity. Pokud takový posudek pojištěnému nemůže být vystaven, je dnem vzniku pojistné události den oznámení pojistné události oprávněnou osobou.

2.4. Pokud je nám před zahájením nebo v průběhu šetření pojistné události z důvodu invalidity pojištěného oprávněnou osobou oznámeno, že pojištěný zemřel, a pokud jsme ještě nevyplatili pojistné plnění, poskytneme místo toho pojistné plnění z pojistné události, kterou je smrt pojištěného.

3. Jak vyplácíme pojistné plnění?

3.1. Toto připojištění se sjednává s lineárně klesající pojistnou částkou.

3.2. V případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě jednorázové pojistné plnění ve výši aktuální pojistné částky. Pojistná událost může z tohoto připojištění nastat pouze jednou.

3.3. Při stanovení míry poklesu pracovní schopnosti pojištěného vycházíme z posudku o invaliditě, vydaného lékařem Správy sociálního zabezpečení podle § 8, odst. 10 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, pokud byl tento posudek pojištěnému vystaven.

3.4. Pokud takový dokument není k dispozici, ať už proto, že došlo ke změně právních předpisů, nebo proto, že pojištěnému takový posudek vydán být nemůže, posoudíme invaliditu na základě vlastního šetření. Při takovém posouzení budeme postupovat obdobně podle vyhlášky č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity, ve znění platném ke dni vzniku škodní události, nebo podle předpisu tuto vyhlášku nahrazujícího. Pokud dojde ke zrušení této vyhlášky bez náhrady, budeme postupovat podle jejího posledního platného znění.

4. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

4.1. Pro pojistnou událost, kterou je invalidita pojištěného, se uplatní **čekací doba** v délce trvání dvou měsíců. Pokud tedy pojistná událost nebo nemoc pojištěného, která je příčinou pojistné události, nastane v čekací době, pojistné plnění nevyplatíme.

5. Co se stane po pojistné události?

5.1. Dnem, kdy nastala pojistná událost, toto připojištění zaniká.

6. Jaký je význam pojmů, které jsme v těchto podmínkách použili?

Invaliditou rozumíme stav, kdy pojištěnému z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu způsobeného úrazem nebo nemocí poklesla jeho pracovní schopnost a tato pracovní schopnost je následkem zdravotního postižení dlouhodobě ovlivněna. Odchylně od čl. 2.1. Zvláštních pojistných podmínek pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci se nemocí rozumí i psychická onemocnění, která jsou pod diagnózami F00 až F99 uvedena v MKN-10, a to i když je není možné zjistit a doložit vyšetřením provedeným objektivními vyšetřovacími metodami.

Pracovní schopností se rozumí schopnost pojištěného vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem.

Poklesem pracovní schopnosti pojištěného je pokles jeho schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových nebo duševních schopností ve srovnání se stavem před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

3. stupeň invalidity nastává, pokud pracovní schopnost pojištěného poklesla nejméně o 70 %.

Pojistné podmínky tarifu U3A
Připojištění pro případ smrti nebo invalidity 3. stupně s anuitně klesající pojistnou částkou

Smrt, invalidita (3. stupeň) – anuitně klesající PČ

platné od 1. 5. 2019

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se připojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, a Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci.

1.2. Toto připojištění považujeme za životní pojištění.

2. Co je pojistným nebezpečím a pojistnou událostí?

2.1. Pojištění se vztahuje na smrt pojištěného, která nastala v době trvání pojištění. Pojistným nebezpečím pojištění pro případ invalidity je úraz nebo nemoc pojištěného, ke kterým došlo v době trvání pojištění.

2.2. Pojistnou událostí je smrt pojištěného, nebo snížení jeho pracovní schopnosti odpovídající invaliditě ve 3. stupni, pokud nastanou v době trvání pojištění.

2.3. Dnem vzniku pojistné události je den smrti pojištěného, nebo den, který je v posudku o invaliditě uveden jako den vzniku invalidity. Pokud takový posudek pojištěnému nemůže být vystaven, je dnem vzniku pojistné události den oznámení pojistné události oprávněnou osobou.

2.4. Pokud je nám před zahájením nebo v průběhu šetření pojistné události z důvodu invalidity pojištěného oprávněnou osobou oznámeno, že pojištěný zemřel, a pokud jsme ještě nevyplatili pojistné plnění, poskytneme místo toho pojistné plnění z pojistné události, kterou je smrt pojištěného.

3. Jak vyplácíme pojistné plnění?

3.1. Toto připojištění se sjednává s anuitně klesající pojistnou částkou.

3.2. V případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě jednorázové pojistné plnění ve výši aktuální pojistné částky. Pojistná událost může z tohoto připojištění nastat pouze jednou.

3.3. Při stanovení míry poklesu pracovní schopnosti pojištěného vycházíme z posudku o invaliditě, vydaného lékařem Správy sociálního zabezpečení podle § 8, odst. 10 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, pokud byl tento posudek pojištěnému vystaven.

3.4. Pokud takový dokument není k dispozici, ať už proto, že došlo ke změně právních předpisů, nebo proto, že pojištěnému takový posudek vydán být nemůže, posoudíme invaliditu na základě vlastního šetření. Při takovém posouzení budeme postupovat obdobně podle vyhlášky č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity, ve znění platném ke dni vzniku škodní události, nebo podle předpisu tuto vyhlášku nahrazujícího. Pokud dojde ke zrušení této vyhlášky bez náhrady, budeme postupovat podle jejího posledního platného znění.

4. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

4.1. Pro pojistnou událost, kterou je invalidita pojištěného, se uplatní **čekací doba** v délce trvání dvou měsíců. Pokud tedy pojistná událost nebo nemoc pojištěného, která je příčinou pojistné události, nastane v čekací době, pojistné plnění nevyplatíme.

5. Co se stane po pojistné události?

5.1. Dnem, kdy nastala pojistná událost, toto připojištění zaniká.

6. Jaký je význam pojmů, které jsme v těchto podmínkách použili?

Invaliditou rozumíme stav, kdy pojištěnému z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu způsobeného úrazem nebo nemocí poklesla jeho pracovní schopnost a tato pracovní schopnost je následkem zdravotního postižení dlouhodobě ovlivněna. Odchylně od čl. 2.1. Zvláštních pojistných podmínek pro pojištění smrti, úrazu a nemoci se nemocí rozumí i psychická onemocnění, která jsou pod diagnózami F00 až F99 uvedena v MKN-10, a to i když je není možné zjistit a doložit vyšetřením provedeným objektivními vyšetřovacími metodami.

Pracovní schopností se rozumí schopnost pojištěného vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem.

Poklesem pracovní schopnosti pojištěného je pokles jeho schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových nebo duševních schopností ve srovnání se stavem před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

3. stupeň invalidity nastává, pokud pracovní schopnost pojištěného poklesla nejméně o 70 %.

Pojistné podmínky tarifu U5L Připojištění pro případ smrti nebo invalidity 2. nebo 3. stupně nebo pro případ závažných onemocnění s lineárně klesající pojistnou částkou

Smrt, invalidita (2., 3. stupeň), závažná onemocnění – lineárně klesající PČ

platné od 1. 5. 2019

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se připojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, a Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci. Nedílnou součástí těchto podmínek je i Seznam závažných onemocnění dospělých.

1.2. Toto připojištění považujeme za životní pojištění.

2. Co je pojistným nebezpečím a pojistnou událostí?

2.1. Pojištění se vztahuje na smrt pojištěného, která nastala v době trvání pojištění. Pojistným nebezpečím pojištění pro případ invalidity a pojištění pro případ závažných onemocnění je úraz nebo nemoc pojištěného, ke kterým došlo v době trvání pojištění.

2.2. Pojistnou událostí je smrt pojištěného v době trvání pojištění, nebo snížení jeho pracovní schopnosti odpovídající invaliditě ve 2., nebo ve 3. stupni, nebo stanovení diagnózy některého ze závažných onemocnění nebo provedení lékařského zákroku nebo operace pojištěnému, pokud jsou uvedené v Seznamu závažných onemocnění dospělých, který tvoří součást těchto podmínek a pokud pro danou diagnózu tento seznam nestanoví plnění nižší, než 100 % pojistné částky. O pojistnou událost závažného onemocnění se však jedná jen tehdy, pokud pojištěný zemře později než 30 dní po stanovení diagnózy závažného onemocnění nebo provedení lékařského zákroku nebo operace.

2.3. Dnem vzniku pojistné události je den smrti pojištěného, nebo den, který je v posudku o invaliditě uveden jako den vzniku invalidity, nebo den stanovení diagnózy závažného onemocnění. Pokud posudek o invaliditě pojištěnému nemůže být vystaven, je dnem vzniku pojistné události den oznámení pojistné události oprávněnou osobou.

2.4. Pokud je nám před zahájením nebo v průběhu šetření pojistné události z důvodu invalidity nebo závažného onemocnění pojištěného oprávněnou osobou oznámeno, že pojištěný zemřel, a pokud jsme ještě nevyplatili pojistné plnění, poskytneme místo toho pojistné plnění z pojistné události, kterou je smrt pojištěného.

2.5. Pojistná událost musí nastat v době trvání pojištění.

3. Jak vyplácíme pojistné plnění?

3.1. Toto připojištění se sjednává s lineárně klesající pojistnou částkou.

3.2. v případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě jednorázové pojistné plnění ve výši aktuální pojistné částky. Pojistná událost může z tohoto připojištění nastat pouze jednou.

3.3. Při stanovení míry poklesu pracovní schopnosti pojištěného vycházíme z posudku o invaliditě, vydaného lékařem Správy sociálního zabezpečení podle § 8, odst. 10 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, pokud byl tento posudek pojištěnému vystaven.

3.4. Pokud takový dokument není k dispozici, ať už proto, že došlo ke změně právních předpisů, nebo proto, že pojištěnému takový posudek vydán být nemůže, posoudíme invaliditu na základě vlastního šetření. Při takovém posouzení budeme postupovat obdobně podle vyhlášky č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity, ve znění platném ke dni vzniku škodní události, nebo podle předpisu tuto vyhlášku nahrazujícího. Pokud dojde ke zrušení této vyhlášky bez náhrady, budeme postupovat podle jejího posledního platného znění.

4. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

4.1. Pro pojistnou událost, kterou je invalidita nebo stanovení diagnózy závažného onemocnění pojištěného, se uplatní **čekací doba** v délce trvání dvou měsíců. Pokud tedy pojistná událost nebo nemoc pojištěného, která je příčinou pojistné události, nastane v čekací době, pojistné plnění nevyplatíme.

5. Co se stane po pojistné události?

5.1. Dnem, kdy nastala pojistná událost, toto připojištění zaniká.

6. Jaký je význam pojmů, které jsme v těchto podmínkách použili?

Invaliditou rozumíme stav, kdy pojištěnému z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu způsobeného úrazem nebo nemocí poklesla jeho pracovní schopnost a tato pracovní schopnost je následkem zdravotního postižení dlouhodobě ovlivněna. Odchylně od čl. 2.1. Zvláštních pojistných podmínek pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci se nemocí rozumí i psychická onemocnění, která jsou pod diagnózami F00 až F99 uvedena v MKN-10, a to i když je není možné zjistit a doložit vyšetřením provedeným objektivními vyšetřovacími metodami.

Pracovní schopností se rozumí schopnost pojištěného vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem.

Poklesem pracovní schopnosti pojištěného je pokles jeho schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových nebo duševních schopností ve srovnání se stavem před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

2. stupeň invalidity nastává, pokud pracovní schopnost pojištěného poklesla nejméně o 50 % a nejvýše o 69 %.

3. stupeň invalidity nastává, pokud pracovní schopnost pojištěného poklesla nejméně o 70 %.

Závažným onemocněním máme na mysli závažná onemocnění a lékařské zákroky nebo operace, které jsou uvedeny v Seznamu závažných onemocnění dospělých, tvořící součást těchto podmínek, pro které tento seznam nestanoví plnění nižší než 100 % pojistné částky. Ostatní diagnózy nejsou tímto připojištěním kryty.

Stanovením diagnózy se rozumí okamžik, kdy byla pojištěnému lékařem potřebné odbornosti stanovena diagnóza závažného onemocnění nebo proveden lékařský zákrok nebo operace, splňující všechny znaky a další podmínky uvedené v Seznamu závažných onemocnění dospělých pro toto závažné onemocnění, včetně případných následků, a kdy ji tento lékař také zaznamenal do lékařské dokumentace. Tuto dokumentaci budeme vždy potřebovat doložit.

Pojistné podmínky tarifu U5A Připojištění pro případ smrti nebo invalidity 2. nebo 3. stupně nebo pro případ závažných onemocnění s anuitně klesající pojistnou částkou

Smrt, invalidita (2., 3. stupeň), závažná onemocnění – anuitně klesající PČ

platné od 1. 5. 2019

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se připojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, a Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci. Nedílnou součástí těchto podmínek je i Seznam závažných onemocnění dospělých.

1.2. Toto připojištění považujeme za životní pojištění.

2. Co je pojistným nebezpečím a pojistnou událostí?

2.1. Pojištění se vztahuje na smrt pojištěného, která nastala v době trvání pojištění. Pojistným nebezpečím pojištění pro případ invalidity a pojištění pro případ závažných onemocnění je úraz nebo nemoc pojištěného, ke kterým došlo v době trvání pojištění.

2.2. Pojistnou událostí je smrt pojištěného v době trvání pojištění, nebo snížení jeho pracovní schopnosti odpovídající invaliditě ve 2., nebo ve 3. stupni, nebo stanovení diagnózy některého ze závažných onemocnění nebo provedení lékařského zákroku nebo operace pojištěnému, pokud jsou uvedené v Seznamu závažných onemocnění dospělých, který tvoří součást těchto podmínek a pokud pro danou diagnózu tento seznam nestanoví plnění nižší, než 100 % pojistné částky. O pojistnou událost závažného onemocnění se však jedná jen tehdy, pokud pojištěný zemře později než 30 dní po stanovení diagnózy závažného onemocnění nebo provedení lékařského zákroku nebo operace.

2.3. Dnem vzniku pojistné události je den smrti pojištěného, nebo den, který je v posudku o invaliditě uveden jako den vzniku invalidity, nebo den stanovení diagnózy závažného onemocnění. Pokud posudek o invaliditě pojištěnému nemůže být vystaven, je dnem vzniku pojistné události den oznámení pojistné události oprávněnou osobou.

2.4. Pokud je nám před zahájením nebo v průběhu šetření pojistné události z důvodu invalidity nebo závažného onemocnění pojištěného oprávněnou osobou oznámeno, že pojištěný zemřel, a pokud jsme ještě nevyplatili pojistné plnění, poskytneme místo toho pojistné plnění z pojistné události, kterou je smrt pojištěného.

2.5. Pojistná událost musí nastat v době trvání pojištění.

3. Jak vyplácíme pojistné plnění?

3.1. Toto připojištění se sjednává s anuitně klesající pojistnou částkou.

3.2. v případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě jednorázové pojistné plnění ve výši aktuální pojistné částky. Pojistná událost může z tohoto připojištění nastat pouze jednou.

3.3. Při stanovení míry poklesu pracovní schopnosti pojištěného vycházíme z posudku o invaliditě, vydaného lékařem Správy sociálního zabezpečení podle § 8, odst. 10 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, pokud byl tento posudek pojištěnému vystaven.

3.4. Pokud takový dokument není k dispozici, ať už proto, že došlo ke změně právních předpisů, nebo proto, že pojištěnému takový posudek vydán být nemůže, posoudíme invaliditu na základě vlastního šetření. Při takovém posouzení budeme postupovat obdobně podle vyhlášky č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity, ve znění platném ke dni vzniku škodní události, nebo podle předpisu tuto vyhlášku nahrazujícího. Pokud dojde ke zrušení této vyhlášky bez náhrady, budeme postupovat podle jejího posledního platného znění.

4. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

4.1. Pro pojistnou událost, kterou je invalidita nebo stanovení diagnózy závažného onemocnění pojištěného, se uplatní **čekací doba** v délce trvání dvou měsíců. Pokud tedy pojistná událost nebo nemoc pojištěného, která je příčinou pojistné události, nastane v čekací době, pojistné plnění nevyplatíme.

5. Co se stane po pojistné události?

5.1. Dnem, kdy nastala pojistná událost, toto připojištění zaniká.

6. Jaký je význam pojmů, které jsme v těchto podmínkách použili?

Invaliditou rozumíme stav, kdy pojištěnému z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu způsobeného úrazem nebo nemocí poklesla jeho pracovní schopnost a tato pracovní schopnost je následkem zdravotního postižení dlouhodobě ovlivněna. Odchylně od čl. 2.1. Zvláštních pojistných podmínek pro pojištění smrti, úrazu a nemoci se nemocí rozumí i psychická onemocnění, která jsou pod diagnózami F00 až F99 uvedena v MKN-10, a to i když je není možné zjistit a doložit vyšetřením provedeným objektivními vyšetřovacími metodami.

Pracovní schopností se rozumí schopnost pojištěného vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem.

Poklesem pracovní schopnosti pojištěného je pokles jeho schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových nebo duševních schopností ve srovnání se stavem před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

2. stupeň invalidity nastává, pokud pracovní schopnost pojištěného poklesla nejméně o 50 % a nejvýše o 69 %.

3. stupeň invalidity nastává, pokud pracovní schopnost pojištěného poklesla nejméně o 70 %.

Závažným onemocněním máme na mysli závažná onemocnění a lékařské zákroky nebo operace, které jsou uvedeny v Seznamu závažných onemocnění dospělých, tvořící součást těchto podmínek, pro které tento seznam nestanoví plnění nižší než 100 % pojistné částky. Ostatní diagnózy nejsou tímto připojištěním kryty.

Stanovením diagnózy se rozumí okamžik, kdy byla pojištěnému lékařem potřebné odbornosti stanovena diagnóza závažného onemocnění nebo proveden lékařský zákrok nebo operace, splňující všechny znaky a další podmínky uvedené v Seznamu závažných onemocnění dospělých pro toto závažné onemocnění, včetně případných následků, a kdy ji tento lékař také zaznamenal do lékařské dokumentace. Tuto dokumentaci budeme vždy potřebovat doložit.

Pojistné podmínky tarifu U6L Připojištění pro případ smrti nebo invalidity 3. stupně nebo pro případ závažných onemocnění s lineárně klesající pojistnou částkou

Smrt, invalidita (3. stupeň), závažná onemocnění – lineárně klesající PČ

platné od 1. 5. 2019

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se připojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, a Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci. Nedílnou součástí těchto podmínek je i a Seznam závažných onemocnění dospělých.

1.2. Toto připojištění považujeme za životní pojištění.

2. Co je pojistným nebezpečím a pojistnou událostí?

2.1. Pojištění se vztahuje na smrt pojištěného, která nastala v době trvání pojištění. Pojistným nebezpečím pojištění pro případ invalidity a pojištění pro případ závažných onemocnění je úraz nebo nemoc pojištěného, ke kterým došlo v době trvání pojištění.

2.2. Pojistnou událostí je smrt pojištěného v době trvání pojištění, nebo snížení jeho pracovní schopnosti odpovídající invaliditě ve 3. stupni, nebo stanovení diagnózy některého ze závažných onemocnění nebo provedení lékařského zákroku nebo operace pojištěnému, pokud jsou uvedené v Seznamu závažných onemocnění dospělých, který tvoří součást těchto podmínek a pokud pro danou diagnózu tento seznam nestanoví plnění nižší, než 100 % pojistné částky. O pojistnou událost závažného onemocnění se však jedná jen tehdy, pokud pojištěný zemře později, než 30 dní po stanovení diagnózy závažného onemocnění nebo provedení lékařského zákroku nebo operace.

2.3. Dnem vzniku pojistné události je den smrti pojištěného nebo den, který je v posudku o invaliditě uveden jako den vzniku invalidity, nebo den stanovení diagnózy závažného onemocnění. Pokud posudek o invaliditě pojištěnému nemůže být vystaven, je dnem vzniku pojistné události den oznámení pojistné události oprávněnou osobou.

2.4. Pokud je nám před zahájením nebo v průběhu šetření pojistné události z důvodu invalidity nebo závažného onemocnění pojištěného oprávněnou osobou oznámeno, že pojištěný zemřel, a pokud jsme ještě nevyplatili pojistné plnění, poskytneme místo toho pojistné plnění z pojistné události, kterou je smrt pojištěného.

2.5. Pojistná událost musí nastat v době trvání pojištění.

3. Jak vyplácíme pojistné plnění?

3.1. Toto připojištění se sjednává s lineárně klesající pojistnou částkou.

3.2. v případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě jednorázové pojistné plnění ve výši aktuální pojistné částky. Pojistná událost může z tohoto připojištění nastat pouze jednou.

3.3. Při stanovení míry poklesu pracovní schopnosti pojištěného vycházíme z posudku o invaliditě, vydaného lékařem Správy sociálního zabezpečení podle § 8, odst. 10 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, pokud byl tento posudek pojištěnému vystaven.

3.4. Pokud takový dokument není k dispozici, ať už proto, že došlo ke změně právních předpisů, nebo proto, že pojištěnému takový posudek vydán být nemůže, posoudíme invaliditu na základě vlastního šetření. Při takovém posouzení budeme postupovat obdobně podle vyhlášky č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity, ve znění platném ke dni vzniku škodní události, nebo podle předpisu tuto vyhlášku nahrazujícího. Pokud dojde ke zrušení této vyhlášky bez náhrady, budeme postupovat podle jejího posledního platného znění.

4. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

4.1. Pro pojistnou událost, kterou je invalidita nebo stanovení diagnózy závažného onemocnění pojištěného, se uplatní **čekací doba** v délce trvání dvou měsíců. Pokud tedy pojistná událost nebo nemoc pojištěného, která je příčinou pojistné události, nastane v čekací době, pojistné plnění nevyplatíme.

5. Co se stane po pojistné události?

5.1. Dnem, kdy nastala pojistná událost, toto připojištění zaniká.

6. Jaký je význam pojmů, které jsme v těchto podmínkách použili?

Invaliditou rozumíme stav, kdy pojištěnému z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu způsobeného úrazem nebo nemocí poklesla jeho pracovní schopnost a tato pracovní schopnost je následkem zdravotního postižení dlouhodobě ovlivněna. Odchylně od čl. 2.1. Zvláštních pojistných podmínek pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci se nemocí rozumí i psychická onemocnění, která jsou pod diagnózami F00 až F99 uvedena v MKN-10, a to i když je není možné zjistit a doložit vyšetřením provedeným objektivními vyšetřovacími metodami.

Pracovní schopností se rozumí schopnost pojištěného vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem.

Poklesem pracovní schopnosti pojištěného je pokles jeho schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových nebo duševních schopností ve srovnání se stavem před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

3. stupeň invalidity nastává, pokud pracovní schopnost pojištěného poklesla nejméně o 70 %.

Závažným onemocněním máme na mysli závažná onemocnění a lékařské zákroky nebo operace, které jsou uvedeny v Seznamu závažných onemocnění dospělých, tvořící součást těchto podmínek, pro které tento seznam nestanoví plnění nižší než 100 % pojistné částky. Ostatní diagnózy nejsou tímto připojištěním kryty.

Stanovením diagnózy se rozumí okamžik, kdy byla pojištěnému lékařem potřebné odbornosti stanovena diagnóza závažného onemocnění nebo proveden lékařský zákrok nebo operace, splňující všechny znaky a další podmínky uvedené v Seznamu závažných onemocnění dospělých pro toto závažné onemocnění, včetně případných následků, a kdy ji tento lékař také zaznamenal do lékařské dokumentace. Tuto dokumentaci budeme vždy potřebovat doložit.

Pojistné podmínky tarifu U6A Připojištění pro případ smrti nebo invalidity 3. stupně nebo pro případ závažných onemocnění s anuitně klesající pojistnou částkou

Smrt, invalidita (3. stupeň), závažná onemocnění – anuitně klesající PČ

platné od 1. 5. 2019

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se připojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, a Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci. Nedílnou součástí těchto podmínek je i a Seznam závažných onemocnění dospělých.

1.2. Toto připojištění považujeme za životní pojištění.

2. Co je pojistným nebezpečím a pojistnou událostí?

2.1. Pojištění se vztahuje na smrt pojištěného, která nastala v době trvání pojištění. Pojistným nebezpečím pojištění pro případ invalidity a pojištění pro případ závažných onemocnění je úraz nebo nemoc pojištěného, ke kterým došlo v době trvání pojištění.

2.2. Pojistnou událostí je smrt pojištěného v době trvání pojištění, nebo snížení jeho pracovní schopnosti odpovídající invaliditě ve 3. stupni, nebo stanovení diagnózy některého ze závažných onemocnění nebo provedení lékařského zákroku nebo operace pojištěnému, pokud jsou uvedené v Seznamu závažných onemocnění dospělých, který tvoří součást těchto podmínek a pokud pro danou diagnózu tento seznam nestanoví plnění nižší, než 100 % pojistné částky. O pojistnou událost závažného onemocnění se však jedná jen tehdy, pokud pojištěný zemře později, než 30 dní po stanovení diagnózy závažného onemocnění nebo provedení lékařského zákroku nebo operace.

2.3. Dnem vzniku pojistné události je den smrti pojištěného, nebo den, který je v posudku o invaliditě uveden jako den vzniku invalidity, nebo den stanovení diagnózy závažného onemocnění. Pokud posudek o invaliditě pojištěnému nemůže být vystaven, je dnem vzniku pojistné události den oznámení pojistné události oprávněnou osobou.

2.4. Pokud je nám před zahájením nebo v průběhu šetření pojistné události z důvodu invalidity nebo závažného onemocnění pojištěného oprávněnou osobou oznámeno, že pojištěný zemřel, a pokud jsme ještě nevyplatili pojistné plnění, poskytneme místo toho pojistné plnění z pojistné události, kterou je smrt pojištěného.

2.5. Pojistná událost musí nastat v době trvání pojištění.

3. Jak vyplácíme pojistné plnění?

3.1. Toto připojištění se sjednává s anuitně klesající pojistnou částkou.

3.2. v případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě jednorázové pojistné plnění ve výši aktuální pojistné částky. Pojistná událost může z tohoto připojištění nastat pouze jednou.

3.3. Při stanovení míry poklesu pracovní schopnosti pojištěného vycházíme z posudku o invaliditě, vydaného lékařem Správy sociálního zabezpečení podle § 8, odst. 10 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, pokud byl tento posudek pojištěnému vystaven.

3.4. Pokud takový dokument není k dispozici, ať už proto, že došlo ke změně právních předpisů, nebo proto, že pojištěnému takový posudek vydán být nemůže, posoudíme invaliditu na základě vlastního šetření. Při takovém posouzení budeme postupovat obdobně podle vyhlášky č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity, ve znění platném ke dni vzniku škodní události, nebo podle předpisu tuto vyhlášku nahrazujícího. Pokud dojde ke zrušení této vyhlášky bez náhrady, budeme postupovat podle jejího posledního platného znění.

4. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

4.1. Pro pojistnou událost, kterou je invalidita nebo stanovení diagnózy závažného onemocnění pojištěného, se uplatní **čekací doba** v délce trvání dvou měsíců. Pokud tedy pojistná událost nebo nemoc pojištěného, která je příčinou pojistné události, nastane v čekací době, pojistné plnění nevyplatíme.

5. Co se stane po pojistné události?

5.1. Dnem, kdy nastala pojistná událost, toto připojištění zaniká.

6. Jaký je význam pojmů, které jsme v těchto podmínkách použili?

Invaliditou rozumíme stav, kdy pojištěnému z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu způsobeného úrazem nebo nemocí poklesla jeho pracovní schopnost a tato pracovní schopnost je následkem zdravotního postižení dlouhodobě ovlivněna. Odchylně od čl. 2.1. Zvláštních pojistných podmínek pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci se nemocí rozumí i psychická onemocnění, která jsou pod diagnózami F00 až F99 uvedena v MKN-10, a to i když je není možné zjistit a doložit vyšetřením provedeným objektivními vyšetřovacími metodami.

Pracovní schopností se rozumí schopnost pojištěného vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem.

Poklesem pracovní schopnosti pojištěného je pokles jeho schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových nebo duševních schopností ve srovnání se stavem před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

3. stupeň invalidity nastává, pokud pracovní schopnost pojištěného poklesla nejméně o 70 %.

Závažným onemocněním máme na mysli závažná onemocnění a lékařské zákroky nebo operace, které jsou uvedeny v Seznamu závažných onemocnění dospělých, tvořící součást těchto podmínek, pro které tento seznam nestanoví plnění nižší než 100 % pojistné částky. Ostatní diagnózy nejsou tímto připojištěním kryty.

Stanovením diagnózy se rozumí okamžik, kdy byla pojištěnému lékařem potřebné odbornosti stanovena diagnóza závažného onemocnění nebo proveden lékařský zákrok nebo operace, splňující všechny znaky a další podmínky uvedené v Seznamu závažných onemocnění dospělých pro toto závažné onemocnění, včetně případných následků, a kdy ji tento lékař také zaznamenal do lékařské dokumentace. Tuto dokumentaci budeme vždy potřebovat doložit.

Pojistné podmínky tarifu V0A Připojištění pro případ smrti prvního z dvojice pojištěných osob s anuitně klesající pojistnou částkou

Smrt (dvojice osob) – anuitně klesající PČ

platné od 1. 5. 2019

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se připojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, a Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci.

1.2. Toto připojištění považujeme za životní pojištění.

2. Co je pojistným nebezpečím a pojistnou událostí?

2.1. Pojistnou událostí je smrt prvního z dvojice pojištěných osob, ke které dojde v době trvání připojištění.

3. Jak vyplácíme pojistné plnění?

3.1. Toto připojištění se sjednává s anuitně klesající pojistnou částkou.

3.2. V případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě jednorázové pojistné plnění ve výši aktuální pojistné částky platné ke dni smrti pojištěného. Pokud zemřou obě pojištěné osoby současně, vyplatíme za smrt každé z nich pojistné plnění ve výši jedné poloviny aktuální pojistné částky.

4. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

4.1. Pro toto připojištění nemáme žádné zvláštní výluky a omezení, s výjimkou těch uvedených v zákoně, ve Všeobecných pojistných podmínkách nebo Zvláštních pojistných podmínkách pro pojištění smrti, úrazu a nemoci.

5. Co se stane po pojistné události?

5.1. Připojištění zaniká dnem, kdy nastala pojistná událost.

Pojistné podmínky tarifu V3A Připojištění pro případ smrti nebo invalidity 3. stupně prvního z dvojice pojištěných osob s anuitně klesající pojistnou částkou

Smrt, invalidita (3. stupeň) – dvojice osob – anuitně klesající PČ

platné od 1. 5. 2019

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se připojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, a Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci.

1.2. Toto připojištění považujeme za životní pojištění.

2. Co je pojistným nebezpečím a pojistnou událostí?

2.1. Pojištění se vztahuje na smrt pojištěného, která nastala v době trvání pojištění. Pojistným nebezpečím pro pojištění pro případ invalidity je úraz nebo nemoc pojištěného, ke kterým došlo v době trvání pojištění.

2.2. Pojistnou událostí je smrt prvního z dvojice pojištěných osob, nebo snížení pracovní schopnosti odpovídající invaliditě ve 3. stupni prvního z dvojice pojištěných osob, pokud nastanou v době trvání pojištění.

2.3. Dnem vzniku pojistné události je den smrti pojištěného, nebo den, který je v posudku o invaliditě uveden jako den vzniku invalidity. Pokud takový posudek pojištěnému nemůže být vystaven, je dnem vzniku pojistné události den oznámení pojistné události oprávněnou osobou.

2.4. Pokud je nám před zahájením nebo v průběhu šetření pojistné události z důvodu invalidity pojištěného oprávněnou osobou oznámeno, že tento pojištěný zemřel, a pokud jsme ještě nevyplatili pojistné plnění, poskytneme místo toho pojistné plnění z pojistné události, kterou je smrt pojištěného.

3. Jak vyplácíme pojistné plnění?

3.1. Toto připojištění se sjednává s anuitně klesající pojistnou částkou.

3.2. V případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě jednorázové pojistné plnění ve výši aktuální pojistné částky.

3.3. Nastane-li pojistná událost obou z dvojice pojištěných osob současně, poskytneme za každou z nich pojistné plnění ve výši jedné poloviny aktuální pojistné částky.

3.4. Při stanovení míry poklesu pracovní schopnosti pojištěného vycházíme z posudku o invaliditě, vydaného lékařem Správy sociálního zabezpečení podle § 8, odst. 10 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, pokud byl tento posudek pojištěnému vystaven.

3.5. Pokud takový dokument není k dispozici, ať už proto, že došlo ke změně právních předpisů, nebo proto, že pojištěnému takový posudek vydán být nemůže, posoudíme invaliditu na základě vlastního šetření. Při takovém posouzení budeme postupovat obdobně podle vyhlášky č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity, ve znění platném ke dni vzniku škodní události, nebo podle předpisu tuto vyhlášku nahrazujícího. Pokud dojde ke zrušení této vyhlášky bez náhrady, budeme postupovat podle jejího posledního platného znění.

4. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

4.1. Pro pojistnou událost, kterou je invalidita pojištěného, se uplatní **čekací doba** v délce trvání dvou měsíců. Pokud tedy pojistná událost nebo nemoc pojištěného, která je příčinou pojistné události, nastane v čekací době, pojistné plnění nevyplatíme.

5. Co se stane po pojistné události?

5.1. Dnem, kdy nastala pojistná událost, toto připojištění zaniká.

6. Jaký je význam pojmů, které jsme v těchto podmínkách použili?

Invaliditou rozumíme stav, kdy pojištěnému z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu způsobeného úrazem nebo nemocí poklesla jeho pracovní schopnost a tato pracovní schopnost je následkem zdravotního postižení dlouhodobě ovlivněna. Odchylně od čl. 2.1. Zvláštních pojistných podmínek pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci se nemocí rozumí i psychická onemocnění, která jsou pod diagnózami F00 až F99 uvedena v MKN-10, a to i když je není možné zjistit a doložit vyšetřením provedeným objektivními vyšetřovacími metodami.

Pracovní schopností se rozumí schopnost pojištěného vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem.

Poklesem pracovní schopnosti pojištěného je pokles jeho schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových nebo duševních schopností ve srovnání se stavem před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

3. stupeň invalidity nastává, pokud pracovní schopnost pojištěného poklesla nejméně o 70 %.

Pojistné podmínky tarifu V6A Připojištění pro případ smrti nebo invalidity 3. stupně nebo pro případ závažných onemocnění prvního z dvojice pojištěných osob s anuitně klesající pojistnou částkou

Smrt, invalidita (3. stupeň), závažná onemocnění – dvojice osob – anuitně klesající PČ

platné od 1. 5. 2019

1. Čím se toto připojištění řídí?

1.1. Kromě těchto pojistných podmínek se připojištění řídí také příslušnými Všeobecnými pojistnými podmínkami, Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Rizikové životní pojištění nebo Doplňkovými pojistnými podmínkami pro Investiční životní pojištění, v závislosti na zvolené variantě produktu, a Zvláštními pojistnými podmínkami pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci. Nedílnou součástí těchto podmínek je i Seznam závažných onemocnění dospělých.

1.2. Toto připojištění považujeme za životní pojištění.

2. Co je pojistným nebezpečím a pojistnou událostí?

2.1. Pojištění se vztahuje na smrt pojištěného, která nastala v době trvání pojištění. Pojistným nebezpečím pojištění pro případ invalidity a pojištění pro případ závažných onemocnění je úraz nebo nemoc pojištěného, ke kterým došlo v době trvání pojištění.

2.2. Pojistnou událostí je smrt prvního z dvojice pojištěných osob v době trvání pojištění, nebo snížení pracovní schopnosti prvního z dvojice pojištěných osob odpovídající invaliditě ve 3. stupni, nebo stanovení diagnózy některého ze závažných onemocnění nebo provedení lékařského zákroku nebo operace prvnímu z dvojice pojištěných osob, pokud jsou uvedené v Seznamu závažných onemocnění dospělých, který tvoří součást těchto podmínek a pokud pro danou diagnózu tento seznam nestanoví plnění nižší, než 100 % pojistné částky. O pojistnou událost závažného onemocnění se však jedná jen tehdy, pokud pojištěný zemře později, než 30 dní po stanovení diagnózy závažného onemocnění nebo provedení lékařského zákroku nebo operace.

2.3. Dnem vzniku pojistné události je den smrti pojištěného, nebo den, který je v posudku o invaliditě uveden jako den vzniku invalidity, nebo den stanovení diagnózy závažného onemocnění. Pokud posudek o invaliditě pojištěnému nemůže být vystaven, je dnem vzniku pojistné události den oznámení pojistné události oprávněnou osobou.

2.4. Pokud je nám před zahájením nebo v průběhu šetření pojistné události z důvodu invalidity nebo závažného onemocnění pojištěného oprávněnou osobou oznámeno, že tento pojištěný zemřel, a pokud jsme ještě nevyplatili pojistné plnění, poskytneme místo toho pojistné plnění z pojistné události, kterou je smrt pojištěného.

2.5. Pojistná událost musí nastat v době trvání pojištění.

3. Jak vyplácíme pojistné plnění?

3.1. Toto připojištění se sjednává s anuitně klesající pojistnou částkou.

3.2. v případě pojistné události vyplatíme oprávněné osobě jednorázové pojistné plnění ve výši aktuální pojistné částky. Pojistná událost může z tohoto připojištění nastat pouze jednou.

3.3. Nastane-li pojistná událost obou z dvojice pojištěných osob současně, poskytneme za každou z nich pojistné plnění ve výši jedné poloviny aktuální pojistné částky.

3.4. Při stanovení míry poklesu pracovní schopnosti pojištěného vycházíme z posudku o invaliditě, vydaného lékařem Správy sociálního zabezpečení podle § 8, odst. 10 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, pokud byl tento posudek pojištěnému vystaven.

3.5. Pokud takový dokument není k dispozici, ať už proto, že došlo ke změně právních předpisů, nebo proto, že pojištěnému takový posudek vydán být nemůže, posoudíme invaliditu na základě vlastního šetření. Při takovém posouzení budeme postupovat obdobně podle vyhlášky č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity, ve znění platném ke dni vzniku škodní události, nebo podle předpisu tuto vyhlášku nahrazujícího. Pokud dojde ke zrušení této vyhlášky bez náhrady, budeme postupovat podle jejího posledního platného znění.

4. Jaká jsou omezení plnění a výluky z pojištění?

4.1. Pro pojistnou událost, kterou je invalidita nebo stanovení diagnózy závažného onemocnění pojištěného, se uplatní **čekací doba** v délce trvání dvou měsíců. Pokud tedy pojistná událost nebo nemoc pojištěného, která je příčinou pojistné události, nastane v čekací době, pojistné plnění nevyplatíme.

5. Co se stane po pojistné události?

5.1. Dnem, kdy nastala pojistná událost, toto připojištění zaniká.

6. Jaký je význam pojmů, které jsme v těchto podmínkách použili?

Invaliditou rozumíme stav, kdy pojištěnému z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu způsobeného úrazem nebo nemocí poklesla jeho pracovní schopnost a tato pracovní schopnost je následkem zdravotního postižení dlouhodobě ovlivněna. Odchylně od čl. 2.1. Zvláštních pojistných podmínek pro pojištění pro případ smrti, úrazu a nemoci se nemocí rozumí i psychická onemocnění, která jsou pod diagnózami F00 až F99 uvedena v MKN-10, a to i když je není možné zjistit a doložit vyšetřením provedeným objektivními vyšetřovacími metodami.

Pracovní schopností se rozumí schopnost pojištěného vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem.

Poklesem pracovní schopnosti pojištěného je pokles jeho schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových nebo duševních schopností ve srovnání se stavem před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

3. stupeň invalidity nastává, pokud pracovní schopnost pojištěného poklesla nejméně o 70 %.

Závažným onemocněním máme na mysli závažná onemocnění a lékařské zákroky nebo operace, které jsou uvedeny v Seznamu závažných onemocnění dospělých, tvořící součást těchto podmínek, pro které tento seznam nestanoví plnění nižší než 100 % pojistné částky. Ostatní diagnózy nejsou tímto připojištěním kryty.

Stanovením diagnózy se rozumí okamžik, kdy byla pojištěnému lékařem potřebné odbornosti stanovena diagnóza závažného onemocnění nebo proveden lékařský zákrok nebo operace, splňující všechny znaky a další podmínky uvedené v Seznamu závažných onemocnění dospělých pro toto závažné onemocnění, včetně případných následků, a kdy ji tento lékař také zaznamenal do lékařské dokumentace. Tuto dokumentaci budeme vždy potřebovat doložit.

OCEŇOVACÍ TABULKA TRVALÝCH NÁSLEDKŮ ÚRAZU 1020

platná od 15. 10. 2020

Číslo	Tělesné poškození – trvalé následky úrazu	Rozsah tělesného poškození (v %)
	OKO	
001	Úplná ztráta zraku jednoho oka	25
002	Úplná ztráta zraku druhého oka[1)]	75
003	Za anatomickou ztrátu nebo atrofii oka se připočítává ke zjištěné hodnotě trvalé zrakové méněcennosti	5
004	Ztráta čočky na jednom oku (včetně poruchy akomodace) při snášenlivosti kontaktní čočky alespoň 4 hod. denně	15
005	Ztráta čočky na jednom oku (včetně poruchy akomodace) při snášenlivosti kontaktní čočky méně než 4 hod. denně	18
006	Ztráta čočky na jednom oku (včetně poruchy akomodace) při úplné nesnášenlivosti kontaktní čočky	25
007	Ztráta čočky obou očí (včetně poruchy akomodace), není-li zraková ostrost s afakickou korekcí horší než 6/12; je-li horší, stanoví se % podle pomocné tabulky č. 1 a připočítává se 10 % na obtíže z nošení afaktické korekce.	15
008	Traumatická porucha okohybných nervů nebo porucha rovnováhy okohybných svalů	do 25
009	Porušení průchodnosti slzných cest na jednom oku	5
010	Porušení průchodnosti slzných cest na obou očích	10
011	Chybné postavení brv na jednom oku operativně nekorigovatelné	5
012	Chybné postavení brv na obou očích operativně nekorigovatelné	10
013	Rozšíření a ochrnutí zornice (u vidoucího oka) podle stupně	od 2 do 5
014	Deformace zevního segmentu a jeho okolí vzbuzující soucit nebo ošklivost, ptosa horního víčka, pokud nekryje zornici (nezávisle od poruchy visu), pro každé oko	5
015	Traumatická porucha akomodace jednostranná	8
016	Traumatická porucha akomodace oboustranná	5
017	Lagoftalmus postraumatický jednostranný operativně nekorigovatelný (nelze současně hodnotit podle položky 14)	8
018	Lagoftalmus postraumatický oboustranný operativně nekorigovatelný (nelze současně hodnotit podle položky 14)	16
019	Ptosa horního víčka (u vidoucího oka) jednostranná operativně nekorigovatelná, pokud kryje zornici	25
020	Ptosa horního víčka (u vidoucího oka) oboustranná operativně nekorigovatelná, pokud kryje zornici	50

Doplňující informace:
Poranění s následkem snížení zrakové ostrosti se hodnotí podle pomocné tabulky č. 1.
Koncentrické omezení zorného pole následkem úrazu se hodnotí podle pomocné tabulky č. 2.
Ostatní omezení zorného pole se hodnotí podle pomocné tabulky č. 3.
Při úplné ztrátě zraku nemůže rozsah trvalého následku činit na jednom oku více než 25 % a na druhém oku více než 75 %.
Poškození popsaná v položkách 3, 9 až 12, 14, 17 a 18 se však hodnotí i nad tuto hranici.

	UCHO	
021	Ztráta jednoho boltce	10
022	Ztráta obou boltců	15
023	Nahluchlost jednostranná lehkého stupně	neplní se
024	Nahluchlost jednostranná středního stupně	5
025	Nahluchlost jednostranná těžkého stupně	12
026	Nahluchlost oboustranná lehkého stupně	10
027	Nahluchlost oboustranná středního stupně	20
028	Nahluchlost oboustranná těžkého stupně	35
029	Ztráta sluchu jednoho ucha	15
030	Ztráta sluchu druhého ucha	25
031	Hluchota oboustranná jako následek jediného úrazu	40
032	Porucha labyrintu jednostranná podle stupně	od 10 do 20
033	Porucha labyrintu oboustranná podle stupně	od 30 do 50
034	Trvalá poúrazová perforace bubínku bez zjevné sekundární infekce	5
035	Chronický hnisavý zánět středního ucha prokázaný jako následek úrazu	15
	NOS	
036	Chronický atrofický zánět sliznice nosní po poleptání nebo popálení	do 10
037	Deformace nosu s funkčně významnou poruchou průchodnosti	5
038	Perforace nosní přepážky	5
039	Ztráta hrotu nosu	10
040	Ztráta celého nosu bez poruchy dýchání	15
041	Ztráta celého nosu s poruchou dýchání	25
042	Chronický hnisavý poúrazový zánět vedlejších nosních dutin	do 10
043	Úplná ztráta čichu (pouze částečná ztráta čichu se neplní)	5

	ÚSTNÍ DUTINA	
044	Úplná ztráta chuti (pouze částečná ztráta chuti se neplní)	5
045	Stavy po poranění jazyka s defektem tkáně nebo jizevnatými deformitami (jen pokud se již nehodnotí podle položek 66 až 69)	10
046	Ztráta jednoho zubu	1
047	Ztráta každého dalšího zubu	1
048	Ztráta části zubu, má-li za následek ztrátu vitality zubu	1
049	Ztráta, odlomení a poškození umělých zubních náhrad a dočasných (mléčných) zubů	neplní se

Doplňující informace:
Ztráta zubů nebo jejich částí, vedoucích ke ztrátě vitality zubu, se plní jen v případě, nastane-li působením zevního násilí.

	OBLIČEJ, HLAVA	
050	Traumatická porucha lícního nervu lehkého stupně	10
051	Traumatická porucha lícního nervu těžkého stupně	15
052	Traumatická porucha trojklanného nervu lehkého stupně	5
053	Traumatická porucha trojklanného nervu středního stupně	10
054	Traumatická porucha trojklanného nervu těžkého stupně	15
055	Poškození obličeje provázené funkčními poruchami lehkého stupně	8
056	Poškození obličeje provázené funkčními poruchami středního stupně	20
057	Poškození obličeje provázené funkčními poruchami těžkého stupně	35
058	Mozková píštěl po poranění spodiny lební (likvorea)	15
059	Úplný defekt v klenbě lební v rozsahu do 2 cm^2	5
060	Úplný defekt v klenbě lební v rozsahu do 10 cm^2	15
061	Úplný defekt v klenbě lební v rozsahu přes 10 cm^2	25
062	Vážné mozkové poruchy a duševní poruchy po těžkém poranění hlavy (potvrzeno neurologickým a psychiatrickým vyšetřením)	od 10 do 100
	KRK	
063	Zúžení hrtanu nebo průdušnice lehkého stupně	15
064	Zúžení hrtanu nebo průdušnice středního stupně	30
065	Zúžení hrtanu nebo průdušnice těžkého stupně (nelze současně oceňovat při hodnocení podle položek 66 až 70)	65
066	Poúrazová porucha hlasu (nelze současně oceňovat podle položek 65 nebo 70)	do 25
067	Ztráta hlasu (afonie) (nelze současně oceňovat podle položek 65 nebo 70)	25
068	Ztížení mluvy následkem poškození ústrojí mluvy (nelze současně oceňovat podle položek 65 nebo 70)	20
069	Ztráta mluvy následkem poškození ústrojí mluvy (nelze současně oceňovat podle položek 65 nebo 70)	30
070	Stav po tracheotomii s trvale zavedenou kanylou (nelze současně oceňovat podle položek 66 až 69)	50
	PÁTEŘ,MÍCHA	
071	Omezení hybnosti páteře lehkého stupně	do 10
072	Omezení hybnosti páteře středního stupně	od 11 do 25
073	Omezení hybnosti páteře těžkého stupně	od 26 do 55
074	Poúrazové poškození páteře, míchy, míšních plen a kořenů s trvalými objektivními příznaky porušené funkce lehkého stupně	od 10 do 25
075	Poúrazové poškození páteře, míchy, míšních plen a kořenů s trvalými objektivními příznaky porušené funkce středního stupně	od 26 do 40
076	Poúrazové poškození páteře, míchy, míšních plen a kořenů s trvalými objektivními příznaky porušené funkce těžkého stupně	od 41 do 100
	HRUDNÍK	
077	Omezení hybnosti hrudníku a srůsty plic a stěny hrudní klinicky ověřené lehkého stupně	5
078	Omezení hybnosti hrudníku a srůsty plic a stěny hrudní klinicky ověřené středního stupně	10
079	Omezení hybnosti hrudníku a srůsty plic a stěny hrudní klinicky ověřené těžkého stupně	20
080	Jiné následky poranění plic podle stupně porušení funkce a rozsahu jednostranné	od 15 do 40
081	Jiné následky poranění plic podle stupně porušení funkce a rozsahu oboustranné	od 25 do 100
082	Poruchy srdeční a cévní (pouze po přímém poranění) klinicky ověřené podle stupně porušení funkce	od 10 do 100
083	Píštěl jícnu	30
084	Poúrazové zúžení jícnu lehkého stupně	10
085	Poúrazové zúžení jícnu středního stupně	od 11 do 30
086	Poúrazové zúžení jícnu těžkého stupně	od 31 do 60
	BŘICHO, DOLNÍ ČÁST ZAD, BEDERNÍ PÁTEŘ A PÁNEV	
087	Ztráta sleziny	15
088	Porušení břišní stěny provázené porušením břišního lisu	do 25
089	Porušení funkce trávicích orgánů podle stupně poruchy a výživy	od 10 do 100
090	Sterkorální píštěl podle sídla a rozsahu reakce v okolí	od 30 do 60
091	Nedomykavost řitních svěračů částečná	20
092	Nedomykavost řitních svěračů úplná	60
093	Poúrazové zúžení konečníku nebo řiti lehkého stupně	10
094	Poúrazové zúžení konečníku nebo řiti těžkého stupně	50
095	Porušení souvislosti pánevního prstence s poruchou statiky páteře a funkce dolních končetin u žen do 45 let	od 30 do 65
096	Porušení souvislosti pánevního prstence s poruchou statiky páteře a funkce dolních končetin u žen nad 45 let a u mužů	od 15 do 50

	MOČOVÉ A POHLAVNÍ ORGÁNY	
097	Ztráta jedné ledviny	25
098	Ztráta obou ledvin[1)]	75
099	Poúrazové následky poranění ledvin a močových cest včetně chronické druhotné infekce lehkého stupně	10
100	Poúrazové následky poranění ledvin a močových cest včetně chronické druhotné infekce středního stupně	20
101	Poúrazové následky poranění ledvin a močových cest včetně chronické druhotné infekce těžkého stupně	50
102	Píštěl močového měchýře nebo močové roury (nelze současně hodnotit podle položky 99 až 101)	50
103	Ztráta pyje nebo závažné deformity do 45 let (nelze současně hodnotit ztrátu potence podle položek 107 až 109)	40
104	Ztráta pyje nebo závažné deformity od 46 do 60 let (nelze současně hodnotit ztrátu potence podle položek 107 až 109)	20
105	Ztráta pyje nebo závažné deformity nad 60 let (nelze současně hodnotit ztrátu potence podle položek 107 až 109)	10
106	Ztráta jednoho varlete (při kryptorchismu hodnotit jako ztrátu obou varlat)	10
107	Ztráta obou varlat nebo ztráta potence doložená sexuologickým vyšetřením do 45 let	35
108	Ztráta obou varlat nebo ztráta potence doložená sexuologickým vyšetřením od 46 do 60 let	20
109	Ztráta obou varlat nebo ztráta potence doložená sexuologickým vyšetřením nad 60 let	10
110	Poúrazové deformace ženských pohlavních orgánů a prsou	od 10 do 50
	RAMENO, PAŽE (NADLOKTÍ)	
111	Úplná ztuhlost ramene v příznivém postavení nebo v postavení jemu blízkém (odtažení 50° až 70°, předpažení 40° až 45° a vnitřní rotace 20°)	30
112	Úplná ztuhlost ramene v nepříznivém postavení (úplná abdukce, addukce nebo postavení jim blízká)	35
113	Ztráta horní končetiny v ramenním kloubu nebo v oblasti mezi loketním a ramenním kloubem	60
114	Omezení pohyblivosti ramenního kloubu lehkého stupně	5
115	Omezení pohyblivosti ramenního kloubu středního stupně	10
116	Omezení pohyblivosti ramenního kloubu těžkého stupně	18
117	Pakloub kosti pažní	40
118	Chronický zánět kostní dřeně pažní kosti jen po otevřených zraněních nebo po operativních zákrocích nutných k léčení následků úrazu	30
119	Habituální vykloubení ramene (alespoň po třech jednoznačně úrazových luxacích ramenního kloubu)	20
120	Endoprotéza ramenního kloubu	15
121	Nenapravitelné vykloubení sternoklavikulární kromě případné poruchy funkce	3
122	Nenapravitelné vykloubení akromioklavikulární kromě případné poruchy funkce ramenního kloubu	6
	LOKET A PŘEDLOKTÍ	
123	Úplná ztuhlost loketního kloubu v příznivém postavení nebo v postavení jemu blízkých (ohnutí v úhlu 90° až 95°)	20
124	Úplná ztuhlost loketního kloubu v nepříznivém postavení (úplné natažení nebo úplné ohnutí a postavení jim blízká)	30
125	Ztráta předloktí při zachovalém loketním kloubu	55
126	Omezení pohyblivosti loketního kloubu lehkého stupně	6
127	Omezení pohyblivosti loketního kloubu středního stupně	12
128	Omezení pohyblivosti loketního kloubu těžkého stupně	18
129	Úplná ztuhlost kloubů radioulnárních v příznivém postavení (střední postavení nebo lehká pronace)	10
130	Úplná ztuhlost kloubů radioulnárních v nepříznivém postavení nebo v postaveních jemu blízkých	20
131	Omezení přivrácení a odvrácení předloktí lehkého stupně	5
132	Omezení přivrácení a odvrácení předloktí středního stupně	10
133	Omezení přivrácení a odvrácení předloktí těžkého stupně	20
134	Pakloub obou kostí předloktí	40
135	Pakloub kosti vřetenní	30
136	Pakloub kosti loketní	20
137	Chronický zánět kostní dřeně kostí předloktí jen po otevřených zraněních nebo po operativních zákrocích nutných k léčení následků úrazu	27
138	Viklavý kloub loketní	do 21
	ZÁPĚSTÍ, RUKA	
139	Ztráta ruky v zápěstí	50
140	Ztráta všech prstů ruky (popřípadě včetně záprstních kostí)	50
141	Ztráta prstů ruky mimo palec (popřípadě včetně záprstních kostí)	45
142	Úplná ztuhlost zápěstí v příznivém postavení (hřbetní ohnutí 20° až 40°)	20
143	Úplná ztuhlost zápěstí v nepříznivém postavení nebo v postaveních jemu blízkých (úplné hřbetní nebo dlaňové ohnutí ruky)	30
144	Omezení pohyblivosti zápěstí lehkého stupně	6
145	Omezení pohyblivosti zápěstí středního stupně	10
146	Omezení pohyblivosti zápěstí těžkého stupně	17
147	Pakloub člunkové kosti	15
148	Viklavost zápěstí	do 12
	PALEC RUKY	
149	Ztráta koncového článku palce	9
150	Ztráta obou článků palce	18
151	Ztráta palce se záprstní kostí	25
152	Úplná ztuhlost mezičlánkového kloubu palce v příznivém postavení (lehké poohnutí)	6

153	Úplná ztuhlost mezičlánkového kloubu palce v nepříznivém postavení (krajní ohnutí)	8
154	Úplná ztuhlost mezičlánkového kloubu palce v nepříznivém postavení (v hyperextenzi)	7
155	Úplná ztuhlost základního kloubu palce	6
156	Úplná ztuhlost karpometakarpálního kloubu palce v příznivém postavení (lehká opozice)	6
157	Úplná ztuhlost karpometakarpálního kloubu palce v nepříznivém postavení (úplná abdukce nebo addukce)	9
158	Úplná ztuhlost všech kloubů palce v nepříznivém postavení	25
159	Trvalé následky po špatně zhojené Bennetově zlomenině s trvající subluxací, kromě plnění za poruchu funkce	3
160	Porucha úchopové funkce palce při omezení pohyblivosti mezičlánkového kloubu lehkého stupně	2
161	Porucha úchopové funkce palce při omezení pohyblivosti mezičlánkového kloubu středního stupně	4
162	Porucha úchopové funkce palce při omezení pohyblivosti mezičlánkového kloubu těžkého stupně	6
163	Porucha úchopové funkce palce při omezení pohyblivosti základního kloubu lehkého stupně	2
164	Porucha úchopové funkce palce při omezení pohyblivosti základního kloubu středního stupně	4
165	Porucha úchopové funkce palce při omezení pohyblivosti základního kloubu těžkého stupně	6
166	Porucha úchopové funkce palce při omezení pohyblivosti karpometakarpálního kloubu lehkého stupně	3
167	Porucha úchopové funkce palce při omezení pohyblivosti karpometakarpálního kloubu středního stupně	6
168	Porucha úchopové funkce palce při omezení pohyblivosti karpometakarpálního kloubu těžkého stupně	9
	UKAZOVÁK A OSTATNÍ PRSTY RUKY	
169	Ztráta koncového článku ukazováku	4
170	Ztráta dvou článků ukazováku	8
171	Ztráta všech tří článků ukazováku	12
172	Ztráta ukazováku se záprstní kostí	15
173	Úplná ztuhlost všech tří kloubů ukazováku v krajním natažení	12
174	Úplná ztuhlost všech tří kloubů ukazováku v krajním ohnutí	15
175	Ztráta koncového článku jednoho z ostatních prstů	3
176	Ztráta dvou článků prstů bez omezení základního kloubu (ostatní prsty)	5
177	Ztráta všech tří článků prstu nebo dvou článků se ztuhlostí základního kloubu (ostatní prsty)	8
178	Ztráta celého prstu s příslušnou kostí záprstní (ostatní prsty)	9
179	Úplná ztuhlost všech tří kloubů jednoho z ostatních prstů v krajním natažení nebo ohnutí; v postavení bránícím funkci sousedních prstů	9
180	Nemožnost úplného natažení některého z mezičlánkových kloubů ukazováku	2
181	Nemožnost úplného natažení základního kloubu ukazováku s poruchou abdukce	3
182	Nemožnost úplného natažení jednoho z mezičlánkových kloubů při neporušené úchopové funkci prstu (ostatní prsty)	1
183	Nemožnost úplného natažení základního kloubu prstu s poruchou abdukce (ostatní prsty)	2
184	Porucha úchopové funkce prstu – do úplného sevření do dlaně chybí 1 až 2 cm	4
185	Porucha úchopové funkce prstu – do úplného sevření do dlaně chybí přes 2 až 3 cm	6
186	Porucha úchopové funkce prstu – do úplného sevření do dlaně chybí přes 3 až 4 cm	8
187	Porucha úchopové funkce prstu – do úplného sevření do dlaně chybí přes 4 cm	10

Doplňující informace:
Ostatními prsty ruky se rozumí prostředník, prsteník a malík; poruchy úchopové funkce prstu se vztahují i na ukazovák.

	NERVY HORNÍ KONČETINY	
188	Traumatická porucha nervu axillárního	do 30
189	Traumatická porucha kmene nervu vřetenního – s postižením všech inervovaných svalů	do 45
190	Traumatická porucha kmene nervu vřetenního – se zachováním funkce trojhlavého svalu	do 35
191	Traumatická porucha nervu muskulokutanního	do 30
192	Traumatická porucha kmene loketního nervu s postižením všech inervovaných svalů	do 40
193	Traumatická porucha distální části loketního nervu se zachováním funkce ulnárního ohybače karpu a části hlubokého ohybače prstů	do 30
194	Traumatická porucha kmene středního nervu s postižením všech inervovaných svalů	do 30
195	Traumatická porucha distální části středního nervu s postižením hlavně thenarového svalstva	do 15
196	Traumatická porucha všech tří nervů (popř. i celé pleteně pažní)	do 50

Doplňující informace:
V hodnocení jsou již zahrnuty případné vasomotorické a trofické poruchy.

	DOLNÍ KONČETINA, KYČEL, STEHNO	
197	Ztráta jedné dolní končetiny v kyčelním kloubu nebo ztráta jedné dolní končetiny v oblasti mezi kyčelním a kolenním kloubem	50
198	Pakloub stehenní kosti v krčku nebo nekrosa hlavice	40
199	Endoprotéza kyčelního kloubu (mimo hodnocení omezení hybnosti kloubu)	15
200	Chronický zánět kostní dřeně kosti stehenní jen po otevřených zraněních nebo po operativních zákrocích nutných k léčení následků úrazu	25
201	Zkrácení jedné dolní končetiny do 1 cm včetně	neplní se
202	Zkrácení jedné dolní končetiny do 4 cm včetně	do 5
203	Zkrácení jedné dolní končetiny do 7 cm včetně	do 15
204	Zkrácení jedné dolní končetiny přes 7 cm	do 25
205	Poúrazové deformity kosti stehenní (zlomeniny zhojené s odchylkou osovou nebo rotační), za každých 5° odchylky	5
206	Úplná ztuhlost kyčelního kloubu v příznivém postavení (lehké odtažení a základní postavení nebo nepatrné ohnutí)	30

207	Úplná ztuhlost kyčelního kloubu v nepříznivém postavení (úplné přitažení nebo odtažení, natažení nebo ohnutí a postavení těmto blízká)	40
208	Omezení pohyblivosti kyčelního kloubu lehkého stupně	10
209	Omezení pohyblivosti kyčelního kloubu středního stupně	20
210	Omezení pohyblivosti kyčelního kloubu těžkého stupně	30
211	Poúrazové oběhové a trofické poruchy na jedné dolní končetině	do 15
212	Poúrazové oběhové a trofické poruchy na obou dolních končetinách	do 30
213	Poúrazové atrofie svalstva dolních končetin – stehno od 3 cm při neomezeném rozsahu pohybu v kloubu	5

Doplňující informace:
Odchylky přes 45° se hodnotí jako ztráta končetiny. Při hodnocení osové odchylky nelze současně započítávat - musí být prokázány na RTG.

	KOLENO, BÉREC	
214	Úplná ztuhlost kolena v příznivém postavení – úplné natažení nebo ohnutí do úhlu 20°	30
215	Úplná ztuhlost kolena v nepříznivém postavení – ohnutí nad úhel 20°	30
216	Úplná ztuhlost kolena v nepříznivém postavení – ohnutí nad úhel 30°	45
217	Úplná ztuhlost kolena v nepříznivém postavení – ohnutí nad úhel 60°	50
218	Endoprotéza v oblasti kolenního kloubu (mimo hodnocení omezení hybnosti kloubu)	15
219	Omezení pohyblivosti kolenního kloubu lehkého stupně (bez dalšího zohlednění položek 214 až 218)	8
220	Omezení pohyblivosti kolenního kloubu středního stupně (bez dalšího zohlednění položek 214 až 218)	12
221	Omezení pohyblivosti kolenního kloubu těžkého stupně (bez dalšího zohlednění položek 214 až 218)	20
222	Viklavost kolenního kloubu v důsledku nedostatečnosti postranního vazu (bez dalšího zohlednění položek 214 až 218)	do 6
223	Viklavost kolenního kloubu v důsledku nedostatečnosti předního nebo zadního zkříženého vazu (bez dalšího zohlednění položek 214 až 218)	do 15
224	Viklavost kolenního kloubu v důsledku nedostatečnosti předního a zadního zkříženého a postranního vazu (bez dalšího zohlednění položek 214 až 218)	do 24
225	Trvalé následky po poranění měkkého kolena s příznaky poškození menisku lehkého a středního stupně (bez prokázaných blokád)	do 5
226	Trvalé následky po poranění měkkého kolena s příznaky poškození menisku těžkého stupně (s prokázanými opětovnými blokádami)	do 10
227	Trvalé následky po operativním vynětí čéšky včetně atrofie stehenních a lýtkových svalů	10
228	Trvalé následky po operativním vynětí části jednoho menisku (při úplném rozsahu pohybů a dobré stabilitě kloubu; jinak podle poruchy funkce)	3
229	Trvalé následky po operativním vynětí části obou menisků (při úplném rozsahu pohybů a dobré stabilitě kloubu; jinak podle poruchy funkce)	6
230	Ztráta dolní končetiny v bérci se zachovaným kolenem	45
231	Ztráta dolní končetiny v bérci se ztuhlým kolenním kloubem	50
232	Pakloub kosti holenní nebo obou kostí bérce	45
233	Chronický zánět kostní dřeně kostí bérce jen po otevřených zraněních nebo po operativních zákrocích nutných k léčení následků úrazu	22
234	Poúrazové atrofie svalstva dolních končetin – bérec od 3 cm při neomezeném rozsahu pohybu v kloubu	3
235	Poúrazové deformity bérce vzniklé zhojením zlomeniny v osové nebo rotační odchylce (odchylky musí být prokázány na RTG); za každých 5°	5

Doplňující informace:
Odchylky přes 45° se hodnotí jako ztráta bérce. Při hodnocení osové odchylky nelze současně počítat relativní zkrácení končetiny.

	KOTNÍK A NOHA POD NÍM	
236	Ztráta nohy v hlezenním kloubu	40
237	Ztráta nohy pod hlezenním kloubem se zachovalou patní kostí	25
238	Ztráta chodidla v Chopartově kloubu s artrodezou hlezna	30
239	Ztráta chodidla v Chopartově kloubu s pahýlem v plantární flexi	40
240	Ztráta chodidla v Lisfrancově kloubu nebo pod ním	25
241	Úplná ztuhlost hlezenního kloubu v příznivém postavení (ohnutí do plošky kolem 5°)	20
242	Úplná ztuhlost hlezenního kloubu v pravoúhlém postavení	25
243	Úplná ztuhlost hlezenního kloubu v nepříznivém postavení (dorsální flexe nebo větší stupně plantární flexe)	30
244	Omezení pohyblivosti hlezenního kloubu lehkého stupně	4
245	Omezení pohyblivosti hlezenního kloubu středního stupně	10
246	Omezení pohyblivosti hlezenního kloubu těžkého stupně	20
247	Omezení pronace a supinace nohy	do 12
248	Úplná ztráta pronace a supinace nohy	15
249	Viklavost hlezenního kloubu (nutný průkaz RTG)	do 21
250	Plochá nebo vbočená nebo vybočená noha následkem úrazu a jiné poúrazové deformity v oblasti hlezna a nohy	do 24
251	Chronický zánět kostní dřeně v oblasti tarsu a metatarsu a kosti patní jen po otevřených zraněních nebo po operativních zákrocích nutných k léčení následků úrazu	15
	PRSTY NOHOU	
252	Ztráta koncového článku palce nohy	3
253	Ztráta obou článků palce nohy	10
254	Ztráta obou článků palce nohy se záprstní kostí nebo s její částí	15
255	Ztráta jiného prstu nohy (včetně malíku) za každý prst	2
256	Ztráta malíku nohy se záprstní kostí nebo s její částí	10

257	Ztráta všech prstů nohy	15
258	Úplná ztuhlost mezičlánkového kloubu palce nohy	3
259	Omezení pohyblivosti mezičlánkového kloubu palce nohy	2
260	Úplná ztuhlost základního kloubu palce nohy	7
261	Úplná ztuhlost obou kloubů palce nohy	8
262	Úplná ztuhlost jiného prstu nohy než palce	1
263	Omezení pohyblivosti základního kloubu palce nohy	5
264	Porucha funkce kteréhokoliv jiného prstu nohy než palce (za každý prst)	1
	NERVY DOLNÍ KONČETINY	
265	Traumatická porucha nervu sedacího	do 50
266	Traumatická porucha nervu stehenního	do 30
267	Traumatická porucha nervu obturatorii	do 20
268	Traumatická porucha kmene nervu holenního s postižením všech inervovaných svalů	do 35
269	Traumatická porucha distální části nervu holenního s postižením funkce prstů	do 5
270	Traumatická porucha kmene nervu lýtkového s postižením všech inervovaných svalů	do 30
271	Traumatická porucha hluboké větve nervu lýtkového	do 20
272	Traumatická porucha povrchní větve nervu lýtkového	do 10
273	Stav po operaci Achillovy šlachy pro rupturu (v tomto případě se nehradí omezení hybnosti hlezenního kloubu)	5

Doplňující informace:
V hodnocení jsou již zahrnuty případné vasomotorické a trofické poruchy.

	JIZVY PLOŠNÉ A PODÉLNÉ	
274	Plošná jizva v rozsahu nad 0,25 % tělesného povrchu	0,1
275	Hypertrofická jizva (bez přihlédnutí k poruše funkce) v rozsahu do 0,5 % (včetně) tělesného povrchu, lokalizovaná v obličeji a na krku	do 5
276	Hypertrofická jizva (bez přihlédnutí k poruše funkce) v rozsahu nad 0,5 % tělesného povrchu, lokalizovaná v obličeji a na krku	do 20
277	Hypertrofická jizva (bez přihlédnutí k poruše funkce) v rozsahu do 0,5 % (včetně) tělesného povrchu, lokalizovaná mimo obličej a krk	do 2
278	Hypertrofická jizva (bez přihlédnutí k poruše funkce) v rozsahu nad 0,5 % tělesného povrchu, lokalizovaná mimo obličej a krk	do 4
279	Hypertrofická jizva (bez přihlédnutí k poruše funkce) v rozsahu nad 1 % tělesného povrchu za každé další 1% poškození tělesného povrchu	á 1
280	Jizva v obličeji a na krku do 2 cm délky včetně	neplní se
281	Jizva v obličeji a na krku od 2 do 3 cm délky včetně	0,5
282	Jizva v obličeji a na krku nad 3 cm délky – za každý další 1 cm	á 0,5
283	Podélná hypertrofická jizva (šitá rána) mimo obličej a krk do 8 cm včetně	neplní se
284	Podélná hypertrofická jizva (šitá rána) mimo obličej a krk nad 8 cm	0,1

VYSVĚTLIVKY

[1)] Pokud jsme již poskytli pojistné plnění za úplnou ztrátu zraku jednoho oka / za ztrátu jedné ledviny, poskytneme pojištěnému při ztrátě druhého z těchto párových orgánů rozdíl pojistné částky (progresivně navýšené) a již poskytnutého pojistného plnění za úplnou ztrátu zraku jednoho oka / za ztrátu jedné ledviny.

Stupně omezení rozsahu pohybu kloubů jsou stanovovány v porovnání s rozsahem pohybu párového kloubu, u nepárových kloubů v porovnání s fyziologickým rozsahem, následovně:
lehký stupeň: omezení hybnosti kloubu o 10 – 33 % ve všech rovinách pohybu;
střední stupeň: omezení hybnosti kloubu o 34 – 66 % ve všech rovinách pohybu;
těžký stupeň: omezení hybnosti kloubu o více než 66 % ve všech rovinách pohybu.

POMOCNÉ TABULKY

Tabulka č. 1 Rozsah trvalého následku úrazu při snížení zrakové ostrosti s optimální brýlovou korekcí a procento plnění

Vizus	6/6	6/9	6/12	6/15	6/18	6/24	6/30	6/36	6/60	3/60	1/60	0
6/6	0	2	4	6	9	12	15	18	21	23	24	25
6/9	2	4	6	8	11	14	18	21	23	25	27	30
6/12	4	6	9	11	14	18	21	24	27	30	32	35
6/15	6	8	11	15	18	21	24	27	31	35	38	40
6/18	9	11	14	18	21	25	28	32	38	43	47	50
6/24	12	14	18	21	25	30	35	41	47	52	57	60
6/30	15	18	21	24	28	35	42	49	56	62	68	70
6/36	18	21	24	27	32	41	49	58	66	72	77	80
6/60	21	23	27	31	38	47	56	66	75	83	87	90
3/60	23	25	30	35	43	52	62	72	83	90	95	95
1/60	24	27	32	38	47	57	68	77	87	95	100	100
0	25	30	35	40	50	60	70	80	90	95	100	100

Tabulka č. 2 Rozsah trvalého následku úrazu při koncentrickém zúžení zorního pole

Stupeň koncentrického zúžení	Jednoho oka	Obou očí stejně	Jednoho oka při slepotě druhého
K 60°	0	10	40
K 50°	5	25	50
Ke 40°	10	35	60
Ke 30°	15	45	70
Ke 20°	20	55	80
K 10°	23	75	90
K 5°	25	100	100

Tabulka č. 3 Rozsah trvalého následku úrazu při nekoncentrickém zúžení zorního pole

Hemianopsie homonymní			
Levostranná	35	Jednostranná temporální	od 15 do 20
Homonymní pravostranná	45	Jednostranná horní	od 5 do 20
Binasální	10	Jednostranná dolní	od 10 do 20
Bitemporální	od 60 do 70	Kvantová nasální horní	4
Horní oboustranná	od 10 do15	Nasální dolní	6
Dolní oboustranná	od 30 do 50	Temporální horní	6
Nasální jednostranná	6	Temporální dolní	12

Centrální scotom jednostranný i oboustranný se hodnotí podle hodnoty zrakové ostrosti.

OCEŇOVACÍ TABULKA LÉČENÍ ÚRAZU 1020

platná od 15. 10. 2020

ČÁST A – LÉČENÍ VÁŽNÝCH ÚRAZŮ

	Diagnózy	Maximální počet dnů léčení
	OKO	
A001	Pohmoždění očních víček a krajiny kolem očí (periokulární krajina) komplikované zlomeninou nosních kůstek a průnikem vzduchu do podkoží (emfyzém)	35
A002	Pohmoždění očních víček a krajiny kolem očí (periokulární krajina) komplikované zlomeninou nosních kůstek s přerušením slzných cest léčené konzervativně	35
A003	Pohmoždění očních víček a krajiny kolem očí (periokulární krajina) komplikované zlomeninou nosních kůstek s přerušením slzných cest léčené operačně	45
A004	Pohmoždění oka s krvácením do přední komory (hyféma)	49
A005	Pohmoždění oka s krvácením do přední komory spojené s natržením duhovky (iridorhexe, iridodialýza)	35
A006	Pohmoždění oka komplikované druhotným zvýšením nitroočního tlaku (sekundární glaukom)	77
A007	Pohmoždění oka komplikované šedým zákalem	70
A008	Pohmoždění oka komplikované částečným vykloubením čočky (subluxace) bez komplikací	35
A009	Pohmoždění oka komplikované částečným vykloubením čočky (subluxace) s komplikacemi	70
A010	Pohmoždění oka komplikované úplným vykloubením čočky (luxace nebo dislokace) bez komplikací	84
A011	Pohmoždění oka komplikované úplným vykloubením čočky (luxace nebo dislokace) s komplikacemi	105
A012	Pohmoždění oka komplikované výhřezem (prolaps) sklivce do přední komory oční	70
A013	Pohmoždění oka komplikované krvácením do sklivce (hemoftalmus) nebo sítnice mimo makulu (žlutá skvrna)	105
A014	Pohmoždění oka komplikované trhlinou sítnice nebo cévnatky zasahující makulu nebo úrazová makulární díra	102
A015	Pohmoždění oka komplikované poúrazovým odchlípením sítnice (amoce retiny) mimo makulu	105
A016	Pohmoždění oka komplikované poúrazovým odchlípením sítnice (amoce retiny) zasahujícím makulu (žlutá skvrna)	182
A017	Otevřená rána očního víčka přerušující slzné cesty	35
A018	Poranění okohybného aparátu s dvojitým viděním (diplopie)	70
A019	Oděrka (eroze) rohovky s nebo bez cizího tělesa komplikovaná rohovkovým vředem	42
A020	Oděrka (eroze) rohovky s nebo bez cizího tělesa komplikovaná nitroočním zánětem	42
A021	Hluboká rána rohovky bez proděravění s nebo bez cizího tělesa komplikovaná rohovkovým vředem	63
A022	Hluboká rána rohovky bez proděravění s nebo bez cizího tělesa komplikovaná nitroočním zánětem	56
A023	Rána rohovky nebo bělimy s proděravěním léčená bez komplikací	42
A024	Rána rohovky nebo bělimy s proděravěním komplikovaná nitroočním tělískem	77
A025	Rána rohovky nebo bělimy s proděravěním komplikovaná nitroočním zánětem	77
A026	Rána rohovky nebo bělimy s proděravěním komplikovaná výhřezem duhovky nebo jejím vklíněním	84
A027	Rána rohovky nebo bělimy s proděravěním komplikovaná šedým zákalem	56
A028	Rána pronikající do očnice komplikovaná zánětem	56
A029	Rána pronikající do očnice komplikovaná cizím tělesem	56
A030	Poranění oka vyžadující bezprostřední vynětí oka (enukleace)	56
A031	Zánět slzného váčku prokázaný po úrazu léčený operačně	36
A032	Úrazové postižení zrakového nervu a chiazmatu, překřížení zrakových nervů	105
A033	Popálení nebo poleptání rohovkového parenchymu	175
A034	Poleptání nebo popálení spojivky třetího stupně	49
	UCHO	
A035	Rána boltce s druhotnou infekcí léčená operačně	35
A036	Otřes vnitřního ucha (labyrintu)	49
A037	Traumatické poškození sluchu	35
	NOS	
A038	Zlomenina kostí nosních s posunutím úlomků	35
	ÚSTNÍ DUTINA	
A039	Ztráta nebo nutná extrakce dvou až šesti zubů následkem působení vnějšího násilí (nikoliv skousnutí)	42
A040	Ztráta nebo nutná extrakce sedmi nebo více zubů následkem působení vnějšího násilí (nikoliv skousnutí)	63
A041	Uvolnění závěsného vazivového aparátu jednoho a více zubů (subluxace, luxace, reimplantace) s nutnou fixační dlahou	35
A042	Zlomení jednoho nebo více zubních kořenů s nutnou fixační dlahou	63
	OBLIČEJ, HLAVA	
A043	Částečná skalpace hlavy s kožním defektem	35
A044	Úplná skalpace hlavy s kožním defektem	77

A045	Zlomenina spodiny lební	147
A046	Zlomenina klenby lební bez vpáčení úlomků	53
A047	Zlomenina klenby lební s vpáčením úlomků nebo s operačním léčením	91
A048	Zlomenina kosti čelní bez vpáčení úlomků	49
A049	Zlomenina kosti čelní s vpáčením úlomků nebo s operačním léčením	77
A050	Zlomenina kosti temenní bez vpáčení úlomků	49
A051	Zlomenina kosti temenní s vpáčením úlomků nebo s operačním léčením	84
A052	Zlomenina kosti týlní bez vpáčení úlomků	49
A053	Zlomenina kosti týlní s vpáčením úlomků nebo s operačním léčením	84
A054	Zlomenina kosti spánkové bez vpáčení úlomků	49
A055	Zlomenina kosti spánkové s vpáčením úlomků nebo s operačním léčením	80
A056	Zlomenina okraje očnice	56
A057	Zlomenina jařmového oblouku	56
A058	Zlomenina dolní čelisti bez posunutí úlomků	49
A059	Zlomenina dolní čelisti s posunutím úlomků	77
A060	Zlomenina horní čelisti bez posunutí úlomků	63
A061	Zlomenina horní čelisti s posunutím úlomků	91
A062	Zlomenina dásňového výběžku horní či dolní čelisti	49
A063	Zlomenina kosti lícní (jařmové)	42
A064	Zlomenina komplexu jařmové kosti a horní čelisti	84
A065	Sdružená zlomenina Le Fort I.	84
A066	Sdružená zlomenina Le Fort II.	112
A067	Sdružená zlomenina Le Fort III.	210
A068	Otřes mozku těžšího stupně s hospitalizací nad 3 dny	56
A069	Otřes mozku těžkého stupně s pozitivním nálezem na EEG a hospitalizací alespoň 7 dnů	112
A070	Pohmoždění mozku	182
A071	Rozdrcení mozkové tkáně	365
A072	Krvácení do mozku	365
A073	Krvácení nitrolební a do kanálu páteřního	365
A074	Pohmoždění periferního nervu s krátkodobou obrnou	42
A075	Poranění motorického nervu s přerušením vodivých vláken	140
A076	Úplné přerušení kmene periferního nervu	280
	KRK	
A077	Proděravění jícnu (poleptání, proděravění nebo roztržení jícnu)	105
A078	Perforující poranění hrtanu nebo průdušnice	112
	PÁTEŘ, MÍCHA	
A079	Subluxace krční páteře (posun obratlů prokázaný na RTG, jinak se hodnotí jako podvrtnutí)	140
A080	Vymknutí atlantookcipitální	182
A081	Vymknutí krční páteře	182
A082	Zlomenina jazylky nebo chrupavky štítné	105
A083	Zlomenina zubu čepovce (2. krčního obratle)	182
A084	Vymknutí hrudní páteře	182
A085	Kompresivní zlomenina těla obratle krční páteře se snížením přední části těla nejvýše o jednu třetinu	105
A086	Kompresivní zlomenina těl více obratlů krční páteře se snížením předních částí těl nejvýše o jednu třetinu	126
A087	Kompresivní zlomenina těla obratle krční páteře se snížením přední části těla o více než jednu třetinu léčené konzervativně	175
A088	Kompresivní zlomenina těl více obratlů krční páteře se snížením předních částí těl o více než jednu třetinu léčené konzervativně	210
A089	Kompresivní zlomenina těla obratle hrudní páteře se snížením přední části těla nejvýše o jednu třetinu	112
A090	Kompresivní zlomenina těl více obratlů hrudní páteře se snížením předních částí těl nejvýše o jednu třetinu	126
A091	Kompresivní zlomenina těla obratle hrudní páteře se snížením přední části těla o více než jednu třetinu léčené konzervativně	161
A092	Kompresivní zlomenina těl více obratlů hrudní páteře se snížením předních částí těl o více než jednu třetinu léčené konzervativně	210
A093	Zlomenina trnového výběžku jednoho obratle	35
A094	Zlomenina trnových výběžků více obratlů	42
A095	Zlomenina příčného výběžku jednoho obratle	49
A096	Zlomenina příčného výběžku více obratlů	63
A097	Zlomenina kloubního výběžku jednoho obratle	56
A098	Zlomenina kloubních výběžků více obratlů	70
A099	Zlomenina oblouku jednoho obratle	84
A100	Zlomenina oblouku více obratlů	105
A101	Zlomenina těla obratle bez dislokace, bez komprese (fissura)	63
A102	Tříštivá (nestabilní) zlomenina těla obratle	245
A103	Tříštivé (nestabilní) zlomeniny těl více obratlů	245
A104	Úrazové poškození meziobratlové ploténky při současné zlomenině těla přilehlého obratle	182

A105	Otřes míchy	56
A106	Pohmoždění míchy	182
A107	Krvácení do míchy	365
A108	Rozdrcení míchy	365
	HRUDNÍK	
A109	Otevřená rána hrudníku - poúrazové krvácení do hrudníku léčené konzervativně	63
A110	Otevřená rána hrudníku - poúrazové krvácení do hrudníku léčené operačně	98
A111	Poúrazový pneumotorax zavřený	84
A112	Poúrazový mediastinální a podkožní emfysem	98
A113	Poúrazový pneumotorax otevřený nebo ventilový	98
A114	Pohmoždění plic	35
A115	Roztržení plic	84
A116	Roztržení bránice	105
A117	Úrazové poškození srdce klinicky prokázané	365
A118	Zlomenina kosti hrudní bez posunutí úlomků	42
A119	Zlomenina kosti hrudní s posunutím úlomků	70
A120	Dvířková zlomenina kosti hrudní (léčená operativně)	98
A121	Zlomenina jednoho žebra (klinicky prokázaná)	35
A122	Zlomenina dvou až pěti žeber (klinicky prokázaná)	49
A123	Zlomenina více než pěti žeber (klinicky prokázaná)	63
A124	Dvířková zlomenina dvou až čtyř žeber (léčená operativně)	70
A125	Dvířková zlomenina více než čtyř žeber (léčená operativně)	98
	BŘICHO, DOLNÍ ČÁST ZAD, BEDERNÍ PÁTEŘ A PÁNEV	
A126	Pohmoždění stěny břišní s operativní revizí při negativním nálezu na orgánech	49
A127	Otevřená rána břicha, dolní části zad nebo pánve pronikající do dutiny břišní (bez poranění nitrobřišních orgánů)	35
A128	Roztržení jater léčené konzervativně	84
A129	Roztržení sleziny léčené konzervativně	84
A130	Roztržení jater léčené operačně	105
A131	Roztržení sleziny léčené operačně	105
A132	Zhmoždění sleziny (sonografie)	35
A133	Roztržení slinivky břišní	112
A134	Úrazové proděravění žaludku	84
A135	Úrazové proděravění dvanáctníku	84
A136	Roztržení nebo přetržení tenkého střeva bez resekce	56
A137	Roztržení nebo přetržení tenkého střeva s resekcí	84
A138	Roztržení nebo přetržení tlustého střeva bez resekce	63
A139	Roztržení nebo přetržení tlustého střeva s resekcí	84
A140	Roztržení nebo přetržení okruží (mesenteria) bez resekce střeva	56
A141	Roztržení nebo přetržení okruží (mesenteria) s resekcí střeva	77
A142	Rozestup spony stydké	105
A143	Podvrtnutí pánve v kloubu křížokyčelním	35
A144	Vymknutí bederní páteře	182
A145	Vymknutí kostrče	49
A146	Zlomenina oblouku jednoho obratle bederní páteře	84
A147	Zlomenina oblouků více obratlů bederní páteře	98
A148	Kompresivní zlomenina těla obratle bederní páteře se snížením přední části těla nejvýše o jednu třetinu	119
A149	Kompresivní zlomenina těl více obratlů bederní páteře se snížením předních částí těl nejvýše o jednu třetinu	140
A150	Kompresivní zlomenina těla obratle bederní páteře se snížením přední části těla o více než jednu třetinu léčená konzervativně	175
A151	Kompresivní zlomenina těl více obratlů bederní páteře se snížením předních částí těl o více než jednu třetinu léčená konzervativně	210
A152	Tříštivá (nestabilní) zlomenina těla obratle bederní páteře	224
A153	Tříštivé (nestabilní) zlomeniny těl více obratlů bederní páteře	245
A154	Odtržení předního trnu nebo hrbolu kosti kyčelní	49
A155	Jednostranná zlomenina kosti stydké nebo sedací bez posunutí	63
A156	Jednostranná zlomenina kosti stydké nebo sedací s posunutím	98
A157	Oboustranná zlomenina kostí stydkých nebo jednostranná zlomenina s rozestupem spony stydké	196
A158	Zlomenina lopaty kosti kyčelní bez posunutí	70
A159	Zlomenina lopaty kosti kyčelní s posunutím	98
A160	Zlomenina kosti křížové	70
A161	Zlomenina kostrče	49
A162	Zlomenina acetabula	105
A163	Zlomenina kosti stydké a kosti kyčelní	182
A164	Zlomenina kosti stydké s luxací křížokyčelní	182

A165	Zlomenina acetabula se subluxací až luxací kyčelního kloubu	245
A166	Zlomenina pánevního kruhu oboustranná tříštivá nebo dislokovaná s kompletní nestabilitou	245
	MOČOVÉ A POHLAVNÍ ORGÁNY	
A167	Pohmoždění ledviny s provedeným specializovaným vyšetřením a s přítomností krve v moči (s hematurií)	35
A168	Roztržení nebo rozdrcení ledviny léčené konzervativně	70
A169	Roztržení nebo rozdrcení ledviny léčené operačně	98
A170	Roztržení močového měchýře nebo močové trubice	77
A171	Pohmoždění těžšího stupně nebo roztržení zevního genitálu ženy s provedeným specializovaným vyšetřením	35
A172	Pohmoždění pyje, varlat nebo šourku těžšího stupně s provedeným specializovaným vyšetřením, léčení alespoň 5 dnů	35
A173	Pohmoždění varlat a šourku těžšího stupně s provedeným specializovaným vyšetřením a poúrazovým zánětem varlete nebo nadvarlete	63
	RAMENO, PAŽE (NADLOKTÍ)	
A174	Pohmoždění ramene těžšího stupně s poúrazovou periarthritidou	42
A175	Natržení svalu nebo poškození kloubního pouzdra v úrovni ramene nebo paže	35
A176	Natržení svalu nadhřebenového nebo úplné přetržení svalu nadhřebenového léčené konzervativně	70
A177	Úplné přetržení svalu nadhřebenového léčené operačně	84
A178	Přetržení nebo úplné odtržení šlachy dlouhé hlavy dvouhlavého svalu pažního léčené konzervativně	42
A179	Přetržení nebo úplné odtržení šlachy dlouhé hlavy dvouhlavého svalu pažního léčené operačně	70
A180	Vymknutí kloubu mezi klíční kostí a lopatkou léčené konzervativně – repozice lékařem	42
A181	Vymknutí kloubu mezi klíční kostí a lopatkou léčené operačně	70
A182	Vymknutí kloubu mezi klíční kostí a kostí hrudní léčené konzervativně	35
A183	Vymknutí kloubu mezi klíční kostí a kostí hrudní léčené operačně	63
A184	Vymknutí ramenního kloubu (kosti pažní) léčené konzervativně – repozice lékařem	49
A185	Vymknutí ramenního kloubu (kosti pažní) léčené operačně	84
A186	Zlomenina těla lopatky	56
A187	Zlomenina krčku lopatky	56
A188	Zlomenina nadpažku lopatky	42
A189	Zlomenina zobákovitého výběžku lopatky	42
A190	Zlomenina klíční kosti neúplná	35
A191	Zlomenina klíční kosti úplná bez posunutí úlomků	42
A192	Zlomenina klíční kosti úplná s posunutím úlomků	49
A193	Zlomenina klíční kosti operovaná	56
A194	Zlomenina horního konce kosti pažní – velkého hrbolu bez posunutí úlomků	42
A195	Zlomenina horního konce kosti pažní – velkého hrbolu s posunutím úlomků	56
A196	Zlomenina horního konce kosti pažní – roztříštěná zlomenina hlavice	112
A197	Zlomenina horního konce kosti pažní – krčku bez posunutí úlomků	56
A198	Zlomenina horního konce kosti pažní – krčku, zaklíněná	63
A199	Zlomenina horního konce kosti pažní – krčku s posunutím úlomků	77
A200	Zlomenina horního konce kosti pažní – krčku luxační nebo operační	105
A201	Zlomenina těla kosti pažní neúplná	63
A202	Zlomenina těla kosti pažní úplná bez posunutí úlomků	77
A203	Zlomenina těla kosti pažní úplná s posunutím úlomků	105
A204	Zlomenina těla kosti pažní otevřená nebo operovaná	140
A205	Zlomenina kosti pažní nad kondyly neúplná	56
A206	Zlomenina kosti pažní nad kondyly úplná bez posunutí úlomků	63
A207	Zlomenina kosti pažní nad kondyly s posunutím úlomků	84
A208	Zlomenina kosti pažní nad kondyly otevřená nebo operovaná	112
A209	Poúrazová amputace paže	182
A210	Poúrazová amputace – exartikulace v ramenním kloubu	210
	LOKET A PŘEDLOKTÍ	
A211	Natržení svalu nebo poškození kloubního pouzdra v úrovni lokte nebo předloktí	35
A212	Vymknutí předloktí (lokte) léčené konzervativně – repozice lékařem	49
A213	Vymknutí předloktí (lokte) léčené operačně	84
A214	Nitrokloubní zlomenina dolního konce kosti pažní (zlomenina trans-interkondylická, zlomenina hlavičky nebo kladky kosti pažní) bez posunutí úlomků	70
A215	Nitrokloubní zlomenina dolního konce kosti pažní (zlomenina trans-interkondylická, zlomenina hlavičky nebo kladky kosti pažní) s posunutím úlomků	84
A216	Nitrokloubní zlomenina dolního konce kosti pažní (zlomenina trans-interkondylická, zlomenina hlavičky nebo kladky kosti pažní) otevřená nebo léčená operativně	112
A217	Zlomenina mediálního epikondylu (ulnárního) kosti pažní bez posunutí úlomků	42
A218	Zlomenina mediálního epikondylu (ulnárního) kosti pažní s posunutím úlomků do výše štěrbiny kloubu	70
A219	Zlomenina mediálního epikondylu (ulnárního) kosti pažní s posunutím úlomků do kloubu	105
A220	Zlomenina laterálního (zevního) epikondylu kosti pažní bez posunutí úlomků	42
A221	Zlomenina laterálního (zevního) epikondylu kosti pažní s posunutím úlomků do výše štěrbiny kloubu	105

A222	Zlomenina laterálního (zevního) epikondylu kosti pažní s posunutím úlomků do kloubu	105
A223	Zlomenina okovce kosti loketní léčená konzervativně	42
A224	Zlomenina okovce kosti loketní léčená operačně	70
A225	Zlomenina výběžku korunového kosti loketní	56
A226	Zlomenina hlavičky nebo krčku kosti vřetenní léčená konzervativně	56
A227	Zlomenina hlavičky nebo krčku kosti vřetenní léčená operačně	77
A228	Zlomenina těla kosti loketní neúplná	56
A229	Zlomenina těla kosti loketní úplná bez posunutí úlomků	70
A230	Zlomenina těla kosti loketní úplná s posunutím úlomků	84
A231	Zlomenina těla kosti loketní úplná otevřená nebo operovaná	105
A232	Zlomenina těla kosti vřetenní neúplná	56
A233	Zlomenina těla kosti vřetenní úplná bez posunutí úlomků	70
A234	Zlomenina těla kosti vřetenní úplná s posunutím úlomků	84
A235	Zlomenina těla kosti vřetenní úplná, otevřená nebo operovaná	105
A236	Zlomenina obou kostí předloktí neúplná	63
A237	Zlomenina obou kostí předloktí úplná bez posunutí úlomků	84
A238	Zlomenina obou kostí předloktí úplná s posunutím úlomků	126
A239	Zlomenina obou kostí předloktí otevřená nebo operovaná	168
A240	Monteggiova luxační zlomenina předloktí léčená konzervativně	126
A241	Monteggiova luxační zlomenina předloktí léčená operačně	168
A242	Zlomenina dolního konce kosti vřetenní neúplná	42
A243	Zlomenina dolního konce kosti vřetenní úplná bez posunutí úlomků	63
A244	Zlomenina dolního konce kosti vřetenní úplná s posunutím úlomků (Collesova, Smithova)	84
A245	Zlomenina dolního konce kosti vřetenní otevřená nebo operovaná (Collesova, Smithova)	98
A246	Zlomenina dolního konce kosti vřetenní (epifyseolysa) bez posunutí úlomků	42
A247	Zlomenina dolního konce kosti vřetenní (epifyseolysa) s posunutím úlomků nebo léčená operačně	70
A248	Zlomenina bodcovitého výběžku kosti loketní	35
A249	Zlomenina bodcovitého výběžku kosti vřetenní bez posunutí úlomků	56
A250	Zlomenina bodcovitého výběžku kosti vřetenní s posunutím úlomků nebo léčená operačně	70
A251	Poúrazová amputace jednoho předloktí	140
A252	Poúrazová amputace obou předloktí	182
	ZÁPĚSTÍ, RUKA, PRSTY NA RUKOU	
A253	Natržení svalu nebo poškození kloubního pouzdra v úrovni zápěstí nebo ruky	40
A254	Neúplné přerušení šlach ohýbačů nebo natahovačů v zápěstí	77
A255	Úplné přerušení šlach ohýbačů nebo natahovačů v zápěstí	98
A256	Neúplné přerušení šlach natahovačů nebo ohýbačů na prstech nebo na ruce u několika prstů	49
A257	Úplné přerušení šlach ohýbačů na prstu nebo na ruce u jednoho prstu	56
A258	Úplné přerušení šlach ohýbačů na prstech nebo na ruce u několika prstů	77
A259	Úplné přerušení šlach natahovačů na prstu nebo na ruce u jednoho prstu	49
A260	Úplné přerušení šlach natahovačů na prstech nebo na ruce u několika prstů	70
A261	Odtržení dorsální aponeurózy (extenzoru) prstu	49
A262	Vymknutí zápěstí (kosti měsíční a luxace perilunární) léčené konzervativně – repozice lékařem	70
A263	Vymknutí zápěstí (kosti měsíční a luxace perilunární) léčené operačně	105
A264	Vymknutí jedné záprstní kosti – repozice lékařem	35
A265	Vymknutí více záprstních kostí – repozice lékařem	49
A266	Vymknutí základních nebo druhých a třetích článků prstu u jednoho prstu – repozice lékařem	42
A267	Vymknutí základních nebo druhých a třetích článků prstu u několika prstů – repozice lékařem	56
A268	Zlomenina kosti člunkové neúplná	70
A269	Zlomenina kosti člunkové úplná bez posunutí úlomků	105
A270	Zlomenina kosti člunkové úplná s posunutím úlomků nebo operovaná	126
A271	Zlomenina kosti člunkové komplikovaná nekrózou	161
A272	Zlomenina jiné kosti zápěstní neúplná	35
A273	Zlomenina jiné kosti zápěstní úplná	56
A274	Zlomenina několika kostí zápěstních	98
A275	Luxační zlomenina base první kosti záprstní (Bennettova) léčená konzervativně	70
A276	Luxační zlomenina base první kosti záprstní (Bennettova) léčená operačně	84
A277	Zlomenina jedné kosti záprstní úplná bez posunutí úlomků	42
A278	Zlomenina jedné kosti záprstní úplná s posunutím úlomků	56
A279	Zlomenina jedné kosti záprstní otevřená nebo operovaná	70
A280	Zlomenina více kostí záprstních bez posunutí úlomků	49
A281	Zlomenina více kostí záprstních s posunutím úlomků	63
A282	Zlomenina více kostí záprstních otevřená nebo operovaná	77

A283	Zlomenina jednoho článku jednoho prstu neúplná či úplná bez posunutí úlomků	35
A284	Zlomenina jednoho článku jednoho prstu s posunutím úlomků včetně abrupce corticalis	49
A285	Zlomenina jednoho článku jednoho prstu otevřená nebo operovaná	56
A286	Zlomenina více článků jednoho prstu neúplná či úplná bez posunutí úlomků	49
A287	Zlomenina více článků jednoho prstu s posunutím úlomků	77
A288	Zlomenina více článků jednoho prstu otevřená nebo operovaná	84
A289	Zlomenina článků dvou nebo více prstů neúplná či úplná bez posunutí úlomků	56
A290	Zlomenina článků dvou nebo více prstů s posunutím úlomků	84
A291	Zlomenina článků dvou nebo více prstů otevřená nebo operovaná	98
A292	Poúrazová amputace článku prstu ruky	35
A293	Poúrazová amputace jednoho prstu ruky včetně jeho kostěné části	56
A294	Poúrazová amputace všech prstů ruky včetně jejich kostěných částí	105
A295	Amputace části prstu v distálním článku s kostí	35
A296	Amputace prstu nebo jeho části ve středním nebo proximálním článku s kostí	56
A297	Amputace části palce s kostí v distálním článku (méně než polovina prstu)	35
A298	Amputace palce nebo jeho části s kostí v proximálním článku (více než polovina prstu)	90
A299	Amputace prstu nebo jeho části	50
A300	Amputace více prstů nebo jejích částí	90
A301	Poúrazová amputace ruky v úrovni zápěstí a ruky	112
A302	Poúrazová amputace obou rukou v úrovni zápěstí a ruky	140
	DOLNÍ KONČETINA, KYČEL, STEHNO	
A303	Natržení většího svalu v úrovni kyčle nebo stehna	35
A304	Úplné přerušení většího svalu nebo šlachy v úrovni kyčle nebo stehna léčené konzervativně	56
A305	Úplné přerušení většího svalu nebo šlachy v úrovni kyčle nebo stehna léčené operačně	63
A306	Podvrtnutí kyčelního kloubu	49
A307	Vymknutí kyčelního kloubu léčené konzervativně – repozice lékařem	63
A308	Vymknutí kyčelního kloubu léčené operačně	91
A309	Zlomenina krčku kosti stehenní zaklíněná i nezaklíněná léčená konzervativně	182
A310	Zlomenina krčku kosti stehenní zaklíněná i nezaklíněná léčená operačně	182
A311	Zlomenina krčku kosti stehenní léčená endoprotézou	210
A312	Zlomenina krčku kosti stehenní komplikovaná nekrózou	252
A313	Traumatická epifyseolysa hlavice kosti stehenní bez posunu úlomků	112
A314	Traumatická epifyseolysa hlavice kosti stehenní s posunutím úlomků	182
A315	Traumatická epifyseolysa hlavice kosti stehenní s nekrózou	252
A316	Zlomenina velkého chocholíku	77
A317	Zlomenina malého chocholíku	63
A318	Zlomenina pertrochanterická léčená konzervativně	140
A319	Zlomenina pertrochanterická léčená operačně	161
A320	Zlomenina subtrochanterická léčená konzervativně	182
A321	Zlomenina subtrochanterická léčená operačně	196
A322	Zlomenina těla kosti stehenní neúplná	133
A323	Zlomenina těla kosti stehenní úplná bez posunutí úlomků	154
A324	Zlomenina těla kosti stehenní úplná s posunutím úlomků léčená konzervativně	210
A325	Zlomenina těla kosti stehenní úplná s posunutím úlomků léčená operačně	189
A326	Zlomenina kosti stehenní nad kondyly neúplná	133
A327	Zlomenina kosti stehenní nad kondyly úplná bez posunutí úlomků	189
A328	Zlomenina kosti stehenní nad kondyly úplná s posunutím úlomků léčená konzervativně	203
A329	Zlomenina kosti stehenní nad kondyly úplná s posunutím úlomků léčená operačně	224
A330	Traumatická epifyseolysa distálního konce kosti stehenní	203
A331	Poúrazová amputace – exartikulace kyčelního kloubu nebo snesení stehna	365
	KOLENO, BÉREC	
A332	Natržení většího svalu v úrovni kolena nebo bérce	35
A333	Úplné přerušení většího svalu nebo šlachy v úrovni kolena nebo bérce léčené konzervativně	49
A334	Úplné přerušení většího svalu nebo šlachy v úrovni kolena nebo bérce léčené operačně	70
A335	Natržení Achillovy šlachy	35
A336	Přetržení Achillovy šlachy	70
A337	Podvrtnutí kolenního kloubu s natažením vazů, pevná fixace	35
A338	Natržení zkříženého vazu kolenního včetně případné artroskopické operace	56
A339	Natržení vnitřního nebo zevního postranního vazu kolenního léčené konzervativně	42
A340	Natržení vnitřního nebo zevního postranního vazu kolenního léčené operačně	49
A341	Přetržení nebo úplné odtržení postranního vazu kolenního včetně případné artroskopické operace	70
A342	Přetržení nebo úplné odtržení zkříženého vazu kolenního léčené konzervativně včetně případné artroskopické operace	84

A343	Přetržení nebo úplné odtržení zkříženého vazu kolenního léčené plastikou	112
A344	Poranění zevního nebo vnitřního menisku léčené konzervativně	42
A345	Poranění zevního nebo vnitřního menisku léčené menisektomií	70
A346	Vymknutí čéšky léčené konzervativně – repozice lékařem	49
A347	Vymknutí kolenního kloubu léčené konzervativně – repozice lékařem	98
A348	Vymknutí kolenního kloubu otevřené nebo léčené operačně	119
A349	Odlomení kondylu kosti stehenní léčené konzervativně - zlomenina nezasahuje nitrokloubně	84
A350	Odlomení kondylu kosti stehenní léčené konzervativně - zlomenina zasahuje nitrokloubně	126
A351	Odlomení kondylu kosti stehenní léčené operačně	112
A352	Nitrokloubní zlomenina kosti stehenní bez posunutí úlomků	140
A353	Nitrokloubní zlomenina kosti stehenní léčená konzervativně	182
A354	Nitrokloubní zlomenina kosti stehenní léčená operačně	224
A355	Zlomenina kloubní chrupavky na kondylech kosti stehenní	70
A356	Zlomenina čéšky bez posunutí úlomků	84
A357	Zlomenina čéšky s posunutím úlomků léčená konzervativně	105
A358	Zlomenina čéšky léčená operačně	98
A359	Zlomenina čéšky osteochondrální	77
A360	Zlomenina kloubní chrupavky na čéšce (ASK)	77
A361	Zlomenina mezihrbolové vyvýšeniny kosti holenní léčená konzervativně	105
A362	Zlomenina mezihrbolové vyvýšeniny kosti holenní léčená operačně	126
A363	Nitrokloubní zlomenina horního konce kosti holenní jednoho kondylu bez posunutí úlomků	105
A364	Nitrokloubní zlomenina horního konce kosti holenní jednoho kondylu s posunutím úlomků	126
A365	Nitrokloubní zlomenina horního konce kosti holenní obou kondylů bez posunutí úlomků	126
A366	Nitrokloubní zlomenina horního konce kosti holenní obou kondylů s posunutím úlomků nebo s epifyseolysou	154
A367	Odlomení drsnatiny kosti holenní léčené konzervativně	70
A368	Odlomení drsnatiny kosti holenní léčené operačně	84
A369	Zlomenina kosti lýtkové bez postižení hlezenního kloubu neúplná	35
A370	Zlomenina kosti lýtkové bez postižení hlezenního kloubu úplná	56
A371	Zlomenina kosti holenní nebo obou kostí bérce neúplná, epifyseolysa	105
A372	Zlomenina kosti holenní nebo obou kostí bérce úplná bez posunutí úlomků	126
A373	Zlomenina kosti holenní nebo obou kostí bérce úplná s posunutím úlomků	154
A374	Zlomenina kosti holenní nebo obou kostí bérce operovaná	210
A375	Poúrazová amputace bérce	301
A376	Poúrazová amputace obou bérců	365
	KOTNÍK A NOHA POD NÍM	
A377	Natržení většího svalu v úrovni kotníku nebo nohy	35
A378	Úplné přerušení většího svalu nebo šlachy v úrovni kotníku nebo nohy léčené konzervativně	49
A379	Úplné přerušení většího svalu nebo šlachy v úrovni kotníku nebo nohy léčené operačně	70
A380	Podvrtnutí hlezenního kloubu, částečné porušení vazů, léčené operačně	35
A381	Natržení vnitřního nebo zevního postranního vazu kotníku	35
A382	Přetržení vnitřního nebo zevního postranního vazu kotníku	56
A383	Vymknutí hlezenní kosti léčené konzervativně – repozice lékařem	70
A384	Vymknutí hlezenní kosti otevřené nebo léčené operačně	84
A385	Vymknutí v oblasti Chopartova nebo Lisfrancova kloubu léčené konzervativně nebo operačně	84
A386	Vymknutí kosti loďkovité, krychlové nebo kostí klínových léčené konzervativně	70
A387	Vymknutí kosti loďkovité, krychlové nebo kostí klínových otevřené nebo léčené operačně	84
A388	Vymknutí zánártních kostí léčené konzervativně	56
A389	Vymknutí zánártních kostí otevřené nebo léčené operačně	70
A390	Vymknutí základních kloubů palce nebo více prstů nohy – repozice lékařem	35
A391	Vymknutí mezičlánkových kloubů palce nebo více prstů nohy – repozice lékařem	35
A392	Zlomenina zevního kotníku neúplná	42
A393	Zlomenina zevního kotníku úplná bez posunutí úlomků	56
A394	Zlomenina zevního kotníku úplná s posunutím úlomků	70
A395	Zlomenina zevního kotníku operovaná	84
A396	Zlomenina zevního kotníku se subluxací kosti hlezenní zevně léčená konzervativně	105
A397	Zlomenina zevního kotníku se subluxací kosti hlezenní zevně léčená operačně	120
A398	Zlomenina typu Weber A	70
A399	Zlomenina typu Weber B	126
A400	Zlomenina typu Weber C	154
A401	Zlomenina vnitřního kotníku neúplná	56
A402	Zlomenina vnitřního kotníku úplná bez posunutí úlomků	63
A403	Zlomenina vnitřního kotníku úplná s posunutím úlomků léčená konzervativně	84

A404	Zlomenina vnitřního kotníku úplná s posunutím úlomků otevřená nebo léčená operačně	98
A405	Zlomenina vnitřního kotníku se subluxací kosti hlezenní léčená konzervativně	112
A406	Zlomenina vnitřního kotníku se subluxací kosti hlezenní léčená operačně	119
A407	Zlomenina obou kotníků neúplná	70
A408	Zlomenina obou kotníků úplná bez posunutí úlomků	84
A409	Zlomenina obou kotníků úplná s posunutím úlomků léčená konzervativně	112
A410	Zlomenina obou kotníků úplná s posunutím úlomků otevřená nebo léčená operačně	140
A411	Zlomenina obou kotníků se subluxací kosti hlezenní léčená konzervativně	112
A412	Zlomenina obou kotníků se subluxací kosti hlezenní léčená operačně	140
A413	Zlomenina jednoho nebo obou kotníků s odlomením zadní hrany kosti holenní bez posunutí úlomků	98
A414	Zlomenina jednoho nebo obou kotníků s odlomením zadní hrany kosti holenní s posunutím úlomků léčená konzervativně	112
A415	Zlomenina jednoho nebo obou kotníků s odlomením zadní hrany kosti holenní s posunutím úlomků léčená operačně	154
A416	Zlomenina trimalleolární bez posunutí úlomků	98
A417	Zlomenina trimalleolární s posunutím úlomků léčená konzervativně	126
A418	Zlomenina trimalleolární s posunutím úlomků léčená operačně	154
A419	Odlomení zadní hrany kosti holenní neúplné	56
A420	Odlomení zadní hrany kosti holenní úplné bez posunutí úlomků	63
A421	Odlomení zadní hrany kosti holenní úplné s posunutím úlomků léčené konzervativně	77
A422	Odlomení zadní hrany kosti holenní úplné s posunutím úlomků léčené operačně	91
A423	Supramalleolární zlomeniny kosti lýtkové se subluxací kosti hlezenní zevně, popřípadě se zlomeninou vnitřního kotníku – léčené konzervativně	126
A424	Supramalleolární zlomeniny kosti lýtkové se subluxací kosti hlezenní zevně, popřípadě se zlomeninou vnitřního kotníku – léčené operačně	140
A425	Supramalleolární zlomeniny kosti lýtkové se subluxací kosti hlezenní zevně, popřípadě se zlomeninou vnitřního kotníku – s odlomením zadní strany kosti holenní léčené konzervativně	140
A426	Supramalleolární zlomeniny kosti lýtkové se subluxací kosti hlezenní zevně, popřípadě se zlomeninou vnitřního kotníku – s odlomením zadní strany kosti holenní léčené operačně	154
A427	Tříštivá nitrokloubní zlomenina distální epifysy kosti holenní	182
A428	Zlomenina kosti patní bez postižení těla kosti patní	63
A429	Zlomenina těla kosti patní bez porušení statiky (Böhlerova úhlu)	112
A430	Zlomenina těla kosti patní s porušením statiky (Böhlerova úhlu)	182
A431	Zlomenina kosti hlezenní bez posunutí úlomků	112
A432	Zlomenina kosti hlezenní s posunutím úlomků	182
A433	Zlomenina kosti hlezenní komplikovaná nekrózou	252
A434	Zlomenina zadního výběžku kosti hlezenní	35
A435	Zlomenina kosti krychlové bez posunutí	70
A436	Zlomenina kosti krychlové s posunutím	84
A437	Zlomenina kosti člunkové bez posunutí	70
A438	Zlomenina kosti člunkové luxační	140
A439	Zlomenina kosti člunkové komplikovaná nekrózou	245
A440	Zlomenina jedné kosti klínové bez posunutí	70
A441	Zlomenina jedné kosti klínové s posunutím	84
A442	Zlomenina více kostí klínových bez posunutí	84
A443	Zlomenina více kostí klínových s posunutím	112
A444	Odlomení báze páté kůstky zánártní	70
A445	Zlomenina kůstky zánártní palce nebo malíku bez posunutí	49
A446	Zlomenina kůstky zánártní palce nebo malíku s posunutím	70
A447	Zlomenina kůstky zánártní jiného prstu než palce nebo malíku bez posunutí	49
A448	Zlomenina kůstky zánártní jiného prstu než palce nebo malíku s posunutím	70
A449	Zlomenina kůstek zánártních více prstů bez posunutí	56
A450	Zlomenina kůstek zánártních více prstů s posunutím	70
A451	Zlomenina článku palce nohy neúplná	35
A452	Zlomenina článku palce nohy úplná bez posunutí úlomků	42
A453	Zlomenina článku palce nohy úplná s posunutím úlomků	56
A454	Tříštivá zlomenina nehtového výběžku palce	35
A455	Zlomenina jednoho článku jiného prstu nohy než palce neúplná	30
A456	Zlomenina jednoho článku jiného prstu nohy než palce úplná bez posunutí	35
A457	Zlomenina jednoho článku jiného prstu nohy než palce s posunutím	56
A458	Zlomeniny článků více prstů nebo více článků jednoho prstu nohy neúplné nebo úplné bez posunutí	56
A459	Zlomeniny článků více prstů nebo více článků jednoho prstu nohy neúplné nebo úplné s posunutím	70
A460	Poúrazová amputace palce nohy nebo jeho části s kostí	56
A461	Poúrazová amputace jednotlivých prstů nohy nebo jejich částí s kostí	35
A462	Poúrazová amputace nohy v obalsti kotníku nohy	182
A463	Poúrazová amputace obou nohou v oblasti kotníků nohou	252

	OSTATNÍ DIAGNÓZY	
A464	Poranění elektrickým proudem s nutnou hospitalizací těžkého stupně	70
A465	Traumatický šok těžkého stupně	49
A466	Popáleniny, omrzliny a poleptání II. stupně nad 5 % do 10 % povrchu těla včetně	35
A467	Popáleniny, omrzliny a poleptání II. stupně nad 10 % do 20 % povrchu těla včetně	49
A468	Popáleniny, omrzliny a poleptání II. stupně nad 20 % do 30 % povrchu těla včetně	70
A469	Popáleniny, omrzliny a poleptání II. stupně nad 30 % do 40 % povrchu těla včetně	98
A470	Popáleniny, omrzliny a poleptání II. stupně nad 40 % do 50 % povrchu těla včetně	133
A471	Popáleniny, omrzliny a poleptání II. stupně nad 50 % do 60 % povrchu těla včetně	168
A472	Popáleniny, omrzliny a poleptání II. stupně nad 60 % do 70 % povrchu těla včetně	203
A473	Popáleniny, omrzliny a poleptání II. stupně nad 70 % povrchu těla	217
A474	Popáleniny, omrzliny a poleptání III. stupně nebo II. hlubokého stupně nad 1 % do 5 % povrchu těla včetně	35
A475	Popáleniny, omrzliny a poleptání III. stupně nebo II. hlubokého stupně nad 5 % do 10 % povrchu těla včetně	63
A476	Popáleniny, omrzliny a poleptání III. stupně nebo II. hlubokého stupně nad 10 % do 20 % povrchu těla včetně	91
A477	Popáleniny, omrzliny a poleptání III. stupně nebo II. hlubokého stupně nad 20 % do 30 % povrchu těla včetně	126
A478	Popáleniny, omrzliny a poleptání III. stupně nebo II. hlubokého stupně nad 30 % do 40 % povrchu těla včetně	161
A479	Popáleniny, omrzliny a poleptání III. stupně nebo II. hlubokého stupně nad 40 % povrchu těla	365

ČÁST B – LÉČENÍ DROBNÝCH ÚRAZŮ

	Diagnózy	Maximální počet dnů léčení
	OKO	
B001	Pohmoždění okolí oka (periokulární krajina) těžšího stupně, léčení alespoň 5 dnů	10
B002	Pohmoždění oka (hematom víček, podspojivkové krvácení, natržení spojivky, poranění rohovky) bez komplikací	21
B003	Pohmoždění oka komplikované otřesem sítnice (komoce retiny)	18
B004	Otevřená rána očního víčka chirurgicky ošetřená, bez přerušení slzných cest	14
B005	Perforující poranění spojivky (konjunktiva) bez poranění bělimy (skléra) s nebo bez cizího tělesa léčeno konzervativně	18
B006	Perforující poranění spojivky (konjunktiva) bez poranění bělimy (skléra) s nebo bez cizího tělesa léčeno operačně	21
B007	Oděrka (eroze) rohovky s nebo bez cizího tělesa	21
B008	Hluboká rána rohovky bez proděravění s nebo bez cizího tělesa, zhojená bez komplikací	21
B009	Rána pronikající do očnice bez komplikací	21
B010	Zánět slzného váčku prokázaný po úrazu léčený konzervativně	21
B011	Popálení nebo poleptání oční rohovky a oční spojivky povrchové (poškozující epitel rohovky)	21
B012	Poleptání nebo popálení spojivky prvního stupně	0
B013	Poleptání nebo popálení spojivky druhého stupně	21
B014	Popálení kůže víček	21
	UCHO	
B015	Pohmoždění ušního boltce s rozsáhlým krevním výronem, léčení méně než 5 dnů	0
B016	Pohmoždění ušního boltce s rozsáhlým krevním výronem, léčení alespoň 5 dnů	10
B017	Proděravění ušního bubínku bez zlomeniny lebních kostí s druhotnou infekcí	21
	NOS	
B018	Zlomenina kostí nosních bez posunutí úlomků	21
B019	Zlomenina přepážky nosní s repozicí	21
	ÚSTNÍ DUTINA	
B020	Ztráta nebo nutná extrakce jednoho zubu následkem působení vnějšího násilí (nikoliv skousnutí)	21
	OBLIČEJ, HLAVA	
B021	Pohmoždění hlavy těžšího stupně, léčení alespoň 5 dnů	14
B022	Pohmoždění obličeje těžšího stupně, léčení alespoň 5 dnů	14
B023	Podvrtnutí čelistního kloubu, léčení alespoň 8 dnů	18
B024	Vymknutí dolní čelisti (jednostranné nebo oboustranné) – repozice lékařem	28
B025	Otřes mozku bez hospitalizace	0
B026	Otřes mozku lehkého stupně s hospitalizací do 3 dnů včetně	28
	KRK	
B027	Poškození hlasivek následkem úrazu	28
B028	Poškození hlasivek po úderu nebo vdechnutí dráždivých par s hospitalizací	28
B029	Pohmoždění krku těžšího stupně, léčení alespoň 8 dnů (pohmoždění krční páteře)	21
	PÁTEŘ, MÍCHA	
B030	Podvrtnutí krční páteře, léčení alespoň 8 dnů	21
B031	Pohmoždění hrudní páteře těžšího stupně	21
B032	Podvrtnutí hrudní páteře, léčení alespoň 8 dnů	21
B033	Výhřez meziobratlové ploténky bez současné zlomeniny obratle	0
	HRUDNÍK	
B034	Pohmoždění stěny hrudní nebo pohmoždění prsu těžšího stupně s provedeným specializovaným vyšetřením, léčení alespoň 8 dnů	18
B035	Pohmoždění zadní stěny hrudníku těžšího stupně, léčení alespoň 8 dnů	10
B036	Pohmoždění stěny hrudní lehčího stupně (nebo pohmoždění prsu)	0
B037	Pohmoždění stěny hrudní těžšího stupně (nebo pohmoždění prsu)	14
	BŘICHO, DOLNÍ ČÁST ZAD, BEDERNÍ PÁTEŘ A PÁNEV	
B038	Pohmoždění stěny břišní, dolní části zad nebo pánve těžšího stupně, léčení alespoň 8 dnů	21
B039	Pohmoždění krajiny bederní páteře těžšího stupně	21
B040	Pohmoždění sakrální páteře a kostrče těžšího stupně	21
B041	Pohmoždění pánve lehčího stupně	0
B042	Pohmoždění pánve těžšího stupně	14
B043	Podvrtnutí bederní páteře, léčení méně než 8 dnů	0
B044	Podvrtnutí bederní páteře, léčení alespoň 8 dnů	21
	MOČOVÉ A POHLAVNÍ ORGÁNY	
B045	Pohmoždění nebo roztržení zevního genitálu ženy lehkého, středního stupně bez provedeného specializovaného vyšetření	0

B046	Pohmoždění pyje, varlat nebo šourku lehkého, středního stupně a těžšího stupně bez provedeného specializovaného vyšetření	0
B047	Pohmoždění pyje, varlat nebo šourku těžšího stupně s provedeným specializovaným vyšetřením, léčení méně než 5 dnů	0
	RAMENO, PAŽE (NADLOKTÍ)	
B048	Pohmoždění ramene těžšího stupně, léčení alespoň 8 dnů	14
B049	Pohmoždění paže těžšího stupně, léčení alespoň 8 dnů	14
B050	Podvrtnutí nebo subluxace skloubení mezi klíční kostí a lopatkou (TOSSY I.; II.)	21
B051	Podvrtnutí nebo subluxace skloubení mezi klíční kostí a kostí hrudní	21
B052	Podvrtnutí ramenního kloubu bez prokazatelného poranění vazů	21
B053	Podvrtnutí ramenního kloubu s poraněním vazů	21
B054	Vymknutí kloubu mezi klíční kostí a lopatkou, klíční kostí a kostí hrudní nebo vymknutí ramenního kloubu, které nebylo léčeno repozicí lékařem	21
	LOKET A PŘEDLOKTÍ	
B055	Pohmoždění lokte nebo předloktí těžšího stupně, léčení méně než 8 dnů	0
B056	Pohmoždění lokte nebo předloktí těžšího stupně, léčení alespoň 8 dnů	14
B057	Podvrtnutí loketního kloubu	21
B058	Vymknutí předloktí (lokte), které nebylo léčeno repozicí lékařem	0
	ZÁPĚSTÍ, RUKA, PRSTY NA RUKOU	
B059	Pohmoždění zápěstí nebo ruky těžšího stupně, léčení alespoň 5 dnů	14
B060	Pohmoždění jednoho a více prstů ruky těžšího stupně, pevná fixace	10
B061	Pohmoždění prstu s poškozením nehtu, léčení méně než 5 dnů	0
B062	Pohmoždění prstu s poškozením nehtu, léčení alespoň 5 dnů	14
B063	Plošné abraze měkkých částí prstů, chirurgicky ošetřené	7
B064	Plošné abraze měkkých částí prstů nebo ztrátový defekt tkání o ploše větší než 5 cm^2	21
B065	Neúplné přerušení šlach natahovačů nebo ohýbačů na prstu nebo na ruce u jednoho prstu	28
B066	Podvrtnutí zápěstí bez prokazatelného poranění vazů, léčení alespoň 8 dnů	14
B067	Podvrtnutí zápěstí, pevná fixace	21
B068	Podvrtnutí základních nebo mezičlánkových kloubů jednoho nebo dvou prstů ruky, pevná fixace	14
B069	Podvrtnutí základních nebo mezičlánkových kloubů tří nebo více prstů ruky, pevná fixace	21
B070	Zlomenina jedné kosti záprstní neúplná	28
B071	Zlomenina nehtového výběžku prstu	28
	DOLNÍ KONČETINA, KYČEL, STEHNO	
B072	Pohmoždění kyčle nebo stehna lehkého a středního stupně	0
B073	Pohmoždění kyčle nebo stehna těžšího stupně, léčení méně než 8 dnů	7
B074	Pohmoždění kyčle těžšího stupně, léčení alespoň 8 dnů	14
B075	Pohmoždění stehna těžšího stupně, léčení alespoň 8 dnů	10
B076	Otevřená rána kyčle nebo stehna, nevyžadující šití	0
B077	Otevřená rána kyčle nebo stehna do 4 cm včetně, vyžadující šití	7
B078	Otevřená rána kyčle nebo stehna nad 4 cm (včetně součtu mnohočetných ran), vyžadující šití	14
	KOLENO, BÉREC	
B079	Pohmoždění kolena nebo bérce těžšího stupně, léčení alespoň 8 dnů	21
B080	Podvrtnutí kolenního kloubu s natažením vazů, elastická bandáž	21
B081	Vymknutí čéšky nebo kolenního kloubu, které nebylo léčeno repozicí lékařem	0
	KOTNÍK A NOHA POD NÍM	
B082	Pohmoždění kotníku nebo nohy lehkého a středního stupně	7
B083	Pohmoždění kotníku těžšího stupně, léčení alespoň 8 dnů	21
B084	Pohmoždění nohy těžšího stupně, léčení alespoň 5 dnů	14
B085	Pohmoždění jednoho nebo více prstů nohy těžšího stupně s náplasťovou imobilizací	14
B086	Otevřená rána kotníku nebo nohy do 8 cm včetně, vyžadující šití	7
B087	Otevřená rána kotníku nebo nohy nad 8 cm (včetně součtu mnohočetných ran), vyžadující šití	14
B088	Podvrtnutí kotníku bez prokazatelného poranění vazů, léčení alespoň 8 dnů	7
B089	Podvrtnutí kotníku s natažením vazů, elastická bandáž	14
B090	Podvrtnutí kotníku s natažením vazů, pevná fixace	28
B091	Podvrtnutí Chopartova kloubu s elastickou bandáží	21
B092	Podvrtnutí Chopartova kloubu s pevnou fixací	28
B093	Podvrtnutí Lisfrancova kloubu s elastickou bandáží	21
B094	Podvrtnutí Lisfrancova kloubu s pevnou fixací	28
B095	Podvrtnutí základního nebo mezičlánkového kloubu palce nohy s náplasťovou imobilizací	21
B096	Podvrtnutí jednoho nebo více prstů nohy s náplasťovou imobilizací	14
B097	Podvrtnutí jednoho nebo více prstů nohy, pevná fixace	28
B098	Podvrtnutí hlezenního kloubu, částečné porušení vazů, léčené konzervativně	28
B099	Vymknutí základních kloubů jednoho prstu nohy mimo palec – repozice lékařem	21
B100	Vymknutí mezičlánkových kloubů jednoho prstu nohy mimo palec – repozice lékařem	21

	OSTATNÍ DIAGNÓZY	
B101	Otrava plyny a parami, celkové účinky záření a chemických jedů s nutností hospitalizace	28
B102	Poranění elektrickým proudem s nutnou hospitalizací lehkého stupně	14
B103	Poranění elektrickým proudem s nutnou hospitalizací středního stupně	28
B104	Traumatický šok lehkého stupně	14
B105	Traumatický šok středního stupně	28
B106	Rána chirurgicky neošetřená	0
B107	Rána chirurgicky ošetřená nevyžadující šití	14
B108	Rána chirurgicky ošetřená vyžadující šití	21
B109	Rána chirurgicky ošetřená incizí a drénem	28
B110	Rána chirurgicky ošetřená vč. rány vedoucí ke snesení (ablaci) nehtu	21
B111	Cizí tělísko chirurgicky odstraněné i neodstraněné	21
B112	Popáleniny, omrzliny a poleptání I. stupně	0
B113	Popáleniny, omrzliny a poleptání II. stupně do 0,25 % povrchu těla včetně	10
B114	Popáleniny, omrzliny a poleptání II. stupně nad 0,25 % do 1 % povrchu těla včetně	14
B115	Popáleniny, omrzliny a poleptání II. stupně nad 1 % do 5 % povrchu těla včetně	21
B116	Popáleniny, omrzliny a poleptání III. stupně nebo II. hlubokého stupně do 0,25 % povrchu těla včetně	18
B117	Popáleniny, omrzliny a poleptání III. stupně nebo II. hlubokého stupně nad 0,25 % do 1 % povrchu těla včetně	21
B118	Úžeh, úpal (mimo účinky slunečního záření na kůži) s nutnou hospitalizací min. 5 dnů	28
B119	Kousnutí nebo pokousání zvířetem, uštknutí hadem (lékařsky ošetřené)	21

Doplňující informace k Oceňovací tabulce léčení úrazu

V Oceňovací tabulce léčení úrazu používáme odborné pojmy, které mají následující význam:

Elastická bandáž je obvaz, obinadlo nebo tejp, umožňující alespoň limitovaný pohyb fixované části těla.

Pevná fixace je sádra, ortéza, aluminiový fixátor, plastová fixace nebo Desaultův obvaz; fixace musí být přiložena lékařem. Za pevnou fixaci nepovažujeme měkké obvazy, jako je zinkoklih, škrobový obvaz, obvaz, obinadlo, tejp, ale také jakoukoli jinou fixaci, kterou nepřiložil lékař.

Podvrtnutí páteře je poranění, které je doloženo vyšetřením RTG a lékařským nálezem, prokazujícím poruchu hybnosti páteře.

Pohmoždění těžšího stupně je pohmoždění, které je doloženo lékařským nálezem, prokazujícím otok a krevní výron.

Specializované vyšetření je zobrazovací vyšetření (RTG, UZ, CT, MRI apod.), endoskopické vyšetření (ASK, GSK apod.) nebo funkční vyšetření (EKG, EEG, EMG apod.).

Šitím jsou chirurgické stehy, náplasťové stehy nebo lepení, aplikované v rámci léčení poranění lékařem specialistou (chirurg, traumatolog apod.).

Ztrátou zubu je ztráta celého (vlastního) zubu nebo odlomení jeho korunky.

Sazebník poplatků

platný od 1. 5. 2019

Administrativní úkony při správě smlouvy

Vystavení duplikátu pojistné smlouvy, pojistky nebo jiného dokumentu	elektronicky	**0 Kč**
	na papíře	**40 Kč/list**
Upomínání pojistného za jednu listinnou upomínku (do zahájení soudního řízení)	před skončením pojištění	**50 Kč**
	po skončení pojištění	**200 Kč**
Změna pojistné smlouvy	první dvě změny v pojistném roce	**zdarma**
	každá další změna	**300 Kč**
Vrácení přeplatku na pojistném na žádost pojistníka	na účet	**zdarma**
	složenkou (min. částka přeplatku je 100 Kč)	**min. 50 Kč** (max. dle skutečně vynaložených nákladů)
Výplata pojistného plnění	na účet	**zdarma**
	složenkou	**min. 50 Kč** (max. dle skutečně vynaložených nákladů)

Limit pro úhradu nákladů vstupní lékařské prohlídky

Úhrada nákladů, které pojištěný vynaloží v souvislosti s vyžádanou lékařskou prohlídkou při sjednávání pojistné smlouvy nebo její změny	**bez limitu**

Jiné úkony

Odstoupení od pojistné smlouvy pojistitelem pro porušení povinností účastníkem pojištění	**min. 500 Kč + 200 Kč za každý celý rok trvání pojistné smlouvy** (ve výši vynaložených nákladů na vznik a správu pojištění)
Poplatek za informaci o zpracování osobních údajů	**100 Kč**

Během trvání pojištění může dojít k úpravě výše poplatků uvedených v Sazebníku poplatků, a to pokud došlo ke změně podmínek, ze kterých jsme vycházeli při jejich stanovení. Takovou změnou je zejména zvýšení našich administrativních nákladů, a to ať už z důvodu zvýšení cen dodavatelských služeb, jako je například poštovné, tak i z důvodu navýšení frekvence vyžadovaných administrativních úkonů. Ze stejného důvodu, nebo také protože nám některé povinnosti přibydou, nebo své služby rozšíříme, můžeme Sazebník poplatků o nové poplatky doplnit.