



Dovolujeme si Vás upozornit, že ne všechny části tohoto souboru pro Vás musí být relevantní. Vždy se prosím řiďte především tím, jaká konkrétní pojištění máte v pojistné smlouvě sjednána. V určitých případech můžeme snížit pojistné plnění nebo ho vůbec neposkytnout. Věnujte proto prosím pozornost zejména výlukám z pojištění a omezením pojistného plnění, které jsou uvedeny v příslušných ustanoveních pojistných podmínek. V rychlejší orientaci v tomto souboru Vám pomůže obsah.

Obsah:

Část 1 – Obecná ustanovení

Článek 1	Právní úprava pojištění (Čím se pojištění řídí)	2
Článek 2	Pojistný zájem (Kdo koho může pojistit)	2
Článek 3	Vznik pojištění, pojistná doba a důležité lhůty (Od kdy a na jak dlouho je pojištění platné)	2
Článek 4	Posouzení zdravotního stavu a příjmu (Dokládání příjmu)	2
Článek 5	Povinnosti a práva účastníků pojištění při sjednávání pojištění a během jeho trvání (Naše a Vaše povinnosti a práva)	2
Článek 6	Pojistné (Kolik za pojištění zaplatíte)	3
Článek 7	Změny v pojistné smlouvě (Co se může měnit)	3
Článek 8	Pojistné plnění (Co a jak vyplatíme)	3
Článek 9	Snížení pojistného plnění (Kdy můžeme výplatu snížit)	4
Článek 10	Všeobecné výluky z pojištění (Na co se pojištění nevztahuje)	4
Článek 11	Povinnosti a práva účastníků pojištění při šetření pojistné události (Povinnosti a práva při pojistné události)	4
Článek 12	Zánik pojištění (Kdy pojištění přestane platit)	5
Článek 13	Právní jednání a doručování (Jak jednat, jak se doručují písemnosti)	6
Článek 14	Rozhodování sporů (Jak se řeší případné spory)	6
Článek 15	Výklad pojmů (Důležitá slovíčka)	6

Část 2 – Popis jednotlivých pojištění

Článek 16–21	Pojištění pro případ smrti	8
Článek 22–27	Smrt následkem úrazu	8
Článek 28–33	Tělesné poškození způsobené úrazem – procentní plnění	9
Článek 34–39	Tělesné poškození způsobené úrazem – denní odškodné	10
Článek 40–45	Trvalé následky úrazu	11
Článek 46–52	Úraz při dopravní nehodě	12
Článek 53–59	Invalidita následkem úrazu nebo nemoci	13
Článek 60–66	Invalidita pouze následkem úrazu	15
Článek 67–74	Vážná onemocnění	16
Článek 75–80	Pobyt v nemocnici následkem úrazu nebo nemoci	30
Článek 81–86	Pobyt v nemocnici pouze následkem úrazu	31
Článek 87–92	Pracovní neschopnost následkem úrazu nebo nemoci	32
Článek 93–98	Pracovní neschopnost pouze následkem úrazu	33

Část 1 – Obecná ustanovení

Článek 1

Právní úprava pojištění (Čím se pojištění řídí)

- ▶ 1) Pojištění se řídí pojistnou smlouvou a příslušnými českými právními předpisy, především občanským zákoníkem (dále též „OZ“). Na podmínky některých pojištění se vztahují zákony o nemocenském a důchodovém pojištění, o sociálních službách a další právní předpisy.
- ▶ 2) Součástí pojistné smlouvy jsou tyto pojistné podmínky, případně další smluvní ujednání a všechny dodatky o změně pojistné smlouvy, jsou-li takové. V pojistné smlouvě se lze od pojistných podmínek odchýlit. Pokud se některé ustanovení pojistné smlouvy odchyluje od ustanovení pojistných podmínek, platí přednostně ustanovení pojistné smlouvy.
- ▶ 3) Pojistné podmínky mají tyto části:
 - a) všeobecnou část,
 - b) část popisující jednotlivá pojištění.

Článek 2

Pojistný zájem (Kdo koho může pojistit)

- ▶ 1) Pro platnost pojištění je nutné, abyste jako pojistník měl oprávněnou potřebu chránit osoby, na jejichž životě a zdraví máte zájem, před následky pojistné události sjednáním pojištění (**pojistný zájem**). Tyto osoby musí souhlasit se sjednáním pojištění.
- ▶ 2) Pokud byste jako pojistník uzavřel pojistnou smlouvu vědomě bez existence pojistného zájmu, může být taková pojistná smlouva neplatná, ale již Vám nevrátíme část pojistného stanovenou občanským zákoníkem.
- ▶ 3) Pokud dojde k zánku pojistného zájmu, jako pojistník nám to musíte písemně oznámit co nejdříve. K oznámení přiložte všechny dokumenty, které dokládají zánik pojistného zájmu. Jako pojistník nám také musíte neprodleně oznámit, že pojištěný odvolal svůj souhlas s tím, aby byl pojištěn.
- ▶ 4) Pokud jste jako pojistník uzavřel pojistnou smlouvu o pojištění jiných osob, musíte tyto pojištěné seznámit s obsahem pojistné smlouvy a s tím, jak zpracováváme jejich osobní údaje. Pojistné plnění v případě pojistných událostí těchto pojištěných pak vyplatíme jím (kromě případu jejich smrti, kdy pojistné plnění vyplatíme obmyšlenému).

Článek 3

Vznik pojištění, pojistná doba a důležité lhůty (Od kdy a na jak dlouho je pojištění platné)

- ▶ 1) Co je obsahem pojištění proti konkrétním pojistným nebezpečím, je uvedeno v pojistné smlouvě a v části těchto pojistných podmínek, která popisuje jednotlivá pojištění. V jedné pojistné smlouvě se pojištění sjednává pro více osob.
- ▶ 2) Pojištění vzniká dnem počátku pojištění, který je uveden v pojistné smlouvě. Dnem počátku může být nejdříve následující den po uzavření smlouvy, tj. po podpisu smlouvy pojistníkem a pojišťovnou.
- ▶ 3) U některých pojištění sjednaných v pojistné smlouvě může běžet od počátku pojištění tzv. **čekací doba**. Délka čekací doby je uvedena u jednotlivých pojištění, kterých se týká. Za pojistné události, ke kterým došlo v čekací době, nevyplatíme žádné pojistné plnění.
- ▶ 4) Pokud sjednáte pojištění, které bezprostředně časově navazuje

na pojištění sjednané v jiné pojistné smlouvě a které svým charakterem a rozsahem je s tímto pojištěním totožné, běží čekací doba od počátku původního pojištění; to neplatí v případech, kdy původní pojištění bylo sjednáno u jiné pojišťovny.

- ▶ 5) **Pojistná doba** je dobou, na kterou je pojištění sjednáno, tedy doba mezi dnem počátku pojištění a dnem jeho konce.
- ▶ 6) V pojistné smlouvě je dále sjednána **délka pojistného období**, tj. období, za které jako pojistník platíte pojistné. První pojistné období začíná dnem počátku pojištění.

Článek 4

Posouzení zdravotního stavu a příjmu (Dokládání příjmu)

- ▶ 1) Sjednaná jednotlivých pojištění a maximální výše pojistných částek mohou být vázány na posouzení zdravotního stavu a na výši průměrného měsíčního příjmu pojištěného.
- ▶ 2) Je-li pojištěný **zaměstnanec**, průměrný měsíční příjem stanovíme z průměrné měsíční částky čistých příjmů ze závislé činnosti podle zákona o daních z příjmů (zejména mzdy, platu či odměny z Dohody o pracovní činnosti) za poslední 3 měsíce (pojištěný dokládá příjem potvrzením svého zaměstnavatele a popřípadě i pracovní smlouvou či mzdovým výměrem; je-li zaměstnan u více zaměstnavatelů, může doložit příjmy od všech takových zaměstnavatelů nebo jen od některého či některých z nich).

- ▶ 3) Je-li pojištěný **osoba samostatně výdělečně činná**, průměrný měsíční příjem stanovíme z jedné třetiny příjmů ze samostatné činnosti podle zákona o daních z příjmů, které připadají na 1 měsíc za poslední zdaňovací období (pojištěný dokládá příjem kopií svého přiznání k dani z příjmů fyzických osob opatřenou razítkem podatelny příslušného finančního úřadu).

Článek 5

Povinnosti a práva účastníků pojištění při sjednávání pojištění a během jeho trvání (Naše a Vaše povinnosti a práva)

- ▶ 1) My jako pojišťovna jsme povinni mimo jiné také:
 - a) pravdivě a úplně odpovědět na Vaše písemné dotazy, které jste položil při sjednávání pojištění a při žádosti o jeho změnu,
 - b) vydat Vám jako pojistníkovi pojistku, případně také kopii pojistky nebo pojistné smlouvy, pokud o to písemně požádáte,
 - c) na žádost pojistníka nebo pojištěného vrátit originály dokladů, které nám poskytl, pokud není nezbytné, aby tyto originály zůstaly součástí spisové dokumentace pojistné smlouvy nebo pojistné události,
 - d) zachovávat mlčenlivost o skutečnostech týkajících se sjednaného pojištění a dodržovat platné předpisy týkající se ochrany osobních údajů,
 - e) oznámit Vám jako pojistníkovi změny v **Oceňovacích tabulkách** a zveřejnit tento aktuálně platný dokument na svých internetových stránkách.
- ▶ 2) Vy jako pojistník, pojištěný, případně jako jiný účastník pojištění jste povinen mimo jiné také:
 - a) pravdivě a úplně odpovědět na naše písemné dotazy ohledně skutečností souvisejících se sjednáváním pojištění či dohodou o jeho změně, včetně dotazů týkajících se pracovní a zájmové činnosti, zdravotního stavu a průměrného měsíčního příjmu, případně je také doložit požadovanými dokumenty,
 - b) předat nám veškerou zdravotnickou dokumentaci nezbytnou pro sjednání pojištění či dohody o jeho změně, popřípadě nám umožnit, abychom si ji sami zjistili,
 - c) podrobit se vyšetření námi určeným lékařem na základě naší žádosti v souvislosti se sjednáním pojištění či dohody o jeho změně; pro vyloučení pochybností se uvádí, že nejsme povinni hradit náklady na jakékoli lékařské prohlídky či vyšetření, které jsme si sami nevyžádali,
 - d) dát nám souhlas, abychom předávali Vaše osobní údaje

- včetně údajů o zdravotním stavu našim odborným konzultantům nebo znalcům, pokud tito budou ve vztahu k těmto informacím vázáni povinností mlčenlivosti,
- e) oznámit nám bez zbytečného odkladu jakékoli změny podstatných skutečností, a to především změnu osobních údajů (jména, adresy vč. elektronické), změnu pracovní a zájmové činnosti, ztrátu zaměstnání, ukončení nebo přerušeni samostatné činnosti,
 - f) vynaložit veškeré úsilí, které po Vás lze rozumně požadovat, abyste předešel vzniku pojistné události,
 - g) předložit nám originály dokumentů, které si vyžádáme v souvislosti s uzavíráním či změnou pojistné smlouvy; u dokumentů v jiném než českém, anglickém nebo německém jazyce musí být na Vaše náklady zajištěn jejich ověřený překlad do českého jazyka,
 - h) jako pojistník řádně a včas platit pojistné.
- 3) Pokud jako pojistník nebo pojištěný porušíte výše uvedené povinnosti, může to mít závažné následky. Například pokud nám bez zbytečného odkladu neoznámíte skutečnosti podstatné pro ocenění pojistného rizika, jako jsou změny pracovní a zájmové činnosti, můžeme při pojistné události snížit pojistné plnění. Toto snížení je úměrné tomu, o kolik nižší pojistné jste jako pojistník platil oproti pojistnému, které by odpovídalo změněným skutečnostem.
 - 4) Pokud nám neoznámíte změnu osobních a kontaktních údajů, bude námí zasláná písemnost považována za doručenu i v případě, že jste ji z důvodu porušení oznamovací povinnosti neobdržel (viz článek 13 Právní jednání a doručování).

Článek 6

Pojistné (Kolik za pojištění zaplatíte)

- 1) Výši pojistného za sjednaná pojištění stanovíme podle výše pojistné částky u jednotlivých pojištění a podle ocenění pojistného rizika příslušných pojištěných (především podle jejich zdravotního stavu, pracovní činnosti a věku).
- 2) Pojistné se sjednává jako běžné, tj. pojistné se platí za jednotlivá pojistná období (např. 1 měsíc, 1 rok).
- 3) Pojistné nelze platit v hotovosti. Není-li v pojistné smlouvě uvedeno jinak, je pojistné splatné vždy k prvnímu dni pojistného období. Pojistné se považuje za zaplacené včas, je-li nejpozději v den jeho splatnosti připsáno na bankovní účet uvedený v pojistné smlouvě. Variabilní symbol, pod kterým je třeba pojistné platit, je uveden v pojistné smlouvě.
- 4) Sjednané pojistné můžeme my jako pojišťovna změnit v následujících případech:
 - a) není-li pojistné dostatečné k zajištění trvalé splnitelnosti našich závazků podle zákona upravujícího pojišťovnictví,
 - b) změní-li se obecně závazné právní předpisy nebo ustálená soudní praxe, které mají vliv na stanovení výše pojistného nebo pojistného plnění,
 - c) změní-li se obecně závazné právní předpisy, které nám ukládají dodatečné výdaje (např. odvody do státního rozpočtu), které jsme v době uzavření pojistné smlouvy nebyli povinni hradit.
- 5) V takovém případě Vám jako pojistníkovi oznámíme novou výši pojistného nejpozději 2 měsíce přede dnem splatnosti upraveného pojistného. V případě, že nebudete s novou výší pojistného souhlasit, oznamte nám to písemně nejpozději do 1 měsíce od obdržení našeho oznámení; v takovém případě pojištění zanikne uplynutím pojistného období, za které bylo naposledy zaplaceno pojistné.
- 6) Pokud nezaplatíte pojistné včas a ve správné výši, můžeme od Vás požadovat zaplacení úroku z prodlení a také úhradu nákladů spojených s vymáháním dlužného pojistného.

- 7) Máme také právo z pojistného plnění odečíst dlužné pojistné a jiné své pohledávky.
- 8) U žádného z pojištění sjednaných v pojistné smlouvě se neuplatňuje přerušeni pojištění z důvodu nezaplacení pojistného podle § 2801 OZ.

Článek 7

Změny v pojistné smlouvě (Co se může měnit)

- 1) Vy jako pojistník můžete požádat zejména o změnu:
 - a) obsahu pojištění, tj. sjednání, změnu nebo ukončení jednotlivých pojištění,
 - b) pojistných částek u jednotlivých pojištění,
 - c) parametrů jednotlivých pojištění, např. změnu karenční doby.
- 2) O změnu můžete písemně požádat například na našich obchodních místech nebo prostřednictvím svého pojišťovacího poradce. Pokud Váš návrh na změnu přijmeme, budeme Vás informovat zasláním písemného potvrzení, které obsahuje datum účinnosti změny a případně rozsah pojištění po změně.
- 3) V případě, že požadujete rozšíření rozsahu pojištění, sjednání nového pojištění nebo zvýšení pojistných částek u pojištění, u kterých je stanovena čekací doba, běží čekací doba od účinnosti změny. Pokud v této čekací době nastane pojistná událost, stanovíme pojistné plnění podle původního rozsahu pojištění. Od účinnosti takové změny pojištění platí rovněž omezení ujednaná u jednotlivých pojištění.
- 4) My jako pojišťovna můžeme jednostranně změnit:
 - a) výši pojistného (podrobně viz článek 6 Pojistné),
 - b) Oceňovací tabulky; tyto tabulky, podle nichž se řídí výše pojistného plnění u některých pojištění, můžeme měnit například podle vývoje poznatků medicíny a našich zjištění při vyřizování pojistných událostí.
- 5) Změnu Oceňovacích tabulek Vám jako pojistníkovi písemně oznámíme a jejich novou verzi zveřejníme na svých internetových stránkách. Vy jako pojistník můžete pojištění dotčená takovou změnou vypovědět, a to nejpozději do 1 měsíce od obdržení našeho oznámení o této změně. Příslušné pojištění v tomto případě zanikne ke konci pojistného období následujícího poté, co jste nám doručil svou výpověď.
- 6) Pojistné události, které nastanou až po datu účinnosti změny, resp. po uplynutí příslušné čekací doby, budeme posuzovat podle podmínek změněné pojistné smlouvy.
- 7) Změnou pojistné smlouvy nedochází ke změně výročního dne počátku pojištění. To platí i v případě, že dohodou o změně pojistné smlouvy je sjednáno nové pojištění, které nahrazuje původně sjednané pojištění.

Článek 8

Pojistné plnění (Co a jak vyplatíme)

- 1) V případě pojistné události z příslušného pojištění náleží pojistné plnění podle sjednaných podmínek tohoto pojištění. Pojistné plnění stanovíme vždy podle podmínek platných ke dni vzniku pojistné události, a to i pokud se pojistná smlouva během trvání pojištění měnila (to platí i tehdy, je-li pojistné plnění vypláceno formou pojistné částky sjednané pro 1 den, např. u denního odškodného).
- 2) Pojistné plnění z jednotlivých pojištění vyplatíme oprávněné osobě, tj. osobě, která má právo na pojistné plnění. Kdo je oprávněnou osobou v daném pojištění, je uvedeno v části pojistných podmínek popisující jednotlivá pojištění v člancích Pojistné plnění.
- 3) Pokud se u některých pojištění výše pojistného plnění stanoví podle Oceňovacích tabulek, použijeme tyto tabulky

platné ke dni, ke kterému nám bylo doručeno oznámení o příslušné pojistné události; to se netýká stanovení pojistného plnění za trvalé následky úrazu, kdy použijeme Oceňovací tabulky platné ke dni sjednání pojištění pro případ trvalých následků úrazu, z něhož jste uplatnil právo na pojistné plnění. Podle Oceňovacích tabulek platných ke dni doručení oznámení trvalých následků můžeme trvalé následky zhodnotit pouze tehdy, není-li jejich hodnocení podle těchto tabulek nižší než podle Oceňovacích tabulek platných ke dni sjednání pojištění pro případ trvalých následků úrazu.

- 4) U některých pojištění může být pojištěný jako oprávněná osoba požádán, aby k určení výše pojistného plnění doložil svůj průměrný měsíční příjem v době vzniku pojistné události, a to způsobem uvedeným v článku 4 Posouzení zdravotního stavu a příjmu.
- 5) Pojistné plnění jsme povinni oprávněné osobě vyplatit do 15 dnů od skončení šetření pojistné události (viz podrobně také článek 11 Povinnosti a práva účastníků pojištění při šetření pojistné události). Pokud nebudeme moci ukončit šetření pojistné události do 3 měsíců od jejího oznámení, může nás oprávněná osoba písemně požádat o zálohu na pojistné plnění. Výši zálohy stanovíme přiměřeně k výši pojistné částky, z níž se pojistné plnění stanoví, dosavadním výsledkům šetření a výši prokázaného a doloženého rozsahu následků pojistné události v době žádosti.
- 6) Pro vyloučení pochybností se uvádí, že neuhradíme náklady na znalecké či jiné posudky, které jsme si nevyžádali, ani jiné neúčelně vynaložené náklady spojené s uplatněním práva na pojistné plnění (například náklady vynaložené na právní služby, přestože mezi námi a oprávněnou osobou není o plnění sporu).
- 7) Pojistné plnění vyplatíme v tuzemské měně. Pouze v případě, kdyby z pojistné smlouvy nebo platných právních předpisů včetně mezinárodních dohod vyplývala naše povinnost plnit v jiné měně, použili bychom pro přepočtení na tuto měnu kurz vyhlášený Českou národní bankou ke dni provedení platby pojistného plnění. V takovém případě neneseme jakékoli kurzové riziko související s přepočtem měn.
- 8) Nárok na pojistné plnění můžete po dohodě s námi **vinkulovat**. Účinnost vinkulace nastane podpisem dohody o vinkulaci oběma smluvními stranami. Pokud nejste současně pojištěným, můžete tak učinit jen se souhlasem pojištěného; souhlas obmyšleného k vinkulaci pojistného plnění pro případ smrti není nutný.

Článek 9

Snížení pojistného plnění (Kdy můžeme výplatu snížit)

- 1) Pojistné plnění můžeme snížit o částky, které nám dluží oprávněná osoba, a to i v případě, že tyto pohledávky vůči ní máme z jiného pojištění, než ze kterého vyplatíme pojistné plnění.
- 2) Pojistné plnění můžeme také snížit v poměru pojistného, které jsme obdrželi, k pojistnému, které jsme obdržet měli, pokud bylo při jednání o uzavření pojistné smlouvy nebo o její změně dohodnuto nižší pojistné proto, že jste nám zamlčel podstatné skutečnosti nebo neoznámil změnu podstatných skutečností.
- 3) Pojistné plnění můžeme snížit až na polovinu, pokud k pojistné události došlo v důsledku jednání pojištěného pod vlivem alkoholu či návykové látky. Plnění nesnížíme, pokud tyto látky byly obsaženy v lécích, které pojištěný užil způsobem předepsaným lékařem, a zároveň na ně nebyl lékařem upozorněn nebo v příbalovém letáku nebylo uvedeno, že v době působení takového léku nesmí vykonávat činnost, v jejímž důsledku došlo k pojistné události.
- 4) Pokud však pojištěný v důsledku svého jednání podle předchozího odstavce zemřel, snížíme pojistné plnění jen tehdy,

jestliže tímto svým jednáním současně jiné osobě způsobil těžkou újmu na zdraví nebo její smrt.

- 5) Pojistné plnění můžeme snížit až na polovinu, pokud k pojistné události došlo v souvislosti s trestným činem pojištěného či oprávněné osoby, pro který byly tyto osoby pravomocně odsouzeny.
- 6) Pojistné plnění můžeme také snížit, pokud porušíte povinnosti uvedené v příslušných článcích těchto pojistných podmínek, které upravují povinnosti a práva účastníků pojištění, a pokud takové porušení povinností mělo podstatný vliv na vznik pojistné události, její průběh, na zvětšení rozsahu jejích následků nebo na zjištění či určení výše pojistného plnění, a to úměrně tomu, jaký vliv mělo takové porušení povinností na rozsah naší povinnosti plnit.

Článek 10

Všeobecné vyluky z pojištění (Na co se pojištění nevztahuje)

- 1) Pojistné plnění nevyplatíme za jakékoli události, které vznikly v důsledku:
 - a) války, invaze, nepřátelské nebo jiné válečné operace (bez ohledu na to, zda byla vyhlášena válka) nebo občanské války,
 - b) povstání včetně vojenského povstání, vzpoury, revoluce, uchvácení moci, stanného práva nebo stavu obležení (tato vyluka však neplatí v případě, že se pojištěný těchto událostí účastnil jako člen ozbrojených složek státu v rámci plnění svých služebních povinností na území České republiky),
 - c) občanských nepokojů, tj. regionálních protizákonných skupinových násilných vystoupení občanů vedoucích ke vzniku škod na životě a zdraví jiných občanů a škod na majetku, pokud se pojištěný na takových občanských nepokojích **aktivně podílel**,
 - d) teroristických činů, tj. násilných činů poškozujících lidský život, majetek či infrastrukturu s úmyslem ovlivnit vládu nebo zastrašovat veřejnost nebo její část, pokud se pojištěný na teroristickém činu **aktivně podílel**,
 - e) obecného ohrožení vlivem působení jaderné energie, chemické nebo biologické kontaminace (viz článek 15 písm. a), e) a u).
- 2) Vyluky uvedené v předchozím odstavci platí pro všechna pojištění sjednaná v pojistné smlouvě. Část pojistných podmínek popisující jednotlivá pojištění obsahuje ještě další vyluky, které se týkají pouze příslušného pojištění, u něhož jsou uvedeny.
- 3) Pojistné plnění dále nevyplatíme také v případě, že:
 - a) oprávněná osoba uvedla při uplatňování práva na pojistné plnění vědomě nepravdivé nebo hrubě zkreslené údaje týkající se rozsahu pojistné události nebo podstatné údaje týkající se této události zamlčela nebo
 - b) pojistnou událost úmyslně způsobila oprávněná osoba, pojištěný nebo pojistník či z jejich podnětu jiná osoba.
- 4) Dále můžeme zamítnout výplatu pojistného plnění, pokud:
 - a) k pojistné události došlo v souvislosti s úmyslným trestným činem pojištěného či oprávněné osoby,
 - b) příčinou pojistné události je skutečnost, o které jsme se dozvěděli až po vzniku pojistné události (a kterou jsme nemohli dříve zjistit vzhledem k tomu, že jste jako pojistník či pojištěný úmyslně či z nedbalosti odpověděl nepravdivě či neúplně na naše písemné dotazy při uzavírání pojistné smlouvy či dohody o její změně) a kvůli které bychom pojistnou smlouvu neuzavřeli (popřípadě ji uzavřeli za jiných podmínek), kdybychom o této skutečnosti věděli při jejím uzavření (odmítnutí pojistného plnění podle § 2809 OZ).

Článek 11

Povinnosti a práva účastníků pojištění při šetření pojistné události (Povinnosti a práva při pojistné události)

- 1) My jako pojišťovna máme při šetření pojistné události

zejména tyto povinnosti:

- a) zahájit šetření pojistné události bez zbytečného odkladu po obdržení oznámení o takové události a vést šetření tak, aby bylo skončeno nejpozději do 3 měsíců po obdržení tohoto oznámení,
 - b) informovat se zdůvodněným oznamovatele a oprávněnou osobu, nebude-li možné šetření pojistné události ve výše uvedeně lhůtě ukončit,
 - c) sdělit výsledky šetření pojistné události oprávněné osobě, čímž se šetření považuje za skončené,
 - d) vyplátit oprávněné osobě pojistné plnění do 15 dnů od skončení šetření pojistné události,
 - e) vyplátit oprávněné osobě průměrnou zálohu na pojistné plnění, pokud jsme šetření pojistné události nemohli ukončit do 3 měsíců po obdržení oznámení o takové události a pokud oprávněná osoba písemně požádala o zálohu.
- 2) Do doby šetření pojistné události se nezapočítává doba, po kterou probíhá občanskoprávní nebo trestní soudní řízení, přestupkové nebo jiné správní řízení, řízení ve věci trestního oznámení pro podezření z pojistného podvodu, jehož výsledek je určující pro stanovení naší povinnosti plnit z daného pojištění. Po tuto dobu nejsme jako pojišťovna v prodlení s výplatou pojistného plnění ani zálohy na pojistné plnění.
- 3) Zálohu na pojistné plnění nemusíme poskytnout, je-li rozumný důvod její výplatu odepřít, a to zejména:
- a) není-li z výsledků dosavadního šetření jisté, zda se na šetřenou událost bude pojištění vztahovat, nebo kdo je oprávněnou osobou,
 - b) porušil-li pojistník nebo oprávněná osoba jakoukoli povinnost související s uplatněním práva na pojistné plnění a šetřením pojistné události, zejména pokud nám některá z těchto osob sdělila k šetřené pojistné události jakýkoli nepravdivý nebo hrubě zkreslený údaj (například v hlášení této události nebo jiném dokumentu předloženém za účelem jejího šetření) nebo takový údaj zamlčela,
 - c) existuje-li důvodné podezření, že při uplatnění práva na pojistné plnění došlo ke spáchání trestného činu (o důvodné podezření o spáchání trestného činu jde vždy, když je v souvislosti s takovým uplatněním práva na pojistné plnění podáno trestní oznámení na pojistníka, pojištěného, osobu, která uplatnila právo na pojistné plnění, oprávněnou osobu nebo jinou osobu jednající z jejich podnětu nebo je proti některé z těchto osob v této souvislosti již vedeno trestní řízení).
- 4) Vy jako pojistník, pojištěný nebo oprávněná osoba máte při šetření pojistné události zejména tyto povinnosti:
- a) v případě úrazu nebo nemoci vyhledat bez zbytečného odkladu (v době, kdy jsou přítomny objektivní příznaky poranění nebo onemocnění) lékařské ošetření, léčit se podle pokynů lékaře, dodržovat léčebný režim stanovený lékařem (zejména respektovat pokyny lékaře při léčbě, nečinit nic, co by mohlo bránit či zpomalit uzdravení) a poskytovat nám součinnost při kontrole průběhu léčebného procesu,
 - b) oznámit nám bez zbytečného odkladu, že nastala událost, která by mohla být pojistnou událostí, a postupovat po tomto oznámení podle našich pokynů,
 - c) podat nám pravdivé a úplné vysvětlení o vzniku události, která by mohla být pojistnou událostí (okolnosti vzniku, informace o zúčastněných osobách apod.), a rozsahu jejích následků, předat nám veškeré dokumenty a poskytnout nám jakoukoli další potřebnou součinnost (u dokumentů v jiném než českém, anglickém nebo německém jazyce musí být na Vaše náklady zajištěn jejich ověřený překlad do českého jazyka),
 - d) předat nám veškerou zdravotnickou dokumentaci nezbytnou pro šetření pojistné události; dodatečně vyhotovené dokumenty (například lékařské zprávy, prohlášení pojistníka či oprávněné osoby), které se neshodují s autentickou dokumentací nebo jsou vyhotoveny lékařem, který je pojistníkem, pojištěným, oprávněnou osobou nebo osobou jim blízkou, nemusíme uznat,
 - e) podrobit se vyšetření námi určeným lékařem; v takovém

případě uhradíme náklady na toto vyšetření včetně souvisejících nákladů na dopravu k takovému lékaři v České republice obvyklým hromadným dopravním prostředkem (pro vyloučení pochybností se uvádí, že nejsme povinni hradit náklady na jakékoli lékařské prohlídky či vyšetření, které jsme si sami nevyžádali),

- f) dát nám souhlas, abychom předávali Vaše osobní údaje včetně údajů o zdravotním stavu našim odborným konzultantům nebo znalcům, pokud tyto budou ve vztahu k těmto informacím vázáni povinností mlčenlivosti,
 - g) doložit nám výši Vašeho průměrného měsíčního příjmu k těm pojištěním, u kterých je to specifikováno, pokud si to vyžádáme,
 - h) uhradit nám náklady vynaložené na šetření pojistné události, pokud jste nám oznámil vědomě nepravdivé nebo hrubě zkreslené údaje nebo údaje zamlčel nebo pokud jste takové náklady vyvolal zbytečným porušením svých povinností (a to včetně nákladů na vedení soudního sporu),
 - i) vynaložit veškeré úsilí, které po Vás lze rozumně požadovat, abyste předešel vzniku pojistné události a případně aby byly minimalizovány následky již existující pojistné události.
- 5) Porušení výše uvedených povinností, které mělo podstatný vliv na zjištění vzniku nároku či určení výše pojistného plnění, může mít za následek, že pojistné plnění neposkytneme či v případě opakovaného plnění pozastavíme jeho výplatu až do splnění povinností.

Článek 12

Zánik pojištění (Kdy pojištění přestane platit)

- 1) Zánik pojištění se řídí pojistnou smlouvou a občanským zákoníkem. Pojištění zanikne zejména:
 - a) posledním dnem sjednané pojistné doby,
 - b) dnem zániku pojistného zájmu nebo zániku pojistného nebezpečí,
 - c) smrtí pojištěného, kdy zanikají všechna pojištění pouze tohoto pojištěného, avšak pojištění ostatních pojištěných zůstávají nedotčena,
 - d) marným uplynutím dodatečné lhůty, kterou jsme stanovili v upomínce k zaplacení dlužného pojistného,
 - e) dnem stanoveným v dohodě uzavřené mezi Vámi jako pojistníkem a námi jako pojišťovnou,
 - f) dnem doručení našeho oznámení o odmítnutí pojistného plnění podle § 2809 OZ.
- 2) Pojištění můžete Vy jako pojistník a my jako pojišťovna ukončit také výpovědí, a to:
 - a) do 2 měsíců od uzavření pojistné smlouvy; tato výpověď musí být doručena druhé straně nejpozději poslední den této lhůty, pojištění pak zanikne uplynutím osmidenní výpovědní doby, která běží od doručení výpovědi,
 - b) u pojištění s běžným pojistným k poslednímu dni pojistného období; tato výpověď musí být druhé straně doručena nejméně 6 týdnů před koncem pojistného období, jinak pojištění zanikne až ke konci následujícího pojistného období, pro které je 6 týdnů dodrženo (my však takto nemůžeme vypovědět životní pojištění),
 - c) po pojistné události; tato výpověď musí být druhé straně doručena nejpozději do 3 měsíců ode dne oznámení události pojišťovně a pojištění zanikne uplynutím výpovědní doby v délce 1 měsíce (my však takto nemůžeme vypovědět životní pojištění).
 My jako pojišťovna se vzdáváme svého zákonného práva vypovědět podle písm. b) a c) pojištění vážných onemocnění a pojištění invalidity následkem úrazu nebo nemoci i pojištění invalidity pouze následkem úrazu.
- 3) My jako pojišťovna můžeme dále od pojistné smlouvy či dohody o její změně odstoupit zejména v případě, že nám Vy či jiný účastník pojištění úmyslně či z nedbalosti nezodpoví pravdivé a úplné naše písemné dotazy v souvislosti s uzavíráním pojistné smlouvy či dohody o její změně, pokud bychom při pravdivém a úplném zodpovězení takových dotazů pojistnou smlouvu či dohodu o její změně neuzavřeli.

- 4) Odstoupením se na pojistnou smlouvu hledí, jako by nebyla uzavřena, pojištění sjednaná v této smlouvě se ruší od počátku a smluvní strany jsou povinny si vrátit vše, co již bylo ze smlouvy plněno.

Článek 13

Právní jednání a doručování (Jak jednat, jak se doručují písemnosti)

- 1) Pojistná smlouva musí být uzavřena v písemné formě, kromě případů stanovených občanským zákoníkem. Také změny pojistné smlouvy jsou možné pouze formou písemných dodatků. V případě, že bude přijet nabídky pojišťovny na uzavření pojistné smlouvy či dohody o její změně z Vaší strany jako pojistníka shledáno neplatným z důvodu nedodržení písemné formy nebo jiného důvodu, a Vy přesto uhradíte první pojistné ve výši a lhůtě uvedené v nabídce (není-li lhůta v nabídce uvedena, do 1 měsíce od doručení nabídky), považuje se nabídka za přijatou zaplacením tohoto prvního pojistného.
- 2) Kromě pojistné smlouvy vyžadují písemnou formu také oznámení, žádosti a jiná právní jednání (dále též „**písemnosti**“), která mají vliv na:
 - trvání a zánik pojištění,
 - změnu pojistného,
 - změnu rozsahu pojištění,
 - změnu obmyšleného.
- 3) Za písemnou formu se vedle opatření písemnosti vlastnoručným podpisem považuje také doručení písemnosti do datové schránky pojišťovny, doručení e-mailem opatřeným zaručeným elektronickým podpisem podle zvláštního zákona nebo doručení prostřednictvím naší internetové aplikace se zabezpečeným přístupem.
- 4) Ostatní oznámení a žádosti mohou být učiněny nejen písemně, ale i telefonicky, e-mailem nebo prostřednictvím našich internetových stránek. To platí zejména pro hlášení pojistné události, oznámení pojistníka nebo pojištěného ohledně změny příjmení, adresy bydliště, korespondenční adresy a dalších kontaktních údajů uvedených ve smlouvě a žádost pojistníka o změnu způsobu placení běžného pojistného (vyjma placení pojistného na základě souhlasu s inkasem z účtu). Oznámení a žádosti učiněné jinak než v písemné formě musí být dodatečně doplněny písemnou formou, pokud Vás o to požádáme.

- 5) Při řešení pojistných událostí a při správě pojištění v průběhu jeho trvání Vás můžeme kontaktovat i elektronickými nebo jinými technickými prostředky (např. telefon, SMS, e-mail, zpráva doručená do datové schránky), a to na poskytnuté kontaktní údaje pro elektronickou komunikaci. Při volbě formy komunikace přihlížíme zejména k nutnosti dodržení časových lhůt potřebných ke zdárnému vyřešení potřebných záležitostí, charakteru sdělovaných informací a povinnostem stanoveným právními předpisy. Písemnost, kterou Vám zašleme elektronicky na poslední Vámi poskytnutý kontaktní údaj, se považuje za doručenou 10. dnem po jejím odeslání, nelze-li datum jejího doručení zjistit nebo není-li v příslušných právních předpisech stanoveno jinak, a to i když se adresát o jejím obsahu nedozvěděl (nevylučuje-li to právní předpis).
- 6) Všechny písemnosti, které nám zasíláte v listinné podobě, zašlete na adresu: **Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Brněnská 634, 664 42 Modřice**, případně následně na jinou adresu, kterou Vám sdělíme.
- 7) Vám jako pojistníkovi budeme písemnosti doručovat elektronicky na adresu, kterou jste v pojistné smlouvě uvedl jako e-mailovou, nebo prostřednictvím držitele poštovní licence na korespondenční adresu. Není-li korespondenční adresa v pojistné smlouvě uvedena, budeme Vám písemnosti zasílat

na adresu bydliště nebo trvalého pobytu, popř. sídla, uvedenou v pojistné smlouvě. Budeme-li komunikovat s jiným účastníkem pojištění (např. s pojištěným v případě jeho pojistné události), budeme mu písemnosti zasílat na jeho adresu uvedenou v pojistné smlouvě či jinak nám oznámenou. Písemnost Vám můžeme doručit rovněž prostřednictvím našeho zaměstnance nebo jiné námi pověřené osoby i na jakékoli jiné místo, na kterém se dohodneme.

- 8) Námi zasláné písemnosti budou považovány za doručené takto:
 - doporučená zásilka s dodejkou dnem uvedeným na dodejce,
 - doporučená zásilka bez dodejky a obvyčejná zásilka 3. pracovním dnem po jejím odeslání (v České republice), resp. 15. pracovním dnem (mimo Českou republiku),
 - písemnost doručovaná prostřednictvím našeho zaměstnance nebo jiné námi pověřené osoby dnem jejího převzetí.
- 9) Písemnost, kterou jsme odeslali doporučenou zásilkou (s dodejkou i bez), se považuje za doručenou i v případě, že ji převzala jiná osoba než adresát (např. rodinný příslušník, který držitel poštovní licence (např. Česká pošta) zásilku doručil v souladu s platnými právními předpisy o poštovních službách.
- 10) Zmaříte-li přijetí písemnosti, budou jako den doručení platit automaticky následující dny:
 - pokud odmítnete převzít zásilku od doručovatele, našeho zaměstnance nebo jiné námi pověřené osoby, je dnem doručení den tohoto odmítnutí,
 - pokud si nevyzvednete zásilku uloženou na poště, je dnem doručení poslední den úložní lhůty,
 - pokud jste nám řádně a včas neoznámili změnu adresy, je dnem doručení 3. pracovní den po jejím odeslání (platí v České republice), resp. 15. pracovní den (mimo Českou republiku),
 - pokud jinak zmaříte doručení (např. řádně neoznačíte poštovní schránku), je dnem doručení den, kdy nám byla zásilka vrácena.

Článek 14

Rozhodování sporů (Jak se řeší případné spory)

- 1) Pojistná smlouva a právní vztahy z ní vyplývající či s ní související se řídí příslušnými českými právními předpisy v platném znění. Spory vyplývající z pojistné smlouvy či s ní související budou předloženy k rozhodnutí příslušnému soudu v České republice, ledaže z mezinárodní smlouvy nebo přímo použitelného předpisu Evropské unie, od nichž se nelze dohodou smluvních stran odchýlit, vyplývá jinak.
- 2) Spory lze řešit rovněž mimosoudně. V případě sporu týkajícího se životního pojištění se obraťte na Finančního arbitra, Legerova 1581/69, 110 00 Praha 1, www.financniarbitr.cz. Spory z neživotního pojištění řeší Kancelář ombudsmana České asociace pojišťoven z. ú., Elišky Krásnohorské 135/7, 110 00 Praha 1 – Josefov, www.ombudsmancap.cz. Se spory z úrazového pojištění a pojištění pro případ nemoci se můžete obrátit také na Českou obchodní inspekci, Štěpánská 567/15, 120 00 Praha 2, www.coi.cz.

Článek 15

Výklad pojmů (Důležitá slovíčka)

- Pojmy uvedené v textu těchto pojistných podmínek mají pro účely tohoto pojištění následující význam:
 - biologická kontaminace** znamená například nákazu potravin jejich oslizením, hnilobou, napadením plísněmi nebo zapařením, jejichž konzumací může být ohroženo lidské zdraví,
 - část těla** znamená oblast lidského těla, která byla postižena úrazem nebo nemocí, například hlava, hrudník, břicho, páteř, horní končetina nebo dolní končetina,
 - čekací doba** znamená dobu uvedenou v pojistné smlouvě či v pojistných podmínkách; nastane-li během čekací doby událost, která by jinak byla pojistnou událostí, nárok na

- pojistné plnění nevznikne; čekací doba běží ode dne počátku pojištění nebo ode dne účinnosti příslušné dohody o změně pojištění,
- d) **hospitalizace** znamená pobyt pojištěného na lůžkovém oddělení nemocnice za účelem vyšetření nebo stanovení diagnózy či pro závažnost úrazu, nemoci, těhotenství, potratu, porodu či jiné skutečnosti související s jeho zdravotním stavem nebo charakteru jejich ošetření, vyšetření či léčení,
- e) **chemická kontaminace** znamená například kontaminaci zemědělské půdy jako součásti životního prostředí a její vliv na kvalitu pěstovaných plodin a z nich vyráběných potravin, jejichž konzumací může být ohroženo lidské zdraví,
- f) **invalidní důchod** znamená důchod vyplácený na základě rozhodnutí příslušného orgánu státní správy podle zákona o důchodovém pojištění z důvodu invalidity příslušného stupně,
- g) **lékař** znamená příslušného praktického nebo odborného lékaře, který disponuje potřebnými licencemi (osoba, která je oprávněná ve smyslu všeobecně závazných právních předpisů poskytovat zdravotní služby) a který není pojistníkem, pojištěným nebo oprávněnou osobou nebo jejich osobou blízkou,
- h) **návykové látky** znamenají omamné látky, psychotropní látky a ostatní látky způsobily nepříznivě ovlivnit psychiku člověka či jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování,
- i) **nemoc** znamená podle obecně uznávaného stavu lékařské vědy tělesnou nebo duševní poruchu zdravotního stavu pojištěného,
- j) **nemocnice** znamená poskytovatele lůžkové péče, který poskytuje základní a specializovanou diagnostickou a léčebnou péči na lůžkách akutní nebo neodkladné péče za účelem vyšetření, diagnostiky, ošetření nebo léčení pojištěného,
- k) **nezaměstnaný** znamená osobu bez zdanitelných příjmů nebo osobu výdělečně činnou (zaměstnanec nebo osoba samostatně výdělečně činná), která přerušila nebo ukončila výdělečnou činnost nebo která nemá z takovéto činnosti pravidelný příjem (např. vykonává výdělečnou činnost pouze na základě Dohody o provedení práce), přestože její výkon neukončila či nepřerušila, nebo osobu, která je vedena v evidenci uchazečů o zaměstnání na příslušném úřadu práce,
- l) **obmyšlený** znamená osobu určenou pojistníkem v pojistné smlouvě, které vznikne právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného,
- m) **Oceňovací tabulky** znamenají oceňovací tabulky pro likvidaci pojistných událostí z úrazového pojištění a z pojištění pro případ pracovní neschopnosti, podle nichž stanovíme maximální výši pojistného plnění za příslušná tělesná poškození způsobená úrazem, trvalé následky úrazu a za pracovní neschopnost,
- n) **pojistná částka** znamená částku či důchod stanovené v pojistné smlouvě nebo v pojistných podmínkách, ze kterých se stanoví výše pojistného plnění v případě pojistné události,
- o) **pojistné období** znamená období, za které se platí běžné pojistné a které je uvedeno v pojistné smlouvě,
- p) **pojistník** znamená osobu, která s námi jako pojišťovnou uzavřela pojistnou smlouvu,
- q) **právní jednání** znamenají taková jednání (konání i opomenutí) účastníků pojištění, se kterými jsou spojeny právní následky, zejména uzavření pojistné smlouvy, její změna, zánik pojištění, uplatnění a vyřízení nároků z pojištění apod.,
- r) **předčasné ukončení pojistné smlouvy** znamená zánik či ukončení všech pojištění sjednaných v pojistné smlouvě:
 - i) dohodou,
 - ii) výpovědí ze strany pojistníka,
 - iii) pro nezaplacení pojistného,
- s) **riziková skupina** znamená soubor činností pojištěného (pracovních, zájmových a sportovních) se srovnatelným rizikem úrazu,
- t) **tělesné poškození** znamená poškození části těla, orgánu nebo

- údu v důsledku úrazu, bez ohledu na to, zda toto poškození zanechá nebo nezanechá trvalé následky,
- u) **události, které vznikly v důsledku působení jaderné energie**, znamenají události vzniklé:
 - i) kontaminacemi radioaktivitou z jaderného paliva nebo jaderného odpadu anebo ze spalování jaderného paliva,
 - ii) z radioaktivních, toxických nebo jinak riskantních anebo kontaminujících vlastností nukleárního zařízení, reaktoru nebo nukleární montáže nebo nukleárního komponentu,
 - iii) z působení zbraně využívající atomové nebo nukleární štěpení, syntézu nebo jinou podobnou reakci, radioaktivní síly nebo materiály,
- v) **úraz** znamená neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly pojištěného nezávisle na jeho vůli, ke kterému došlo během trvání pojištění a kterým byly pojištěnému způsobeny smrt nebo tělesné poškození, pokud tělesné poškození bylo potvrzeno přítomností objektivních příznaků zjištěných při prvním lékařském ošetření,
- w) **věk** pro účely pojištění stanovujeme jako rozdíl mezi příslušným kalendářním rokem a rokem narození pojištěného,
- x) **výroční den počátku pojištění** znamená den, který se číslem a měsícem shoduje se dnem počátku pojištění; není-li takový den v měsíci, je výročním dnem poslední den příslušného měsíce,
- y) **výroční den výplaty důchodu** znamená den, který se číslem a měsícem shoduje se dnem počátku výplaty důchodu.

Část 2 – Popis jednotlivých pojištění

Pojištění pro případ smrti

Článek 16

Pojistná událost (Na co se pojištění vztahuje)

- Pojistnou událostí je **smrt** pojištěného, ke které došlo během trvání tohoto pojištění.

Článek 17

Čekací doba (Doba bez nároku na plnění)

- Čekací doba je 2 měsíce. Čekací dobu neuplatňujeme, pokud pojištěný zemře výlučně následkem úrazu.

Článek 18

Pojistné plnění (Co a jak vyplatíme)

- 1) Pojistné plnění v případě smrti pojištěného vyplatíme obmyšlenému ve výši aktuální pojistné částky.
- 2) Obmyšleného určuje pojistník. Pokud není pojistník současně pojištěným, může obmyšleného určit pouze se souhlasem pojištěného. Obmyšlený se určí jménem, příjmením a datem narození. Místo toho se může obmyšlený určit vztahem k pojištěnému. Určí-li se obmyšlený oběma způsoby současně, má přednost určení jménem, příjmením a datem narození. Není-li obmyšlený v pojistné smlouvě uveden, platí, že nebyl určen, a právo na pojistné plnění pak mají osoby uvedené v § 2831 OZ. Toto pojistné plnění nespadá do dědictví a není předmětem dědického řízení.
- 3) Obmyšleného lze měnit až do vzniku pojistné události, přičemž změna je účinná dnem doručení sdělení pojišťovně.

Článek 19

Povinnosti obmyšleného (Co musíte jako obmyšlený splnit)

- 1) V případě smrti pojištěného by nám obmyšlený, popřípadě jiná osoba, která se domnívá, že má právo na pojistné plnění, měli úmrtí pojištěného oznámit co možná nejdříve. K oznámení se použije formulář „Oznámení/hlášení pojistné události - úmrtí“ zveřejněný na našich internetových stránkách. K formuláři je třeba přiložit veškeré dokumenty v něm uvedené a dále veškerou zdravotnickou dokumentaci pojištěného související s jeho úmrtím.
- 2) Další povinnosti jsou uvedeny také v článcích 5 a 11 Povinnosti a práva účastníků pojištění.

Článek 20

Výluky z pojištění (Na co se pojištění nevztahuje)

- Pojistné plnění neposkytneme v případech uvedených v článku 10 Všeobecné výluky z pojištění a dále také, pokud pojištěný zemře v důsledku úmyslného sebepoškození, sebevraždy nebo pokusu o sebevraždu do 2 let od počátku pojištění, resp. od účinnosti změny, kterou byla zvýšena pojistná částka.

Článek 21

Zánik pojištění (Kdy pojištění přestane platit)

- Pojištění daného pojištěného zaniká pojistnou událostí. Pojištění dále zaniká způsoby uvedenými v článku 12 Zánik pojištění.

Smrt následkem úrazu

Článek 22

Pojistná událost (Na co se pojištění vztahuje)

- Pojistnou událostí je **úraz** pojištěného, který nastane během trvání tohoto pojištění a nejpozději do 3 let od tohoto úrazu zapříčiní smrt pojištěného.

Článek 23

Čekací doba (Doba bez nároku na plnění)

- Pro toto pojištění není stanovena žádná čekací doba.

Článek 24

Pojistné plnění (Co a jak vyplatíme)

- 1) Pojistné plnění za smrt následkem úrazu ve výši sjednané pojistné částky vyplatíme obmyšlenému.
- 2) Obmyšleného určuje pojistník. Pokud není pojistník současně pojištěným, může obmyšleného určit pouze se souhlasem pojištěného. Obmyšlený se určí jménem, příjmením a datem narození. Místo toho se může obmyšlený určit vztahem k pojištěnému. Určí-li se obmyšlený oběma způsoby současně, má přednost určení jménem, příjmením a datem narození. Není-li obmyšlený v pojistné smlouvě uveden, platí, že nebyl určen, a právo na pojistné plnění pak mají osoby uvedené v § 2831 OZ. Toto pojistné plnění nespadá do dědictví a není předmětem dědického řízení.
- 3) Obmyšleného lze měnit až do vzniku pojistné události, přičemž změna je účinná dnem doručení sdělení pojišťovně.

Článek 25

Povinnosti obmyšleného (Co musíte jako obmyšlený splnit)

- 1) Obmyšlený, popřípadě jiná osoba, která se domnívá, že má právo na pojistné plnění, by nám měli úmrtí pojištěného oznámit co možná nejdříve. K oznámení se použije formulář „Oznámení/hlášení pojistné události - úmrtí“ zveřejněný na našich internetových stránkách. K formuláři je třeba přiložit veškeré dokumenty v něm uvedené a dále veškerou zdravotnickou dokumentaci pojištěného související s jeho úmrtím.
- 2) Další povinnosti jsou uvedeny také v článcích 5 a 11 Povinnosti a práva účastníků pojištění.

Článek 26

Výluky z pojištění (Na co se pojištění nevztahuje)

- Pojistné plnění neposkytneme v případech uvedených v článku 10 Všeobecné výluky z pojištění a dále také, pokud pojištěný zemře v důsledku následujících tělesných poškození či jiných újem na zdraví nebo lékařských vyšetření či zákroků:
 - a) diagnostických, život zachraňujících, léčebných nebo preventivních zákroků,
 - b) zákroků, které jsou provedeny na žádost pojištěného a které nejsou z lékařského hlediska nezbytné,
 - c) jakékoli nemoci, včetně infekční nemoci, a to i v případě, že k ní dojde v důsledku úrazu,
 - d) působení imunotoxických látek včetně alergických reakcí,
 - e) úrazu způsobeného úmyslně pojištěným, jako jsou sebevražda a pokus o ni, sebepoškození apod.

Článek 27

Zánik pojištění (Kdy pojištění přestane platit)

- Pojištění daného pojištěného zaniká pojistnou událostí. Pojištění dále zaniká způsoby uvedenými v článku 12 Zánik pojištění.

Tělesné poškození způsobené úrazem – procentní plnění

Článek 28

Pojistná událost (Na co se pojištění vztahuje)

- ▶ 1) Pojistnou událostí je **úraz** pojištěného, který nastane během trvání tohoto pojištění a způsobí pojištěnému tělesné poškození.
- ▶ 2) Toto pojištění může být sjednáno v několika variantách, které se liší minimálním procentem hodnocení tělesného poškození, od kterého vzniká nárok na pojistné plnění.
- ▶ 3) Pokud dojde v době léčení tělesného poškození k dalšímu úrazu pojištěného, považujeme tento úraz za další pojistnou událost.

Článek 29

Čekací doba (Doba bez nároku na plnění)

- ▶ Pro toto pojištění není stanovena žádná čekací doba.

Článek 30

Pojistné plnění (Co a jak vyplatíme)

- ▶ 1) Právo na pojistné plnění má pojištěný, který v důsledku úrazu utrpěl tělesné poškození.
- ▶ 2) Pojistné plnění za tělesné poškození vypočteme tak, že pojistnou částku vynásobíme celkovým ohodnocením tělesného poškození **v procentech**.
- ▶ 3) Hodnocení jednotlivých tělesných poškození najdete v **Oceňovací tabulce tělesných poškození způsobených úrazem** (dále též „**OT pro TP, DO a PN**“).
- ▶ 4) Tělesné poškození neuvedené v této tabulce ohodnotíme podle tělesného poškození z tabulky, které je s ním povahou a rozsahem nejvíce srovnatelné.
- ▶ 5) Pokud dojde následkem jednoho úrazu k více tělesným poškozením na různých částech těla, stanovíme celkové ohodnocení tělesného poškození jako součet procentního ohodnocení jednotlivých tělesných poškození podle OT pro TP, DO a PN, maximálně však 100 %; to neplatí pro chirurgicky ošetřené rány, plošné abraze, popáleniny, poleptání, omrzliny, cizí tělíska a pohmoždění (včetně mnohočetných pohmoždění na různých částech těla), u nichž se vzhledem ke stejnému charakteru poškození procentní ohodnocení jednotlivých tělesných poškození nesčítají.
- ▶ 6) Pokud dojde následkem jednoho úrazu k více tělesným poškozením na jedné části těla, stanovíme celkové ohodnocení tělesného poškození pouze podle toho poškození, které je v OT pro TP, DO a PN hodnoceno nejvyšším procentem.
- ▶ 7) Je-li v pojistné smlouvě u tohoto pojištění sjednáno minimální procento, od něhož máte nárok na pojistné plnění, poskytneme Vám pojistné plnění pouze tehdy, pokud procentní hodnocení alespoň jednoho z tělesných poškození stanovené v oceňovací tabulce dosáhne sjednaného minimálního procenta.



Byla-li například sjednána varianta pojištění s plněním od 6 %, vyplatíme pojištěnému pojistné plnění pouze tehdy, je-li tělesné poškození, které při úrazu utrpěl, podle OT pro TP, DO a PN hodnoceno alespoň 6 %.

Například:

- 1) Úrazem došlo ke zlomenině dolní čelisti (8 %) a současně k pohmoždění ruky (1,5 %) – celkové hodnocení 9,5 %, pojistné plnění náleží v této výši.
- 2) Úrazem došlo k pohmoždění hlavy (2 %) a současně ke zlomenině žebra (5 %) – v součtu 7 %, ale protože ani jedno z tělesných poškození není hodnoceno alespoň 6 %, pojistné plnění nenáleží.

Článek 31

Povinnosti pojištěného (Co musíte splnit)

- ▶ 1) V případě úrazu vyhledejte k ošetření tělesného poškození co nejdříve lékařskou pomoc, a to v době, kdy jsou přítomny objektivně zjištělé příznaky tohoto poškození. Dále respektujte pokyny lékaře a jím stanovený léčebný režim a poskytněte nám součinnost při kontrole průběhu léčby. Pokud tyto povinnosti nesplníte, nemusíme Vám poskytnout pojistné plnění nebo po Vás můžeme požadovat vrácení již vyplaceného pojistného plnění.
- ▶ 2) Pokud byste jako pojištěný porušil při léčení tělesného poškození léčebný režim stanovený lékařem, vyplatíme Vám podle Zásad pro stanovení pojistného plnění v OT pro TP, DO a PN pojistné plnění pouze za dobu léčení, po kterou jste léčebný režim dodržel (např. pokud by pojištěný sportovec zahájil výkon sportovní činnosti ještě před ukončením léčby tělesného poškození tím, že se účastní zápasu, soutěže nebo tréninku, vyplatíme mu pojistné plnění odpovídající pouze době léčení do zahájení sportovní činnosti).
- ▶ 3) Úraz, který Vám způsobil tělesné poškození, nám oznamte co možná nejdříve, nejpozději však **do 1 roku od úrazu**. Při pozdějším oznámení můžeme pojistné plnění snížit až o 50 %, pokud nám toto opoždění ztížilo možnost zjistit a určit výši pojistného plnění.



Pokud nám neoznámíte úraz do 1 roku od jeho vzniku, můžeme pojistné plnění snížit až na polovinu.

- ▶ 4) K oznámení pojistné události použijte formulář „Oznámení úrazu“, který je k dispozici na našich internetových stránkách. K formuláři přiložte veškerou zdravotnickou dokumentaci související s úrazem (lékařské zprávy z prvního ošetření a z dalšího průběhu léčby jednoznačně specifikující diagnózu, úrazový děj a objektivně zjištěné následky úrazu).
- ▶ 5) Další povinnosti jsou uvedeny také v člancích 5 a 11 Povinnosti a práva účastníků pojištění.

Článek 32

Výluky z pojištění (Na co se pojištění nevztahuje)

- ▶ Pojistné plnění neposkytneme v případech uvedených v článku 10 Všeobecné výluky z pojištění a dále také za následující tělesná poškození či jiné újmy na zdraví nebo lékařská vyšetření či zákroky:
 - a) tělesné poškození, které bylo pojištěnému způsobeno úrazem, v jehož důsledku pojištěný zemřel do 30 dnů od tohoto úrazu,
 - b) patologické zlomeniny, tj. takové zlomeniny, které vzniknou

v důsledku prvotního snížení pevnosti kostí (např. vrozené kostní choroby, nádory kostí nebo osteoporóza) a k jejichž vzniku postačuje nižší intenzita působení zevních sil či vlastní tělesné síly než u zlomeniny traumatické (zlomeniny zdravé kosti),

- c) zlomeniny patologických výrůstků na kosti (např. osteofyty, ostruhy),
- d) únavové neboli stresové (námahové) zlomeniny, tj. zlomeniny vzniklé z přetížení, a nikoli v důsledku jednorázového působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly pojištěného (např. pochodová, běžecká zlomenina),
- e) opakující se vykloubení kloubu způsobené například volným kloubním pouzdem nebo insuficiencí (nedostatečností) kloubních vazů, atrofií kloubní hlavice nebo příliš plochou kloubní jamkou,
- f) poškození svalů, šlach, vazů či kloubů, vzniklo-li takové poškození následkem přetěžování; tato vyluka neplatí, pokud poškození vzniklo v důsledku neočekávaného a náhlého působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly pojištěného,
- g) vznik či zhoršení kýl (hernií), nádorů všech druhů a jakéhokoli původu, bércových vředů, diabetických gangrén, aseptických zánětů pochev šlachových, svalových úponů, tňhových váčků nebo epikondylitid,
- h) výhřez meziobratlové ploténky, ploténkové páteřní syndromy a jiná onemocnění zad – dorzopatie (diagnózy M40 až M54 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí),
- i) diagnostické, život zachraňující, léčebné nebo preventivní zákroky,
- j) zákroky, které jsou provedeny na žádost pojištěného a které nejsou z lékařského hlediska nezbytné,
- k) jakoukoli nemoc, včetně infekční nemoci, a to i v případě, že k ní dojde v důsledku úrazu, včetně prvotního projevu obtíží majících původ v degenerativních změnách orgánů a anatomických částí těla, nebo jejího zhoršení,
- l) poškození vzniklá v důsledku působení imunotoxických látek včetně alergických reakcí,
- m) poškození vzniklá úrazem způsobeným úmyslně pojištěným, jako jsou sebevražda a pokus o ni, sebepoškození apod.

Článek 33

Zánik pojištění (Kdy pojištění přestane platit)

- ▶ Toto pojištění nezaniká pojistnou událostí daného pojištěného; zaniká pouze způsoby uvedenými v článku 12 Zánik pojištění.

Tělesné poškození způsobené úrazem – denní odškodné

Článek 34

Pojistná událost (Na co se pojištění vztahuje)

- ▶ 1) Pojistnou událostí je **úraz** pojištěného, který nastane během trvání tohoto pojištění a způsobí pojištěnému tělesné poškození.
- ▶ 2) Toto pojištění může být sjednáno v několika variantách, které se liší délkou karenční doby.



Pojištění tělesného poškození úrazem s plněním ve formě denního odškodného může být sjednáno s různou délkou karenční doby (například 7 dnů, 28 dnů, 42 dnů), čímž je zvolen rozsah pojistné ochrany od plnění za jakékoli úrazy po plnění za závažnější úrazy. Čím je karenční doba delší, tím je pojistné nižší.

- ▶ 3) Pokud dojde v době léčby tělesného poškození k dalšímu úrazu pojištěného, považujeme tento úraz za další pojistnou událost.

Článek 35

Čekací doba (Doba bez nároku na plnění)

- ▶ Pro toto pojištění není stanovena žádná čekací doba.

Článek 36

Pojistné plnění (Co a jak vyplatíme)

- ▶ 1) Právo na pojistné plnění má pojištěný, který v důsledku úrazu utrpěl tělesné poškození.
- ▶ 2) Pojistné plnění za tělesné poškození vypočteme tak, že pojistnou částku vynásobíme celkovým ohodnocením tělesného poškození **ve dnech**.
- ▶ 3) Hodnocení jednotlivých tělesných poškození najdete v OT pro TP, DO a PN.
- ▶ 4) Tělesné poškození neuvedené v této tabulce ohodnotíme podle tělesného poškození z této tabulky, které je s ním povahou a rozsahem nejvíce srovnatelné.
- ▶ 5) Právo na pojistné plnění za tělesné poškození pojištěnému vznikne pouze tehdy, pokud hodnocení tělesného poškození ve dnech uvedené v OT pro TP, DO a PN přesáhne karenční dobu, která je sjednána v pojistné smlouvě. Karenční doba běží od zahájení léčby tělesného poškození a z celkového hodnocení tělesného poškození ve dnech se neodečítá. Je-li hodnocení tělesného poškození ve dnech podle OT pro TP, DO a PN kratší nebo stejné, jako je sjednaná karenční doba, pojistné plnění nenáleží.



Byla-li například sjednána varianta pojištění s karenční dobou 42 dnů, vyplatíme pojištěnému pojistné plnění pouze tehdy, když za tělesné poškození, které při úrazu utrpěl, je podle OT pro TP, DO a PN stanoven vyšší počet dnů, než je karenční doba (např. za zlomeninu dolní čelisti bez posunutí 56 dnů). Pojistné plnění by pojištěný pak v tomto případě dostal za 56 dnů.

- ▶ 6) Pokud dojde následkem jednoho úrazu k více tělesným poškozením, stanovíme celkové ohodnocení tělesného poškození pouze podle toho poškození, které je v OT pro TP, DO a PN hodnoceno nejvyšším počtem dnů.
- ▶ 7) Dojde-li v době léčby tělesného poškození k dalšímu úrazu pojištěného a hodnocení tělesných poškození ve dnech podle OT pro TP, DO a PN způsobených oběma úrazy se překrývají, započítáme do celkového ohodnocení tělesného poškození překrývající se dny jen jednou.
- ▶ 8) Za jeden úraz vyplatíme pojistné plnění maximálně za 365 dnů léčby.

Článek 37

Povinnosti pojištěného (Co musíte splnit)

- ▶ 1) V případě úrazu vyhledejte k ošetření tělesného poškození co nejdříve lékařskou pomoc, a to v době, kdy jsou přítomny objektivně zjiřitelné příznaky tohoto poškození. Dále respektujte pokyny lékaře a jím stanovený léčebný režim a poskytněte nám součinnost při kontrole průběhu léčby. Pokud tyto povinnosti nesplníte, nemusíme Vám poskytnout pojistné plnění nebo po Vás můžeme požadovat vrácení již vyplaceného pojistného plnění.

- ▶ 2) Pokud byste jako pojištěný porušil při léčení tělesného poškození léčebný režim stanovený lékařem, vyplatíme Vám pojistné plnění pouze za dobu léčení, po kterou jste léčebný režim dodržel (např. pokud by pojištěný sportovec zahájil výkon sportovní činnosti ještě před ukončením léčení tělesného poškození tím, že se účastní zápasu, soutěže nebo tréninku, vyplatíme mu pojistné plnění odpovídající pouze době léčení do zahájení sportovní činnosti).
- ▶ 3) Úraz, který Vám způsobil tělesné poškození, nám oznamte co možná nejdříve, nejspozději však **do 1 roku od úrazu**. Při pozdějším oznámení můžeme pojistné plnění snížit až o 50 %, pokud nám toto opoždění ztížilo možnost zjistit a určit výši pojistného plnění.



Pokud nám neoznámíte úraz do 1 roku od jeho vzniku, můžeme pojistné plnění snížit až na polovinu.

- ▶ 4) K oznámení pojistné události použijte formulář „Oznámení úrazu“, který je k dispozici na našich internetových stránkách. K formuláři přiložte veškerou zdravotnickou dokumentaci související s úrazem (lékařské zprávy z prvního ošetření a z dalšího průběhu léčení jednoznačně specifikující diagnózu, úrazový děj a objektivně zjištěné následky úrazu).
- ▶ 5) Další povinnosti jsou uvedeny také v článcích 5 a 11 Povinnosti a práva účastníků pojištění.

Článek 38

Výluky z pojištění (Na co se pojištění nevztahuje)

- ▶ Pojistné plnění neposkytneme v případech uvedených v článku 10 Všeobecné výluky z pojištění a dále také za následující tělesná poškození či jiné újmy na zdraví nebo lékařská vyšetření či zákroky:
 - a) tělesné poškození, které bylo pojištěnému způsobeno úrazem, v jehož důsledku pojištěný zemřel do 30 dnů od tohoto úrazu,
 - b) patologické zlomeniny, tj. takové zlomeniny, které vzniknou v důsledku prvotního snížení pevnosti kostí (např. vrozené kostní choroby, nádory kostí nebo osteoporóza) a k jejichž vzniku postačuje nižší intenzita působení zevních sil či vlastní tělesné síly než u zlomeniny traumatické (zlomeniny zdravé kosti),
 - c) zlomeniny patologických výrůstků na kosti (např. osteofyty, ostruhy),
 - d) únnavé neboli stresové (námahové) zlomeniny, tj. zlomeniny vzniklé z přetížení, a nikoli v důsledku jednorázového působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly pojištěného (například pochodová, běžecká zlomenina),
 - e) opakující se vykloubení kloubu způsobené například volným kloubním pouzdem nebo insuficiencí (nedostatečností) kloubních vazů, atrofií kloubní hlavice nebo příliš plochou kloubní jamkou,
 - f) poškození svalů, šlach, vazů či kloubů, vzniklo-li takové poškození následkem přetěžování; tato výluka neplatí, pokud poškození vzniklo v důsledku neočekávaného a náhlého působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly pojištěného,
 - g) vznik či zhoršení kýl (hernií), nádorů všech druhů a jakéhokoli původu, bércoových vředů, diabetických gangrén, aseptických zánětů pochev šlachových úponů, tíhových vřků nebo epikondylitid,
 - h) výhřez meziobratlové ploténky, ploténkové páteřní syndromy a jiná onemocnění zad – dorzopatie (diagnózy M40 až M54 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí),
 - i) diagnostické, život zachraňující, léčebné nebo preventivní zákroky,
 - j) zákroky, které jsou provedeny na žádost pojištěného a které nejsou z lékařského hlediska nezbytné,
 - k) jakoukoli nemoc, včetně infekční nemoci, a to i v případě, že

- k ní dojde v důsledku úrazu, včetně prvotního projevu obtíží majících původ v degenerativních změnách orgánů a anatomických částí těla, nebo jejího zhoršení,
- l) poškození vzniklá v důsledku působení imunotoxických látek včetně alergických reakcí,
- m) poškození vzniklá úrazem způsobeným úmyslně pojištěným, jako jsou sebevražda a pokus o ni, sebepoškození apod.

Článek 39

Zánik pojištění (Kdy pojištění přestane platit)

- ▶ Toto pojištění nezaniká pojistnou událostí daného pojištěného; zaniká pouze způsoby uvedenými v článku 12 Zánik pojištění.

Trvalé následky úrazu

Článek 40

Pojistná událost (Na co se pojištění vztahuje)

- ▶ 1) Pojistnou událostí je **úraz** pojištěného, který nastane během trvání tohoto pojištění a který nejspozději do 3 let od tohoto úrazu zanechá pojištěnému trvalé následky.
- ▶ 2) Toto pojištění může být sjednáno v několika variantách, které se liší minimálním procentem hodnocení trvalých následků, od kterého vzniká nárok na pojistné plnění.



Pojištění trvalých následků úrazu může být sjednáno s plněním od 0,1 % (pojistná ochrana pro jakékoli úrazy) nebo s plněním až od 10 %, resp. 25 % (pojistná ochrana pro závažnější úrazy za nižší pojistné).

- ▶ 3) Za **trvalé následky úrazu** považujeme anatomické nebo funkční tělesné poškození, které odborný lékař na základě objektivního nálezu označí za trvalé a jehož stav již nelze ovlivnit další léčbou.

Článek 41

Čekací doba (Doba bez nároku na plnění)

- ▶ Pro toto pojištění není stanovena žádná čekací doba.

Článek 42

Pojistné plnění (Co a jak vyplatíme)

- ▶ 1) Právo na pojistné plnění má pojištěný, který utrpěl úraz s trvalými následky.
- ▶ 2) Pojistné plnění za trvalé následky úrazu vypočteme tak, že pojistnou částku vynásobíme koeficientem pojistného plnění v procentech.
- ▶ 3) **Koeficient pojistného plnění** odpovídá celkovému ohodnocení trvalých následků úrazu v procentech podle „Tabulky progresivního pojistného plnění za trvalé následky úrazu“, a to v závislosti na variantě progresivního plnění, která byla sjednána. Tato tabulka je uvedena v **Oceňovací tabulce trvalých následků úrazu** (dále též „**OT pro TN**“).
- ▶ 4) Hodnocení jednotlivých trvalých následků najdete v OT pro TN.
- ▶ 5) Pokud dojde následkem jednoho úrazu k více trvalým následkům na různých částech těla, stanovíme celkové ohodnocení trvalých následků jako součet jejich procentního ohodnocení podle OT pro TN, maximálně však 100 %.

- 6) Pokud dojde následkem jednoho či více úrazů k více trvalým následkům na jedné části těla (jedné končetině, orgánu nebo jejich části), stanovíme celkové ohodnocení trvalých následků při zohlednění všech takovýchto následků, maximálně však do výše procentního hodnocení stanoveného v OT pro TN pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušné končetiny či její části nebo orgánu,
- 7) Pokud celkové ohodnocení trvalých následků nedosáhne sjednaného minimálního procenta, nevznikne pojištěnému nárok na pojistné plnění.



Byla-li například sjednána varianta pojištění s plněním od 10 %, vyplatíme pojištěnému pojistné plnění pouze tehdy, když hodnocení trvalých následků, které mu úraz zanechal, dosáhne alespoň 10 % (např. omezení hybnosti ramenního kloubu středního stupně může být podle OT pro TN hodnoceno až 10 %).

- 8) Pokud dojde následkem úrazu, na který se vztahuje toto pojištění, k trvalým následkům na části těla, která byla poškozena již před tímto úrazem, bude od celkového ohodnocení trvalých následků odečteno procentní ohodnocení tohoto již dříve existujícího poškození podle OT pro TN.
- 9) Rozsah trvalých následků úrazu stanovíme ve spolupráci s naším posudkovým lékařem po jejich ustálení, a to na základě prohlídky pojištěného smluvním lékařem z příslušného oboru medicíny. Pokud nám posudkový lékař doporučí, že prohlídka není nutná, ohodnotíme trvalé následky po konzultaci s tímto lékařem podle doložené zdravotnické dokumentace od odborných lékařů. U funkčních trvalých následků můžeme na jejich ustálení do stavu, který je další léčbou již neovlivnitelný, čekat maximálně do doby 3 let od úrazu a poté je zhodnotíme podle jejich aktuálního stavu.
- 10) Před ustálením trvalých následků nás můžete písemně požádat o zálohu na pojistné plnění, bude-li z lékařské zprávy zřejmý alespoň minimální rozsah trvalých následků.

Článek 43

Povinnosti pojištěného (Co musíte splnit)

- 1) Skutečnost, že Vám úraz zanechal trvalé následky, nám oznámte co nejdříve poté, co Vám odborný lékař potvrdí, že se trvalé následky ustálily a jejich stav již nemůže být další léčbou změněn. Vznik nebo následné zhoršení trvalých následků nám musíte prokázat **nejpozději do 3 let od úrazu**.
- 2) K oznámení použijte formulář „Oznámení/hlášení pojistné události - trvalé následky úrazu“, který je k dispozici na našich internetových stránkách. K formuláři přiložte veškerou zdravotnickou dokumentaci související s trvalými následky úrazu včetně lékařských zpráv z průběhu léčby.
- 3) Další povinnosti jsou uvedeny také v článcích 5 a 11 Povinnosti a práva účastníků pojištění.

Článek 44

Výluky z pojištění (Na co se pojištění nevztahuje)

- Pojistné plnění neposkytneme v případech uvedených v článku 10 Všeobecné výluky z pojištění a dále také za trvalé následky vzniklé v důsledku následujících tělesných poškození či jiných újem na zdraví nebo lékařských vyšetření či zákroků:
 - patologických zlomenin, tj. takových zlomenin, které vzniknou v důsledku prvotního snížení pevnosti kosti (např. vrozené kostní choroby, nádory kostí nebo osteoporóza) a k jejichž vzniku postačuje nižší intenzita působení zevních sil či vlastní tělesné síly než u zlomeniny traumatické (zlomeniny

- zdravé kosti),
- zlomenin patologických výrůstků na kosti (např. osteofyty, ostruhy),
- únavových nebo stresových (námahových) zlomenin, tj. zlomenin vzniklých z přetížení, a nikoli v důsledku jednorázového působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly pojištěného (například pochodová, běžecká zlomenina),
- opakujícího se vykloubení kloubu způsobeného například volným kloubním pouzdrmem nebo insuficiencí (nedostatečností) kloubních vazů, atrofií kloubní hlavice nebo příliš plochou kloubní jamkou,
- poškození svalů, šlach, vazů či kloubů, vzniklo-li takové poškození následkem přetěžování; tato výluka neplatí, pokud poškození vzniklo v důsledku neočekávaného a náhlého působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly pojištěného,
- vzniku či zhoršení kýl (hernií), nádorů všech druhů a jakéhokoli původu, bércových vředů, dtabetických gangrén, aseptických zánětů pochev šlachových, svalových úponů, tíhových váčků nebo epikondylitid,
- výhřezu meziobratlové ploténky, ploténkových páteřních syndromů a jiných onemocnění zad – dorzopatií (diagnózy M40 až M54 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí),
- diagnostických, život zachraňujících, léčebných nebo preventivních zákroků,
- zákroků, které jsou provedeny na žádost pojištěného a které nejsou z lékařského hlediska nezbytné,
- jakékoli nemoci, včetně infekční nemoci, a to i v případě, že k ní dojde v důsledku úrazu, včetně prvotního projevu obtíží majících původ v degenerativních změnách orgánů a anatomických částí těla, nebo jejího zhoršení,
- působení imunotoxických látek včetně alergických reakcí,
- úrazu způsobeného úmyslně pojištěným, jako jsou sebevražda a pokus o ni, sebepoškození apod.

Článek 45

Zánik pojištění (Kdy pojištění přestane platit)

- Toto pojištění nezaniká pojistnou událostí daného pojištěného; zaniká pouze způsoby uvedenými v článku 12 Zánik pojištění.

Úraz při dopravní nehodě

Článek 46

Pojistná událost (Na co se pojištění vztahuje)

- 1) Pojistnou událostí je **úraz** pojištěného během trvání tohoto pojištění, ke kterému došlo **při dopravní nehodě** pojištěného a který způsobil některou z dále uvedených skutečností:
 - smrt,
 - invaliditu,
 - trvalé následky,
 - tělesné poškození,
 - pobyt v nemocnici,
 podle toho, která z pojištění pro případ úrazu při dopravní nehodě jsou sjednána.
- 2) Pojistnou událostí je pouze takový úraz, po kterém je pojištěný ošetřen zdravotnickou záchrannou službou na místě dopravní nehody nebo nejpozději do 24 hodin po nehodě ve zdravotnickém zařízení. Dopravní nehoda musí být šetřena na místě nehody policií nebo jiným příslušným státním orgánem, který je pověřen šetřením těchto nehod. O výsledku šetření provedeného neprodleně na místě dopravní nehody ve smyslu příslušného zákona musí být vyhotoven záznam.

Článek 47

Čekací doba (Doba bez nároku na plnění)

- Pro toto pojištění není stanovena žádná čekací doba.

Článek 48**Pojistné plnění** (Co a jak vyplatíme)

- ▶ 1) Pojistné plnění za úraz při dopravní nehodě vyplatíme podle toho, které z pojištění uvedených v článku 46 Pojistná událost máte sjednáno. Pojistné plnění pro jednotlivá pojištění pro případ úrazu při dopravní nehodě stanovíme podle stejných pravidel jako u odpovídajících pojištění pro případ úrazu.
- ▶ 2) Právo na pojistné plnění má pojištěný, který utrpěl úraz při dopravní nehodě. V případech smrti pojištěného následkem úrazu náleží pojistné plnění obmyšlenému.

Článek 49**Povinnosti pojištěného, resp. obmyšleného** (Co musíte splnit)

- ▶ 1) Úraz při dopravní nehodě nám oznamte co možná nejdříve. K oznámení použijte příslušný formulář podle toho, z jakého pojištění uplatňujete nárok na pojistné plnění. Všechny formuláře jsou k dispozici na našich internetových stránkách.
- ▶ 2) K formuláři přiložte v něm uvedené doklady a dále zejména:
 - a) lékařskou zprávu z prvního ošetření pojištěného, v níž jsou popsány objektivní příznaky poranění,
 - b) lékařské zprávy z dalšího průběhu léčení jednoznačně specifikující diagnózu, úrazový děj, objektivně zjištěné následky úrazu a způsob a délku jejich léčení,
 - c) záznam policie nebo jiného příslušného státního orgánu o výsledku šetření dopravní nehody (neuznáme záznam, který byl bez šetření na místě nehody dodatečně sepsán na služebně příslušného orgánu).
 Pokud tyto povinnosti nesplníte, neposkytneme Vám pojistné plnění.



K oznámení úrazu při dopravní nehodě musíte doložit záznam státního orgánu o výsledku šetření dopravní nehody, aby Vám vznikl nárok na pojistné plnění.

- ▶ 3) Další povinnosti jsou uvedeny také v článcích 5 a 11 Povinnosti a práva účastníků pojištění.

Článek 50**Výluky z pojištění** (Na co se pojištění nevztahuje)

- ▶ Pojistné plnění za úraz při dopravní nehodě neposkytneme v případech uvedených v článku 10 Všeobecné výluky z pojištění, v případech uvedených v článcích Výluky z pojištění u jednotlivých pojištění pro případ úrazu a dále také v těchto případech:
 - a) při vědomé trestné činnosti pojištěného,
 - b) pokud pojištěný řídil vozidlo
 - i) bez příslušného řidičského oprávnění; tato výluka neplatí, pokud se pojištěný učil vozidlo řídit nebo skládal zkoušku z řízení vozidla podle příslušných předpisů
 - ii) a nebyl zdravotně nebo odborně způsobilý k řízení vozidla podle obecně platných právních předpisů,
 - iii) v době, kdy se na něho vztahoval trest zákazu řízení vozidla, případně bylo rozhodnuto o odnětí či pozastavení platnosti jeho řidičského oprávnění,
 - c) pokud byl pojištěný (řidič vozidla nebo chodec) pod vlivem alkoholu nebo návykových látek včetně léků zakázaných při řízení vozidla,
 - d) odmítne-li se pojištěný (řidič vozidla nebo chodec) podrobit zkoušce nebo vyšetření na přítomnost alkoholu nebo návykových látek včetně léků zakázaných při řízení vozidla, nebo znemožní-li svým jednáním průkaznost této zkoušky nebo vyšetření,
 - e) při aktivní účasti pojištěného na závodech všeho druhu a při

- soutěžích s rychlostní vložkou (včetně oficiálních přípravných jízd), jsou-li provozovány na pozemních komunikacích,
- f) za úrazy při dopravě lanovkou; tato výluka neplatí, pokud jde o lanovku jezdící po kolejích, která je provozována jako prostředek veřejné hromadné dopravy,
- g) v době, kdy je vozidlo provozováno jako pracovní stroj, například při vyklápění, nakládání nebo manipulaci vozidla s nákladem,
- h) na místě nebo v části vozidla, které nejsou určeny k dopravě osob,
- i) ve vozidle, které nespňuje podmínky provozu na pozemních komunikacích; tato výluka neplatí v případech, kdy je pojištěný cestujícím v jakémkoli prostředku veřejné hromadné dopravy, nebo v případě, kdy si pojištěný nemohl být vědom možných důsledků plynoucích z jednání řidiče takového dopravního prostředku,
- j) při jízdě na jízdním kole, pokud nedojde ke srážce s jiným účastníkem nebo překážkou provozu na pozemních komunikacích anebo k nárazu do zařízení pro veřejnou dopravu (včetně dopravních značek) instalovaného podél pozemní komunikace.

Článek 51**Zánik pojištění** (Kdy pojištění přestane platit)

- ▶ Z pojištění pro případ úrazu při dopravní nehodě zanikají pojistnou událostí pouze pojištění pro případ smrti a pojištění pro případ invalidity. Pojištění dále zaniká způsoby uvedenými v článcích 12 a 65 Zánik pojištění.

Článek 52**Výklad pojmů** (Další důležitá slovíčka)

- ▶ Pojmy uvedené v textu této části pojistných podmínek mají pro účely tohoto pojištění následující význam:
 - a) **dopravní nehoda** znamená událost v provozu na pozemních komunikacích, například havárii nebo srážku vozidla, která se stala nebo byla započata na pozemní komunikaci, a dále nehodu při veřejné hromadné dopravě na železnici, vodních tocích a v letadlech,
 - b) **překážka provozu na pozemních komunikacích** znamená vše, co by mohlo ohrozit bezpečnost nebo plynulost provozu na pozemních komunikacích, například náklad, materiál nebo jiné předměty, vozidlo ponechané na pozemní komunikaci nebo závady ve sjízdnosti pozemní komunikace,
 - c) **účastník provozu na pozemních komunikacích** znamená osobu, která se přímým způsobem účastní provozu na pozemních komunikacích, například řidič vozidla, spolujezdec, chodec nebo cyklista,
 - d) **veřejná hromadná doprava** znamená dopravu osob hromadnými dopravními prostředky provozovanou na pravidelných linkách podle jízdních řádů,
 - e) **vozidlo** znamená motorové vozidlo, nemotorové vozidlo nebo tramvaj; motorové vozidlo znamená nekolejové vozidlo poháněné vlastní pohonnou jednotkou a trolejbus, nemotorové vozidlo znamená vozidlo pohybující se pomocí lidské nebo zvířecí síly, například jízdní kolo, ruční vozík nebo potahové vozidlo.

Invalidita následkem úrazu nebo nemoci**Článek 53****Pojistná událost** (Na co se pojištění vztahuje)

- ▶ 1) Pojistnou událostí je **invalidita** pojištěného, ke které došlo během trvání tohoto pojištění, a to z důvodu úrazu nebo nemoci.

- ▶ 2) Toto pojištění může být, je-li sjednáno s výplatou pojistné částky, sjednáno v několika variantách, které se liší rozsahem pojistného krytí podle stupňů invalidity:
 - a) pojištění pro případ invalidity od I. stupně, které zahrnuje I., II. a III. stupeň invalidity,
 - b) pojištění pro případ invalidity od II. stupně, které zahrnuje II. a III. stupeň invalidity, a
 - c) pojištění pro případ invalidity III. stupně.
 Sjednávali se toto pojištění s výplatou ve formě důchodu, může být sjednáno pouze jako pojištění pro případ invalidity III. stupně.
- ▶ 3) **Invalidita** znamená pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu; rozhodující pro vznik invalidity je rozhodnutí příslušného orgánu státní správy, který pojištěného uznal invalidním podle platného zákona o důchodovém pojištění.
- ▶ 4) Za **den vzniku** invalidity určitého stupně se považuje den uvedený v rozhodnutí tohoto orgánu státní správy, od kterého je pojištěný uznán invalidním (pokud byly zároveň k tomuto dni splněny všechny podmínky uvedené v těchto pojistných podmínkách).
- ▶ 5) Za **den zániku** invalidity určitého stupně se považuje den uvedený v rozhodnutí tohoto orgánu státní správy o změně stupně invalidity, resp. o zániku invalidity.
- ▶ 6) V případě pochybností můžeme požadovat vyjádření námi určeného lékaře ke vzniku, trvání nebo zániku invalidity.

Článek 54

Čekací doba (Doba bez nároku na plnění)

- ▶ Čekací doba je 18 měsíců, je-li pojištěný podle zákona o důchodovém pojištění uznán invalidním pro invaliditu prvního stupně, nebo 12 měsíců, je-li uznán pro invaliditu druhého nebo třetího stupně. Při vzniku invalidity výlučně následkem úrazu čekací dobu neuplatňujeme.

Článek 55

Pojistné plnění (Co a jak vyplatíme)

- ▶ 1) Právo na pojistné plnění má pojištěný, který se stane invalidním.
- ▶ 2) Pojistné plnění z tohoto pojištění vyplatíme ve výši aktuální pojistné částky, případně ve výši pravidelně vypláceného důchodu, podle toho, pro jaký stupeň invalidity je pojištění sjednáno a jaká forma výplaty je ujednána v pojistné smlouvě.
- ▶ 3) V případě invalidity třetího stupně, pokud zdravotní stav ke dni jejího vzniku současně odpovídá snížené soběstačnosti podle článku 59 Výklad pojmů, vyplatíme pojistné plnění ve výši dvojnásobku aktuální pojistné částky, resp. důchodu.
- ▶ 4) Jednorázové pojistné plnění vyplatíme jednou částkou poté, co pojištěný prokáže, že je invalidním v příslušném stupni invalidity.
- ▶ 5) V případě, že je v pojistné smlouvě sjednána výplata formou důchodu, budeme pojištěnému vyplácet měsíční důchod od měsíce následujícího po vzniku invalidity třetího stupně až do měsíce, ve kterém pojištěný přestane být invalidním ve třetím stupni, nebo do výročního dne výplaty důchodu v roce, v němž se pojištěný dožije 65 let, podle toho, co nastane dříve.

Článek 56

Povinnosti pojištěného (Co musíte splnit)

- ▶ 1) Vznik invalidity nám oznámte co možná nejdříve. K oznámení použijte formulář „Oznámení/hlášení pojistné události“ -

invalidita“, který je k dispozici na našich internetových stránkách. K formuláři přiložte v něm uvedené doklady a veškerou zdravotnickou dokumentaci související s invaliditou

- ▶ 2) Jako pojištěný jste dále povinen předat nám ke každému výročnímu dni výplaty důchodu tyto dokumenty:
 - a) potvrzení příslušného orgánu státní správy, že pobíráte invalidní důchod pro invaliditu příslušného stupně podle zákona o důchodovém pojištění, nebo
 - b) odbornou lékařskou zprávu, na základě které byl přezkoumán Váš zdravotní stav a potvrzeno rozhodnutí příslušného orgánu státní správy o trvání Vaší invalidity příslušného stupně podle zákona o důchodovém pojištění.
- ▶ 3) Dále jste jako pojištěný povinen oznámit nám bez zbytečného odkladu každé snížení stupně své invalidity nebo její zánik.
- ▶ 4) Pokud porušíte výše uvedené oznamovací povinnosti, můžeme pozastavit nebo ukončit výplatu pojistného plnění, případně můžeme také požadovat vrácení již vyplacených částek.
- ▶ 5) Další povinnosti jsou uvedeny také v článcích 5 a 11 Povinnosti a práva účastníků pojištění.

Článek 57

Výluky z pojištění (Na co se pojištění nevztahuje)

- ▶ 1) Pojistné plnění neposkytneme v případech uvedených v článku 10 Všeobecné výluky z pojištění a dále také za invaliditu v důsledku následujících nemocí, tělesných poškození či jiných újem na zdraví nebo lékařských vyšetření či zákroků a jakýchkoli jejich příčin, komplikací nebo následků:
 - a) nemocí, úrazů nebo jiných skutečností souvisejících se zdravotním stavem pojištěného, které vznikly či byly diagnostikovány před počátkem tohoto pojištění a pro které byl pojištěný před počátkem pojištění léčen či lékařsky sledován nebo jejichž příznaky se projeví před tímto dnem,
 - b) onemocnění vzniklého jako následek opakovaného nadměrného požívání alkoholu, zneužívání léků, aplikace návykových látek nebo přípravků tyto látky obsahujících,
 - c) změny zdravotního stavu pojištěného, které byly způsobeny úmyslným sebepoškozením nebo pokusem o sebevraždu,
 - d) za invaliditu druhého nebo třetího stupně, která byla přiznána v důsledku duševní poruchy nebo poruchy chování (diagnózy F00 až F99 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí), jejíž příčinou je vlastní chování pojištěného uvedené v písm. b)
 a c) tohoto odstavce, nebo porucha příjmu potravy,
 - e) za invaliditu prvního stupně, která byla přiznána v důsledku duševní poruchy nebo poruchy chování (diagnózy F00 až F99 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí), tuto výluku neuplatníme v případě vzniku schizofrenie (diagnóza F20) nebo trvalé organické duševní poruchy (diagnózy F00 až F09), která nebyla vyvolána vlastním chováním pojištěného uvedeným v písm. b) a c) tohoto odstavce. Každá z uvedených diagnóz musí být potvrzena lékařem specialistou v oboru psychiatrie včetně neurologického nálezu a nálezu provedených CT vyšetření hlavy a vyšetření mozku magnetickou rezonancí.
- ▶ 2) Výluka uvedená v písm. a) předchozího odstavce se neuplatní, pokud se v době 5 let před počátkem nebo změnou pojištění příznaky onemocnění nebo následky úrazu prokazatelně neprojeví tak, že by bylo nutné toto zaznamenat ve zdravotnické dokumentaci pojištěného, nebo způsobem, který by vyžadoval jejich léčení nebo sledování, a současně pojištěný neporušil léčebný režim stanovený lékařem.

Článek 58

Zánik pojištění (Kdy pojištění přestane platit)

- ▶ 1) Pojištění pro případ invalidity s výplatou pojistné částky

- a) od I. stupně zaniká, je-li pojištěný během trvání tohoto pojištění uznán invalidním v prvním nebo vyšším stupni,
 - b) od II. stupně zaniká, je-li pojištěný během trvání tohoto pojištění uznán invalidním ve druhém nebo vyšším stupni,
 - c) III. stupně zaniká, je-li pojištěný během trvání tohoto pojištění uznán invalidním ve třetím stupni.
- Pojištění zanikne dnem vzniku invalidity, a to bez ohledu na to, zda bylo vyplaceno pojistné plnění.

- 2) Pojištění invalidity s výplatou pojistné částky i pojištění invalidity s výplatou důchodu zaniká posledním dnem pojistného období, ve kterém nám prokážete, že byl pojištěnému přiznán starobní důchod podle zákona o důchodovém pojištění, a také způsoby uvedené v článku 12 Zánik pojištění.

Článek 59

Výklad pojmů (Další důležitá slovíčka)

- Pojmy uvedené v textu této části pojistných podmínek mají pro účely tohoto pojištění následující význam:
 - snížená soběstačnost** znamená takový dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav podrobně definovaný platným zákonem o sociálních službách, který podle poznatků lékařské vědy trvá déle než 1 rok a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládnutí základních životních potřeb. Za dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav se považuje tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované zdravotní postižení, jehož dopady činí pojištěného závislým na pomoci jiné osoby (nemusí však být podmíněn konkrétní diagnózou). Snížená soběstačnost musí být prokázána odborným vyšetřením včetně všech relevantních (laboratorních, klinických a jiných) nálezů a doložena příslušným rozhodnutím posudkového orgánu státní správy o **II., III. nebo IV. stupni** závislosti podle platného zákona o sociálních službách a odbornými lékařskými zprávami, na základě kterých bylo toto rozhodnutí vydáno.

Invalidita pouze následkem úrazu

Článek 60

Pojistná událost (Na co se pojištění vztahuje)

- 1) Pojistnou událostí je **úraz** pojištěného, který nastane během trvání pojištění a jehož následkem se pojištěný stal během trvání pojištění invalidním.
- 2) Toto pojištění může být, je-li sjednáno s výplatou pojistné částky, sjednáno v několika variantách, které se liší rozsahem pojistného krytí podle stupňů invalidity:
 - a) pojištění pro případ invalidity od I. stupně, které zahrnuje I., II. a III. stupeň invalidity,
 - b) pojištění pro případ invalidity od II. stupně, které zahrnuje II. a III. stupeň invalidity, a
 - c) pojištění pro případ invalidity III. stupně.
 Sjednávali se toto pojištění s výplatou ve formě důchodu, může být sjednáno pouze jako pojištění pro případ invalidity III. stupně.
- 3) **Invalidita** znamená pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu; rozhodující pro vznik invalidity je rozhodnutí příslušného orgánu státní správy, který pojištěného uznal invalidním podle platného zákona o důchodovém pojištění.
- 4) Za **den vzniku** invalidity určitého stupně se považuje den uvedený v rozhodnutí tohoto orgánu státní správy, od kterého je pojištěný uznán invalidním, pokud byly zároveň k tomuto dni splněny všechny podmínky uvedené v těchto pojistných podmínkách.
- 5) Za **den zániku** invalidity určitého stupně se považuje den

uvedený v rozhodnutí tohoto orgánu státní správy o změně stupně invalidity, resp. o zániku invalidity.

- 6) V případech pochybností můžeme požadovat vyjádření námi určeného lékaře ke vzniku, trvání nebo zániku invalidity.

Článek 61

Čekací doba (Doba bez nároku na plnění)

- Pro toto pojištění není stanovena žádná čekací doba.

Článek 62

Pojistné plnění (Co a jak vyplatíme)

- 1) Právo na pojistné plnění má pojištěný, který se stane invalidním následkem úrazu.
- 2) Pojistné plnění z tohoto pojištění vyplatíme ve výši aktuální pojistné částky, případně ve výši pravidelně vypláceného důchodu, podle toho, pro jaký stupeň invalidity je pojištění sjednáno a jaká forma výplaty je ujednána v pojistné smlouvě.
- 3) V případě invalidity třetího stupně, pokud zdravotní stav ke dni jejího vzniku současně odpovídá snížené soběstačnosti podle článku 66 Výklad pojmů, vyplatíme pojistné plnění ve výši dvojnásobku aktuální pojistné částky, resp. důchodu.
- 4) Jednorázové pojistné plnění vyplatíme jednou částkou poté, co pojištěný prokáže, že je invalidním v příslušném stupni invalidity.
- 5) V případě, že je v pojistné smlouvě sjednána výplata formou důchodu, budeme pojištěnému vyplácet měsíční důchod od měsíce následujícího po vzniku invalidity třetího stupně až do měsíce, ve kterém pojištěný přestane být invalidním ve třetím stupni, nebo do výročního dne výplaty důchodu v roce, v němž se pojištěný dožije 65 let, podle toho, co nastane dříve.

Článek 63

Povinnosti pojištěného (Co musíte splnit)

- 1) Vznik invalidity nám oznamte co možná nejdříve. K oznámení použijte formulář „Oznámení/hlášení pojistné události - invalidita“, který je k dispozici na našich internetových stránkách. K formuláři přiložte v něm uvedené doklady a veškerou zdravotnickou dokumentaci související s invaliditou.
- 2) Jako pojištěný jste dále povinen předat nám ke každému výročnímu dni výplaty důchodu tyto dokumenty:
 - a) potvrzení příslušného orgánu státní správy, že pobíráte invalidní důchod pro invaliditu příslušného stupně podle zákona o důchodovém pojištění, nebo
 - b) odbornou lékařskou zprávu, na základě které byl přezkoumán Váš zdravotní stav a potvrzeno rozhodnutí příslušného orgánu státní správy o trvání Vaší invalidity příslušného stupně podle zákona o důchodovém pojištění.
- 3) Dále jste jako pojištěný povinen oznámit nám bez zbytečného odkladu každé snížení stupně své invalidity nebo její zánik.
- 4) Pokud porušíte výše uvedené oznamovací povinnosti, můžeme pozastavit nebo ukončit výplatu pojistného plnění, případně můžeme také požadovat vrácení již vyplacených částek.
- 5) Další povinnosti jsou uvedeny také v článcích 5 a 11 Povinnosti a práva účastníků pojištění.

Článek 64

Výluky z pojištění (Na co se pojištění nevztahuje)

- Pojistné plnění neposkytneme v případech uvedených v článku 10 Všeobecné výluky z pojištění a dále také za invaliditu

v důsledku následujících nemocí, tělesných poškození či jiných újem na zdraví nebo lékařských vyšetření či zákroků:

- a) zhoršení nebo projevení se nemocí, k němuž dojde v důsledku úrazu,
- b) úrazu, ke kterému došlo před počátkem tohoto pojištění, resp. před účinností jeho změny,
- c) opakovaného nadměrného požívání alkoholu, zneužívání léků, aplikace návykových látek nebo přípravků tyto látky obsahující,
- d) změny zdravotního stavu pojištěného, která byla způsobena úmyslným sebepoškozením nebo pokusem o sebevraždu,
- e) patologických zlomenin, tj. takových zlomenin, které vzniknou v důsledku prvotního snížení pevnosti kostí (např. vrozené kostní choroby, nádory kostí nebo osteoporóza) a k jejichž vzniku postačuje nižší intenzita působení zevních sil či vlastní tělesné síly než u zlomeniny traumatické (zlomeniny zdravé kosti),
- f) zlomenin patologických výrůstků na kosti (např. osteofyty, ostruhy),
- g) únavových neboli stresových (námaňových) zlomenin, tj. zlomenin vzniklých z přetížení a nikoli v důsledku jednorázového působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly pojištěného (například pochodová, běžecká zlomenina),
- h) opakujícího se vykloubení kloubu způsobeného například volným kloubním pouzdem nebo insuficiencí (nedostatečností) kloubních vazů, atrofií kloubní hlavičky nebo příliš plochou kloubní jamkou,
- i) poškození svalů, šlach, vazů či kloubů, vzniklo-li takové poškození následkem přetěžování; tato výluka neplatí, pokud poškození vzniklo v důsledku neočekávaného a náhlého působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly pojištěného,
- j) vzniku či zhoršení kýl (hernií), nádorů všech druhů a jakéhokoli původu, bércových vředů, diabetických gangrén, aseptických zánětů pochev šlachových, svalových úponů, tňhových váčků nebo epikondylitid,
- k) výhřezu meziobratlové ploténky, ploténkových páteřních syndromů a jiných onemocnění zad – dorzopatií (diagnózy M40 až M54 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí),
- l) diagnostických, život zachraňujících, léčebných nebo preventivních zákroků,
- m) zákroků, které jsou provedeny na žádost pojištěného a které nejsou z lékařského hlediska nezbytné,
- n) jakékoli nemoci, včetně infekční nemoci, a to i v případě, že k ní dojde v důsledku úrazu, včetně prvotního projevu obtížejících původů v degenerativních změnách orgánů a anatomických částí těla, nebo jejího zhoršení,
- o) tělesných poškození vzniklých v důsledku působení imunotoxických látek včetně alergických reakcí.

Článek 65

Zánik pojištění (Kdy pojištění přestane platit)

- ▶ 1) Pojištění pro případ invalidity s výplatou pojistné částky
 - a) od I. stupně zaniká, je-li pojištěný během trvání tohoto pojištění uznán invalidním v prvním nebo vyšším stupni,
 - b) od II. stupně zaniká, je-li pojištěný během trvání tohoto pojištění uznán invalidním ve druhém nebo vyšším stupni,
 - c) III. stupně zaniká, je-li pojištěný během trvání tohoto pojištění uznán invalidním ve třetím stupni.
 Pojištění zanikne dnem vzniku invalidity, a to bez ohledu na to, zda bylo vyplaceno pojistné plnění.

- ▶ 2) Pojištění invalidity s výplatou pojistné částky i pojištění invalidity s výplatou důchodu zaniká posledním dnem pojistného období, ve kterém nám prokážete, že byl pojištěnému přiznán starobní důchod podle zákona o důchodovém pojištění, a také způsobu uvedenými v článku 12 Zánik pojištění.

Článek 66

Výklad pojmů (Další důležitá slovíčka)

- ▶ Pojmy uvedené v textu této části pojistných podmínek mají pro

účely tohoto pojištění následující význam:

snížená soběstačnost znamená takový dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav podrobně definovaný platným zákonem o sociálních službách, který podle poznatků lékařské vědy trvá déle než 1 rok a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládnání základních životních potřeb. Za dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav se považuje tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované zdravotní postižení, jehož dopady činí pojištěného závislým na pomoci jiné osoby (nemusí však být podmíněn konkrétní diagnózou). Snížená soběstačnost musí být prokázána odborným vyšetřením včetně všech relevantních (laboratorních, klinických a jiných) nálezů a doložena příslušným rozhodnutím posudkového orgánu státní správy o **II., III. nebo IV. stupni** závislosti podle platného zákona o sociálních službách a odbornými lékařskými zprávami, na základě kterých bylo toto rozhodnutí vydáno.

Vážná onemocnění

Článek 67

Pojistná událost (Na co se pojištění vztahuje)

- ▶ 1) Pojištění vážných onemocnění může být sjednáno v následujících variantách lišících se rozsahem pojištěných vážných onemocnění a stavů:
 - a) BASIC pro dospělé osoby / BASIC pro děti,
 - b) STANDARD pro dospělé osoby / STANDARD pro děti,
 - c) EXCLUSIVE pro dospělé osoby / EXCLUSIVE pro děti.
- ▶ 2) Pojistnou událostí je **potvrzení diagnózy** některého z vážných onemocnění nebo **podstoupení některé z operací**, případně vznik další události – **životní situace** (dále jen „**vážné onemocnění**“), k němuž došlo během trvání pojištění a které je uvedeno v článku 74 Seznam vážných onemocnění (dále jen „**Seznam**“), splňuje podmínky v něm uvedené a odpovídá sjednané variantě pojištění.
- ▶ 3) Další podmínkou pro to, aby vážné onemocnění bylo pojistnou událostí, je skutečnost, že v důsledku tohoto vážného onemocnění pojištěný nezemře do 30 dnů od potvrzení diagnózy nebo podstoupení operace.
- ▶ 4) Podle typu vážného onemocnění považujeme za **den vzniku** pojistné události den, kdy:
 - a) byla u pojištěného poprvé potvrzena diagnóza vážného onemocnění,
 - b) byl pojištěný zařazen na oficiální seznam čekatelů na transplantaci orgánu, do dialyzačního nebo dialyzačně-transplantačního programu,
 - c) byla pojištěnému provedena operace nebo transplantace orgánu,
 - d) příslušný orgán státní správy vydal rozhodnutí o snížení soběstačnosti pojištěného.

Článek 68

Čekací doba (Doba bez nároku na plnění)

- ▶ Čekací doba je 2 měsíce. V případě pojistné události výlučně následkem úrazu čekací dobu neuplatňujeme.

Článek 69

Pojistné plnění (Co a jak vyplatíme)

- ▶ 1) Právo na pojistné plnění má pojištěný.
- ▶ 2) Pojistné plnění z pojištění vážných onemocnění vyplatíme podle jedné z následujících možností:
 - a) 30 % aktuální pojistné částky v případě potvrzení diagnózy rakoviny vykazující rané maligní změny, a pokud byla sjednána varianta pojištění EXCLUSIVE, i v případě potvrzení

- diagnózy chronické lymfatické leukemie, která je jedním z druhů leukemie (toto pojistné plnění vyplatíme pro jednoho pojištěného pouze jedenkrát během trvání pojištění),
- b) 100 % aktuální pojistné částky v případě všech dalších vážných onemocnění uvedených v Seznamu, a to podle příslušné sjednané varianty pojištění.



Za některá vážná onemocnění poskytneme pouze částečné pojistné plnění, nikoli celou sjednanou pojistnou částku.

- 3) V případě souběhu více vážných onemocnění poskytneme pojistné plnění pouze za jedno takové onemocnění, u kterého je stanoveno pojistné plnění nejvyšším procentem.

Článek 70

Povinnosti pojištěného (Co musíte splnit)

- 1) Pojistnou událost nám oznámte co možná nejdříve. K oznámení použijte formulář „Oznámení vážného onemocnění“ (formulář je odlišný pro dospělé osobu a pro dítě), který je k dispozici na našich internetových stránkách. K formuláři přiložte v něm uvedené doklady a veškerou zdravotnickou dokumentaci související s pojistnou událostí.
- 2) Další povinnosti jsou uvedeny také v článcích 5 a 11 Povinnosti a práva účastníků pojištění.

Článek 71

Výluky z pojištění (Na co se pojištění nevztahuje)

- Pojistné plnění neposkytneme v případech uvedených v článku 10 Všeobecné výluky z pojištění, v případech uvedených pro jednotlivá vážná onemocnění ve sloupci „Výluky z pojištění“ v Seznamu (viz článek 74) a dále také za následující onemocnění či zákroky a jakékoli jejich příčiny, komplikace nebo následky:
- nemoci, úrazy nebo jiné skutečnosti související se zdravotním stavem pojištěného, které vznikly či byly diagnostikovány před počátkem tohoto pojištění a pro které byl pojištěný před počátkem pojištění léčen či lékařsky sledován nebo jejichž příznaky se projeví před tímto dnem,
 - opakovaný výskyt vážného onemocnění uvedeného v Seznamu, nastal-li jeho první výskyt před počátkem pojištění, resp. před účinností změn pojištění,
 - vážné onemocnění uvedené v Seznamu, které vzniklo jako následek opakovaného nadměrného požívání alkoholu, zneužívání léků, aplikace návykových látek nebo přípravků tyto látky obsahujících.

Článek 72

Změna rozsahu pojištění a jeho zánik (Kdy pojištění přestane platit)

- 1) Pojištění sjednané ve variantě BASIC, STANDARD nebo EXCLUSIVE pojistnou událostí nezaniká, pokud vyplatíme pojistné plnění za některé z vážných onemocnění uvedených v Seznamu pro tyto varianty, ale dnem vzniku pojistné události se na toto vážné onemocnění stejně jako z lékařského hlediska s ním související vážná onemocnění (viz sloupec Seznamu „Související diagnózy“) pojištění vážných onemocnění již nadále nevztahuje. Pojistná částka a výše pojistného za pojištění vážných onemocnění se tím nemění.
- 2) Pojištění sjednané v jakékoli variantě podle článku 67 odst. 1) pojistnou událostí nezaniká, pokud za vážné onemocnění vyplatíme pojistné plnění nižší než 100 % aktuální pojistné částky podle článku 69 odst. 2) písm. a).
- 3) Pojištění sjednané ve variantě EXCLUSIVE pojistnou

událostí zaniká, pokud vyplatíme pojistné plnění za sníženou soběstačností.

- 4) Pojištění vážných onemocnění sjednané v jakékoli variantě podle článku 67 odst. 1) zaniká způsoby uvedenými v článku 12 Zánik pojištění.

Článek 73

Výklad pojmů (Další důležitá slovíčka)

- Pojmy uvedené v textu této části pojistných podmínek mají pro účely tohoto pojištění následující význam:
- anamnéza typické bolesti v krajině srdeční** znamená tlakovou, svíravou bolest za hrudní kostí vystřelující do krku a levé horní končetiny,
 - angioplastika aorty** znamená rekonstrukci aorty,
 - benígní nádor** znamená nezhoubný novotvar,
 - biopsie** znamená odebrání příslušné tkáně k histologickému vyšetření,
 - čerstvá změna na EKG** znamená odchylky elektrokardiografické křivky od normálu až po projevy nemoci charakteristické pro infarkt myokardu (srdečního svalu); pro zdravou činnost srdce je křivka EKG pevně stanovena,
 - demyelinizace** znamená rozpad myelinových pochv,
 - dialyzační léčba** znamená léčbu s náhradou funkce ledvín,
 - dilatace koronární tepny** znamená rozšíření například zúženého úseku tepny,
 - dysplazie** znamená histologické změny tkáně, které mohou předcházet vzniku nádoru,
 - embolizace** znamená kousek krevní sraženiny, který ucpe tepnu jinde ve směru krevního proudu, než vznikl (například z hlubokých žil dolní končetiny se uvolní a dostane se až do mozkové cévy, kde zapříčiní její ucpaní a následnou mozkovou příhodou),
 - histologie** znamená mikroskopicky provedené vyšetření vzorku tkáně,
 - hypokineze** znamená nedostatek volných pohybů,
 - chromozomální abnormalita** znamená odlišný počet chromozomů (vláknité struktury buněčného jádra),
 - chronická lymfatická leukemie** znamená onemocnění krve, kdy pacient má po dlouhou dobu (i několik roků) stejné laboratorní výsledky, aniž by se jeho stav zhoršoval,
 - imunitní mechanismy** znamenají obranné mechanismy organismu,
 - infarkt mozkové tkáně** znamená odumření části mozkové tkáně,
 - infarkt myokardu** znamená odumření tkáně srdečního svalu po zamezení přívodu krve z uzavřené tepny,
 - invazivní melanom** znamená kožní nádor, který se rychle rozšiřuje do jiných tkání i do okolí,
 - inzulín** znamená hormon, který snižuje hladinu cukru v krvi,
 - ischemická choroba srdeční** znamená onemocnění, při kterém srdeční sval trpí nedokrevností,
 - karcinom in situ** znamená ohraničený zhoubný nádor lokalizovaný v místě vzniku v tzv. bezpečné zóně, bez přesahu do dalších vrstev, který se dá z těla odstranit chirurgickou cestou,
 - kožní karcinom** znamená zhoubný rakovinnotvorný kožní útvar,
 - krvácení z nitrolebních cév** znamená krvácení z cév mozku,
 - Langerhansovy ostrůvky** znamenají částičky tkáně uvnitř slinivky břišní, které produkují několik hormonů, z nichž nejvýznamnější jsou inzulín a glukagon,
 - leukemie, lymfom, Non Hodgkin lymfom, Hodgkinův lymfom** znamenají zhoubné druhy rakoviny krve a mízního systému,
 - maligní nádor** znamená zhoubný novotvar, jehož růst je nekontrolovatelný,
 - mentální retardace** znamená psychickou zaostalost,
 - neurodegenerativní onemocnění** znamená onemocnění se stupňující se destrukcí (zničením) nervových buněk,
 - odpověď na dopaminergní terapii** znamená pozitivní reakci organismu na léčbu,

- dd) **oxygenoterapie** znamená léčbu kyslíkem,
- ee) **posturální instabilita** znamená nestabilitu těla ve vzpřímené poloze,
- ff) **prekancerosa** znamená nález, který by mohl být rizikový pro vznik rakoviny (mohl by rakovině předcházet),
- gg) **prchavá slepota** znamená dočasnou poruchu vidění způsobenou například úrazem nebo po provedení operace, která je po určité době zcela vyléčitelná,
- hh) **prolaps** znamená výhřez,
- ii) **příčná míšní léze, tj. plegie**, znamená vyšetřeními potvrzené trvalé poškození míchy, které má za následek doživotní ochrnutí končetin,
- jj) **refrakternost** znamená neschopnost organismu reagovat na léčbu,
- kk) **respirační insuficience** znamená dechovou nedostatečnost,
- ll) **reverzibilní mozková ischemie** znamená poškození mozku spočívající v dočasné změně mozkové tkáně, která se časem upraví (například funkce ochrnuté končetiny se časem vrátí do zcela normálního stavu),
- mm) **rigidita svalů** znamená svalovou ztuhlost,
- nn) **stenóza** znamená zúžení,
- oo) **tichý srdeční infarkt** znamená srdeční infarkt, při kterém pacient nemá žádné subjektivní potíže, které by ho nutily vyhledat odbornou lékařskou pomoc,
- pp) **tranzitorní ischemická ataka (TIA)** znamená přechodnou mozkovou příhodu, kdy začátek onemocnění je zcela shodný s cévní mozkovou příhodou, ale po několika hodinách se stav pacienta upraví do normálu,
- qq) **tremor** znamená třes, mimovolní rytmický pohyb různých částí těla,
- rr) **trombolýza koronární tepny** znamená rozpuštění sraženiny krve, která ucpala tepnu, zavedením léku do žíly,
- ss) **trombóza** znamená srážení krve v cévách, které může být příčinou vzniku krevní sraženiny (trombu) a ucpání cévy; v tepnách má za následek nedokrevnost (ischemii) dané oblasti, v žilách zhoršuje odtok krve a může být zdrojem vmetku (embolu),
- tt) **trvalé neurologické poškození** znamená jakýkoli neurologický deficit (neurologické poškození), který je verifikován tzv. objektivním nálezem neurologa, nikoli subjektivním hodnocením pacienta,
- uu) **zvýšená hladina srdečních enzymů** znamená laboratorní hodnoty (vyplavování enzymů do krve) typické pro poškození srdečního svalu.

Článek 74

Seznam vážných onemocnění

Seznam vážných onemocnění dětí

(varianta pojištění BASIC = B, STANDARD = S, EXCLUSIVE = E, ✓= je zahrnuto ve variantě)

Vážné onemocnění			Varianta pojištění			Popis	Dokumenty	Pojistné plnění v % z aktuální pojistné částky	Související diagnózy	Výluky z pojištění
Skupina	Por. č.	Název	B	S	E					
Nádorová onemocnění	1.	Hodgkinův lymfom	✓	✓	✓	zhoubné onemocnění lymfatického systému; diagnóza musí splňovat parametry II. a vyššího klinického stadia onemocnění	potvrzení diagnózy a klinického stadia odborným lékařem v oboru hematologie	100	1, 2, 3, 5, 6, 16, 17, 18, 30	- Hodgkinův lymfom I. klinického stadia
	2.	Leukemie	✓	✓	✓	zhoubné onemocnění krve tvorbou	potvrzení diagnózy odborným lékařem v oboru hematologie	100	1, 2, 3, 5, 6, 16, 17, 18, 30	- chronická lymfatická leukemie s výjimkou pojištění plnění z varianty pojištění EXCLUSIVE
	3.	Lymfom	✓	✓	✓	zhoubné onemocnění lymfatického systému (Non Hodgkin lymfom) II. a vyššího klinického stadia onemocnění	potvrzení diagnózy a klinického stadia odborným lékařem v oboru hematologie včetně histologického nálezu	100	1, 2, 3, 5, 6, 16, 17, 18, 30	- Non Hodgkin lymfom I. klinického stadia
	4.	Nitrolební nádory	✓	✓	✓	benígní (nezhoubný) nádor mozku, mozkových blan a prodloužené míchy, který ohrožuje životní funkce útlakem okolní tkáně a který je nutno řešit chirurgickým zákrokem (otevřeným z krantomie, stereotaktickým, endonasálním apod.), a/nebo radioterapií a/ nebo chemoterapií; v případě, že je nádor neoperabilní, musí způsobovat trvalé neurologické poškození	potvrzení diagnózy neurologickým vyšetřením a schválení neurochirurgickým pracovištěm k operačnímu zákroku; je-li nádor tímto pracovištěm hodnocen jako neoperabilní, musí objektivně neurologické vyšetření provedené lékařem specialistou v oboru neurologie prokázat trvalé neurologické poškození MRI nebo CT (případně PET) vyšetřením	100	4, 24, 30	
	5.	Rakovina vykazující rané maligní změny (včetně Hodgkinova a Non Hodgkinova lymfomu I. klinického stadia a karcinomu in situ)	✓	✓	✓	přítomnost histologicky potvrzeného lokalizovaného maligního (zhoubného) nádoru odpovídajícího klasifikaci TNOMO, včetně Hodgkinova lymfomu, Non Hodgkinova lymfomu a maligního melanomu I. klinického stadia a histologicky potvrzeného karcinomu in situ	potvrzení diagnózy odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM nebo jiné klasifikace	30	5	- kožní karcinomy s výjimkou zhoubných melanomů - tumory, které jsou histologicky popsány jako prekancerosa - dysplazie děložního čípku CIN I, CIN II a CIN III
	6.	Rakovina	✓	✓	✓	přítomnost histologicky potvrzeného maligního (zhoubného) nádoru odpovídajícího klasifikaci vyšší než TNOMO, včetně maligního melanomu II. nebo vyššího klinického stadia	potvrzení diagnózy odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM nebo jiné klasifikace	100	1, 2, 3, 5, 6, 16, 17, 18, 30	- kožní karcinomy s výjimkou zhoubných melanomů - tumory, které jsou histologicky popsány jako prekancerosa - dysplazie děložního čípku CIN I, CIN II a CIN III - karcinom in situ
Nemoci oběhové soustavy	7.	Kardiochirurgická operace	✓	✓	✓	na podkladě vrozené srdeční vady; toto onemocnění je považováno za vážné onemocnění, vyžaduje-li vrozená srdeční vada kardiochirurgickou intervenci. Podmínkou pro splnění kritéria vážného onemocnění je projevení se prvních příznaků srdeční vady, jejich diagnostika a provedení operace v době trvání pojištění	potvrzení diagnózy a provedení operačního výkonu odborným lékařem v oboru kardiologie včetně doložení operačního protokolu	100	7, 30	- katetrizační vyšetření a ošetření srdce, např. radiofrekvenční ablace, rotablace, laserové techniky nebo jakékoliv jiné podobné procedury (tj. provedení zákroku bez otevření hrudníku)

Vážné onemocnění			Varianta pojištění			Popis	Dokumenty	Pojistné plnění v % z aktuální pojistné částky	Související diagnózy	Výluky z pojištění
Skupina	Poř. č.	Název	B	S	E					
Nemoci nervového systému	8.	Encefalitida	✓	✓		zánět mozku vedoucí k těžkým a trvalým poškozením centrální nervové soustavy	stanovení diagnózy objektivním nálezem odborného pracoviště neurologie a potvrzení existence trvalého neurologického poškození objektivním neurologickým nálezem i po uplynutí 3 měsíců od data stanovení diagnózy	100	8, 30.	
	9.	Meningitida	✓	✓		zánět mozkových blan vedoucí k těžkým a trvalým neurologickým poškozením	stanovení diagnózy objektivním nálezem odborného pracoviště neurologie a potvrzení existence trvalého neurologického poškození objektivním neurologickým nálezem i po uplynutí 3 měsíců od data stanovení diagnózy	100	9, 23, 24, 30	
	10.	Epilepsie typu Grand Mal	✓	✓		výskyt alespoň tří (a více) generalizovaných tonicko-klonických záchvatů (náhla porucha vědomí s pádem a lřežemí svalstva) v průběhu prvního roku od stanovení diagnózy, kdy pojištěný trvale užívá medikamenty, tzv. anti epileptika	potvrzení diagnózy, trvalé medikace a výskytu těchto záchvatů objektivním nálezem kontrolního neurologického vyšetření, včetně nálezu EEG a MR, provedeného nejdřív 1 rok po stanovení diagnózy	100	10, 30.	
	11.	Přičná míšní léze (ochrnutí)	✓	✓		plegie charakterizovaná jako úplná a trvalá ztráta funkce (aktivního volního pohybu) dvou nebo více končetin po ochrnutí	potvrzení diagnózy lékařem specialistou v oboru neurologie i po uplynutí 3 měsíců po stanovení diagnózy	100	11, 30.	
	12.	Lymeská borelióza - pozdní stadium		✓		onemocnění v pozdním diseminovaném stadiu s přítomností klinických příznaků, které je potvrzeno sérologickým vyšetřením krve a dle lokalizace postižení vyšetřením mozkomíšního moku nebo kloubního punktátu	stanovení diagnózy objektivním nálezem odborného pracoviště (neurologie, infekční oddělení) s potvrzenou přítomností klinických příznaků, sérologickým vyšetřením krve a dle lokalizace postižení vyšetřením mozkomíšního moku nebo kloubního punktátu	100	12, 30.	
	13.	Fulminantní meningokokové onemocnění		✓		náhle vzniklé onemocnění potvrzené odborným lékařským vyšetřením včetně bakteriologického vyšetření krve a mozkomíšního moku, vedoucí k těžkým a trvalým poškozením nervového systému	stanovení diagnózy objektivním nálezem odborného pracoviště neurologie a potvrzení existence trvalého neurologického poškození objektivním neurologickým nálezem i po uplynutí 3 měsíců od data stanovení diagnózy	100	13, 23, 24, 30.	
	14.	Creutzfeldt - Jakobova nemoc		✓		Vzácné přenosné onemocnění mozku, jehož jednou z variant je vznik nemoci po požití hovězího masa nakaženého BSE. Nemoc způsobuje ztrátu mozkových buněk, čímž vzniká trvalé poškození mozkové tkáně s rychlou ztrátou duševních schopností a koordinace volních pohybů. Diagnóza musí splňovat alespoň dva z těchto příznaků: motorické poruchy (myoklonie, ataxie), poruchy paměti, vnímání a bdělosti, zraku, změny osobnosti.	potvrzení neurologem s pomocí dalších vyšetřovacích metod (vyšetření mozkomíšního moku, MRI, EEG, u BSE biopsie krčních mandlí)	100	14, 30.	
15.	Poliomyelitida		✓		Akutní infekce virem poliomyelitidy, která vede k porušení pohybových funkcí a/ nebo respirační nedostatečnosti, je-li potvrzeno odbornými nálezy, že toto onemocnění způsobilo trvalý a nezvratný neurologický defekt, kterým je trvalá a nezvratná paralýza končetin.	stanovení diagnózy odborným lékařem infektologem nebo neurologem na základě výsledků laboratorních vyšetření včetně výsledků lumbální punkce	100	15, 30.	- pokud pojištěný nebyl řádně očkován dle očkovacího kalendáře povinných očkování	

Vážné onemocnění		Varianta pojištění			Popis	Dokumenty	Pojistné plnění v % z aktuální pojistné částky	Související diagnózy	Výluky z pojištění	
Skupina	Por. č.	Název	B	S						E
Nemoci spojené se selháním orgánů	16.	Totální selhání ledvin		✓	✓	konečné stadium selhávání ledvin vyznačující se nezvratným selháním funkce obou ledvin a nutností pravidelné dlouhodobé dialýzy a případného zařazení do integrovaného dialyzačně-transplantačního programu	potvrzení diagnózy odborným pracovníkem nefrologie včetně potvrzení o zařazení do dialyzační léčby	100	16, 18, 30	- selhání transplantovaných ledvin
	17.	Selhání jater		✓	✓	jaterní selhání v pokročilém stadiu (CHILD C) vyžadující transplantaci jater nebo štěpu, případně intenzivní eliminační léčbu (Prometheus, MARS, ...)	potvrzení diagnózy odborným lékařem hepatologem nebo internistou a potvrzení o zařazení do intenzivní eliminační léčby nebo na seznam čekatelů na transplantaci jater	100	17, 18, 30	- selhání jater následkem abúzu alkoholu nebo jiných návykových látek - selhání transplantovaných jater
	18.	Transplantace orgánů		✓	✓	životně nezbytná transplantace důležitých tělesných orgánů, tj. transplantace srdce, plic, jater, slinivky břišní, ledviny nebo kostní dřeně, při které je pojištěný příjemcem, včetně zařazení pojištěného dítěte na oficiální seznam čekatelů na transplantaci	propouštěcí zpráva z hospitalizace pro transplantaci orgánu nebo potvrzení o zařazení pojištěného dítěte na oficiální seznam čekatelů na transplantaci	100	18, 30	- transplantace Langerhansových ostrůvků slinivky břišní (pankreatu) - transplantace nebo zařazení na čekací listinu z důvodu selhání transplantovaných orgánů
	19.	Operace při komplikacích Crohnovy nemoci (Morbus Crohn)			✓	Operáční chirurgický výkon provedený z důvodu komplikací Crohnovy nemoci, tj. zánětlivého střevního onemocnění, které postihuje různé úseky střeva (výjimečně jakýkoli úsek trávicí trubice) s tvorbou píštěl, vředů a následným zúžením průsvitu střeva. Tyto komplikace základního onemocnění mohou v těžších formách vést k chirurgickému zákroku.	Prokázání diagnózy Crohnovy nemoci klinickým nálezem odborného lékaře v oboru gastroenterologie včetně provedených vyšetření. Operace a příčina operace musí být prokázána propouštěcí zprávou z nemocnice včetně uvedení typu a důvodu operace a nálezu histologického vyšetření ze vzorku odoperované tkáně. Za vážné onemocnění podle těchto podmínek se nepovažuje konzervativní léčba, tj. jiná než operační léčba	100	19, 30	
	20.	HIV nákaza - V DŮSLEDKU TRANSFÚZE KRVĚ			✓	Nákaza virem lidské imunitní nedostatečnosti (Human Immunodeficiency Virus – HIV) nebo syndrom získaného selhání imunity (Acquired Immune Deficiency Syndrom – AIDS). Infekce musí být prokazatelně do organismu pojištěného přenesena krevní transfúzí provedenou na území států Evropského hospodářského prostoru, Švýcarska, USA, Kanady, Japonska, Austrálie nebo Nového Zélandu po uzavření pojistné smlouvy. Instituce provádějící transfúzi musí být oficiálně zaregistrována a uznána příslušnými zdravotnickými úřady a musí být autorizovaná institucí pro provádění krevních transfúzí. K proměně krevního séra muselo dojít během 6 měsíců od transfúze	Nahlášení příslušným orgánům činným v dané věci a řádné vyšetření v souladu s uznávanými metodami. Pojišťovně je předloženo buď písemné uznání odpovědnosti instituce, která provedla transfúzi, nebo soudní rozhodnutí s doložkou právní moci, které takovou odpovědnost potvrzuje. Vznik diagnózy v důsledku podání transfúze infikovanou krví musí být potvrzena odborným lékařem v oboru infekto-logie. Pojištěný je povinen předložit pojišťovně všechny výsledky krevních testů a podstoupit na žádost pojišťovny vyšetření, které provede zdravotnické zařízení pověřené pojišťovnou. Pojišťovna musí mít volný přístup ke všem vzorkům krve pojištěného a je oprávněna nechat provést nezávislé testy těchto vzorků.	100	1 až 31	- onemocnění za přítomnosti hemofilie - jakékoli infekce jiného druhu - ostatní zdroje nákazy HIV (nitrozložilní užívání drog či přenos pohlavním stykem a podobně)
	21.	HIV nákaza - při fyzickém napadení pojištěného nebo při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě			✓	Nákaza virem lidské imunitní nedostatečnosti (Human Immunodeficiency Virus – HIV) nebo syndrom získaného selhání imunity (Acquired Immune Deficiency Syndrom – AIDS). K nazeze musí prokazatelně dojít při fyzickém napadení pojištěného nebo při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě	Fyzické napadení nebo dopravní nehoda musí být nahlášený příslušným orgánům činným v dané věci, událost řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování pojišťovně doložena formou zprávy. Událost dále musí být doložena negativním výsledkem testu na HIV protilátky provedeného do 7 dnů od incidentu. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem v oboru infekto-logie a doložena dalším testem provedeným do 6 měsíců od incidentu, který prokazuje přítomnost viru nebo jeho protilátek. Pojišťovna musí mít volný přístup ke všem vzorkům krve pojištěného a je oprávněna nechat provést nezávislé testy těchto vzorků.	100	1 až 31	- onemocnění za přítomnosti hemofilie - jakékoli infekce jiného druhu - ostatní zdroje nákazy HIV (nitrozložilní užívání drog či přenos pohlavním stykem a podobně)

Vážné onemocnění			Varianta pojištění			Popis	Dokumenty	Pojistné plnění v % z aktuální pojistné částky	Související diagnózy	Výluky z pojištění
Skupina	Por. č.	Název	B	S	E					
Nemoci spojené se selháním orgánů	22.	Idiopatická plicní fibróza			✓	zmnožení vazivové tkáně v oblasti plic bez zjevné příčiny v těžké formě s přítomnou plicní hypertenzí a respirační insuficiencí, pokud vyžaduje dlouhodobou domácí oxygenoterapii	potvrzení diagnózy odborným plicním lékařem včetně histologického nálezu z provedené biopsie tkáně	100	18, 22, 30.	
	23.	Klinicky potvrzená hluchota	✓	✓		úplná, trvalá a nenávratná ztráta sluchu obou uší, pokud ji nelze změnit lékařským zákrokem	klinické potvrzení diagnózy audiometrickým vyšetřením, tympanometrií a vyšetřením akustického reflexu odborným pracovištěm ORL	100	23	
	24.	Klinicky potvrzená slepota	✓	✓		úplná, trvalá a nenávratná ztráta zraku obou očí, kdy takový stav nelze změnit lékařským zákrokem, pokud je zraková ostrost podle tabulky Světové zdravotnické organizace 3/60 nebo méně na každé oko nebo omezení zorného pole (pod 10 stupňů)	potvrzení ztráty zraku lékařem specialistou v oboru očního lékařství	100	24.	- prchavá slepota
	25.	Diabetes mellitus I. typu	✓	✓		onemocnění cukrovkou, při němž je pojištěný plně závislý na pravidelné aplikaci inzulínu	potvrzení diagnózy laboratorními testy a vyšetřením na odborném pracovišti diabetologie, respektive dětské endokrinologie	100	16, 18, 24, 25, 29, 30.	
	26.	Juvenilní idiopatická artritida			✓	autoimunitní chronické zánětlivé onemocnění pohybového aparátu, pokud chybí odpověď organismu na dostupnou léčbu nebo je-li prokázáno funkční omezení jednoho či více kloubů nebo páteře	potvrzení diagnózy, refrakternosti a funkčního omezení kloubů či páteře nálezem odborného pracoviště dětské revmatologie 1 po uplynutí 6 měsíců po stanovení diagnózy	100	26, 30.	
	27.	Celiakie			✓	autoimunitní onemocnění, při kterém je primárně postiženým orgánem tenké střevo a pojištěný je trvale odkázan na dodržování bezpečkové diety	potvrzení diagnózy včetně histologického nálezu z biopsického vyšetření postiženého orgánu a nutnosti dietního režimu objektivním nálezem odborného interního pracoviště gastroenterologie	100	27.	
	28.	Těžké popáleniny			✓	popáleniny II. B nebo III. stupně (hluboké popáleniny) s rozsahem nejméně 20 % povrchu těla, které vznikly termickým, chemickým nebo elektrickým působením na kůži, u nichž se jako kritérium měření rozsahu uplatňuje tzv. "pravidlo devíti" podle Wallace nebo mapa povrchu těla podle Lunda-Browdera	stanovení diagnózy lékařem odborného pracoviště pro léčení popálenin a její doložení lékařskou zprávou z prvního ošetření, která popisuje lokalizaci, stupeň a rozsah popálenin	100	28, 30.	
Ostatní	29.	Amputace končetiny			✓	vysoká amputace končetiny v ramenním nebo kyčelním kloubu zapříčiněná úrazem, cévní poruchou, zhoubnými nádory na končetinách, sepsi infekčního původu	lékařské zprávy s uvedením data stanovení diagnózy, pro kterou byla nutná amputace končetiny, propouštěcí zpráva z hospitalizace pro amputaci končetiny	100	29, 30.	
	30.	Snížená soběstačnost (nemusí být podmíněna konkrétní diagnózou)			✓	takový dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá déle než 1 rok a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládnutí základních životních potřeb; za dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav se považuje tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované zdravotní postižení, jehož dopady činí pojištěného závislým na pomoci jiné osoby	prokázání snížené soběstačnosti odborným vyšetřením včetně všech relevantních (laboratorních, klinických a jiných) nálezů a doložení příslušných rozhodnutí posudkového orgánu státní správy o II., III. nebo IV. stupni závislosti podle zákona o sociálních službách a odborných lékařských zpráv, na základě kterých bylo toto rozhodnutí vydáno	100	1. až 31.	
	31.	Poškození centrálního nervového systému následkem vakcinace			✓	reakce na vakcinaci vedoucí k těžkému a trvalému neurologickému poškození	stanovení diagnózy objektivním nálezem odborného pracoviště neurologie a potvrzení existence trvalého neurologického poškození po aplikaci vakcinace a objektivním neurologickým nálezem po uplynutí 3 měsíců od data stanovení diagnózy	100	30, 31.	

Seznam vážných onemocnění dospělých osob

(varianta pojištění BASIC = B, STANDARD = S, EXCLUSIVE = E, ✓ = je zahrnuto ve variantě)

Vážné onemocnění			Varianta pojištění			Popis	Dokumenty	Pojistné plnění v % z aktuální pojistné částky	Související diagnózy	Výluky z pojištění
Skupina	Pop. L	Název	B	S	E					
Nádorová onemocnění	1.	Hodgkinův lymfom	✓	✓	✓	zhoubné onemocnění lymfatického systému; diagnóza musí splňovat parametry II. a vyššího klinického stadia onemocnění	potvrzení diagnózy a klinického stadia odborným lékařem v oboru hematologie	100	1, 2, 3, 5, 6, 28, 29, 40	- Hodgkinův lymfom I klinického stadia
	2.	Leukemie	✓	✓	✓	zhoubné onemocnění krvetvorby	potvrzení diagnózy odborným lékařem v oboru hematologie	100	1, 2, 3, 5, 6, 28, 29, 40	- chronická lymfatická leukemie s výjimkou pojistného plnění z varianty pojištění EXCLUSIVE
	3.	Lymfom	✓	✓	✓	zhoubné onemocnění lymfatického systému (Non Hodgkin lymfom) II. a vyššího klinického stadia onemocnění	potvrzení diagnózy a klinického stadia odborným lékařem v oboru hematologie včetně histologického nálezu	100	1, 2, 3, 5, 6, 28, 29, 40	- Non Hodgkin lymfom I klinického stadia
	4.	Nitrolební nádory	✓	✓	✓	benigni (nezhoubný) nádor mozku, mozkových blan a prodloužené míchy, který ohrožuje životní funkce útlakem okolní tkáně a který je nutno řešit chirurgickým zákrokem (otevřeným z kraniotomie, stereotaktickým, endonasálním apod.), a/nebo radioterapií a/ nebo chemoterapií; v případě, že je nádor neoperabilní, musí způsobovat trvalé neurologické poškození	potvrzení diagnózy neurologickým vyšetřením a schválení neurochirurgickým pracovištěm k operačnímu zákroku; je-li nádor tímto pracovištěm hodnocen jako neoperabilní, musí objektivní neurologické vyšetření provedené lékařem specialistou v oboru neurologie prokázat trvalé neurologické poškození MRI nebo CT (případně PET) vyšetřením	100	4, 38, 40	
	5.	Rakovina vykazující rané maligní změny (včetně Hodgkinova a Non Hodgkinova lymfomu I. klinického stadia a karcinomu in situ)	✓	✓	✓	přítomnost histologicky potvrzeného lokalizovaného maligního (zhoubného) nádoru odpovídajícího klasifikaci TNOMO, včetně Hodgkinova lymfomu, Non Hodgkinova lymfomu a maligního melanomu I. klinického stadia a histologicky potvrzeného karcinomu in situ	potvrzení diagnózy odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM nebo jiné klasifikace	30	5	- kožní karcinomy s výjimkou zhoubných melanomů - tumory, které jsou histologicky popsány jako prekancerosa - dysplazie děložního čípku CIN I, CIN II a CIN III
	6.	Rakovina	✓	✓	✓	přítomnost histologicky potvrzeného maligního (zhoubného) nádoru odpovídajícího klasifikaci vyšší než TNOMO, včetně maligního melanomu II. nebo vyššího klinického stadia	potvrzení diagnózy odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM nebo jiné klasifikace	100	1, 2, 3, 5, 6, 28, 29, 40	- kožní karcinomy s výjimkou zhoubných melanomů - tumory, které jsou histologicky popsány jako prekancerosa - dysplazie děložního čípku CIN I, CIN II a CIN III - karcinom in situ

Važné onemocnění			Varianta pojištění			Popis	Dokumenty	Pojistné plnění v % z aktuální pojistné částky	Související diagnózy	Výluky z pojištění
Skupina	Pop. L	Název	B	S	E					
Nemoci oběhové soustavy	7.	Infarkt myokardu	✓	✓	✓	nezvratně poškození části srdeční svaloviny, které je způsobeno nedostatečným krevním zásobením dané oblasti	potvrzení diagnózy kardiologem v propouštěcí zprávě z hospitalizace při vzniku onemocnění (obtěž), EKG s popisem typických změn, příp. popis dalších použitých zobrazovacích metod (ECHO, koronarografie), zpráva z biochemického vyšetření prokazující zvýšení srdečních enzymů	100	7 až 13, 39	- angina pectoris - tichý srdeční infarkt
	8.	Akutní koronární syndrom		✓	✓	náhlé bolesti na hrudi, které vyžadují koronarografické vyšetření srdečních tepen, pokud je nalezena natolik významná stenóza koronárních artérií, že vyžaduje zavedení stentu nebo operaci s provedením aortokoronárního bypassu	propouštěcí zpráva z hospitalizace při vzniku onemocnění (obtěž), výsledek koronarografického vyšetření srdečních tepen, operační protokol	100	7 až 13, 40	
	9.	Náhrada srdeční chlopně		✓	✓	náhrada jedné nebo více srdečních chlopní umělou chlopní z důvodu stenózy nebo nedomykavosti operační cestou; kardiochirurgický operační výkon zahrnuje náhradu aortální, mitrální, plicní nebo trkuspidální chlopně	potvrzení diagnózy a provedení operačního výkonu odborným lékařem v oboru kardiologie včetně doložení operačního protokolu	100	7 až 13, 40	- výměny chlopníových protéz - valvulotomie, valvuloplastiky a jiné operativní korekce chlopně, při nichž nedojde k její náhradě - náhrady chlopně z důvodu infekční endokarditidy vzniklé z důvodu nitrožilního podávání drog
	10.	Operace věnčitých (koronárních) tepen		✓	✓	operační kardiologický výkon provedený z důvodu ischemické choroby srdeční, při němž je pojištěnému voperován tzv. koronární bypass (CABG, ACVB) s použitím transplantátu při otevřeném hrudníku pro funkčně významné postižení věnčitých tepen	potvrzení diagnózy a provedení operačního výkonu odborným lékařem v oboru kardiologie včetně doložení operačního protokolu	100	7 až 13, 40	- angioplastika koronárních tepen (PTCA) - rotablace, laserové techniky nebo jakékoli jiné podobné procedury (tj. provedení zákroku bez otevření hrudníku)
	11.	Primární kardiomyopatie			✓	postižení srdečního svalu provázené poruchou jeho funkce bez průkazu jiné příčiny (onemocnění vzniká jako samostatná choroba), pokud odborným lékařem kardiologem klinicky potvrzená diagnóza, včetně nálezu vyšetření echokardiografie a MR srdečního svalu, tohoto onemocnění splňuje alespoň jedno z následujících kritérií: i) dilatace (rozšíření) a systolická dysfunkce levé nebo obou komor (dilatační kardiomyopatie), ii) neadekvátní hypertrofie myokardu (zbytnění, zvláště přepážky) s diastolickou dysfunkcí (hypertrofická kardiomyopatie), iii) těžká diastolická dysfunkce, především na podkladě amyloidosy (restrikční kardiomyopatie), iv) arytmogenní dysplazie pravé komory (nahrazování svaloviny pravé komory tukem a vazivem)	výsledek klinického vyšetření odborným lékařem kardiologem vč. nálezu vyšetření echokardiografie a MR srdečního svalu	100	7 až 13, 40	- kardiomyopatie vznikající sekundárně následkem jiného onemocnění, jako je hypertenze, srdeční arytmie, chlopní vady - kardiomyopatie při svalové dystrofii, v těhotenství, způsobené toxickým vlivy (např. léky) - alkoholické kardiomyopatie
	12.	Operace aorty			✓	operační kardiologický výkon na aortě provedený z důvodu chronického onemocnění aorty, vedoucího k jejímu roztržení nebo vzniku výdutě nebo na základě jejího vrozeného zúžení, kdy je nutno nahradit postiženou aortu umělou cévní náhradou	potvrzení diagnózy a provedení operačního výkonu odborným lékařem v oboru kardiologie včetně doložení operačního protokolu	100	7 až 13, 40	- operace na větvích aorty nebo bypassy vystupující z aorty a vedoucí krví do periferního řečiště - angioplastiky na aortě

Skupina	Vějí onemocnění		Varianta pojištění			Popis	Dokumenty	Pojistné plnění v % z aktuální pojistné částky	Související diagnózy	Výluky z pojištění
	Pop. č.	Název	B	S	E					
Nemoci nervového systému	13.	Cévní mozková příhoda	✓	✓	✓	infarkt mozkové tkáně nebo krvácení z intracerebrálních cév, jejichž následkem je trvalý patologický neurologický nálezn	prokázání existence trvalého neurologického poškození objektivním nálezem lékaře specialisty v oboru neurologie i po uplynutí 3 měsíců od data vzniku tohoto onemocnění	100	7 až 13, 38, 40	- krvácení do mozku vzniklé následkem úrazu - reverzibilní mozková ischemie - tranzitorní ischemické ataky - druhotné krvácení do již existující mozkové léze
	14.	Demence včetně Alzheimerovy choroby		✓	✓	Chronické progresivní onemocnění nervové soustavy na základě degenerativního zániku neuronů s tvorbou charakteristických histopatologických změn Alzheimerovou demencí se rozumí získaná porucha paměti a dalších kognitivních schopností, která je natolik závažná, že je na překážku běžným činnostem postiženého jedince. Toto pojištění se na toto onemocnění dále vztahuje pouze za podmínky, že zdravotní stav pojištěného vyžaduje trvalou pomoc a dohled druhé osoby při běžných denních osobních úkonech a že ke vzniku tohoto stavu došlo nejpozději v roce, kdy je pojištěnému 60 let	diagnóza musí splňovat kritéria tzv. pravděpodobné Alzheimerovy nemoci (klinicky definována vzhledem k aktuálním poznatkům lékařské vědy), pokud je toto onemocnění současně potvrzeno klinickým vyšetřením psychologa, psychiatra i neurologa, a musí být vyloučena jiná onemocnění napodobující demenci (například depresivní pseudodemence) a dále doložena nálezem MMSE skóre či jiné neuropsychologické škály a nálezem CT nebo MR vyšetření	100	14, 40	- ostatní onemocnění napodobující demenci (např. depresivní pseudodemence)
	15.	Amyotrofická laterální skleróza		✓	✓	degenerativní onemocnění centrálního i periferního motorického neuronu, projevující se rychlou progresí, s přítomností svalových obrn a atrofií svalových skupin končetin, trupu a polykacího svalstva	potvrzení diagnózy klinickým neurologickým vyšetřením včetně uvedeného nálezů EMG vyšetření a nálezů MR mozku a krční míchy, eventuelně vyšetřením mozkomíšního moku	100	15, 40	
	16.	Encefalitida		✓	✓	zánět mozku vedoucí k těžkým a trvalým poškozením centrální nervové soustavy	stanovení diagnózy objektivním nálezem odborného pracoviště neurologie a potvrzení existence trvalého neurologického poškození objektivním neurologickým nálezem i po uplynutí 3 měsíců od data stanovení diagnózy	100	16, 40	
	17.	Meningitida		✓	✓	zánět mozkových blan vedoucí k těžkým a trvalým neurologickým poškozením	stanovení diagnózy objektivním nálezem odborného pracoviště neurologie a potvrzení existence trvalého neurologického poškození objektivním neurologickým nálezem i po uplynutí 3 měsíců od data stanovení diagnózy	100	17, 37, 38, 40	
	18.	Parkinsonova choroba		✓	✓	Progredující neurologické onemocnění způsobené úbytkem buněk produkujících přenašeč dopamin. Charakteristickými příznaky tohoto onemocnění jsou rigidita svalů, poruchy držení těla, svalový třes, zpomalení volních pohybů. Toto pojištění se na toto onemocnění vztahuje za podmínky, že ke vzniku tohoto onemocnění došlo nejpozději v roce, kdy je pojištěnému 60 let	potvrzení diagnózy klinickým neurologickým vyšetřením včetně uvedeného nálezů CT nebo MR a pomocí L-dopa testu, přičemž klinický stupeň závažnosti tohoto onemocnění splňuje podmínky třetího nebo vyššího stupně postižení dle stupnice Hoehn a Yahr, u pojištěného se denně (za předpokladu, že by byla vysazena terapie) vyskytuje hypokineze, rigidita svalů, křídlový třes nebo posturální nestabilita a současně odpověď na dopaminergní terapii (L-dopa nebo jiné dopaminové agonisty)	100	18, 40	- parkinsonský syndrom (sekundární parkinsonské příznaky)

Vážné onemocnění			Varianta pojištění			Popis	Dokumenty	Pojistné plnění v % z aktuální pojistné částky	Související diagnózy	Výluky z pojištění
Skupina	Por. č.	Název	B	S	E					
Nemoci nervového systému	19.	Příčná míšní léze (ochrnutí)		✓	✓	plegie charakterizovaná jako úplná a trvalá ztráta funkce (aktivního volního pohybu) dvou nebo více končetin po ochrnutí	potvrzení diagnózy lékařem specialistou v oboru neurologie i po uplynutí 3 měsíců od data stanovení diagnózy	100	19, 40	
	20.	Ruptura aneurysmatu mozkové tepny		✓	✓	potvrzení výdutě mozkové tepny s následkem nitrolebního krvácení	prokázání existence trvalého neurologického poškození objektivním nálezem lékaře specialisty v oboru neurologie i po uplynutí 3 měsíců od data stanovení diagnózy	100	13, 20, 40	- reverzibilní mozková ischemie - tranzitorní ischemické ataky - druhotné krvácení do již existující mozkové léze
	21.	Lymfická borelióza - pozdní stadium			✓	onemocnění v pozdním diseminovaném stadiu s přítomností klinických příznaků, které je potvrzeno sérologickým vyšetřením krve a dle lokalizace postižení vyšetřením mozkomíšního moku nebo kloubního punktátu	stanovení diagnózy objektivním nálezem odborného pracoviště (neurologie, infekční oddělení) s potvrzenou přítomností klinických příznaků, sérologickým vyšetřením krve a dle lokalizace postižení vyšetřením mozkomíšního moku nebo kloubního punktátu	100	11, 21, 40	
	22.	Fulminantní meningokokové onemocnění			✓	náhle vzniklé onemocnění potvrzené odborným lékařským vyšetřením včetně bakteriologického vyšetření krve a mozkomíšního moku, vedoucí k těžkým a trvalým poškozením nervového systému	stanovení diagnózy objektivním nálezem odborného pracoviště neurologie a potvrzení existence trvalého neurologického poškození objektivním neurologickým nálezem i po uplynutí 3 měsíců od data stanovení diagnózy	100	22, 37, 38, 40.	
	23.	Huntingtonova nemoc			✓	dědičné nevládivé onemocnění mozku, projevující se poruchami hybnosti (tzv. chorea, tj. náhodné, rychlé a nepředvídatelné pohyby různých částí těla) a následnou demencí	prokázání diagnózy klinickým nálezem odborného lékaře v oboru neurologie včetně genetického vyšetření	100	23, 40	
	24.	Poliomylitida			✓	akutní infekce virem poliomyelitidy, která vede k porušení pohybových funkcí a/ nebo respirační nedostatečnosti, je-li potvrzeno odbornými nálezy, že toto onemocnění způsobilo trvalý a nezvratný neurologický defekt, kterým je trvalá a nezvratná paralýza končetin	stanovení diagnózy odborným lékařem infektologem nebo neurologem na základě výsledků laboratorních vyšetření včetně výsledků lumbální punkce	100	24., 40.	- pokud pojištěný nebyl řádně očkován dle očkovacího kalendáře povinných očkování
	25.	Creutzfeldt - Jakobova nemoc			✓	Vzácné přenosné onemocnění mozku, jehož jednou z variant je vznik nemoci po požití hovězího masa nakaženého BSE. Nemoc způsobuje ztrátu mozkových buněk, čímž vzniká trvalé poškození mozkové tkáně s rychlou ztrátou duševních schopností a koordinace volních pohybů. Diagnóza musí splňovat alespoň dva z těchto příznaků: motorické poruchy (myoklonie, ataxie), poruchy paměti, vnímání a bdělosti, zraku, změny osobnosti.	potvrzení neurologem s pomocí dalších vyšetřovacích metod (vyšetření mozkomíšního moku, MRI, EEG, u BSE biopsie krčních mandlí)	100	25, 40.	
26.	Roztroušená skleróza			✓	autoimunitní víceložiskové chronické zánětlivé onemocnění centrálního nervového systému, které vede jak k demyelinizaci nervových vláken, tak k jejich přímé ztrátě	prokázání existence trvalého neurologického postižení objektivním nálezem lékaře specialisty v oboru neurologie (při splnění tzv. McDonaldových diagnostických kritérií včetně uvedení MR nálezu) i po uplynutí 3 měsíců od data vzniku prvních příznaků tohoto onemocnění	100	26, 40		

Skupina	Vážné onemocnění		Varianta pojištění			Popis	Dokumenty	Pojištění plnění v % z aktuální pojistné částky	Související diagnózy	Výluky z pojištění
	Por. č.	Název	B	S	E					
Nemoci spojené se selháním orgánů	27.	Chronická glomerulonefritida		✓	✓	dlouhodobě zánětlivé onemocnění ledvinných klubiček vznikající v důsledku aktivace imunitních mechanismů, které má za následek chronické selhání ledvin s nutností trvalé dialyzační léčby	potvrzení diagnózy odborným pracovištěm nefrologie včetně histologického nálezu na základě provedené biopsie ledvin a potvrzení o zařazení do dialyzační léčby	100	27, 28, 29, 40	
	28.	Totální selhání ledvin		✓	✓	konečné stadium selhávání ledvin vyznačující se nezvratným selháním funkce obou ledvin a nutností pravidelné dlouhodobé dialýzy a případného zařazení do integrovaného dialyzačně-transplantačního programu	potvrzení diagnózy odborným pracovištěm nefrologie včetně potvrzení o zařazení do dialyzační léčby	100	28, 29, 40	- selhání transplantovaných ledvin
	29.	Transplantace orgánů		✓	✓	životně nezbytná transplantace důležitých tělesných orgánů, tj. transplantace srdce, plic, jater, slinivky břišní, ledviny nebo kostní dřeně, při které je pojištěný příjemcem, včetně zařazení pojištěného na oficiální seznam čekatelů na transplantaci	propouštěcí zpráva z hospitalizace pro transplantaci orgánu nebo potvrzení o zařazení pojištěného na oficiální seznam čekatelů na transplantaci	100	29, 40	- transplantace Langerhansových ostrůvků slinivky břišní (pankreatu) - transplantace nebo zařazení na čekací listinu z důvodu selhání transplantovaných orgánů
	30.	Systémový lupus erythematoses		✓	✓	multiorganové autoimunitní onemocnění (difúzní onemocnění pojivové tkáně), které je charakterizováno tvorbou autoprotilátek proti různým strukturám buněčného jádra, projevující se specifickým orgánovým postižením kůže, kloubů, plic, srdce, ledvin, mozku, krevní tvorby, cév	potvrzení odborným lékařem revmatologem na podkladě důkazů čtyř nebo více klasifikačních kritérií ACR (American College of Rheumatology)	100	7 až 13, 28, 29, 30, 40	
	31.	Difúzní forma Systémové sklerodermie			✓	Sklerodermie je systémové autoimunitní onemocnění pojivové tkáně (kolagenóza), také označovaná jako progresivní systémová skleróza, které má chronický postupně zhoršující se charakter. Difúzní, tj. celkově se šířící, forma systémové sklerodermie spočívá v rozsáhlém postižení kůže, pohybového systému a vnitřních orgánů (srdce, plic nebo ledvin)	Prokázání diagnózy Difúzní formy Systémové sklerodermie klinickým nálezem odborného lékaře v oboru revmatologie ve zařazení dle klasifikačních kritérií ACR/EULAR nebo jiných. Postižení srdce, plic nebo ledvin musí být potvrzeno v blopii a sérologických testech.	100	7 až 13, 28, 29, 31, 40	- ohraničená, tzv. kožní lokalizovaná forma sklerodermie bez difúzního šíření a orgánového postižení
	32.	HIV nákaza - PODMÍNĚNÁ POVOLÁNÍM			✓	Nákaza virem lidské imunitní nedostatečnosti (Human Immunodeficiency Virus – HIV) nebo syndrom získaného selhání imunity (Acquired Immune Deficiency Syndrom – AIDS) K naze musí dojít během běžné pracovní činnosti v zaměstnání lékaře nebo zubního lékaře, zdravotní sestry, středního zdravotnického pracovníka, hasiče nebo policisty, případně jako důsledek fyzického napadení při výkonu jejich povolání.	Nahlášení příslušným orgánům činným v dané věci a řádné vyšetření v souladu s uznávanými metodami. Událost dále musí být doložena negativním výsledkem testu na HIV protilátky provedeného do 7 dnů po incidentu. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem v oboru infektoogie a doložena dalším testem provedeným do 6 měsíců od incidentu, který prokazuje přítomnost viru nebo jeho protilátek. Pojišťovna musí mít volný přístup ke všem vzorkům krve pojištěného a je oprávněna nechat provést nezávislé testy těchto vzorků.	100	1 až 44	- onemocnění za přítomnosti hemofilie - jakékoli infekce jiného druhu - ostatní zdroje nákazy HIV (nitrožilní užívání drog či přenos pohlavním stykem a podobně)

Vážné onemocnění			Varianta pojištění			Popis	Dokumenty	Pojistné plnění v % z aktuální pojistné částky	Související diagnózy	Výluky z pojištění
Skupina	Por. č.	Název	B	S	E					
Nemoci spojené se selháním orgánů	33.	HIV nákaza - V DŮSLEDKU TRANSFÚZE KRVE			✓	Nákaza virem lidské imunitní nedostatečnosti (Human Immunodeficiency Virus – HIV) nebo syndrom získaného selhání imunity (Acquired Immune Deficiency Syndrom – AIDS). Infekce musí být prokazatelně do organismu pojištěného přenesena krevní transfúzí provedenou na území států Evropského hospodářského prostoru, Švýcarska, USA, Kanady, Japonska, Austrálie nebo Nového Zélandu po uzavření pojistné smlouvy. Instituce provádějící transfúzi musí být oficiálně zaregistrována a uznána příslušnými zdravotnickými úřady a musí být autorizovanou institucí pro provádění krevních transfúzí. K proměně krevního séra muselo dojít během 6 měsíců od transfúze	Nahlášen příslušným orgánům činným v dané věci a řádné vyšetření v souladu s uznávanými metodami. Pojišťovně je předloženo buď písemné oznámení odpovědnosti instituce, která provedla transfúzi, nebo soudní rozhodnutí s doložkou právní moci, které takovou odpovědnost potvrzuje. Vznik diagnózy v důsledku podání transfúze infikovanou krví musí být potvrzena odborným lékařem v oboru infekto-logie. Pojištěný je povinen předložit pojišťovně všechny výsledky krevních testů a podstoupit na žádost pojišťovny vyšetření, které provede zdravotnické zařízení pověřené pojišťovnou. Pojišťovna musí mít volný přístup ke všem vzorkům krve pojištěného a je oprávněna nechat provést nezávislé testy těchto vzorků	100	1, až 44	- onemocnění za přítomnosti hemofilie - jakékoli infekce jiného druhu - ostatní zdroje nákazy HIV (nitrozitilní užívání drog či přenos pohlavním stykem a podobně)
	34.	HIV nákaza - při fyzickém napadení pojištěného nebo při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě			✓	Nákaza virem lidské imunitní nedostatečnosti (Human Immunodeficiency Virus – HIV) nebo syndrom získaného selhání imunity (Acquired Immune Deficiency Syndrom – AIDS). K nákaze musí prokazatelně dojít při fyzickém napadení pojištěného nebo při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě	Fyzické napadení nebo dopravní nehoda musí být nahlášeny příslušným orgánům činným v dané věci, událost řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami a výsledek vyšetřování pojišťovně doložen formou zprávy. Událost dále musí být doložena negativním výsledkem testu na HIV protilátky provedeného do 7 dnů po incidentu. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem v oboru infekto-logie a doložena dalším testem provedeným do 6 měsíců od incidentu, který prokazuje přítomnost viru nebo jeho protilátek. Pojišťovna musí mít volný přístup ke všem vzorkům krve pojištěného a je oprávněna nechat provést nezávislé testy těchto vzorků	100	1 až 44	- onemocnění za přítomnosti hemofilie - jakékoli infekce jiného druhu - ostatní zdroje nákazy HIV (nitrozitilní užívání drog či přenos pohlavním stykem a podobně)
	35.	Operace při komplikacích Crohnovy nemoci (Morbus Crohn)			✓	Operační chirurgický výkon provedený z důvodu komplikací Crohnovy nemoci, tj. zánětlivého střevního onemocnění, které postihuje různé úseky střeva (výjimečně jakýkoli úsek trávicí trubice) s tvorbou píštěl, vředů a následným zúžením průsvitu střeva. Tyto komplikace základního onemocnění mohou v těžších formách vést k chirurgickému zákroku.	Prokázání diagnózy Crohnovy nemoci klinickým nálezem odborného lékaře v oboru gastroenterologie ve všech provedených vyšetření. Operace a příčina operace musí být prokázána propouštěcí zprávou z nemocnice veš uvezení typu a důvodu operace a nálezů histologického vyšetření ze vzorku odoperované tkáně. Za vážné onemocnění podle těchto podmínek se nepovažuje konzervativní léčba, tj. jiná než operační léčba.	100	5, 6, 35, 40	
	36.	Idiopatická plicní fibróza			✓	zmožnění vazivové tkáně v oblasti plic bez zjevné příčiny v těžké formě s přítomnou plicní hypertenzí a respirační insuficiencí, pokud vyžaduje dlouhodobou domácí oxygenoterapii	potvrzení diagnózy odborným plicním lékařem včetně histologického nálezů z provedené biopsie tkáně	100	29, 36, 40	

Vážné onemocnění			Varianta pojištění			Popis	Dokumenty	Pojištění plnění v % z aktuální pojištné částky	Související diagnózy	Výluky z pojištění
Skupina	Par. č.	Název	B	S	E					
Ostatní	37.	Klinicky potvrzená hluchota	✓	✓		úplná, trvalá a nenávratná ztráta sluchu obou uší, pokud jí nelze změnit lékařským zákrokem	klinické potvrzení diagnózy audiometrickým vyšetřením, tympanometrií a vyšetřením akustického reflexu odborným pracovištěm ORL	100	37	
	38.	Klinicky potvrzená slepota		✓	✓	úplná, trvalá a nenávratná ztráta zraku obou očí, kdy takový stav nelze změnit lékařským zákrokem, pokud je zraková ostrost podle tabulky Světové zdravotnické organizace 3/60 nebo méně na každé oko nebo omezení zorného pole (pod 10 stupňů)	potvrzení ztráty zraku lékařem specialistou v oboru očního lékařství	100	38	prchavá slepota
	39.	Glaukom			✓	neurodegenerativní onemocnění, při němž odumírají nervová vlákna zrakového nervu a které má za následek trvalou a nenávratnou ztrátu zraku obou očí, kdy takový stav nelze změnit lékařským zákrokem a kdy zraková ostrost podle tabulky Světové zdravotnické organizace je 6/60 nebo méně na každé oko nebo omezení zorného pole (pod 10 stupňů)	potvrzení ztráty zraku lékařem specialistou v oboru očního lékařství	100	38, 39, 40	
	40.	Snížená soběstačnost (nemusí být podmíněna konkrétní diagnózou)			✓	takový dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá déle než 1 rok a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládnutí základních životních potřeb; za dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav se považuje tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované zdravotní postižení, jehož dopady činní pojištěného závislým na pomoci jiné osoby	prokázání snížené soběstačnosti odborným vyšetřením včetně všech relevantních (laboratorních, klinických a jiných) nálezů a doložení příslušných rozhodnutí posudkového orgánu státní správy o II., III. nebo IV. stupni závislosti podle zákona o sociálních službách a odborných lékařských zpráv, na základě kterých bylo toto rozhodnutí vydáno	100	1 až 44	
	41.	Těžké popáleniny			✓	popáleniny II. B nebo III. stupně (hluboké popáleniny) s rozsahem nejméně 20 % povrchu těla, které vznikly termickým, chemickým nebo elektrickým působením na kůži, u nichž se jako kritérium měření rozsahu uplatňuje tzv. "pravidlo devíti" podle Wallace nebo mapa povrchu těla podle Lunda-Browdera	stanovení diagnózy lékařem odborného pracoviště pro léčení popálenin a její doložení lékařskou zprávou z prvního ošetření, která popisuje lokalizaci, stupeň a rozsah popálenin	100	40, 41	
	42.	Amputace končetiny			✓	vyšší amputace končetiny v ramenní nebo kyčelní kloubu zapříčiněná úrazem, cévní poruchou, zhoubnými nádory na končetinách, sepsí infekčního původu	lékařské zprávy s uvedením data stanovení diagnózy, pro kterou byla nutná amputace končetiny, propouštěcí zpráva z hospitalizace pro amputaci končetiny	100	40, 42	
	43.	Diabetes mellitus 1. typu u dospělých (LADA)			✓	vznik onemocnění cukrovkou I. typu, který je označován též jako latentní autoimunitní diabetes dospělých (LADA - Latent Autoimmune Diabetes in Adults), při němž je pojištěný plně závislý na pravidelné aplikaci inzulínu	diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem diabetologie nebo endokrinologie a doložena všemi relevantními (laboratorními, klinickými a jinými) nálezy	100	7 až 13, 28, 29, 38, 39, 40, 42, 43	
	44.	Poškození centrálního nervového systému následkem vakcinace			✓	reakce na vakcinaci vedoucí k těžkému a trvalému neurologickému poškození	stanovení diagnózy objektivním nálezem odborného pracoviště neurologie a potvrzení existence trvalého neurologického poškození po aplikaci vakcínace a objektivním neurologickým nálezem po uplynutí 3 měsíců od data stanovení diagnózy	100	40, 44	

Vysvětlení použitých zkratk:

- ▶ CABG, ACVB znamená druh koronárního bypassu (Coronary Artery Bypass Grafting),
- ▶ CIN znamená změny dlaždicového epitelu děložního čípku (Cervikální Intraepiteliální Neoplázie),
- ▶ CT znamená radiologické vyšetření pomocí počítačové tomografie (Computed Tomography),
- ▶ EEG znamená elektroencefalogram (vyšetření mozku),
- ▶ EKG znamená elektrokardiogram (vyšetření srdce),
- ▶ EMG znamená elektromyografi (vyšetření svalů),
- ▶ MMSE skóre znamená test kognitivních funkcí (Mini Mental State Exam),
- ▶ MR znamená magnetickou rezonanci (někdy značeno též MMR nebo MRI),
- ▶ ORL znamená otorinolaryngologii, tj. obor zabývající se výzkumem, diagnostikou a léčbou ušních, nosních a krčních chorob,
- ▶ TNM nebo jiné klasifikace znamená mikroskopické určení stupně vyvráždění nádoru, kde T = tumor, N = nodus, M = metastázy.

Pobyt v nemocnici následkem úrazu nebo nemoci

Článek 75

Pojistná událost (Na co se pojištění vztahuje)

- 1) Pojistnou událostí je hospitalizace pojištěného, která nastane během trvání tohoto pojištění.
- 2) Jednou pojistnou událostí je nepřetržitá hospitalizace, a to bez ohledu na případnou změnu diagnózy během jejího trvání.

Článek 76

Čekací doba (Doba bez nároku na plnění)

- 1) Základní čekací doba je 2 měsíce.
- 2) V případě hospitalizace z důvodu ošetření zubů, zhotovení zubních náhrad nebo provedení úkonů čelistní ortopedie, čelistní chirurgie anebo ortopedických náhrad se čekací doba prodlužuje na 6 měsíců a v případě hospitalizace pro stavy a komplikace v souvislosti s těhotenstvím a porodem na 8 měsíců.
- 3) V případě hospitalizace výlučně následkem úrazu čekací dobu neuplatňujeme.

Článek 77

Pojistné plnění (Co a jak vyplatíme)

- 1) Právo na pojistné plnění má pojištěný, který byl hospitalizován.
- 2) Pojistné plnění za hospitalizaci vypočteme tak, že pojistnou částku vynásobíme upraveným počtem dnů hospitalizace.
- 3) Upravený počet dnů hospitalizace stanovíme tak, že každý den hospitalizace vynásobíme koeficientem navýšení podle následující tabulky a sečteme dohromady.

Trvání hospitalizace	Koeficient navýšení
prvních 30 dnů	1
31-90 den	1,5
91. a každý další den	2

- 4) Za den hospitalizace považujeme každou půlnoc, po kterou je pojištěný hospitalizován.
- 5) Pojistné plnění vyplatíme až po ukončení hospitalizace. Pokud však hospitalizace trvá déle než 2 měsíce, může nás pojištěný písemně požádat o vyplacení přiměřené zálohy.
- 6) Maximální doba hospitalizace, za kterou vyplatíme pojistné plnění, je 1 000 dnů.
- 7) Pojistné plnění nenáleží za dobu hospitalizace po zániku tohoto pojištění kromě zániku uplynutím pojistné doby.
- 8) Vznikne-li nárok na pojistné plnění za hospitalizaci nezletilého pojištěného, který je při této hospitalizaci doprovázen zletilou osobou, stanovíme pojistné plnění podle odst. 2) a 3) z dvojnásobku pojistné částky uvedené pro toto pojištění v pojistné smlouvě, a to za dobu pobytu doprovázející osoby v nemocnici.
- 9) Pojistné plnění poskytneme i za hospitalizaci z důvodu trvalé organické duševní poruchy (diagnózy F00 až F09 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí) a pro diagnózu F20 - schizofrenie, pokud nebyly vyvolány vlastním chováním pojištěného spočívajícím v opakovaném nadměrném požívání alkoholu, zneužívání léků, aplikací návykových látek nebo

přípravků tyto látky obsahující, úmyslném sebepoškození nebo pokusu o sebevraždu.

Každá z uvedených diagnóz musí být potvrzena lékařem specialistou v oboru psychiatrie včetně neurologického nálezu a nálezu provedených CT vyšetření hlavy a vyšetření mozku magnetickou rezonancí.

Článek 78

Povinnosti pojištěného (Co musíte splnit)

- 1) Pobyt v nemocnici nám oznamte co možná nejdříve. K oznámení použijte formulář „Oznámení pracovní neschopnosti / pobytu v nemocnici / ošetřování dítěte“, který je k dispozici na našich internetových stránkách. K formuláři přiložte v něm uvedené doklady a veškerou zdravotní dokumentaci související s Vaší hospitalizací.
- 2) Hospitalizovaný pojištěný má především povinnost dodržovat pokyny ošetřujících lékařů, neopustit bez jejich svolení nemocnici ani jiným způsobem porušovat léčebný režim.
- 3) Další povinnosti jsou uvedeny také v člancích 5 a 11 Povinnosti a práva účastníků pojištění.

Článek 79

Výluky z pojištění (Na co se pojištění nevztahuje)

- 1) Pojistné plnění neposkytneme v případech uvedených v článku 10 Všeobecné výluky z pojištění a dále také za hospitalizaci v důsledku následujících nemocí, tělesných poškození či jiných újem na zdraví nebo lékařských vyšetření či zákroků a jakýchkoli jejich příčin, komplikací nebo následků:
 - a) nemocí, úrazů nebo jiných skutečností souvisejících se zdravotním stavem pojištěného, které vznikly či byly diagnostikovány před počátkem tohoto pojištění a pro které byl pojištěný před počátkem pojištění léčen či lékařsky sledován nebo jejichž příznaky se projevily před tímto dnem, pokud byly příčinou hospitalizace v době do 5 let od počátku tohoto pojištění, resp. od účinnosti jeho změny,
 - b) zákroku, který je proveden na žádost pojištěného a který není z lékařského hlediska nezbytný (například kosmetické zákroky, sterilizace, umělé přerušování těhotenství),
 - c) duševní poruchy nebo poruchy chování (je-li hlavní diagnózou hospitalizace některá z diagnóz F00 až F99 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí) s výjimkou diagnóz uvedených v článku 77 odst. 9).
- 2) Výluka uvedená v písm. a) předchozího odstavce se neuplatní, pokud se v době 5 let před počátkem nebo změnou pojištění příznaky onemocnění nebo následky úrazu prokazatelně neprojevily tak, že by bylo nutné toto zaznamenat ve zdravotnické dokumentaci pojištěného, nebo způsobem, který by vyžadoval jejich léčení nebo sledování, a současně pojištěný neporušil léčebný režim stanovený lékařem.
- 3) Toto pojištění se dále nevztahuje na pobyt pojištěného v:
 - a) ústavech sociální péče nebo ve zvláštních dětských odborných léčebných zařízeních,
 - b) zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie, hráčské nebo jiné závislosti,
 - c) lázeňských léčebnách, ozdravných a sanatoriích, rehabilitačních zařízeních a ústavech, léčebnách pro dlouhodobě nemocné, hospicích, odděleních následné péče; tato výluka se neuplatňuje na případy, kdy pobyt v nich časově (nejpozději do 365 dnů) navazuje na předchozí hospitalizaci a je z lékařského hlediska nezbytný za účelem doléčení nemoci nebo následků úrazu; pojistné plnění za pobyt v těchto zařízeních poskytneme z jedné hospitalizace nejvýše za dobu 30 dnů,
 - d) nemocnici nebo jakémkoliv jiném zařízení, pokud pojištěný pouze doprovází hospitalizovanou osobu; tato výluka se

nevztahuje na hospitalizaci rodičky nebo její pravidelné návštěvy nemocnice, které lze považovat za alternativu hospitalizace v souvislosti s nezbytnou péčí o novorozence, pokud bezprostředně navazují na porod (pojistné plnění v takovém případě poskytneme nejvýše za dobu 20 dnů hospitalizace).

Článek 80

Zánik pojištění (Kdy pojištění přestane platit)

- Toto pojištění nezaniká pojistnou událostí daného pojištěného; zaniká pouze způsoby uvedenými v článku 12 Zánik pojištění.

Pobyt v nemocnici pouze následkem úrazu

Článek 81

Pojistná událost (Na co se pojištění vztahuje)

- Pojistnou událostí je **úraz** pojištěného během trvání tohoto pojištění, v jehož důsledku byl pojištěný hospitalizován.

Článek 82

Čekací doba (Doba bez nároku na plnění)

- Pro toto pojištění není stanovena žádná čekací doba.

Článek 83

Pojistné plnění (Co a jak vyplatíme)

- 1) Právo na pojistné plnění má pojištěný, který byl hospitalizován v důsledku úrazu. Jednou hospitalizací se rozumí nepřetržitý pobyt v nemocnici.
- 2) Pojistné plnění za hospitalizaci vypočteme tak, že pojistnou částku vynásobíme upraveným počtem dnů hospitalizace.
- 3) Upravený počet dnů hospitalizace stanovíme tak, že každý den hospitalizace vynásobíme koeficientem navýšení podle následující tabulky a sečteme dohromady.

Trvání hospitalizace	Koeficient navýšení
prvních 30 dnů	1
31–90. den	1,5
91 a každý další den	2

- 4) Za den hospitalizace považujeme každou půlnoc, po kterou je pojištěný hospitalizován.
- 5) Pojistné plnění vyplatíme až po ukončení hospitalizace. Pokud však hospitalizace trvá déle než 2 měsíce, může nás pojištěný písemně požádat o vyplacení přiměřené zálohy.
- 6) Maximální doba hospitalizace, za kterou vyplatíme pojistné plnění, je 1 000 dnů.
- 7) Pojistné plnění nenáleží za dobu hospitalizace po zániku tohoto pojištění kromě zániku uplynutím pojistné doby.

Článek 84

Povinnosti pojištěného (Co musíte splnit)

- 1) Pobyt v nemocnici nám oznamte co možná nejdříve. K oznámení použijte formulář „Oznámení pracovní neschopnosti / pobytu v nemocnici / ošetřování dítěte“, který je k dispozici na našich internetových stránkách. K formuláři přiložte v něm uvedené doklady a veškerou zdravotní dokumentaci související s Vaší hospitalizací.

- 2) Hospitalizovaný pojištěný má především povinnost dodržovat pokyny ošetřujících lékařů, neopustit bez jejich svolení nemocnici ani jiným způsobem porušovat léčebný režim.
- 3) Další povinnosti jsou uvedeny také v článcích 5 a 11 Povinnosti a práva účastníků pojištění.

Článek 85

Výluky z pojištění (Na co se pojištění nevztahuje)

- 1) Pojistné plnění neposkytneme v případech uvedených v článku 10 Všeobecné výluky z pojištění a dále také za hospitalizaci v důsledku následujících nemocí, tělesných poškození či jiných újem na zdraví nebo lékařských vyšetření či zákroků:
 - patologických zlomenin, tj. takových zlomenin, které vzniknou v důsledku prvotního snížení pevnosti kosti (např. vrozené kostní choroby, nádory kostí nebo osteoporóza) a k jejichž vzniku postačuje nižší intenzita působení zevních sil či vlastní tělesné síly než u zlomeniny traumatické (zlomeniny zdravé kosti),
 - zlomenin patologických výrůstků na kosti (např. osteofyty, ostruhy),
 - únavových nebo stresových (námahových) zlomenin, tj. zlomenin vzniklých z přetížení a nikoli v důsledku jednorázového působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly pojištěného (například pochodová, běžecká zlomenina),
 - opakujícího se vykloubení kloubu způsobeného například volným kloubním pouzdem nebo insuficiencí (nedostatečností) kloubních vazů, atrofií kloubní hlavičky nebo příliš plochou kloubní jamkou,
 - poškození svalů, šlach, vazů či kloubů, vzniklo-li takové poškození následkem přetěžování; tato výluka neplatí, pokud poškození vzniklo v důsledku neočekávaného a náhlého působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly pojištěného,
 - vzniku či zhoršení kýl (hernií), nádorů všech druhů a jakéhokoli původu, bércových vředů, diabetických gangrén, aseptických zánětů pochev šlachových, svalových úponů, tíhových váčků nebo epikondylitid,
 - výhřezu meziobratlové ploténky, ploténkových páteřních syndromů a jiných onemocnění zad – dorzopatií (diagnózy M40 až M54 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí),
 - diagnostických, život zachraňujících, léčebných nebo preventivních zákroků,
 - jakékoli nemoci, včetně infekční nemoci, a to i v případě, že k ní dojde v důsledku úrazu, včetně prvotního projevu obtíží majících původ v degenerativních změnách orgánů a anatomických částí těla, nebo jejího zhoršení,
 - tělesných poškození vzniklých v důsledku působení imunotoxických látek včetně alergických reakcí,
 - tělesných poškození vzniklých úrazem způsobeným úmyslně pojištěným, jako jsou sebevražda a pokus o ni, sebepoškození apod.,
 - zákroku, který je proveden na žádost pojištěného a který není z lékařského hlediska nezbytný.
- 2) Toto pojištění se dále nevztahuje na pobyt pojištěného v:
 - ústavech sociální péče nebo ve zvláštních dětských odborných léčebných zařízeních,
 - zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie, hráčské nebo jiné závislosti,
 - lázeňských léčebnách, ozdravovnách a sanatoriích, rehabilitačních zařízeních a ústavech, léčebnách pro dlouhodobě nemocné, hospicích, odděleních následné péče; tato výluka se neuplatňuje na případy, kdy pobyt v nich časově (nejpozději do 365 dnů) navazuje na předchozí hospitalizaci a je z lékařského hlediska nezbytný za účelem doléčení následků úrazu; pojistné plnění za pobyt v těchto zařízeních poskytneme z jedné hospitalizace nejvýše za dobu 30 dnů,
 - nemocnici nebo jakémkoli jiném zařízení, pokud pojištěný pouze doprovází hospitalizovanou osobu.

Článek 86

Zánik pojištění (Kdy pojištění přestane platit)

- Toto pojištění nezaniká pojistnou událostí daného pojištěného; zaniká pouze způsoby uvedenými v článku 12 Zánik pojištění.

Pracovní neschopnost následkem úrazu nebo nemoci

Článek 87

Pojistná událost (Na co se pojištění vztahuje)

- 1) Pojistnou událostí je z lékařského hlediska nezbytná dočasná **pracovní neschopnost** pojištěného z důvodu nemoci nebo úrazu, která začne během trvání tohoto pojištění.
- 2) Toto pojištění lze sjednat v několika variantách, které se liší tím, od kterého dne trvání pracovní neschopnosti poskytneme pojistné plnění.



Pojištění pracovní neschopnosti může být sjednáno například s karenční dobou 14 dnů, 28 dnů nebo 42 dnů, čímž je dán rozsah pojistné ochrany za odlišné pojistné. Pojistné je nižší, pokud je zvolena varianta s delší karenční dobou.

- 3) Za **pojištěného** pro účely tohoto pojištění považujeme a) osobu, která
 - i) pobírá příjmy z pracovněprávního, služebního nebo členského poměru (s výjimkou dohody o provedení práce), v nichž při výkonu práce pro plátce příjmu je povinná dbát příkazů plátce (zaměstnanec) a zároveň
 - ii) se účastní na nemocenském pojištění,
- b) osobu samostatně výdělečně činnou (OSVČ) se zdanitelnými příjmy, která nepřerušila nebo neukončila výdělečnou činnost.
- 4) Pojištěna je pracovní neschopnost po dobu, kdy ze zdravotních důvodů pojištěný nevykonává žádnou výdělečnou činnost a dodržuje léčebný režim stanovený lékařem.
- 5) Pracovní neschopnost je stav pojištěného, který odpovídá dočasné pracovní neschopnosti podle platného zákona o nemocenském pojištění v České republice nebo obdobného zákona platného v zahraničí. Pracovní neschopnost musí být potvrzena příslušným lékařem na formuláři vystaveném podle výše uvedených zákonů (tzv. neschopenka) nebo na formuláři pojišťovny (u pojištěných, kteří nejsou účastníky nemocenského pojištění v České republice).
- 6) Délku této dočasné pracovní neschopnosti posuzujeme na základě lékařských zpráv o průběhu souvislého léčení. Pokud je pracovní neschopnost delší, než je obvyklá doba léčení příslušné diagnózy (standard léčení), a není-li v lékařské dokumentaci uvedeno dostatečné odborné odůvodnění, můžeme ve spolupráci s naším posudkovým lékařem délku pracovní neschopnosti přehodnotit.
- 7) Jednou pojistnou událostí je nepřetržitá dočasná pracovní neschopnost, a to bez ohledu na případnou změnu diagnózy během trvání pracovní neschopnosti. Pokud je pojištěný v den následující po ukončení jedné pracovní neschopnosti znovu uznán práce neschopným a tato pracovní neschopnost vznikla v důsledku stejné nemoci či úrazu, považujeme tuto pracovní neschopnost za pokračování předcházející pracovní neschopnosti.

Článek 88

Čekací doba (Doba bez nároku na plnění)

- 1) Čekací doba je 2 měsíce s výjimkou pracovní neschopnosti pro stavy a komplikace v souvislosti s těhotenstvím a porodem; v takovém případě se čekací doba prodlužuje na 8 měsíců.
- 2) V případě pracovní neschopnosti, která vznikla výlučně následkem úrazu, čekací dobu neuplatňujeme.

Článek 89

Pojistné plnění (Co a jak vyplatíme)

- 1) Právo na pojistné plnění má pojištěný, který je dočasně práce neschopen.
- 2) Pojistné plnění stanovíme tak, že počet dnů pracovní neschopnosti vypočtený podle následujícího odstavce vynásobíme sjednanou pojistnou částkou.
- 3) Počet dnů pracovní neschopnosti pro účely stanovení pojistného plnění se počítá od počátku pracovní neschopnosti do dne, kdy je pracovní neschopnost z rozhodnutí lékaře ukončena, nejvýše však jako maximální počet dnů stanovený v oceňovací tabulce označené jako OT pro TP, DO a PN pro tělesné poškození úrazem nebo pro nemoc, pro které byl pojištěný práce neschopen. Při tom přihlížíme ke sjednané karenční době, která běží od počátku pracovní neschopnosti a od celkové doby pracovní neschopnosti se odečítá, jde-li o pracovní neschopnost následkem nemoci. Za pracovní neschopnost následkem úrazu vyplatíme pojistné plnění již od prvního dne, pokud doba pracovní neschopnosti karenční dobu přesáhne. Pojistné plnění za jednu nepřetržitou pracovní neschopnost poskytneme pojištěnému, který je zaměstnancem, nebo OSVČ, která se účastní na nemocenském pojištění, bez omezení, a OSVČ, která se neúčastní na nemocenském pojištění, maximálně za 548 dnů.



Byla-li sjednána varianta pojištění s karenční dobou 28 dnů, vyplatíme pojistné plnění pouze tehdy, bude-li pracovní neschopnost delší než 28 dnů. Pokud byl pojištěný z důvodu nemoci práce neschopen například od 15. 3. do 31. 5. téhož roku, což je celkem 78 dnů, budeme plnit za 50 dnů (78 - 28). Byl-li práce neschopen z důvodu úrazu, pojistné plnění náleží již od 1. dne pracovní neschopnosti, tj. za 78 dnů, protože délka pracovní neschopnosti přesáhla karenční dobu.

- 4) Za pracovní neschopnost vystavenou v souvislosti s rizikovým těhotenstvím nebo stavy a komplikacemi souvisejícími s těhotenstvím, porodem a dále kvůli z lékařského hlediska nezbytnému umělému přerušení těhotenství nebo potratu, poskytneme pojistné plnění nejvýše za 30 dnů pro každé těhotenství.
- 5) Pojistné plnění poskytneme i za pracovní neschopnost vystavenou pro trvalou organickou duševní poruchu (diagnózy F00 až F09 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí) a pro diagnózu F20 - schizofrenie, pokud nebyly vyvolány vlastním chováním pojištěného spočívajícím v opakovaném nadměrném požívání alkoholu, zneužívání léků, aplikací návykových látek nebo přípravků tyto látky obsahujících, úmyslném sebepoškození nebo pokusu o sebevraždu. Každá z uvedených diagnóz musí být potvrzena lékařem specialistou v oboru psychiatrie včetně neurologického nálezu a nálezu provedených CT vyšetření hlavy a vyšetření mozku magnetickou rezonancí.

- 6) Pokud se v pracovní neschopnosti pojištěný léčí pro více diagnóz, plníme za součet dob léčení všech těchto diagnóz; pokud se doby léčení těchto diagnóz překrývají, započítáváme tyto překrývající se doby pouze jednou.
- 7) Pojistné plnění vyplatíme až po ukončení pracovní neschopnosti. Pokud ale pracovní neschopnost již trvá déle než 2 měsíce, může nás pojištěný písemně požádat o vyplacení přiměřené zálohy na pojistné plnění.
- 8) Pokud doba pracovní neschopnosti a současně maximální počet dnů stanovený v oceňovací tabulce označené jako OT pro TP, DO a PN pro příslušné tělesné poškození nebo onemocnění nepřesáhnu sjednanou karenční dobu, pojistné plnění nenáleží.



Byla-li sjednána varianta pojištění s karenční dobou 28 dnů a pojištěný byl v pracovní neschopnosti od 15. 3. do 15. 4. téhož roku, tj. 32 dnů pro podvrtnutí ramenního kloubu, za které je podle oceňovací tabulky stanoven maximální počet 28 dnů, pojistné plnění mu nenáleží.

- 9) Pojistné plnění nenáleží za dobu pracovní neschopnosti po zániku tohoto pojištění kromě zániku pojištění uplynutím pojistné doby a kromě zániku podle článku 92 písm. a)

Článek 90

Povinnosti pojištěného (Co musíte splnit)

- 1) Pracovní neschopnost nám oznámte co možná nejdříve. K oznámení použijte formulář „Oznámení pracovní neschopnosti / pobytu v nemocnici / ošetřování dítěte“, který je k dispozici na našich internetových stránkách. K formuláři přiložte v něm uvedené doklady a veškerou zdravotnickou dokumentaci související s Vaší pracovní neschopností. Při šetření pojistné události Vás můžeme vyzvat k doložení potvrzení příslušného orgánu státní správy (sociálního zabezpečení), že jste během pracovní neschopnosti platil pojistné na nemocenské pojištění, resp. čerpal dávky nemocenského. Osoby v jiném než trvalém pracovním poměru (např. osoby pracující na dohodu o pracovní činnosti, členové orgánů obchodních společností, tj. jednatelé, členové představenstva) jsou povinny nám toto potvrzení doložit při uplatnění nároku na pojistné plnění automaticky.
- 2) Pokud jako pojištěný ukončíte výdělečnou činnost, tj. zánik pojistný zájem, jste povinen nás o této změně nejpozději do 3 měsíců informovat.
- 3) Máte-li sjednáno toto pojištění, oznámte nám co nejdříve (nejpozději však do 3 měsíců) všechny změny, jako jsou tyto:
 - a) odchod na mateřskou nebo rodičovskou dovolenou,
 - b) přiznání starobního důchodu nebo vznik invalidity třetího stupně podle zákona o důchodovém pojištění,
 - c) ukončení výdělečné činnosti, zařazení do evidence uchazečů o zaměstnání u úřadu práce apod.
 Na základě Vašeho oznámení Vám můžeme navrhnout změnu pojistné částky, případně pojistného
- 4) Další povinnosti jsou uvedeny také v člancích 5 a 11. Povinnosti a práva účastníků pojištění.

Článek 91

Výluky z pojištění (Na co se pojištění nevztahuje)

- 1) Pojistné plnění neposkytneme v případech uvedených v článku 10 Všeobecné výluky z pojištění a dále také za pracovní neschopnost v důsledku následujících nemocí, tělesných poškození či jiných újem na zdraví nebo lékařských vyšetření či zákroků a jakýchkoli jejich příčin, komplikací nebo následků:
 - a) nemocí, úrazů nebo jiných skutečností souvisejících se

- zdravotním stavem pojištěného, které vznikly či byly diagnostikovány před počátkem tohoto pojištění a pro které byl pojištěný před počátkem pojištění léčen či lékařsky sledován nebo jejichž příznaky se projeví před tímto dnem, pokud byly příčinou pracovní neschopnosti v době do 5 let od počátku tohoto pojištění, resp. od účinnosti jeho změn,
- b) zákroku, který je proveden na žádost pojištěného a který není z lékařského hlediska nezbytný (například kosmetické zákroky, sterilizace, umělé přerušování těhotenství),
- c) duševní poruchy nebo poruchy chování (je-li hlavní diagnózou pracovní neschopnosti některá z diagnóz F00 až F99 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí) s výjimkou diagnóz uvedených v článku 89 odst. 5),
- d) onemocnění zad (diagnózy M40 až M54 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí) a s nimi související nemocí nervové soustavy (diagnózy označené v mezinárodní statistické klasifikaci nemocí písmenem G).

- 2) Výluka uvedená v písm. a) předchozího odstavce se neuplatní, pokud se v době 5 let před počátkem nebo změnou pojištění příznaky onemocnění nebo následky úrazu prokazatelně neprojeví tak, že by bylo nutné toto zaznamenat ve zdravotnické dokumentaci pojištěného, nebo způsobem, který by vyžadoval jejich léčení nebo sledování, a současně pojištěný neporušil léčebný režim stanovený lékařem.
- 3) Toto pojištění se nevztahuje na pracovní neschopnost,
 - a) během které jste jako pojištěný pobýval v zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomane, hráček nebo jiné závislosti,
 - b) pokud jste se jako pojištěný stal nezaměstnaným, s výjimkou prvních 3 měsíců ode dne ukončení zaměstnání, nebo ukončení (přerušeni) samostatné výdělečné činnosti,
 - c) v době, po kterou jste jako pojištěný byl na mateřské nebo rodičovské dovolené,
 - d) během které jste jako pojištěný porušil léčebný režim.

Článek 92

Zánik pojištění (Kdy pojištění přestane platit)

- Toto pojištění nezaniká pojistnou událostí daného pojištěného; zaniká pouze způsobem uvedenými v článku 12 Zánik pojištění a dále zaniká:
 - a) posledním dnem pojistného období, ve kterém jsme byli informováni, že se pojištěný stal nezaměstnaným, včetně případů, kdy se tak stane z důvodu mateřské nebo rodičovské dovolené; pojištění takto zanikne pouze v případě, že je pojištěný stále nezaměstnaným i ke dni, kdy jsme o této skutečnosti byli informováni,
 - b) posledním dnem pojistného období, ve kterém bylo pojištěnému vydáno rozhodnutí příslušného orgánu státní správy o jeho invaliditě třetího stupně podle platného zákona o důchodovém pojištění, nebo ve kterém nám prokáže, že mu byl přiznán starobní důchod, s výjimkou případu, kdy po přiznání starobního důchodu nadále vykonává výdělečnou činnost, která zakládá účast na nemocenském pojištění, nebo z níž mu plynou zdanitelné příjmy.

Pracovní neschopnost pouze následkem úrazu

Článek 93

Pojistná událost (Na co se pojištění vztahuje)

- 1) Pojistnou událostí je **úraz** pojištěného během trvání tohoto pojištění, v jehož důsledku je pojištěný neschopen vykonávat výdělečnou činnost (dále jen „**pracovní neschopnost**“).
- 2) Toto pojištění se sjednává s karenční dobou 7 dnů.
- 3) Za **pojištěného** pro účely tohoto pojištění považujeme

- a) osobu, která
 - ii) pobírá příjmy z pracovního, služebního nebo členského poměru (s výjimkou dohody o provedení práce), v nichž při výkonu práce pro plátce příjmu je povinná dbát příkazů plátce (zaměstnanec) a zároveň
 - iii) se účastní na nemocenském pojištění,
 - b) osobu samostatně výdělečně činnou (OSVČ) se zdanitelnými příjmy, která nepřerušila nebo neukončila výdělečnou činnost
- 4) Pojištěna je pracovní neschopnost po dobu, kdy ze zdravotních důvodů pojištěný nevykonává žádnou výdělečnou činnost a dodržuje léčebný režim stanovený lékařem.
 - 5) Pracovní neschopnost je stav pojištěného, který odpovídá dočasné pracovní neschopnosti podle platného zákona o nemocenském pojištění v České republice nebo obdobného zákona platného v zahraničí. Pracovní neschopnost musí být potvrzena příslušným lékařem na formuláři vystaveném podle výše uvedených zákonů (tzv. neschopenka) nebo na formuláři pojišťovny (u pojištěných, kteří nejsou účastníky nemocenského pojištění v České republice).
 - 6) Délku této dočasné pracovní neschopnosti posuzujeme na základě lékařských zpráv o průběhu souvislého léčení. Pokud je pracovní neschopnost delší, než je obvyklá doba léčení příslušné diagnózy (standard léčení), a není-li v lékařské dokumentaci uvedeno dostatečné odborné odůvodnění, můžeme ve spolupráci s naším posudkovým lékařem délku pracovní neschopnosti přehodnotit.

Článek 94

Čekací doba (Doba bez nároku na plnění)

- Pro toto pojištění není stanovena žádná čekací doba.

Článek 95

Pojistné plnění (Co a jak vyplatíme)

- 1) Právo na pojistné plnění má pojištěný, který je dočasně práce neschopen.
- 2) Pojistné plnění stanovíme tak, že počet dnů pracovní neschopnosti vypočtený podle následujícího odstavce vynásobíme sjednanou pojistnou částkou.
- 3) Počet dnů pracovní neschopnosti pro účely stanovení pojistného plnění se počítá od počátku pracovní neschopnosti do dne, kdy je pracovní neschopnost z rozhodnutí lékaře ukončena, nejvýše však jako maximální počet dnů stanovený v oceňovací tabulce označené jako OT pro TP, DO a PN pro tělesné poškození úrazem, pro které byl pojištěný práce neschopen. Při tom přihlížíme ke karenční době, která běží od počátku pracovní neschopnosti. Pokud doba pracovní neschopnosti karenční dobu přesáhne, vyplatíme pojistné plnění již od prvního dne pracovní neschopnosti. Pojistné plnění za všechny pracovní neschopnosti následkem jednoho úrazu poskytneme maximálně za 365 dnů. Uvedená časová omezení platí i v případě, že pracovní neschopnost byla uznána pro více následků úrazu.



Pokud byl pojištěný z důvodu úrazu práce neschopen například od 15. 3. do 31. 5. téhož roku, což je celkem 78 dnů, budeme plnit již od 1. dne pracovní neschopnosti, tj. za 78 dnů, protože délka pracovní neschopnosti přesáhla karenční dobu 7 dnů.

- 4) Podmínka pro výplatu pojistného plnění od prvního dne

pracovní neschopnosti uvedená v předchozím odstavci musí být splněna ve vztahu ke každé pracovní neschopnosti, a to i v případě, že vzniknou následkem jednoho úrazu. Pokud je však pojištěný v den následující po ukončení jedné pracovní neschopnosti znovu uznán práce neschopným a tato pracovní neschopnost vznikla v důsledku stejného úrazu, považujeme tuto pracovní neschopnost za pokračování předcházející pracovní neschopnosti.

- 5) Dojde-li následkem jednoho úrazu k více tělesným poškozením, počty dnů pracovní neschopnosti za taková tělesná poškození se nesčítají, ale pojistné plnění poskytneme pouze za to tělesné poškození, pro které je v OT pro TP, DO a PN stanoven nejvyšší počet dnů. Pokud se doby léčebných tělesných poškození překrývají, započítáváme tyto překrývající se doby pouze jednou.
- 6) Pojistné plnění vyplatíme až po ukončení pracovní neschopnosti. Pokud ale pracovní neschopnost již trvá déle než 2 měsíce, může nás pojištěný písemně požádat o vyplacení přiměřené zálohy na pojistné plnění.
- 7) Pokud doba pracovní neschopnosti a současně maximální počet dnů stanovený v oceňovací tabulce označené jako OT pro TP, DO a PN pro příslušné tělesné poškození nepřesáhne sjednanou karenční dobu, pojistné plnění nenáleží.
- 8) Pojistné plnění nenáleží za dobu pracovní neschopnosti po zániku tohoto pojištění kromě zániku pojištění uplynutím pojistné doby a kromě zániku podle článku 98 písm. a).

Článek 96

Povinnosti pojištěného (Co musíte splnit)

- 1) Pracovní neschopnost nám oznámte co možná nejdříve. K oznámení použijte formulář „Oznámení pracovní neschopnosti / pobytu v nemocnici / ošetřování dítěte“, který je k dispozici na našich internetových stránkách. K formuláři přiložte v něm uvedené doklady a veškerou zdravotnickou dokumentaci související s Vaší pracovní neschopností. Při žetření pojistné události Vás můžeme vyzvat k doložení potvrzení příslušného orgánu státní správy (sociálního zabezpečení), že jste během pracovní neschopnosti platil pojistné na nemocenské pojištění, resp. čerpal dávky nemocenského. Osoby v jiném než trvalém pracovním poměru (např. osoby pracující na dohodu o pracovní činnosti, členové orgánů obchodních společností, tj. jednatelé, členové představenstva) jsou povinny nám toto potvrzení doložit při uplatnění nároku na pojistné plnění automaticky.
- 2) Pokud jako pojištěný ukončíte výdělečnou činnost, tj. zanikne pojistný zájem, jste povinen nás o této změně nejpozději do 3 měsíců informovat.
- 3) Máte-li sjednáno toto pojištění, oznámte nám co nejdříve (nejpozději však do 3 měsíců) všechny změny, jako jsou tyto:
 - a) odchod na mateřskou nebo rodičovskou dovolenou,
 - b) přiznání starobního důchodu nebo vznik invalidity třetího stupně podle zákona o důchodovém pojištění,
 - c) ukončení výdělečné činnosti, zařazení do evidence uchazečů o zaměstnání u úřadu práce apod.
 Na základě Vašeho oznámení Vám můžeme navrhnout změnu pojistné částky, případně pojistného.
- 4) Další povinnosti jsou uvedeny také v článcích 5 a 11 Povinnosti a práva účastníků pojištění.

Článek 97

Výluky z pojištění (Na co se pojištění nevztahuje)

- 1) Pojistné plnění neposkytneme v případech uvedených v článku 10 Všeobecné výluky z pojištění a dále také za pracovní neschopnost v důsledku následujících nemocí, tělesných

poškození či jiných újem na zdraví nebo lékařských vyšetření či zákroků:

- a) patologických zlomenin, tj. takových zlomenin, které vzniknou v důsledku prvotního snížení pevnosti kosti (např. vrozené kostní choroby, nádory kostí nebo osteoporóza) a k jejichž vzniku postačuje nižší intenzita působení zevních sil či vlastní tělesné síly než u zlomeniny traumatické (zlomeniny zdravé kosti),
 - b) zlomenin patologických výrůstků na kosti (např. osteofyty, ostruhy),
 - c) únavových neboli stresových (námahových) zlomenin, tj. zlomenin vzniklých z přetížení a nikoli v důsledku jednorázového působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly pojištěného (například pochodová, běžecká zlomenina),
 - d) opakujícího se vykloubení kloubu způsobeného například volným kloubním pouzdrmem nebo insufiencí (nedostatečností) kloubních vazů, atrofií kloubní hlavice nebo příliš plochou kloubní jamkou,
 - e) poškození svalů, šlach, vazů či kloubů, vzniklo-li takové poškození následkem přetěžování; tato výluka neplatí, pokud poškození vzniklo v důsledku neočekávaného a náhlého působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly pojištěného,
 - f) vzniku či zhoršení kýl (hernií), nádorů všech druhů a jakéhokoli původu, bércových vředů, diabetických gangrén, aseptických zánětů pochev šlachových, svalových úponů, tíhových váček nebo epikondylitid,
 - g) výhřezu meziobratlové ploténky, ploténkových páteřních syndromů a jiných onemocnění zad – dorzopatií (diagnózy M40 až M54 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí),
 - h) diagnostických, život zachraňujících, léčebných nebo preventivních zákroků,
 - i) jakékoli nemoci, včetně infekční nemoci, a to i v případě, že k ní dojde v důsledku úrazu, včetně prvotního projevu obtíží majících původ v degenerativních změnách orgánů a anatomických částí těla, nebo jejího zhoršení,
 - j) tělesných poškození vzniklých v důsledku působení imunotoxických látek včetně alergických reakcí,
 - k) tělesných poškození vzniklých úrazem způsobeným úmyslně pojištěným, jako jsou sebevražda a pokus o ni, sebepoškození apod.,
 - l) zákroku, který je proveden na žádost pojištěného a který není z lékařského hlediska nezbytný.
- 2) Toto pojištění se nevztahuje na pracovní neschopnost,
- a) během které jste jako pojištěný pobýval v zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie, hráček nebo jiné závislosti,
 - b) pokud jste se jako pojištěný stal nezaměstnaným, s výjimkou prvních 3 měsíců ode dne ukončení zaměstnání, nebo ukončení (přerušenu) samostatné výdělečné činnosti,
 - c) v době, po kterou jste jako pojištěný byl na mateřské nebo rodičovské dovolené,
 - d) během které jste jako pojištěný porušil léčebný režim.

Článek 98

Zánik pojištění (Kdy pojištění přestane platit)

- Toto pojištění nezaniká pojistnou událostí daného pojištěného; zaniká pouze způsoby uvedenými v článku 12 Zánik pojištění a dále zaniká:
- a) posledním dnem pojistného období, ve kterém jsme byli informováni, že se pojištěný stal nezaměstnaným, včetně případů, kdy se tak stane z důvodu mateřské nebo rodičovské dovolené; pojištění takto zanikne pouze v případě, že je pojištěný stále nezaměstnaným i ke dni, kdy jsme o této skutečnosti byli informováni,
 - b) posledním dnem pojistného období, ve kterém bylo pojištěnému vydáno rozhodnutí příslušného orgánu státní správy o jeho invaliditě třetího stupně podle platného zákona o důchodovém pojištění, nebo ve kterém nám prokáže, že mu byl přiznán starobní důchod, s výjimkou případu, kdy po přiznání starobního důchodu nadále vykonává výdělečnou činnost, která zakládá účast na nemocenském pojištění, nebo z níž mu plynou zdanitelné příjmy.