

Obsah

Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění osob	2
Zvláštní pojistné podmínky	
Investiční životní pojištění	7
Připojištění smrti, Připojištění smrti s klesající pojistnou částkou	11
Invalidita 3., 4. stupně, Invalidita 2. stupně, Invalidita 1. stupně	13
Invalidita dítěte.....	16
Zproštění od placení pojistného	17
Dlouhodobá péče LTC.....	19
Závažná onemocnění ZO4, Závažná onemocnění ZO4 s klesající pojistnou částkou	21
Závažné zdravotní následky, Závažné zdravotní následky s klesající pojistnou částkou.....	23
ZO PLUS pro ženy.....	27
Závažná onemocnění dětí.....	29
Smrt následkem úrazu.....	33
Trvalé následky úrazu s progresivním plněním od 1 %, od 10 %	33
Denní odškodné při úrazu, Denní odškodné při úrazu PLUS.....	39
Smrt následkem úrazu, Trvalé následky úrazu s progresivním plněním od 1 % – ŘIDIČ	48
Denní odškodné při úrazu, Denní odškodné při úrazu PLUS – ŘIDIČ	50
Hospitalizace	51
Pracovní neschopnost od 29. dne, Pracovní neschopnost od 57. dne	52
Ošetřování dítěte od 29. dne.....	54
Obchodní podmínky	55
Podmínky poskytování a používání elektronických služeb	61
Užitečné informace	65
Poznámky	68

Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění osob

Životní pojištění Úrazové pojištění Pojištění nemoci

Článek 1

Úvodní ustanovení

Pojistná smlouva, kterou sjednává pojistitel NN Životní pojišťovna N.V., pobočka pro Českou republiku, se sídlem: Nádražní 344/25, 150 00 Praha 5 – Smíchov, IČ: 40763587, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 6305, jako organizační složka (odštěpný závod) společnosti: NN Životní pojišťovna N.V., se sídlem: Weena 505, 3013AL Rotterdam, Nizozemské království, zapsaná v obchodním rejstříku Obchodní komory v Rotterdamu, Nizozemské království, datum zápisu 17. ledna 1863, číslo zápisu 24042211 (dále jen "pojistitel"), se řídí zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (dále jen "zákon"), a souvisejícími právními předpisy České republiky, dále se řídí těmito všeobecnými pojistnými podmínkami pro pojištění osob, zvláštními pojistnými podmínkami pro sjednané typy pojištění a připojištění, obchodními podmínkami pojistitele a dalšími pojistnými podmínkami pojistitele a ujednáními (dále jen "pojistné podmínky"). Pokud byly tyto pojistné podmínky předány pojistníkovi v souvislosti se změnou pojištění provedenou u stávající smlouvy, slouží tento dokument (včetně příslušných zvláštních pojistných podmínek a odpovídajících částí Obchodních podmínek pojistitele) pouze ke specifikaci dodatečně zvolených připojištění v rámci provedené změny. Ve zbytku se smlouva řídí dosavadními pojistnými podmínkami i původní právní úpravou (smlouvy uzavřené do 31. 12. 2013 se řídí zákonem č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, ve znění pozdějších předpisů, a smlouvy uzavřené od 1. 1. 2014 se řídí zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů).

Článek 2

Výklad pojmů

Pro účely těchto pojistných podmínek se definují následující pojmy:

- Pojistná smlouva:** Pojistnou smlouvou se pojistitel zavazuje vůči pojistníkovi poskytnout jemu nebo třetí osobě pojistné plnění v případě, že nastane pojistná událost a pojistník se zavazuje platit pojistné.
- Pojistník:** Osoba, která s pojistitelem uzavřela pojistnou smlouvu.
- Pojištěný:** Osoba, na jejíž život, zdraví nebo jiné hodnoty pojistného zájmu se pojištění vztahuje.
- Oprávněná osoba:** Osoba, které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění. Oprávněnou osobou je pojištěný, pokud smlouva nebo zákon nestanoví jinak.
- Obmyšlený:** Osoba určená pojistníkem v pojistné smlouvě, které vznikne právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného.
- Účastník pojištění:** Pojistitel a pojistník jakožto smluvní strany a dále pojištěný a každá další osoba, které z pojištění vzniklo právo nebo povinnost.
- Pojistná událost:** Nahodilá událost krytá pojištěním.
- Pojistný zájem:** Oprávněná potřeba ochrany před následky pojistné události. U pojištění osob je pojistným zájmem jak zájem na vlastním životě a zdraví, tak zájem na životě a zdraví jiné osoby např. z důvodu vzájemného vztahu, příbuzenství nebo zájem podmíněný výhodou či prospěchem jedné osoby z pokračování života osoby jiné.
- Pojistná doba:** Doba, na kterou bylo pojištění sjednáno.
- Pojistné období:** Časové období, za které je placeno běžné pojistné (určené jako frekvence placení).
- Výročí:** Den v době platnosti pojištění, který se datem (dnem a měsícem) shoduje s datem technického počátku pojištění a který není technickým počátkem pojištění.
- Pojistné nebezpečí:** Možná příčina vzniku pojistné události.
- Pojistné riziko:** Míra pravděpodobnosti vzniku pojistné události vyvolané pojistným nebezpečím.
- Pojistný rok:** Období, které začíná běžet v 00.00 hodin dne uvedeného v pojistné smlouvě jako technický počátek pojištění a končí dnem bezprostředně předcházejícím datu prvního výročí a dále období začínající výročím a končí dnem bezprostředně předcházejícím nejbližšímu následujícímu výročí.
- Počátek pojištění:** Den uvedený v pojistné smlouvě, od kterého je pojistná smlouva účinná (do vydání pojistky pojistitelem je rozsah pojištění omezen, viz čl. 14).
- Technický počátek pojištění:** 1. den kalendářního měsíce následujícího po počátku pojištění dohodnutého v pojistné smlouvě, který je zároveň datem splatnosti prvního běžného pojistného. Pokud počátek pojištění připadne na první den v měsíci, je technický počátek pojištění shodný s datem počátku pojištění.
- Konec pojištění:** Okamžik, ke kterému nejpozději podle pojistné smlouvy pojištění zanikne. Konec pojištění nastane v 00.00 hodin dne uvedeného v pojistce jako konec pojištění.
- Hlavní pojištění:** Životní pojištění, které lze sjednat samostatně. Za hlavní pojištění se považuje investiční životní pojištění pro případ smrti nebo dožití.

- Připojištění:** Doplňková pojistná ochrana kryjící riziko, které nelze sjednat samostatně, ale pouze současně s hlavním pojištěním. Konec pojištění pro připojištění je uveden v pojistce.
- Invalidita:** Invalidita prvního, druhého nebo třetího stupně podle platných předpisů důchodového pojištění, popř. jakákoliv jiná invalidita, která je pod tímto názvem jako pojistné nebezpečí označena ve zvláštních pojistných podmínkách pojistitele.
- Čekací doba:** Doba od počátku pojištění nebo doba od posledního zvýšení pojistné částky, po kterou nevzniká pojistiteli povinnost poskytnout pojistné plnění z události, které by jinak byly pojistnými událostmi. Délku čekací doby pro jednotlivá pojištění a připojištění určuje pojistitel v čl. 17 těchto Všeobecných pojistných podmínek.
- Zvláštní pojistné podmínky:** Vztahují se k jednotlivým druhům pojištění či připojištění a určují specifička pro konkrétní pojistnou ochranu.
- Obchodní podmínky:** Dokument vydávaný pojistitelem, který obsahuje přehled poplatků, limitů a jiných údajů, které se používají v pojištěních sjednaných s pojistitelem a na které se odvolává pojistná smlouva; obchodní podmínky jsou přiloženy a jsou součástí pojistné smlouvy.
- Vinkulace:** Způsob zajištění dluhu účastníka pojištění (dlužníka) ve prospěch věřitele; pojistník na základě smlouvy s věřitelem dává pojistiteli příkaz, aby definované plnění z pojištění poukazyval věřiteli.
- Korespondenční adresa:** Adresa, kterou pojistník sdělí písemně pojistiteli při uzavírání pojistné smlouvy, na kterou doručuje pojistitel veškerou písemnou korespondenci do doby, nežli pojistník doručí pojistiteli žádost o změnu korespondenční adresy. Nepodaří-li se pojistiteli doručit pojistníkovi korespondenci na tuto adresu, je pojistitel oprávněn doručovat na adresu, kterou pojistník uvedl jako adresu svého trvalého bydliště, pokud se liší od korespondenční adresy. Korespondenční adresu uvedenou pojistníkem považuje pojistitel za bydliště pojistníka ve smyslu zákona, tj. za místo, kde se pojistník zdržuje s úmyslem žít tam trvale.
- Obnosové pojištění:** Pojištění, jehož účelem je získání obnosu, tj. finanční částky sjednané v pojistné smlouvě ve výši, která je nezávislá na vzniku nebo rozsahu škody.
- Věk pojištěného:** Věkem pojištěného se rozumí rozdíl mezi kalendářním rokem, v němž se nachází den připadající na příslušné výročí (příp. na technický počátek pojištění), a kalendářním rokem, v němž se pojištěný narodil, není-li výslovně ujednáno jinak.
- Připojištění s klesající pojistnou částkou:** Připojištění, u něhož se pojistná částka sjednaná na počátku (či v průběhu) pojištění snižuje ke každému výročí a je platná v pojistném roce začínajícím tímto výročím. Aktuální pojistná částka se snižuje k výročí vždy o 1/n (tj. o jednu „n-tinu“) sjednané pojistné částky, přičemž „n“ označuje sjednanou pojistnou dobu u tohoto připojištění v letech (zaokrouhloveno na celé roky nahoru); v případě sjednání změny pojistné částky v průběhu pojistné doby pak „n“ označuje dobu od účinnosti této změny do konce pojistné doby tohoto připojištění v celých letech (zaokrouhloveno na celé roky nahoru). Výsledná hodnota pojistné částky se zaokrouhlí matematicky na celé koruny.

Článek 3

Obecná ustanovení

- Pojištění se sjednává jako pojištění obnosové.
- V pojištění osob lze pojistit člověka pro případ smrti, dožití se určitého věku nebo dne určeného ve smlouvě jako konec pojištění, pro případ nemoci, úrazu nebo jiné skutečnosti související se zdravotním stavem nebo změnou osobního postavení pojištěné osoby.
- Pojištění nelze přerušit, nestanoví-li pojistná smlouva jinak.
- V pojištění se nesjednává možnost snížení pojistné částky ani snížení ročního důchodu ani zkrácení pojistné doby ani možnost určit neodvolatelné obmyšlené ve smyslu zákona.
- Pojistitel je oprávněn požadovat identifikaci dle platných zákonů u ostatních účastníků pojištění, jestliže některá z těchto osob podá návrh na změnu pojistné smlouvy, výpověď pojištění nebo požádá o výplatu plnění z pojištění.
- Počátek pojištění nastává v 0.00 hodin dne sjednaného v pojistné smlouvě jako počátek pojištění, pokud je na účet pojistitele připsáno první pojistné. V opačném případě nastane počátek pojištění dnem připsání pojistného na účet pojistitele.
- Není-li ujednáno v pojistné smlouvě nebo v příslušných zvláštních pojistných podmínkách jinak, vztahuje se pojištění na pojistné události, ke kterým dojde kdekoli ve světě.

Článek 4

Uzavření pojistné smlouvy a změny v pojištění

- Pojistná smlouva je uzavřena dnem, kdy řádně vyplněný formulář pojistitelovy pojistné smlouvy podepíše pojistník a zástupce pojistitele. Pokud má být pojistná smlouva uzavřena zaplacením prvního pojistného, pak je tato pojistná smlouva uzavřena dnem připsání prvního pojistného na účet pojistitele, a to ve lhůtě a výši stanovené ve formuláři pojistné smlouvy.
- Pojistitel vydá pojistníkovi pojistku jako potvrzení o uzavření pojistné smlouvy. Pokud formulář pojistné smlouvy obsahuje některé údaje, které neodpovídají skutečnosti, případně pokud některé údaje chybí, vystaví pojistitel pojistku až po jejich opravení nebo doplnění. Toto ustanovení nezbavuje pojistitele práva smlouvou do 2 měsíců ode dne jejího uzavření vypovědět nebo odstoupit od smlouvy od počátku v souladu se zákonem.

- Pojistná smlouva musí mít písemnou formu. Ostatní právní úkony týkající se pojištění musí mít písemnou formu, není-li v pojistné smlouvě anebo ve zvláštních pojistných podmínkách či obchodních podmínkách dohodnuto jinak.
- Na žádou navrženou změnu smlouvy nevzniká právní nárok, dokud není zcela přijata druhou stranou.
- Pojistitel je při uzavření pojistné smlouvy, při její změně nebo v případě škodné události oprávněn přezkoumávat zdravotní stav pojištěného, a to na základě zpráv a zdravotnické dokumentace vyžádané pojistitelem a poskytnuté po vyřazeném zdravotnickým zařízením. Na žádost pojistitele je pojištěný povinen podrobit se na náklady pojistitele lékařské prohlídce nebo vyšetření ve zdravotnickém zařízení, které určí pojistitel.
- Pojistník i pojištěný jsou povinni oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu všechny změny pracovní, sportovní nebo zájmové činnosti pojištěného, které mají vliv na pojistné riziko, vyjádřené výší pojistného a/nebo výší pojistného za krytá rizika. V případě zvýšení pojistného rizika má pojistitel právo zvýšit pojistné, a to k datu splatnosti pojistného za pojistné období následující po oznámení této změny pojistiteli. Neoznámí-li pojistník nebo pojištěný zvýšení míry pojistného rizika, má pojistitel právo snížit pojistné plnění v poměru, v jakém je pojistné, které obdržel, k pojistnému, které měl obdržet na základě zvýšeného pojistného rizika.
- Pojistník a pojištěný (příp. zákonný zástupce pojištěného) jsou povinni bez zbytečného odkladu oznámit pojistiteli změnu státního občanství nebo změnu státu trvalého bydliště nebo že pojistník a/nebo pojištěný je poplatníkem daně z příjmů (i) v jiné zemi než v České republice nebo že se stal politicky exponovanou osobou ve smyslu platné legislativy.

Článek 5

Zánik pojištění

- Pojištění, případně připojištění, zaniká:
 - uplynutím pojistné doby;
 - dnem smrti pojištěného;
 - dnem následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené pojistitelem v upomínce k zaplacení pojistného;
 - výpovědí ze strany pojistníka;
 - výpovědí ze strany pojistitele;
 - odstoupením;
 - dnem doručení písemného oznámení o odmítnutí pojistného plnění;
 - zánikem pojistného zájmu;
 - zánikem pojistného nebezpečí;
 - výplatou odkupného podle čl. 20 těchto všeobecných pojistných podmínek;
 - dohodou,
 - vyčerpáním hodnoty podílových jednotek na podílovém účtu pojistníka.
- Konec pojištění se shoduje se dnem, na nějž případně výročí, které se svým pořadím rovná počtu let sjednané pojistné doby, pokud není dále uvedeno jinak.
- Pojistitel i pojistník mohou vypovědět sjednaná připojištění i samostatně, a to za podmínek uvedených v zákoně.
- Jestliže má pojistník k datu zániku pojištění výpověď právo na výplatu odkupného, je mu k tomuto datu odkupné vyplaceno do 1 měsíce od zániku pojištění.
- Pojistitel a pojistník se mohou na zániku pojištění dohodnout. V této dohodě musí být písemně určen okamžik zániku pojištění a dohodnut způsob vzájemného vyrovnání závazků.
- Porušil-li pojistník nebo pojištěný úmyslně nebo z nedbalosti povinnost k pravdivým sdělením, má pojistitel právo od smlouvy odstoupit, prokáže-li, že by při pravdivém a úplném zodpovězení dotazů smlouvu neuzavřel. Pojistník má právo od smlouvy odstoupit, porušil-li pojistitel povinnost zodpovědět zájemci o pojištění na jeho písemný požadavek pravdivě dotazy týkající se pojištění, o které má zájem. Právo odstoupit od smlouvy zaniká, nevyužije-li je strana do dvou měsíců ode dne, kdy zjistila nebo musela zjistit porušení povinnosti uvedené výše.
- Jestliže pojištění zanikne odstoupením od smlouvy ze strany pojistitele, má pojistitel právo od celkově zaplaceného pojistného odečíst veškeré náklady související se vznikem a správou pojistné smlouvy, a to do výše 25 % z celkově zaplaceného běžného pojistného, minimálně 1000 Kč, maximálně však dvojnásobek ročního pojistného.
- Pojistitel může pojistné plnění odmítnout:
 - byla-li příčinou pojistné události skutečnost, o které se dozvěděl až po vzniku pojistné události, a současně
 - byla-li příčinou pojistné události skutečnost, kterou při sjednávání pojištění nebo jeho změny nemohl zjistit v důsledku zaviněného porušení povinnosti sdělit pojistiteli pravdivé údaje, a současně
 - pokud by při znalosti této skutečnosti při uzavírání smlouvy tuto smlouvu neuzavřel nebo pokud by ji uzavřel za jiných podmínek.
- Jestliže dojde k odmítnutí plnění v životním pojištění, oprávněně osobě nevzniká nárok na vrácení zaplaceného pojistného. K datu zániku pojistitel vyplatí pojistníkovi nebo oprávněně osobě odkupné snížené o 25 %, maximálně však o dvojnásobek ročního pojistného.
- Ustanovení o odstoupení od smlouvy a odmítnutí plnění se analogicky použijí i v případě zániku jednotlivých připojištění.
- Jestliže došlo k zániku pojištění, má pojistitel právo na pojistné za krytá rizika za období, za které nebylo pojistné zaplaceno, příp. nebylo zaplaceno v plné výši. Jestliže pojistné za krytá rizika je vyšší než běžné pojistné, pak má pojistitel nárok na běžné pojistné.
- Všechna připojištění zanikají také dnem zániku hlavního pojištění, k němuž bylo sjednáno.
- Pojištění zaniká též okamžikem zániku pojistného zájmu. Pojistitel má právo na pojistné až do doby, kdy se o zániku pojistného zájmu dozvěděl.
- Pojištění zaniká, pokud v průběhu trvání pojištění dojde k vyčerpání hodnoty podílových jednotek natolik, že tato hodnota nepostačuje k pokrytí poplatků na správu pojištění ani k úhradě pojistného za krytá rizika ze sjednaných pojištění a připojištění. Podmínkou zániku pojištění je předchozí písemné upozornění pojistitele, že pokud nedojde k navýšení pojistného či jiné změně pojistné smlouvy, pojištění zanikne z důvodu vyčerpání hodnoty podílových jednotek. Pojištění v případě, že nedojde k dohodě mezi pojistníkem a pojistitelem o úhradě akumulovaného dluhu, zanikne k posledního dni měsíce, v němž dojde k uplynutí 6 týdnů ode dne doručení tohoto upozornění pojistníkovi.

V tomto případě zániku pojištění nedochází k vyrovnání ze strany pojistitele, protože hodnota jednotek na podílovém účtu je rovna nule.

- Pro počátek plynutí zákonných lhůt týkajících se případného zániku pojištění se pro stranu pojistníka považuje datum uvedené v záhlaví pojistiky.

Článek 6

Pojistné

- Pojistné je úplatou za pojištění. Výše pojistného je určena v pojistné smlouvě. Pojistné je splatné v tuzemské měně.
- Pojistné se stanoví pro pojistné období jako běžné pojistné.
- Běžné pojistné za první pojistné období je splatné dnem technického počátku pojištění, není-li v pojistné smlouvě stanoveno jinak. Pojistné za každé další pojistné období je splatné k prvnímu dni každého dalšího pojistného období.
- První pojistné období začíná dnem technického počátku pojištění.
- Pojistné se považuje za zaplacené dnem, kdy je připsáno ve výši dohodnuté v pojistné smlouvě na účet stanovený pojistitelem. Platba pojistného musí být zaplacená způsobem stanoveným v pojistné smlouvě nebo v jejím návrhu tak, aby mohla být pojistitelem identifikována. Pojistitel neodpovídá za škodu, která vznikla v případě porušení této povinnosti pojistníkem.
- Pojistitel je povinen přijmout splatné pojistné a jiné splatné pohledávky z pojištění i od pojistníka zástavního věřitele, od oprávněné osoby nebo od pojištěného.
- Pojistitel má právo odečíst od pojistného plnění splatné pohledávky pojistného nebo jiné pohledávky z pojištění.
- Pojistník má právo uhradit mimořádné pojistné nad rámec běžného pojistného. Principy tvorby podílových jednotek z mimořádného pojistného a další informace k mimořádnému pojistnému jsou uvedeny ve zvláštních pojistných podmínkách pro hlavní pojištění. Zaplacení mimořádného pojistného nemá vliv na povinnost pojistníka platit běžné pojistné ani na výši pojistné částky, která zůstává beze změn.
- V případě, že dojde k výpovědi pojistné smlouvy pojistitelem do 2 měsíců ode dne uzavření smlouvy, vrátí pojistitel zpět pojistníkovi veškeré uhrazené pojistné.

Článek 7

Pojistné za krytá rizika

- Pojistitel má právo na úhradu pojistného za krytá rizika z hlavního pojištění a z připojištění, a to až do data zániku pojištění, popř. připojištění dle čl. 5, odst. 11 těchto všeobecných pojistných podmínek.
- Splatnost prvního pojistného za krytá rizika je pojistitelem stanovena k datu technického počátku pojištění.
- Principy strhávání poplatků za krytá rizika uvedená v odst. 1 jsou popsány ve zvláštních pojistných podmínkách pro hlavní pojištění.
- Sazebníky a způsob výpočtu pojistného za krytá rizika z pojištění a připojištění jsou uvedeny v obchodních podmínkách pojistitele stejně jako způsob výpočtu pojistného za krytá rizika.

Článek 8

Právo pojistitele na zvýšení pojistného za krytá rizika a běžného pojistného

- Výše pojistného za krytá rizika je stanovena na základě předpokladů (podmínek) rozhodných pro stanovení objektivní míry rizika. Tyto podmínky se během pojistné doby mohou měnit nezávisle na vůli pojistitele.
- V souvislosti s objektivní změnou podmínek rozhodných pro stanovení výše pojistného je pojistitel oprávněn jednostranně zvýšit výši pojistného za krytá rizika a/nebo běžného pojistného.
- Rozhodnými podmínkami pro zvýšení pojistného za krytá rizika a/nebo běžného pojistného se rozumí vznik alespoň jedné z následujících skutečností:
 - Dojde ke změně úmrtnosti (hodnota q_x) v úmrtnostních tabulkách vydávaných Českým statistickým úřadem;
 - Dojde ke snížení úmrtnosti u osob, u nichž v důsledku zdravotní diagnózy vznikne nárok na příspěvek na péči anebo invaliditu dle předpisů upravujících sociální zabezpečení (viz písm. c, bod iii a iv);
 - Dojde ke zvýšení hodnot vyjadřujících četnost vzniku zdravotního stavu, které zakládají nárok na:
 - dávky nemocenské dle zákona upravujícího nemocenské pojištění nebo
 - dávky příspěvku na péči dle zákona upravujícího sociální služby nebo
 - dávky důchodového pojištění (např. invalidity) dle zákona upravujícího důchodové pojištění nebo
 - pobyt pojištěného ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče dle zákona upravujícího veřejné zdravotní pojištění;
 - Dojde ke změně podílu mužů a žen v portfoliu pojistitele, a to z hlediska jejich zastoupení a/nebo z hlediska jimi sjednávaných pojistných částek;
 - Dojde ke změně statisticky podložené četnosti vzniku nemocí a úrazů a/ nebo jejich následků, pokud jsou kryty pojištěním;
 - Dojde ke zvýšení sazeb zajištění zajišťovnou pojistitele z důvodu růstu pojistného rizika.
- Statistické údaje ve smyslu odstavce 3 zjišťuje pojistitel od příslušných orgánů veřejné správy, zejména Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (MPSV), České správy sociálního zabezpečení (ČSSZ), Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS), Českého statistického úřadu (ČSÚ) a Úřadu práce ČR (ÚP).
- Zvýšení hodnot vyjadřujících četnost vzniku zdravotního stavu ve smyslu odstavce 3 se sleduje vždy za období celých kalendářních let, které následují po roce, v němž bylo dané pojištění, resp. připojištění uvedeno pojistitelem do prodeje.
- Pojistitel je oprávněn zvýšit pojistné za krytá rizika a/nebo běžné pojistné pouze v nezbytném rozsahu, a to zejména s ohledem na dodržení svých závazků plynoucích z pojistných smluv.
- Změnou výše pojistného za krytá rizika, resp. běžného pojistného je pojistitel povinen oznámit pojistníkovi nejpozději 2 měsíce před dnem splatnosti běžného pojistného za pojistné období, ve kterém se má výše pojistného změnit.
- Nesouhlasí-li pojistník se změnou, může svůj nesouhlas projevovat do jednoho měsíce ode dne, kdy se o ní dozvěděl. V případě, že předmětem navržené

změny je zvýšení pouze pojistného za krytá rizika v rámci připojištění, zánikne připojištění prvního dne následujícího měsíce po uplynutí jednoměsíční lhůty podle věty první. V případě, že je pojistitelem navrženo zvýšení pojistného za krytá rizika se současným zvýšením běžného pojistného, zánikne připojištění uplynutím období, na které bylo pojistné zaplacené. Postup zániku připojištění popsaný v předchozí větě se použije také v případě, že pojistník nesouhlasí s návrhem zvýšení pojistného za krytá rizika úmrtí v rámci hlavního připojištění.

9. Svůj nesouhlas se zvýšením pojistného pojistník sdělí pojistiteli písemně na adresu pojistitele s uvedením čísla své pojistné smlouvy.

Článek 9

Zjišťování zdravotního stavu a změna pojistného rizika

1. Jsou-li pro to důvody související s určením míry pojistného rizika, výše pojistného nebo šetření pojistné události, může pojistitel požadovat údaje o zdravotním stavu a zjištění zdravotního stavu nebo příčiny smrti pojištěného.
2. Za změnu pojistného rizika se pro účely tohoto připojištění považuje:
 - a) změna zaměstnání, změna pracovního zařazení, pracovní náplně, výkon dalšího zaměstnání, popř. změna výkonu profese, přiznání invalidity jakéhokoliv stupně, vznik nároku na starobní důchod, popř. mimořádný starobní důchod;
 - b) změna, zahájení nebo ukončení sportovní činnosti (např. registrace ve sportovním svazu, zahájení profesionální sportovní činnosti vymezené v aktuálních obchodních podmínkách pojistitele, účast na organizovaných sportovních soutěžích);
 - c) změna, zahájení nebo ukončení zájmové rizikové činnosti (např. motoristické soutěže, horolezectví, adrenalinové aktivity);
 - d) dlouhodobý pobyt (tj. delší než 3 měsíce) v zahraniční mimo státy EU, Švýcarsko, Lichtenštejnsko, Island, Norsko, Velkou Británii, USA, Kanadu, Austrálii a Nový Zéland.
3. Pojistník nebo pojištěný je povinen oznámit pojistiteli změnu pojistného rizika. Poruší-li tuto povinnost, je pojistitel oprávněn sjednat připojištění a/nebo připojištění bez výpovědní doby. Vypoví-li pojistitel smlouvu z tohoto důvodu, náleží mu pojistné, resp. pojistné za krytá rizika do konce pojistného období, v němž připojištění, resp. připojištění zaniklo.
4. Prokáže-li pojistitel, že by uzavřel smlouvu za jiných podmínek, pokud by pojistné riziko ve zvýšeném rozsahu existovalo již při uzavírání smlouvy, má právo navrhnout novou výši pojistného a/nebo novou výši pojistné částky a/nebo jinou změnu vymezení rozsahu pojistné ochrany. Musí tak učinit do jednoho měsíce poté, kdy obdrží všechny potřebné podklady k objektivnímu posouzení míry zvýšení pojistného rizika. Pokud pojistník se změnou nesouhlasí, je pojistitel oprávněn smlouvu anebo každé jednotlivé připojištění vypovědět s osmidenní výpovědní dobou, nejpozději do dvou měsíců ode dne obdržení nesouhlasu.
5. Prokáže-li pojistitel, že by vzhledem k podmínkám platným v době uzavření smlouvy smlouvu neuzavřel, existovalo-li by pojistné riziko ve zvýšeném rozsahu již při uzavírání smlouvy, má právo připojištění vypovědět v osmidenní výpovědní době do jednoho měsíce, kdy mu byla změna oznámena. Bylo-li v důsledku porušení povinnosti pojistníka nebo pojištěného při jednání o uzavření smlouvy nebo o její změně ujednáno nižší pojistné za krytá rizika, má pojistitel právo pojistné plnění snížit o takovou část, jaký je poměr pojistného za krytá rizika, které obdržel, k pojistnému za krytá rizika, které měl obdržet.
6. Poruší-li pojistník nebo pojištěný povinnost oznámit zvýšení pojistného rizika a nastala-li po této změně pojistná událost, má pojistitel právo snížit pojistné plnění úměrně k tomu, jaký je poměr pojistného za krytá rizika, které obdržel, k pojistnému (za krytá rizika), které by měl obdržet, kdyby se byl o zvýšení pojistného rizika z oznámení včas dozvěděl.

Článek 10

Poplatky z připojištění

1. Pojistitel má právo na poplatky z připojištění, jejichž:
 - a) princip strhávání je popsán ve zvláštních pojistných podmínkách pojistitele pro investiční životní připojištění (hlavní připojištění);
 - b) výše a druhy jsou uvedeny v Obchodních podmínkách pojistitele.
2. Pojistitel má právo změnit výši poplatku za správu připojištění, poplatků za služby a vyšší upomínací poplatků pouze v závislosti na indexu růstu spotřebitelských cen zveřejňovaného Českým statistickým úřadem za příslušný kalendářní rok ("dále jen CPI"). Zvýšení poplatků uvedených ve větě první tohoto odstavce může činit maximální hodnotu vyjádřenou vzorcem: $(1+CPI_1) * (1+CPI_2) * (1+CPI_3) * \dots * (1+CPI_n)$, ve kterém CPI_k vyjadřuje příslušné procento růstu tohoto indexu v roce "k", přičemž "1" vyjadřuje první rok po roce uvedení produktu pojistitelem do prodeje, resp. první rok po poslední změně hodnoty výše uvedených poplatků, a kde "n" vyjadřuje poslední proběhnuvší rok vymezeného časového intervalu, z něhož se při změně poplatků vychází. Pojistitel na základě výše uvedeného upozorňuje, že hodnota maximální změny poplatků je spočtena od data uvedení produktu pojistitelem na trh, resp. poslední změny poplatků, a že tato změna je vždy provedena jednotně pro všechny smlouvy daného produktu bez ohledu na datum jejich individuálního uzavření.
3. Datum uvedení produktu pojistitelem na trh je uvedeno v Obchodních podmínkách pojistitele.

Článek 11

Pojistná událost

1. Pojistné události pro sjednané hlavní připojištění a připojištění v pojistné smlouvě jsou vymezeny ve zvláštních pojistných podmínkách a dalších ujednáních, na něž se pojistná smlouva odvolává.
2. Pojistitel poskytne oprávněné osobě pojistné plnění, nastane-li pojistná událost definovaná pro sjednané připojištění.
3. Pro účely prokázání vzniku škodné události, která by mohla být pojistnou událostí, není dostačující doklad vystavený či potvrzený lékařem, je-li osobou blízkou nebo osobou, která sjednala připojištění.

Článek 12

Úraz – definice pojmu pro připojištění úrazu

1. Úrazem se rozumí neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného, ke kterému došlo během trvání připojištění a kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt. Za úraz se považuje také neúmyslné, neočekávané, náhlé a nepřerušované působení plynů, par, záření, elektrického proudu, vysokých nebo nízkých teplot, chemických látek a jedů, k němuž došlo nezávisle na vůli pojištěného, a kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt.
2. Tělesné poškození nebo smrt se rovněž považuje za způsobené úrazem, jestliže k nim dojde z některé z následujících příčin, pokud tato příčina je příčinou hlavní:
 - a) nemocí, která není infekční a která vznikla výlučně z důvodu úrazu;
 - b) místním hnisáním po vniknutí choroboplodných zárodků do otevřené rány způsobené úrazem;
 - c) nákazou tetanem při úrazu.
3. Tělesné poškození nebo smrt nejsou považovány za vzniklé úrazem nebo se nepovažují za následek úrazu, pokud k nim došlo:
 - a) zhoršením nebo projevem se nemocí v důsledku úrazu, včetně zhoršení či projevení se obtížejících původ v degenerativních změnách;
 - b) v příčinné souvislosti s duševním onemocněním anebo následkem poruchy vědomí s výjimkou případů, kdy k poruše vědomí dojde poprvé;
 - c) vznikem nebo zhoršením kýl (hernií), nádorů všeho druhu a původu, amocce sítnice, vznik ani zhoršení aseptických zánětů pošev šlachových, úponů svalových, tíhových váček;
 - d) výřezem meziobratlové ploténky bez současné přítomnosti zlomeniny obratle a s ním souvisejícími obtížemi anebo jakýkoli vertebrogenní syndrom;
 - e) následkem sebevraždy, pokusu o ni nebo úmyslným sebepoškozením.
4. Vymezuje-li pojistitel kdekoli v pojistných podmínkách pojem úraz, jedná se o úraz definovaný v tomto článku.

Článek 13

Nemoc – definice pojmu pro připojištění nemoci

1. Nemocí se rozumí změna zdravotního stavu infekčního nebo neinfekčního původu, která objektivně přesahuje fyziologické normy klinického tělesného nálezu a tělesných funkcí, vykazuje změny mimo fyziologickou mez při vyšetření laboratorními nebo zobrazovacími metodami. Tato změna zdravotního stavu musí být způsobena nahodile, nezávisle na vůli a činnosti pojištěného a musí to být změna nad rámec běžné fyziologické činnosti organismu.
2. Za nemoc se pro toto připojištění nepovažuje:
 - a) psychické onemocnění, duševní porucha anebo porucha chování uvedené v mezinárodní klasifikaci nemoci MKN10;
 - b) neplodnost, léčení neplodnosti a zdravotně nepříznivé následky této léčby;
 - c) těhotenství;
 - d) ošetření zubů, zubních náhrad a úkonů čelistní ortopedie a čelistní chirurgie.
3. Vymezuje-li pojistitel kdekoli v pojistných podmínkách pojem nemoc, jedná se o nemoc definovanou v tomto článku.

Článek 14

Rozsah připojištění před vydáním pojistky pojistitelem a zaplacením pojistného

1. Pojistitel neposkytne pojistné plnění za pojistné události, které nastaly nebo jejichž příčiny nastaly do dne, kdy byla na účet pojistitele připsána platba sjednaného prvního běžného pojistného identifikovaná jako platba pojistného pro toto připojištění.
2. Pojištěnému nevzniká nárok na plnění ze škodné události od data počátku připojištění do data technického počátku připojištění, tj. období, za něž nevzniká pojistiteli právo na úhradu pojistného za krytá rizika. Odchylně od věty první tohoto odstavce poskytne pojistitel pojistné plnění v případě pojistné události smrti pojištěného, a to ve výši sjednané pojistné částky pro případ smrti (sjednané na hlavním připojištění) i sjednaných připojištění pro případ smrti (včetně smrti následkem úrazu), nejvýše však v součtu 500 000 Kč, jestliže dojde ke vzniku pojistné události smrti pojištěného následkem úrazu vymezeného v článku 12 těchto všeobecných pojistných podmínek s přihlédnutím k vyloukům z připojištění dle článku 15 těchto podmínek. Jakékoli jiné škodné události jsou v uvedeném období vyloučeny z pojistného plnění.
3. Jestliže dojde ke vzniku škodné události anebo diagnózy onemocnění či úrazu, která zakládá pozdější vznik jakékoliv škodné události (např. invalidity), v období od data technického počátku do vydání pojistky a současně po řádném zaplacení pojistného, poskytne pojistitel pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky pouze v tom případě, že je tato pojistná událost způsobena výhradně následkem úrazu vymezeného v článku 12 těchto všeobecných pojistných podmínek.
4. Pojistitel je povinen pojištěnému vydat pojistku nejpozději do 3 měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy.
5. V případě změn v připojištění ve smyslu sjednání nového připojištění anebo navýšení pojistné částky se ujednání v tomto článku použijí analogicky s tím, že se datem vydání pojistky rozumí datum vydání dodatku k pojistce.

Článek 15

Vylouky z připojištění

1. Pro všechna připojištění a připojištění

- Škodná událost není pojistnou událostí a pojistitel neposkytne pojistné plnění, jestliže škodná událost vznikla:
- a) v přímé nebo nepřímé souvislosti s válečným konfliktem, bojovými nebo válečnými akcemi, vzpourami, povstáními, nepokoji, jadernými katastrofami a teroristickými činy;

- b) následkem sebevraždy nebo pokusu o ni do 2 let ode dne uzavření pojištění anebo do dvou let ode dne zvýšení pojistné částky;
- c) jako následek úrazu nebo nemoci, k nimž došlo v souvislosti s pácháním úmyslného trestného činu pojištěným nebo při pokusu o něj nebo v souvislosti s úmyslným sebepoškozením;
- d) v čekací době vymezené v článku nazvaném „Čekací doby“ těchto všeobecných pojistných podmínek.

V případě škodné události smrti pojištěného, ke které došlo v souvislostech popsaných v tomto odstavci, vyplatí pojistitel oprávněné osobě odkupné. V případě, že není právo na odkupné, zaniká pojištění bez náhrady.

II. Pro všechna připojištění s výjimkou pojištění a připojištění pro případ smrti

1. Výjimkou uvedenou v nadpise tohoto oddílu (II.) není myšleno úrazové pojištění ani úrazové připojištění, tedy ani tarif 6020 (připojištění smrti následkem úrazu).
2. Škodná událost není pojistnou událostí a pojistitel neposkytne pojistné plnění, jestliže škodná událost vznikla:
 - a) jako následek úrazu nebo nemoci, k nimž došlo v souvislosti s profesionální sportovní činností pojištěného vymezené v obchodních podmínkách pojistitele;
 - b) v důsledku anebo v jakékoli příčinné souvislosti s duševní nemocí anebo poruchou chování dle MKN 10 (mezinárodní klasifikace nemocí), není-li v příslušných zvláštních pojistných podmínkách stanoveno jinak.

III. Pro úrazová připojištění a pro připojištění nemoci

Škodná událost není pojistnou událostí a pojistitel neposkytne pojistné plnění, jestliže škodná událost vznikla:

- a) při provozování veškerých rizikových (adrenalinových) sportů, jakými jsou například horolezectví, potápění do hloubky více než 40 m, rafting, vodní lyžování, závodění na motorových člunech, parašutismus, paragliding, létání na závěsném kluzáku, bungee jumping, lyžařská akrobacie, letecká akrobacie, freeride aktivity a sjezd na jízdárně kole, bojové sporty a bojová umění, závody nebo trénink v rámci provozování motoristických sportů, snowkiting, landkiting, canyoning, cliff diving, létání na kluzáku nebo rogalu a při provozování obdobných extrémních a adrenalinových sportů nebo činností;
- b) při službě v rámci speciálních útvarů v jakýchkoli ozbrojených složkách (např. útvary rychlého nasazení, speciální pořádkové útvary, chemické a pyrotechnické útvary, převoz peněz a/nebo cenností a další obdobné činnosti, u nichž se alespoň část jejich pracovního výkonu vyznačuje vyšším stupněm rizikovitosti oproti standardnímu zařazení v ozbrojených složkách);
- c) v důsledku výkonu prací zakázaných pracovní právními předpisy a předpisy s nimi souvisejícími anebo následkem hrubého porušení předpisů, které byl pojištěný povinen zachovávat při činnosti, v jejímž důsledku k pojistné události došlo, pokud to okolnosti takového případu odůvodňují;
- d) v důsledku úrazu utrpěného při závoděch nebo soutěžích motorových vozidel nebo tréninkových jízd k nim pokud se jich pojištěný účastnil jako řidič nebo spolujezdec nebo cestující.
- e) jako následek úrazu nebo nemoci, k nimž došlo v důsledku opakovaného požívání či aplikace alkoholu či návykových látek nebo zneužitím léků pojištěným.

Výluka „bojové sporty a bojová umění“ uvedená v písm. a) tohoto oddílu se neuplatní v případě pojištěných osob, které v době škodné události byly mladší 18 let (tj. škodná událost nastala v období před 18. narozeninami) a současně pokud ke škodné události došlo při těchto bojových sportech nebo bojových uměních: judo, aikido, karate, taekwondo, šerm, kendo a kung-fu beze zbraní.

Výluka týkající se rizikových (adrenalinových) sportů se neuplatní, pokud ke škodné události došlo při některé z dále vyjmenovaných aktivit, kterou pojištěný provozoval jednorázově (tím se rozumí provozování dané aktivity maximálně jednou ročně, např. během dovolené, tzn. pojištěný není pro výkon takové sportovní činnosti registrován v rámci příslušného klubu nebo organizace) pod vedením instruktora nebo pod záštitou certifikované organizace jejíž certifikaci a povolení k provozování daného rizikového sportu pojištěný prokáže; uvedeně se týká těchto konkrétních aktivit: bungee jumping, kiting, canyoning, kayaking, rafting, kitesurfing, parasailing, vodní lyžování, tandemový seskok padákem s instruktorem a tandemový paragliding s instruktorem, zorbing, lanový park, lezecká stěna, potápění, vyhlídkové lety (jako cestující), větrný tunel, paintball, jízda na motokárách nebo čtyřkolkách.

Pojistitel a pojištěný mohou ve smlouvě ujednat, že činnosti a sporty provozované pojištěným a popsané v písm. a), b) a d) tohoto oddílu mohou být odchýlené od věty první tohoto oddílu pojistnou událostí, a to pouze při splnění smluvně stanovených podmínek (např. započtení příslušné přirážky).

IV. Pro připojištění pracovní neschopnosti

1. Škodná událost není pojistnou událostí a pojistitel neposkytne pojistné plnění, jestliže škodná událost vznikla:
 - a) v souvislosti s léčebným pobytem v lázeňských zařízeních a sanatoriích, v rehabilitačních zařízeních kromě případů, kdy je pobyt v nich z lékařského hlediska nezbytnou součástí léčby nemocí nebo úrazu a pojistitel s tímto léčebným pobytem vyjádřil předem písemný souhlas;
 - b) která byla přiznána z důvodu dispenzarizace nebo jako preventivní opatření a nikoli z důvodu nemoci nebo úrazu;
 - c) v souvislosti s těhotenstvím a porodem, není-li ve zvláštních pojistných podmínkách ujednáno jinak.
2. Pojistitel neposkytuje pojistné plnění za dobu, kdy pojištěná osoba pobírá peněžitou pomoc v mateřství (příp. peněžitou pomoc zaměstnanci) nebo rodičovský příspěvek a po dobu rodičovské dovolené pojištěného. V těchto případech poskytne pojistitel pojistné plnění pouze v případech, že pojištěná osoba má v tomto období současně příjem ze závislé činnosti (zaměstnání) a/nebo z podnikání.
3. Pojistitel neposkytuje pojistné plnění za dobu, kdy pojištěná osoba nemá žádný příjem ze závislé činnosti (zaměstnání) a/nebo z podnikání.
4. Pojistitel neposkytuje pojistné plnění, pokud se pojištěný nezdržuje v místě trvalého bydliště, s výjimkou případů, kdy:
 - je v lékařsky nutném nemocničním ošetření,
 - se zdržuje mimo místo trvalého bydliště se souhlasem ošetřujícího lékaře,
 - je během přechodného pobytu mimo místo trvalého bydliště neschopen práce z důvodu akutního onemocnění nebo z důvodu zde nastalého úrazu, pokud je z lékařského hlediska vyloučen návrat.

Článek 16

Omezení pojistného plnění

1. Pojistitel má právo snížit pojistné plnění až na jednu polovinu, došlo-li k úrazu nebo nemoci následkem toho, že poškozený požil nebo pravidelně požíval alkohol, návykovou látku nebo přípravky takové látky obsahující, avšak pouze v těch případech, odůvodňují-li to okolnosti, za nichž k úrazu anebo onemocnění došlo (existuje prokázaná příčinná souvislost mezi požitím / požíváním těchto látek a vznikem pojistné události).
2. Pokud v průběhu pojištění nebo v průběhu šetření nutného ke zjištění rozsahu povinnosti pojistitele plnit odvolá pojištěný svůj souhlas se zpracováním údajů o jeho zdravotním stavu, není pojistitel povinen poskytnout pojistné plnění až do doby, než souhlas znovu udělí. Odvolání tohoto souhlasu je účastníky považováno za ztížení šetření nutného ke zjištění rozsahu povinnosti plnit viny pojištěného s důsledky uvedenými v § 2798 zákona. Odvolání souhlasu je považováno za rozumný důvod k odepření výplaty zálohy pojistného plnění dle uvedeného ustanovení zákona.

Článek 17

Čekací doby

1. Čekací doba, po kterou nevzniká pojistiteli povinnost poskytnout pojistné plnění, začíná běžet od data počátku pojištění. V případě zvýšení rozsahu pojistné ochrany (navýšení pojistné částky) začíná běžet od data účinnosti změny, a to pouze pro navýšenou část.
2. Čekací doba pro pojištění anebo připojištění, ve kterém je jako pojistná událost definována invalidita, činí **3 měsíce** pro vznik nemoci či jejich projevů, která je následně příčinou vzniku invalidity. Čekací doba podle předchozí věty se však neuplatní, je-li příčinou vzniku invalidity výhradně infarkt myokardu nebo mozková mrtvice vzniklé po datu vydání pojistky. Je-li v době do 3 měsíců po počátku pojištění, resp. po navýšení pojistné částky, pojištěnému diagnostikována nemoc, která je následně příčinou či jednou z příčin pojistné události invalidity po uplynutí čekací doby, má pojistitel právo v rámci posuzování invalidity pojištěného odečíst pokles pracovní schopnosti (který se vyjadřuje procentem) způsobený tímto onemocněním. Čekací doba pro připojištění pro případ **invalidity dítěte** činí **6 měsíců**, přičemž ostatní ujednání tohoto odstavce platí i pro toto připojištění.
3. Čekací doba pro pojištění anebo připojištění, ve kterém je jako pojistná událost definován vznik nároku na **dlouhodobou péči**, činí **180 dní** pro vznik nemoci či jejich projevů, která je následně příčinou vzniku nároku na dlouhodobou péči.
4. Čekací doba pro **připojištění nemoci (konkrétně připojištění pro případ pracovní neschopnosti, ošetřování dítěte, hospitalizace)** činí **3 měsíce**, přičemž se pro případ **hospitalizace určuje speciální čekací doba 8 měsíců pro škodnou událost související s porodem**.
5. Čekací doba pro připojištění **závažných onemocnění a závažných zdravotních následků** činí **3 měsíce**.
6. Čekací doba pro připojištění **závažných onemocnění dětí** činí **3 měsíce**.
7. Čekací doba se neuplatňuje v případě škodné události, která vznikla výlučně následkem úrazu, vymezeného v těchto všeobecných pojistných podmínkách, pokud nastal v době trvání pojištění. Předchozí věta platí pro všechny typy pojištění a připojištění.
8. Jestliže dojde ke škodné události v čekací době u připojištění závažných onemocnění nebo závažných zdravotních následků nebo závažných onemocnění dětí nebo připojištění dlouhodobé péče LTC, připojištění zaniká a pojistitel vyplatí pojistníkovi pojistné za krytá rizika, které pojistník za dané pojištění či připojištění uhradil.
9. Pokud jediné připojištění v sobě zahrnuje více typů pojistných nebezpečí, čekací doba se posuzuje pro každé pojistné nebezpečí zvlášť způsobem, který je popsán v odstavcích 1 až 7 tohoto článku.

Článek 18

Pojistné plnění

1. V případě, že dojde k pojistné události, poskytuje pojistitel pojistné plnění. Způsob výpočtu pojistného plnění se sjednává pojistné částky pro sjednané pojištění či připojištění je uveden v příslušných zvláštních pojistných podmínkách, obchodních podmínkách a případných dalších ujednáních.
2. V případě škodné události je osoba, již má vzniknout nárok na pojistné plnění, povinna předložit doklady potřebné pro ověření nároku na výplatu a oznámit změny, které mají vliv na výplatu pojistného plnění. Jestliže o to pojistitel požádá, je pojištěný povinen podrobit se lékařské prohlídce v pověřeném zdravotnickém zařízení a poskytnout relevantní souhlasy týkající se zdravotní dokumentace. Pojistitel není povinen vyplatit nebo začít vyplácet pojistné plnění, pokud tyto povinnosti pojištěný nesplní.
3. Nárok na plnění z pojištění může být se souhlasem pojištěného předmětem zástavní smlouvy, postoupení pohledávky nebo vinkulace.

Článek 19

Oprávněné osoby

1. Oprávněnou osobou v případě pojistné události jiné než smrti pojištěného je pojištěný, není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak.
2. Oprávněnou osobou v případě smrti pojištěného je obmyšlený.
3. Osoba, které má smrti pojištěného vzniknout právo na pojistné plnění, tohoto práva nenabude, jestliže byla soudem uznána vinnou úmyslným trestným činem v souvislosti se smrtí pojištěného.
4. Jestliže došlo ke smrti pojištěného v souvislosti s úmyslným trestným činem a osoba, které má vzniknout právo na pojistné plnění, je vyšetřována nebo souzena pro takový trestný čin, je pojistitel oprávněn až do vydání pravomocného rozhodnutí, kterým je taková osoba odsouzena nebo obvinění zproštěna, výplatu pojistného plnění odložit.

Článek 20

Odkupné

1. Pojistník má právo, aby mu na jeho písemnou žádost bylo vyplaceno odkupné, vzniká-li na jeho výplatu nárok ve smyslu zvláštních pojistných podmínek pro investiční životní pojištění (hlavní pojištění).

- Zánik pojištění nastane nejdříve na konci pojistného období, ve kterém byla žádost o výplatu odkupného doručena pojistiteli, případně dnem výplaty odkupného pojistitelem (odepsáním částky z účtu pojistitele), a to podle toho, co nastane dříve.
- Odkupné je splatné nejdříve 3 měsíce od doručení žádosti o výplatu odkupného. Výplatou odkupného pojištění zaniká.

Článek 21

Možnost inflačního navýšení

- Pojistník má právo písemně požádat o inflační navýšení pojistných částek bez zkoumání zdravotního stavu pojištěného. Tuto žádost je možné zaslat pojistiteli jednou v průběhu každého kalendářního roku s účinností k datu nejbližší následující splatnosti běžného pojistného. Pojistné částky budou navýšeny stejným způsobem a podle zásad uvedených v odstavcích 2 až 7 tohoto článku.
- Procento bude určeno jednotně pro zvýšení běžného pojistného i pro zvýšení pojistných částek (dále jen "procento inflačního navýšení"). Odchylně od předchozí věty může pojistitel stanovit nižší procento pro navýšení pojistných částek, pokud identifikuje významné riziko vyčerpání podílového účtu a zánik pojištění.
- Pojistitel jej určí jednou ročně podle růstu indexu spotřebitelských cen zveřejňovaného Českým statistickým úřadem za předchozí kalendářní rok. Pokud bude růst indexu spotřebitelských cen za předchozí kalendářní rok nižší než 2 %, bude použito procento inflačního navýšení 2 %. Určené procento bude stanoveno vždy k 1. dubnu a bude používáno pro inflační navýšení realizovaná v období následujících 12 měsíců.
- Jestliže index spotřebitelských cen nebude zveřejněn, má pojistitel právo určit jiný způsob stanovení míry inflace, který se svým charakterem a účelem nejvíce blíží indexu nezveřejněnému.
- Při zvyšování pojistných částek podle tohoto článku pojistitel nezkoumá zdravotní stav pojištěného.
- Při zvyšování pojistných částek nemohou být překročeny limity pro pojistné částky pojištění a připojištění stanovené pojistitelem. V případě, že by po zvýšení pojistné částky došlo k překročení takového limitu, je pojistná částka stanovena na hodnotu tohoto limitu a zvýšené pojistné bude určeno na základě nové pojistné částky podle pojistně-technických zásad. Inflační navýšení není možné provést, pokud byla zahájena výplata pojistného plnění z připojištění s postupnou výplatou pojistného plnění (např. ročně, měsíčně apod.), zejm. v případě zproštění od placení pojistného nebo připojištění dlouhodobé péče LTC.
- V případě připojištění s klesající pojistnou částkou a v případě připojištění, u kterých se pojistná částka stanovuje ve formě denní dávky (pracovní neschopnost, hospitalizace, denní odškodné při úrazu), se inflační navýšení neprovádí.

Článek 22

Sdělení a doručování písemností

- Sdělení, která se týkají pojištění, musí být učiněna výhradně písemně a v českém jazyce, není-li v pojistné smlouvě stanoveno jinak.
- Písemná forma sdělení není dodržena, je-li sdělení (právní úkon) učiněno elektronickými prostředky (např. e-mailem), není-li ujednáno jinak. Písemnost určená pojistiteli je účinná doručením do sídla pojistitele. Písemnost zasláná pojistitelem se považuje za doručenu desátý kalendářní den od data odeslání pojistitelem na poslední pojistníkem uvedenou korespondenční adresu.
- Písemnosti se účastníkům pojištění doručují na jimi naposledy určenou korespondenční (doručovací) adresu. Smluvní strany se dohodly, že pojistitel je oprávněn písemnosti určené pojistníkovi doručovat elektronicky, a to na poslední pojistiteli oznámenou emailovou adresu pojistníka nebo rovněž umístěním písemnosti na osobní účet pojistníka prostřednictvím elektronické služby NN Blue Online (online.nnblue.cz). Smluvní strany se dohodly, že pojistník může elektronické doručování písemností kdykoliv deaktivovat, a to prostřednictvím elektronické služby NN Blue Online, emailem nebo písemně.

Písemnosti zasláné pojistníkovi se považují za doručené dnem jejich odeslání na poslední pojistiteli oznámenou emailovou adresu pojistníka, pokud se písemnost nevrátila jako nedoručitelná, nebo dnem umístění písemnosti na osobní účet pojistníka prostřednictvím elektronické služby NN Blue Online. Elektronické doručování písemností je pojistitel oprávněn zahájit postupně, a to nejdříve dnem spuštění elektronického doručování konkrétní písemnosti. Pravidla užívání online komunikace jsou popsána v dokumentu Podmínky poskytování a používání elektronických služeb NN Blue Online, který tvoří součást smluvní dokumentace.

- Písemná podání účastníků pojištění nabývají účinnosti dnem jejich doručení druhé straně. V případě elektronického doručování písemností pojistníkovi se písemnosti považují za doručené:
 - dnem jejich odeslání na poslední pojistiteli oznámenou emailovou adresu pojistníka, pokud se písemnost nevrátila jako nedoručitelná
 - nebo dnem jejich umístění na osobní účet pojistníka prostřednictvím elektronické služby NN Blue Online.

Písemnost doručená pojistiteli je účinná doručením do sídla pojistitele.

Článek 23

Závěrečná ustanovení

- Odvolávají-li se pojistné podmínky na platné právní předpisy, zejména zákony, rozumí se jimi platné právní předpisy České republiky platné pro danou pojistnou smlouvu.
- Pokud by pojistná smlouva trpěla právními vadami v důsledku změny obecné právní úpravy nebo i jinak, nemohou takové právní vady způsobit neplatnost nebo neúčinnost celé smlouvy. Všechna ustanovení pojistné smlouvy jsou oddělitelná, a pokud se jakékoliv její ustanovení stane neplatným, protiprávním nebo bude v rozporu s veřejným zájmem, platnost ostatních ustanovení tím není dotčena a pojistná smlouva bude posuzována tak, jako by tato neplatná ustanovení nikdy neobsahovala. Namísto neplatného nebo neúčinného ujednání se strany zavazují nahradit tato ustanovení ustanoveními obsahu umožňujícího dosažení účelu této smlouvy.
- Nedojde-li k dohodě, budou všechny spory vyplývající ze sjednaného pojištění nebo v souvislosti s ním vzniklé řešeny u příslušného soudu v České republice podle práva České republiky.
- Všechny platby týkající se pojistné smlouvy jsou prováděny v zákonných penězích České republiky a jsou splatné na území České republiky, nestanoví-li pojistná smlouva jinak.
- Pojistitel vydá pojistku bez zbytečného odkladu poté, kdy ukončí svá šetření pro stanovení výše pojistného rizika.
- Za chyby způsobené uvedením nesprávných údajů při placení pojistného, zejména opožděnou identifikaci takové platby, nenesou pojistitel odpovědnost.
- Je-li účastník pojištění v prodlení s placením peněžitých částek, má ten účastník pojištění, vůči kterému je účastník v prodlení, právo na úrok z prodlení ve výši stanovené právními předpisy. Doba nutná k šetření pojistné události se nepovažuje za prodlení pojistitele s výplatou pojistného plnění.
- Není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak, náklady spojené s uplatněním nároku na plnění hradí ten, kdo nárok uplatňuje.
- Tyto všeobecné pojistné podmínky nabývají platnosti a účinnosti dne 1. 10. 2019.

Zvláštní pojistné podmínky pro investiční životní pojištění (tarif 2054)

Úvodní ustanovení

Pro toto připojištění platí příslušná ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pojistitele pro pojištění osob, přičemž ustanovení těchto zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. Hlavní pojištění uvedené v těchto ZPP je **životním pojištěním ve smyslu zákona**.

Článek 1

Výklad pojmů

Pro tyto zvláštní pojistné podmínky se vymezují následující pojmy:

- a) **Finanční fond:** je portfolio investičních nástrojů, založené a spravované pojistitelem nebo jím pověřeným správcem (např. investiční společnost), pro účely investování pojistného v rámci životního pojištění. Investičním nástrojem se rozumí podílové listy fondů kolektivního investování anebo interních fondů pojistitele.
- b) **Podílová jednotka:** představuje podíl pojistníka na celkové hodnotě finančního fondu.
- c) **Alokační poměr:** Poměr, ve kterém se pojistné rozděluje do pojistníkem zvolených finančních fondů.
- d) **Podílový účet:** Individuální účet pojistníka vedený pojistitelem k pojistné smlouvě, tvořený podílovými jednotkami jednotlivých finančních fondů, které si zvolil pojistník.
- e) **Oceňovací den:** Den, ke kterému pojistitel vypočte cenu podílových jednotek jednotlivých finančních fondů.
- f) **Cena jednotky:** Pojistitelem vypočtená cena, za kterou jsou vytvářeny (nakupovány) a rušeny (odkupovány) podílové jednotky.
- g) **Hodnota podílových jednotek:** Celkový počet podílových jednotek z jednotlivých finančních fondů, které si zvolil pojistník, vynásobený cenou podílových jednotek příslušných finančních fondů na podílovém účtu pojistníka.
- h) **Mimořádné pojistné:** Forma pojistného hrazeného nad rámec smluvně sjednaného běžného pojistného; zaplacení mimořádného pojistného nemá vliv na povinnost platit běžné pojistné. Za mimořádné pojistné mohou být nakoupeny podílové jednotky podílového účtu.
 - i) **Bonus NN Blue:** Bonus stanovený pojistitelem, který je připsán ve prospěch podílového účtu. Druhy bonusů, jejich kalkulace, podmínky pro přiznání, trvání nároku na bonus a způsoby připsání jsou vymezeny v Obchodních podmínkách pojistitele.
 - j) **Rezerva na Bonus NN Blue:** Část pojistného za krytá rizika, z něhož je pojistníkovi vyplácen Bonus NN Blue. Rezerva je k aktuálnímu datu vytvořena na základě procenta z uhrazeného pojistného za příslušná rizika. Výše procenta pro jednotlivé druhy Bonus NN Blue je uvedena v aktuálních Obchodních podmínkách pojistitele. Na rezervu nevzniká právní nárok a jedná se pouze o část hodnoty Bonus NN Blue, která má být vyplacena pojistitelem po uplynutí předepsaného období a po splnění stanovených podmínek.
- k) **Správce finančního fondu:** Investiční společnost, která je obhospodařovatelem investičního fondu v nabídce pojistitele, není-li správcem fondu přímo pojistitel anebo jím pověřená společnost.
- l) **Akumulovaný dluh:** Vzniká v případě, kdy je hodnota podílových jednotek nulová a vytváří se tak nesplacená hodnota poplatků a pojistného za krytá rizika. Nesplacená hodnota je uhrzena z jakéhokoliv přijatého pojistného. Pojistitel je oprávněn použít k úhradě akumulovaného dluhu běžné pojistné, mimořádné pojistné, pojistné plnění nebo jiný příjem z pojištění, který nezakládá zánik pojistné smlouvy (např. Bonus NN Blue).
- m) **Nepovolený akumulovaný dluh:** Vzniká v okamžiku, pokud po dosažení 6. výročí pojistné smlouvy anebo po uplynutí tří celých pojistných výročí následujících po změně výše běžného pojistného – podle toho, které výročí nastane později – je absolutní hodnota akumulovaného dluhu vyšší, nežli hodnota podílových jednotek na podílovém účtu a 75 % rezervy na Bonus NN Blue vytvořené pojistitelem. Pojistitel je oprávněn použít k úhradě nepovoleného akumulovaného dluhu běžné pojistné, mimořádné pojistné, pojistné plnění nebo jiný příjem z pojištění, který nezakládá zánik pojistné smlouvy (např. Bonus NN Blue).

Článek 2

Rozsah pojištění a vymezení pojistné události

1. Pojistnou událostí v tomto druhu pojištění je:
 - a) smrt pojištěného v době trvání pojištění nebo
 - b) dožití se sjednaného konce pojištění pojištěným.
2. V případě, že nastane pojistná událost uvedená v odst. 1 písm. a), vyplatí pojistitel oprávněné osobě pojistné plnění
 - a) buď ve výši pojistné částky platné k datu úmrtí pojištěného,
 - b) nebo hodnoty podílových jednotek vedených na podílovém účtu k datu, kdy pojistitel zaregistroval oznámení pojistné události, pokud je tato hodnota vyšší než pojistná částka platná k datu úmrtí.
3. V případě, že nastane pojistná událost uvedená v odst. 1 písm. b) tohoto článku, vyplatí pojistitel pojistné plnění ve výši hodnoty podílových jednotek evidovaných na podílovém účtu k datu vzniku pojistné události.

Článek 3

Změny běžného pojistného

1. Pojistník je oprávněn kdykoliv požádat o zvýšení nebo snížení běžného pojistného. Ke zvýšení nebo snížení běžného pojistného je nutný předchozí souhlas ze strany pojistitele.
2. Pojistitel si vyhrazuje právo tyto požadované změny neschválit a dále právo:
 - a) stanovit limit pro minimální a maximální pojistné a/nebo
 - b) navrhnout úpravu rozsahu pojištění (sjednaná pojištění a připojištění, výše pojistné částky apod.).
3. Změna výše běžného pojistného bude v případě schválení pojistitelem účinná od nejbližšího data splatnosti běžného pojistného následujícího po tomto schválení.

Článek 4

Způsob investování pojistného

1. Běžné pojistné zaplacené za první až pátý rok trvání pojištění bude použito k vytvoření podílových jednotek po snížení o variabilní a alokační poplatky, jejichž výše je uvedena v aktuálních Obchodních podmínkách pojistitele. Poplatky se strhávají následujícím způsobem, resp. k tvorbě podílových jednotek bude použito pojistné dle vzorce:

$$\text{Běžné pojistné} * (1 - \text{alokační poplatek}) * (1 - \text{variabilní poplatek})$$
2. Dojde-li kdykoli během trvání pojištění k navýšení běžného pojistného, bude navýšená část běžného pojistného zaplaceného za prvních pět let od data účinnosti navýšení použita k vytvoření podílových jednotek po snížení o variabilní a alokační poplatky, jejichž výše je uvedena v aktuálních Obchodních podmínkách pojistitele.
3. Běžné pojistné uhrazené jinak, než je uvedeno v odstavci 1 a 2 tohoto článku, bude použito k vytvoření podílových jednotek po snížení o variabilní poplatek, jehož výše je uvedena v aktuálních Obchodních podmínkách pojistitele.
4. Mimořádné pojistné bude použito k vytvoření podílových jednotek.
5. Podílové jednotky ve smyslu odst. 1 až 4 tohoto článku budou vytvořeny podle alokačního poměru stanoveného pojistníkem.
6. Alokační poplatky slouží především k pokrytí počátečních nákladů pojistitele v souvislosti s nově uzavřenou pojistnou smlouvou, příp. její změnou ve smyslu zvýšení pojistného. Běžné pojistné splatné do 5. výročí pojistné smlouvy, resp. část navýšeného pojistného v prvních pěti letech od data účinnosti této změny, je částečně spotřebováno na úhradu počátečních nákladů pojistitele. Tato část je vyjádřena zejména alokačním poplatkem.
7. Variabilní poplatek je stanoven v procentech z platby pojistného po stržení alokačního poplatku a jeho výše je uvedena v Obchodních podmínkách pojistitele.
8. Běžné pojistné za první pojistné období, zaplacené před jeho splatností, se po stržení variabilního a alokačního poplatku použije k vytvoření podílových jednotek nejdříve k datu akceptace pojistné smlouvy pojistitelem (datum vystavení pojistky), a to bez ohledu na datum jeho splatnosti a na datum sjednané jako počátek pojištění.
9. Běžné pojistné za druhé a další pojistné období, zaplacené před jeho splatností, se po stržení variabilního a alokačního poplatku použije k vytvoření podílových jednotek nejdříve v den jeho splatnosti.
10. Pokud bude součet plateb na běžné pojistné vyšší než dosud splatné běžné pojistné, bude rozdíl obou těchto hodnot veden na neúročeném účtu (odděleně od podílového účtu) a bude nejdříve v den splatnosti následujícího běžného pojistného použit k jeho úhradě případně bude vrácen na účet pojistníka. Pojistitel v této souvislosti doporučuje vyvarovat se platbám běžného pojistného na více pojistných období dopředu nebo vyšším platbám než je splatné pojistné.
11. Pokud platby na běžné pojistné nepostačují k úhradě celého dalšího splatného pojistného, není toto pojistné uhrzeno (ani částečně). Rozdíl mezi součtem plateb na běžné pojistné a dosud uhrazeným splatným běžným pojistným je veden na neúročeném účtu (odděleně od podílového účtu), dokud nebude zaplacena zbývající částka postačující k uhrzení celého splatného běžného pojistného tak, aby mohly být vytvořeny podílové jednotky podle následujícího odstavce.
12. Pojistitel vytvoří z řádně uhrazeného pojistného podílové jednotky bez zbytečného odkladu, nejpozději však do deseti dnů po identifikaci platby a splatnosti pojistného.
13. Pojistník je oprávněn změnit alokační poměr běžného pojistného. V každém pojistném roce je pojistník oprávněn provést bezplatně jednu změnu alokačního poměru. Každá další změna alokačního poměru podílových jednotek uskutečněná v témže pojistném roce podléhá administrativnímu poplatku, který je uveden v aktuálních Obchodních podmínkách pojistitele.
14. Jestliže je pojistník v souladu s příslušnými zvláštními pojistnými podmínkami (připojištění zproštění od placení pojistného) zproštěn od povinnosti platit běžné pojistné, bude pojistitel k datům splatnosti běžného pojistného vytvářet podílové jednotky stejným způsobem, jako kdyby pojistník řádně hradil běžné pojistné ve smluvně sjednané výši.
15. Jestliže bude na smlouvě existovat akumulovaný dluh nebo nepovolený akumulovaný dluh (čl. 6, odst. 6 a 7 těchto ZPP), bude běžné nebo mimořádné pojistné po snížení o příslušný poplatek použito přednostně na úhradu akumulovaného dluhu, resp. nepovoleného akumulovaného dluhu.

Článek 5

Převody podílových jednotek

1. V každém pojistném roce je pojištitel oprávněn provést bezplatně jeden převod podílových jednotek mezi finančními fondy. Pojištitel je povinen daný převod provést do deseti dnů po doručení řádně vyplněné žádosti.
2. Každý další převod podílových jednotek uskutečněný v témže pojistném roce podléhá administrativnímu poplatku, který je uveden v aktuálních Obchodních podmínkách pojistitele.

Článek 6

Poplatky a jiné srážky

1. Od data technického počátku pojištění bude pojištitel snižovat počet podílových jednotek na podílovém účtu o podílové jednotky odpovídající hodnotě potřebné k úhradě pojistného za krytá rizika (viz odst. 2) a následujících **pravidelných poplatků**:
 - a) **poplatek za správu pojištění**, a to vždy k 1. pracovnímu dni každého kalendářního měsíce,
 - b) **poplatek za správu investic, a to vždy k 1. pracovnímu dni každého kalendářního měsíce.**
Ještě před připsáním pojistného na podílový účet jsou pojistitelem strhávány poplatky ve smyslu čl. 4, odst. 1 až 3 těchto ZPP. Těmito poplatky jsou:
 - a) **alokační poplatek,**
 - d) **variabilní poplatek.**
2. **Od data technického počátku bude pojištitel snižovat počet podílových jednotek na podílovém účtu o podílové jednotky odpovídající hodnotě potřebné k úhradě pojistného za krytá rizika hlavního pojištění a sjednaných přípojištění, a to vždy k 1. pracovnímu dni každého kalendářního měsíce, není-li ve zvláštních pojistných podmínkách přípojištění stanoven jiný způsob úhrady pojistného.**
3. Pojištitel je dále oprávněn snížit počet podílových jednotek ve smyslu odst. 1, písm. a) a b) tohoto článku o **nepravidelné poplatky**:
 - a) za služby,
 - b) za výběry,
 - c) za upomínky pro neplacení pojistného.Pojištitel je oprávněn strhnout poplatky pouze za takové služby, resp. za takové úkony (upomínky), které jsou včetně výše poplatku uvedeny v aktuálních Obchodních podmínkách pojistitele.
4. Výše poplatků a sazby pojistného za krytá rizika, které jsou uplatňovány podle těchto pojistných podmínek, jsou pojistitelem zveřejňovány v aktuálních Obchodních podmínkách pojistitele. Výše poplatků je stanovena v Obchodních podmínkách pojistitele platných k datu, kdy na něj vznikl pojištění nárok, není-li v pojistné smlouvě stanoveno jinak.
5. Výše pojistného za krytá rizika (sazby rizikového pojistného a způsob výpočtu) je uvedena formou sazeb a výpočtu pojistného za krytá rizika v aktuálních Obchodních podmínkách pojistitele.
6. Pokud hodnota podílových jednotek na podílovém účtu nepostačuje k pokrytí poplatků specifikovaných v odst. 1, písm. a) a b), a dále v odst. 2 a 3 tohoto článku (dochází ke vzniku tzv. akumulovaného dluhu) bude částka (akumulovaný dluh) ve výši neuhrazených poplatků převedena do dalšího měsíce a odečtena z podílových jednotek vytvořených z následující platby běžného nebo mimořádného pojistného.
7. **Pokud hodnota podílových jednotek na podílovém účtu a 75 % rezervy na Bonus NN Blue nepostačuje k pokrytí poplatků specifikovaných v odst. 1, písm. a) a b), a dále v odst. 2 a 3 tohoto článku a k pokrytí neuhrazených poplatků ve smyslu odst. 6 tohoto článku a současně je pojistná smlouva v platnosti více než šest let od technického počátku pojištění nebo proběhla více než tři výročí po změně výše pojistného (dojde ke vzniku tzv. nepovoleného akumulovaného dluhu), zanikne pojištění k poslednímu dni měsíce, v němž dojde k uplynutí 6 týdnů ode dne oznámení této skutečnosti pojištitelovi, nedojde-li k dohodě mezi pojištěním a pojistitelem o úhradě akumulovaného dluhu. V tomto případě zániku pojištění nedochází k vyrovnání ze strany pojistitele, protože hodnota jednotek na podílovém účtu je rovna nule.**
8. Neuhrazené částky podle odst. 6 a 7 tohoto článku jsou dluhem pojištitelova a pojištitel je oprávněn je započít vůči pojistnému a plněním z pojištění či přípojištění. Neuhrazené částky dle tohoto odst. nelze vymáhat jinak, než započtením proti pojistnému, pojistnému plněním anebo jinému příjmu z pojištění, který nezakládá zánik pojistné smlouvy a není pojistným plněním.
9. Dojde-li v průběhu trvání pojištění ke vzniku akumulovaného dluhu podle odst. 6 a 7 tohoto článku, je pojištitel rovněž oprávněn tento dluh započít oproti přiznanému Bonus NN Blue a/nebo uhrazenému mimořádnému pojistnému.
10. Počet podílových jednotek, které odpovídají hodnotě poplatků podle odst. 1, písm. a) a b), a dále v odst. 2 a 3 tohoto článku, se odečte od celkového počtu podílových jednotek jednotlivých finančních fondů, které jsou evidovány na podílovém účtu pojištitelova, na základě poměru finančních fondů v podílovém účtu pojištitelova.

Článek 7

Zánik pojištění s výplatou odkupné

1. Pojištitel má právo na výplatu odkupné, jestliže odkupní hodnota pojištění stanovena níže podle odst. 2 tohoto článku je větší než nula.
2. Odkupní hodnota pojištění se určí jako rozdíl hodnoty podílových jednotek podílového účtu a hodnoty poplatku z odkupného vymezeného v aktuálních Obchodních podmínkách pojistitele.
3. **Pokud je odkupní hodnota pojištění rovna nule nebo je nižší než nula, pojištění zanikne bez náhrady.**
4. Pokud bude v okamžiku zániku pojištění existovat na příslušné smlouvě dluh za nezaplacené pojistné, pojištitel bude muset tento dluh doplatit. Dluh za nezaplacené pojistné (případně jeho část) může být započten proti vyplacenému odkupnému.

Článek 8

Mimořádný výběr podílových jednotek

1. **Mimořádný výběr podílových jednotek nelze provést** u těch pojistných smluv, u nichž pojištitel sjednal smlouvu soukromého životního pojištění ve smyslu zákona o daních z příjmů ve znění pozdějších předpisů.
2. **Mimořádný výběr podílových jednotek lze provést pouze** tehdy, jestliže pojistná smlouva není soukromým životním pojištěním ve smyslu zákona o daních z příjmů ve znění pozdějších předpisů nebo jestliže pojištitel v pojistné smlouvě výslovně uvede (zaškrtně příslušné políčko), že si nepřeje uplatňovat daňové úlevy. Daňovými úlevami se pro účely těchto pojistných podmínek rozumí, jestliže pojištitel:
 - a) uplatňuje osvobození od daně z příjmů příspěvku zaměstnavatele na soukromé životní pojištění ve smyslu daňových právních předpisů a/nebo
 - b) uplatňuje zaplacené pojistné jako nezdanitelnou část základu daně (daňový odpočet) do výše limitu stanoveného daňovými právními předpisy.
3. V případě pojistné smlouvy dle odst. 2, tj. u smluv umožňujících mimořádný výběr, má pojištitel právo kdykoliv písemně požádat o mimořádný výběr části podílových jednotek ze svého podílového účtu (dále jen „mimořádný výběr“). Pojištitel je oprávněn stanovit nejnížší a nejvyšší přípustnou hodnotu mimořádného výběru.
4. Mimořádný výběr pojištitel provede nejpozději do jednoho měsíce poté, kdy žádost pojištitelova obdržel. Jestliže pojištitel uvede v žádosti datum, k němuž má být mimořádný výběr proveden, je mimořádný výběr proveden k tomuto datu, je-li takové datum pozdější než datum stanovené dle předcházející věty.
5. Pojištitel má právo účtovat si za provedení mimořádného výběru administrativní poplatek uvedený v aktuálních Obchodních podmínkách pojistitele.
6. Pojištitel má právo k datu realizace mimořádného výběru snížit pojistnou částku hlavního pojištění, maximálně však o částku, která odpovídá hodnotě tohoto mimořádného výběru.
7. Minimální hodnota zůstatku na podílovém účtu je rovna 18násobku poslední srážky pravidelných poplatků a pojistného za krytá rizika.
8. V případě mimořádného výběru nenese pojištitel odpovědnost za vznik nepovoleného akumulovaného dluhu dle čl. 6, odst. 7 těchto ZPP a možnosti předčasného ukončení pojistné smlouvy v důsledku vyčerpání podílového účtu. Na možnost vyčerpání podílového účtu a předčasného zániku smlouvy v důsledku mimořádného výběru pojištitel při jeho realizaci upozorní.

Článek 9

Platební prázdniny

1. Jestliže
 - a) bylo zaplacené běžné pojistné za první dva roky trvání pojištění a
 - b) pojištitel nemá dluh na běžném pojistném a
 - c) odkupní hodnota pojištění je rovna nejméně 18násobku poslední srážky pravidelných poplatků a pojistného za krytá rizika, je pojištitel oprávněn písemně navrhnout, aby byla přerušena jeho povinnost platit běžné pojistné (dále jen „platební prázdniny“).
2. Platební prázdniny nabudou účinnosti od následujícího nejbližšího data splatnosti pojistného po přijetí požadavku platebních prázdnin pojištěním. Pojištitel je oprávněn účtovat za realizaci platebních prázdnin administrativní poplatek, jehož výše je stanovena v aktuálních Obchodních podmínkách pojistitele.
3. Při platebních prázdninách nezakládají sjednaná přípojištění.
4. K datu splatnosti každé jednotlivé platby běžného pojistného, která během platebních prázdnin nebude zaplacená, má pojištitel právo snížit sjednanou pojistnou částku pro případ smrti na hlavního pojištění, maximálně však vždy právě o aktuálně platnou výši běžného pojistného.
5. Pokud pojištitel obdrží platbu za nejméně dvě pojistná období v případě měsíční frekvence placení anebo za nejméně jedno v případě čtvrtletní, pololetní či roční frekvence placení, ukončí platební prázdniny. Po ukončení platebních prázdnin zůstává výše pojistné částky pro případ smrti na hlavního pojištění ve stejné výši, jaká byla ke dni ukončení platebních prázdnin, tzn., nebude změněna zpět na původní hodnotu platnou před zahájením platebních prázdnin.
6. Kdykoliv v průběhu platebních prázdnin může pojištitel zaplatit mimořádné pojistné, přičemž tato platba neznamená zrušení platebních prázdnin.
7. Poplatky podle čl. 6 odst. 1, písm. a) a b), a dále v odst. 2 a 3, písm. a) a b) budou i v době platebních prázdnin strhávány z podílových jednotek na podílovém účtu. Pokud součet hodnoty podílových jednotek na podílovém účtu a 75 % hodnoty rezervy na Bonus NN Blue nebude postačovat k pokrytí těchto poplatků, pojištění pak zanikne k poslednímu dni měsíce, v němž dojde k uplynutí 6 týdnů ode dne doručení oznámení této skutečnosti pojištitelovi, pokud nedojde mezi pojištěním a pojistitelem k dohodě o úhradě nepovoleného akumulovaného dluhu a současně k zániku platebních prázdnin. V tomto případě zániku pojištění nedochází k vyrovnání ze strany pojistitele, protože hodnota jednotek na podílovém účtu je rovna nule.

Článek 10

Finanční fondy, oceňování jejich majetku a správa

1. Charakter finančních fondů se navzájem liší umístěním finančních prostředků, dosahovaným výnosem a mírou rizika. Pojištitel investuje do finančních fondů investičního životního pojištění, jejichž hodnota je vázána na vývoj hodnoty podkladových aktiv těchto fondů.
2. **Hodnota podílových jednotek jednotlivých finančních fondů není** pojištěním stanovena.
3. **Pojištitel je oprávněn rozhodnout o ukončení investování a spravování investic v daném finančním fondu.** Pojištitel v takovém případě navrhne pojištitelovi nový alokační poměr. Jestliže pojištitel s navrženou změnou alokačního poměru nesouhlasí, musí do jednoho měsíce od doručení pojištitelova návrhu písemně sdělit pojištiteli nový alokační poměr. Pokud pojištitel alokační poměr navržený pojištěním neodmítne a písemně nesdělí nový alokační poměr, bude pojištitel svůj návrh považovat za přijatý a za zaplacené pojistné budou nakupovány

podílové jednotky podle alokačního poměru, navrženého pojistitelem. Obdobně bude pojistitel postupovat i v případě převodu již existujících podílových jednotek daného finančního fondu.

- Předchozí odstavce 3 se týká případů, kdy dojde k vyřazení daného finančního fondu z rozhodnutí pojistitele. Ujednání odstavce 3 se netýkají případů, kdy dojde ke změnám na straně správce finančního fondu (např. sloučení, převod fondu) výhradně z jeho rozhodnutí. V takovém případě bude automaticky proveden převod nebo sloučení fondů k datu účinnosti realizace provedené správce finančního fondu. O případném sloučení nebo převodu podkladového fondu či jiných změnách na straně správce finančního fondu poskytuje pojistitel aktuální informace na svých internetových stránkách.

Článek 11

Oceňování finančních fondů

- Ceny podílových jednotek finančních fondů budou pojistitelem stanovovány nejméně jednou týdně.
- Za správu aktiv je správce finančního fondu oprávněn strhávat poplatky, z něhož může být část postoupena pojistiteli. Hodnota finančního fondu je rovna hodnotě všech aktiv finančního fondu snížené o hodnotu poplatku dle předchozí věty a o hodnotu neuhrazených nákladů souvisejících s těmito aktivy.
- Cena podílové jednotky finančního fondu se stanoví jako podíl hodnoty finančního fondu a celkového počtu podílových jednotek tohoto fondu. Výsledek bude zaokrouhlen matematicky, maximálně o 1 %.
- Jestliže pojistitel k některému datu ceny jednotek nestanoví, použijí se pro vytváření a rušení jednotek k tomuto datu naposledy stanovené ceny jednotek.

Článek 12

Závěrečná ustanovení

- Jestliže je plnění ze sjednané pojistné smlouvy vinkulováno ve prospěch věřitele, je pojistitel oprávněn podmínit provedení změn v pojistné smlouvě včetně mimořádného výběru z podílových jednotek souhlasem věřitele.
- Tyto zvláštní pojistné podmínky nabývají platnosti a účinnosti dnem 1. 10. 2019.

Doplňková ujednání

Onemocnění v konečném stadiu ke Zvláštním pojistným podmínkám pojistitele pro investiční životní pojištění a ke Zvláštním pojistným podmínkám pojistitele pro životní připojištění typu Připojištění smrti s konstantní pojistnou částkou

Článek 1

Úvodní ustanovení

- Tato doplňková ujednání upravují rozšířený rozsah krytí k pojistné události smrti pojištěného.
- Podle těchto doplňkových ujednání postupuje pojistitel pouze v tom případě, pokud-li pojištěný vznik pojistné události onemocnění v konečném stadiu a požádá-li pojištěný pojistitele písemně o výplatu pojistného plnění v souladu s těmito doplňkovými ujednáními.
- Při vzniku nároku na pojistné plnění dle těchto doplňkových ujednání je pojistitel oprávněn pro účely vyloučení omylu, pochybnosti a zajištění právní jistoty vyžádat si písemné srozumění se svým postupem od dalších osob účastných / oprávněných na tomto pojištění vedle pojistníka.
- Jsou-li některá ustanovení těchto doplňkových ujednání odchylná od ustanovení Zvláštních pojistných podmínek pojistitele pro hlavní pojištění nebo od ustanovení Zvláštních pojistných podmínek pojistitele pro životní připojištění typu připojištění smrti s konstantní pojistnou částkou nebo od Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob, mají ustanovení těchto doplňkových ujednání přednost.

Článek 2

Onemocnění v konečném stadiu

- Onemocněním v konečném stadiu se rozumí takové onemocnění, resp. stadium onemocnění, které se rozvinulo nebo se velmi rychle rozvíjí do stadia nevyléčitelnosti, přičemž je takové stadium nemoci (nevléčitelnost) označeno za zdravotní stav, který s pravděpodobností hraničící s jistotou způsobí úmrtí pojištěného, a to nejpozději do 12 měsíců ode dne potvrzení takového vážného onemocnění v konečném stadiu.
- Vznik onemocnění v konečném stadiu prokazuje pojištěný. Pojistitel má na základě lékařské dokumentace pojištěného a posudku odborného lékaře stanoveného pojistitelem právo prověřit, zda pojistná událost nastala.

Článek 3

Rozsah pojištění a vymezení pojistné události

- Pojistnou událostí dle těchto doplňkových ujednání je vznik onemocnění v konečném stadiu dle čl. 2, odst. 1 těchto doplňkových ujednání.
- Datem pojistné události pro případ vzniku onemocnění v konečném stadiu je den, k němuž dojde ke splnění podmínek pro označení nemoci za onemocnění v konečném stadiu v souladu s čl. 2, odst. 1 těchto doplňkových ujednání.
- V případě vzniku pojistné události onemocnění v konečném stadiu, pojistitel poskytne pojištěnému z **hlavního pojištění pro případ smrti** jako pojistné plnění **nejvýše hodnotu podílových jednotek nebo 50 % z pojistné částky pro případ smrti, podle toho, co je vyšší**, přičemž pojistnou částkou se rozumí pojistná částka, sjednaná k datu vzniku pojistné události u hlavního pojištění. Hodnotou podílových jednotek dle věty první tohoto odstavce se rozumí hodnota podílového účtu vymezená v čl. 1, písm. d zvláštních pojistných podmínek pro investiční životní pojištění k datu pojistné události vznik onemocnění v konečném stadiu.
- V případě vzniku pojistné události onemocnění v konečném stadiu pojistitel poskytne pojištěnému z **připojištění smrti s konstantní pojistnou částkou** pojistné plnění v **hodnotě nejvýše rovné 50 % ze sjednané pojistné částky**

u tohoto připojištění smrti s konstantní pojistnou částkou k datu vzniku pojistné události onemocnění v konečném stadiu.

- V případě vzniku pojistné události smrti pojištěného podle zvláštních pojistných podmínek příslušného pojištění či připojištění poskytne pojistitel obmyšlené osobě pojistné plnění zohledňující časovou hodnotu již vyplaceného plnění dle těchto doplňkových ujednání pojištěnému, tedy pojistné plnění snížené o plnění, poskytnuté pojištěnému dle těchto doplňkových ujednání, dle níže uvedeného vzorce:

Pojistné plnění v případě úmrtí = $\max(0; P\dot{C}_{\text{HTarif}} - \text{Plnění } K\text{S}_{\text{HTarif}} \times (1+i)^{n_{\text{HTarif}}}) + \max(0; P\dot{C}_{\text{Pripoj}} - \text{Plnění } K\text{S}_{\text{Pripoj}} \times (1+i)^{n_{\text{Pripoj}}})$ kde jsou jednotlivé hodnoty vymezeny následovně:

$P\dot{C}_{\text{HTarif}}$ – pojistná částka, sjednaná na příslušném hlavním pojištění

$P\dot{C}_{\text{Pripoj}}$ – pojistná částka připojištění smrti s konstantní pojistnou částkou

Plnění $K\text{S}_{\text{HTarif}}$ **Plnění $K\text{S}_{\text{Pripoj}}$** – plnění vyplacené pojistitelem pojištěnému jako pojistné plnění dle čl. 3, odst. 3, resp. 4 těchto doplňkových ujednání na příslušném tarifu; u připojištění (KSPripoj) se jedná o plnění z připojištění smrti s konstantní pojistnou částkou

i – nejvíce trojnásobek aktuální technické úrokové míry platné k datu výplaty pojistného plnění pro případ úmrtí

n_{HTarif} , n_{Pripoj} – interval mezi výplatou příslušné zálohy pojistného plnění pojištěnému dle čl. 3, odst. 3, resp. 4 těchto doplňkových ujednání a datem pojistné události úmrtí, "n" se rozumí počet dní intervalu děleno 365.

- V případě vzniku několika onemocnění v konečném stadiu se pojištěnému vyplátí pouze jedno pojistné plnění.

Článek 4

Zvláštní ujednání k hlavnímu investičnímu životnímu pojištění pro případ smrti

- Požádá-li pojištěný o výplatu pojistného plnění podle čl. 3, odst. 3 těchto doplňkových ujednání, zaniká, odchýlně od zvláštních pojistných podmínek pro investiční životní pojištění, včetně všech sjednaných připojištění, pojistná smlouva investičního životního pojištění pro případ smrti k datu výplaty pojistného plnění za vznik onemocnění v konečném stadiu.
- K datu výplaty pojistného plnění nezaniká nárok na výplatu pojistného plnění pro případ smrti pojištěného, přičemž k datu smrti pojištěného, nastane-li v době podle odst. 3 tohoto článku, je pojistitelem poskytnuto obmyšlené osobě pojistné plnění v souladu s čl. 3, odst. 5 těchto doplňkových ujednání.
- Nárok na pojistné plnění dle čl. 3, odst. 5 těchto doplňkových ujednání může vzniknout obmyšleným osobám nejdéle do doby konce pojištění, uvedené v pojistné smlouvě.
- V případě, že pojištěný, kterému bylo poskytnuto pojistné plnění za pojistnou událost vznik onemocnění v konečném stadiu přežije 12 měsíců ode dne potvrzení takového onemocnění v konečném stadiu, se poskytnuté pojistné plnění nevrací.
- V případě, že pojištěný, který uplatnil nárok na pojistné plnění za pojistnou událost vznik onemocnění v konečném stadiu, zemře předtím, než mu bude toto pojistné plnění poskytnuto, bude pojistné plnění v původně sjednané výši vyplaceno osobě obmyšlené.

Článek 5

Zvláštní ujednání k připojištění pro případ smrti s konstantní pojistnou částkou

- Požádá-li pojištěný o výplatu pojistného plnění podle čl. 3, odst. 4 těchto doplňkových ujednání, zaniká, odchýlně od zvláštních pojistných podmínek daného připojištění, k datu výplaty tohoto plnění pouze dané připojištění.
- K datu výplaty pojistného plnění nezaniká nárok na výplatu pojistného plnění pro případ smrti pojištěného, přičemž k datu smrti pojištěného, nastane-li v době podle odst. 3 tohoto článku, je pojistitelem poskytnuto obmyšlené osobě pojistné plnění v souladu s čl. 3, odst. 5 těchto doplňkových ujednání.
- Nárok na pojistné plnění dle čl. 3, odst. 5 těchto doplňkových ujednání může vzniknout obmyšleným osobám nejdéle do doby konce připojištění pro případ smrti s konstantní pojistnou částkou, uvedeného v pojistné smlouvě.

Článek 6

Výluka z pojistného plnění

- Pojistitel neposkytne pojistné plnění podle těchto doplňkových ujednání, nastane-li pojistná událost onemocnění v konečném stadiu v období:
 - do dvou let ode dne, od něhož je hlavní pojištění nebo připojištění sjednáno
 - nastane-li pojistná událost vznik onemocnění v konečném stadiu v období kratším dvou let před koncem doby pojištění nebo připojištění.
- Pokud v průběhu dvou let před vznikem pojistné události došlo ke zvýšení pojistné částky, poskytne pojistitel pojistné plnění za vznik onemocnění v konečném stadiu z hodnoty odpovídající pojistné částce před tímto zvýšením, tedy pojistné částce před dvěma lety.

Článek 7

Závěrečné ujednání

Tato doplňková ujednání vstupují v platnost a účinnost dne 1. 10. 2019.

Zvláštní pojistné podmínky pro Připojištění smrti s konstantní pojistnou částkou (tarif 6081) Připojištění smrti s klesající pojistnou částkou (tarif 6080)

Úvodní ustanovení

Pro toto připojištění platí ustanovení všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob, přičemž ustanovení těchto zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. **Připojištění uvedené v těchto ZPP jsou životním pojištěním ve smyslu zákona.**

Článek 1

Rozsah připojištění a definice pojistné události

- U Připojištění smrti s konstantní pojistnou částkou a v připojištění smrti s klesající pojistnou částkou je pojistnou událostí smrt pojištěného v době trvání pojištění.
- Datem pojistné události je den úmrtí.
- Pojistnou událostí podle čl. 1 odst. 1 připojištění zaniká.
- U připojištění smrti s klesající pojistnou částkou se pojistná částka sjednaná na počátku (či v průběhu) pojištění snižuje ke každému výročí a je platná v pojistném roce začínajícím tímto výročím. Aktuální pojistná částka se snižuje k výročí vždy o $1/n$ (tj. o jednu „n-tinu“) sjednané pojistné částky, přičemž „n“ označuje sjednanou pojistnou dobu u tohoto připojištění v letech (zaokrouhleno na celé roky nahoru); v případě sjednání změny pojistné částky v průběhu pojistné doby pak „n“ označuje dobu od účinnosti této změny do konce pojistné doby tohoto připojištění v celých letech (zaokrouhleno na celé roky nahoru). Výsledná hodnota pojistné částky se zaokrouhlí matematicky na celé koruny.
- Pojistitel vyplácí v případě pojistné události podle čl. 1 odst. 1 pojistné plnění ve výši pojistné částky tohoto připojištění platné k datu pojistné události.

Článek 2

Pojistné

- Pojistné za připojištění je placeno měsíčně formou pojistného za krytá rizika sjednaných připojištění ve smyslu zvláštních pojistných podmínek hlavního pojištění.
- Výše pojistného a způsob výpočtu jsou určeny v Obchodních podmínkách pojistitele.

Článek 3

Závěrečná ustanovení

Tyto zvláštní pojistné podmínky nabývají platnosti a účinnosti dne 1. 10. 2019.

Doplňková ujednání

Onemocnění v konečném stadiu ke Zvláštním pojistným podmínkám pojistitele pro investiční životní pojištění a ke Zvláštním pojistným podmínkám pojistitele pro životní připojištění typu Připojištění smrti s konstantní pojistnou částkou

Článek 1

Úvodní ustanovení

- Tato doplňková ujednání upravují rozšířený rozsah krytí k pojistné události smrti pojištěného.
- Podle těchto doplňkových ujednání postupuje pojistitel pouze v tom případě, prokáže-li pojištěný vznik pojistné události onemocnění v konečném stadiu a požádá-li pojištěný pojistitele písemně o výplatu pojistného plnění v souladu s těmito doplňkovými ujednáními.
- Při vzniku nároku na pojistné plnění dle těchto doplňkových ujednání je pojistitel oprávněn pro účely vyloučení omylu, pochybnosti a zajištění právní jistoty vyžádat si písemné srozumění se svým postupem od dalších osob účastných / oprávněných na tomto pojištění vedle pojistníka.
- Jsou-li některá ustanovení těchto doplňkových ujednání odchylná od ustanovení Zvláštních pojistných podmínek pojistitele pro hlavní pojištění nebo od ustanovení Zvláštních pojistných podmínek pojistitele pro životní připojištění typu připojištění smrti s konstantní pojistnou částkou anebo od Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob, mají ustanovení těchto doplňkových ujednání přednost.

Článek 2

Onemocnění v konečném stadiu

- Onemocněním v konečném stadiu se rozumí takové onemocnění, resp. stadium onemocnění, které se rozvinulo nebo se velmi rychle rozvíjí do stadia nevyléčitelnosti, přičemž je takové stadium nemoci (nevyléčitelnost) označeno za zdravotní stav, který s pravděpodobností hraničící s jistotou způsobí úmrtí pojištěného, a to nejpozději do 12 měsíců ode dne potvrzení takového vážného onemocnění v konečném stadiu.
- Vznik onemocnění v konečném stadiu prokazuje pojištěný. Pojistitel má na základě lékařské dokumentace pojištěného a posudku odborného lékaře stanoveného pojistitelem právo prověřit, zda pojistná událost nastala.

Článek 3

Rozsah pojištění a vymezení pojistné události

- Pojistnou událostí dle těchto doplňkových ujednání je vznik onemocnění v konečném stadiu dle čl. 2, odst. 1 těchto doplňkových ujednání.
- Datem pojistné události pro případ vzniku onemocnění v konečném stadiu je den, k němuž dojde ke splnění podmínek pro označení nemoci za onemocnění v konečném stadiu v souladu s čl. 2, odst. 1 těchto doplňkových ujednání.
- V případě vzniku pojistné události onemocnění v konečném stadiu, pojistitel poskytne pojištěnému z **hlavního pojištění pro případ smrti** jako pojistné plnění **nejvýše hodnotu podílových jednotek nebo 50 % z pojistné částky pro případ smrti, podle toho, co je vyšší**, přičemž pojistnou částkou se rozumí pojistná částka, sjednaná k datu vzniku pojistné události u hlavního pojištění. Hodnotou podílových jednotek dle věty první tohoto odstavce se rozumí hodnota podílového účtu vymezená v čl. 1, písm. d zvláštních pojistných podmínek pro investiční životní pojištění k datu pojistné události vznik onemocnění v konečném stadiu.
- V případě vzniku pojistné události onemocnění v konečném stadiu pojistitel poskytne pojištěnému z **připojištění smrti s konstantní pojistnou částkou** pojistné plnění v **hodnotě nejvýše rovné 50 % ze sjednané pojistné částky** u tohoto připojištění smrti s konstantní pojistnou částkou k datu vzniku pojistné události onemocnění v konečném stadiu.
- V případě vzniku pojistné události smrti pojištěného podle zvláštních pojistných podmínek příslušného pojištění či připojištění poskytne pojistitel obmyšlené osobě pojistné plnění zohledňující časovou hodnotu již vyplaceného plnění dle těchto doplňkových ujednání pojištěnému, tedy pojistné plnění snížené o plnění, poskytnuté pojištěnému dle těchto doplňkových ujednání, dle níže uvedeného vzorce:

Pojistné plnění v případě úmrtí = $\max(0; PC_{\text{HTarif}} - \text{Plnění } KS_{\text{HTarif}} \times (1+i)^{n_{\text{HTarif}}}) + \max(0; PC_{\text{Pripoj}} - \text{Plnění } KS_{\text{Pripoj}} \times (1+i)^{n_{\text{Pripoj}}})$ kde jsou jednotlivé hodnoty vymezeny následovně:

PC_{HTarif} – pojistná částka, sjednaná na příslušném hlavním pojištění

PC_{Pripoj} – pojistná částka připojištění smrti s konstantní pojistnou částkou

Plnění KS_{HTarif} – plnění vyplacené pojistitelem pojištěnému jako pojistné plnění dle čl. 3 odst. 3, resp. 4 těchto doplňkových ujednání na příslušném tarifu; u připojištění (KS_{Pripoj}) se jedná o plnění z připojištění smrti s konstantní pojistnou částkou **i** – nejvíce trojnásobek aktuální technické úrokové míry platné k datu výplaty pojistného plnění pro případ úmrtí

$n_{\text{HTarif}}, n_{\text{Pripoj}}$ – interval mezi výplatou příslušné zálohy pojistného plnění pojištěnému dle čl. 3, odst. 3, resp. 4 těchto doplňkových ujednání a datem pojistné události úmrtí, „n“ se rozumí počet dní intervalu děleno 365.

- V případě vzniku několika onemocnění v konečném stadiu se pojištěnému vyplácí pouze jedno pojistné plnění.

Článek 4

Zvláštní ujednání k hlavnímu investičnímu životnímu pojištění pro případ smrti

- Požádá-li pojištěný o výplatu pojistného plnění podle čl. 3, odst. 3 těchto doplňkových ujednání, zaniká, odchylně od zvláštních pojistných podmínek pro investiční životní pojištění, včetně všech sjednaných připojištění, pojistná smlouva investičního životního pojištění pro případ smrti k datu výplaty pojistného plnění za vznik onemocnění v konečném stadiu.
- K datu výplaty pojistného plnění nezaniká nárok na výplatu pojistného plnění pro případ smrti pojištěného, přičemž k datu smrti pojištěného, nastane-li v době podle odst. 3 tohoto článku, je pojistitelem poskytnuto obmyšlené osobě pojistné plnění v souladu s čl. 3, odst. 5 těchto doplňkových ujednání.
- Nárok na pojistné plnění dle čl. 3, odst. 5 těchto doplňkových ujednání může vzniknout obmyšleným osobám nejdéle do doby konce pojištění, uvedené v pojistné smlouvě.
- V případě, že pojištěný, kterému bylo poskytnuto pojistné plnění za pojistnou událost vznik onemocnění v konečném stadiu přežije 12 měsíců ode dne potvrzení takového onemocnění v konečném stadiu, se poskytnuté pojistné plnění nevrací.
- V případě, že pojištěný, který uplatnil nárok na pojistné plnění za pojistnou událost vznik onemocnění v konečném stadiu, zemře předtím, než mu bude toto pojistné plnění poskytnuto, bude pojistné plnění v původně sjednané výši vyplaceno osobě obmyšlené.

Článek 5

Zvláštní ujednání k připojištění pro případ smrti s konstantní pojistnou částkou

1. Požádá-li pojištěný o výplatu pojistného plnění podle čl. 3, odst. 4 těchto doplňkových ujednání, zaniká, odchýlně od zvláštních pojistných podmínek daného připojištění, k datu výplaty tohoto plnění pouze dané připojištění.
2. K datu výplaty pojistného plnění nezaniká nárok na výplatu pojistného plnění pro případ smrti pojištěného, přičemž k datu smrti pojištěného, nastane-li v době podle odst. 3 tohoto článku, je pojistitelem poskytnuto obmyšlené období pojistné plnění v souladu s čl. 3, odst. 5 těchto doplňkových ujednání.
3. Nárok na pojistné plnění dle čl. 3, odst. 5 těchto doplňkových ujednání může vzniknout obmyšleným osobám nejdéle do doby konce připojištění pro případ smrti s konstantní pojistnou částkou, uvedeného v pojistné smlouvě.

Článek 6

Vyluka z pojistného plnění

1. Pojistitel neposkytne pojistné plnění podle těchto doplňkových ujednání, nastane-li pojistná událost onemocnění v konečném stadiu v období:
 - a) do dvou let ode dne, od něhož je hlavní pojištění nebo připojištění sjednáno anebo
 - b) nastane-li pojistná událost vznik onemocnění v konečném stadiu v období kratším dvou let před koncem doby pojištění nebo připojištění.

2. Pokud v průběhu dvou let před vznikem pojistné události došlo ke zvýšení pojistné částky, poskytne pojistitel pojistné plnění za vznik onemocnění v konečném stadiu z hodnoty odpovídající pojistné částce před tímto zvýšením, tedy pojistné částce před dvěma lety.

Článek 7

Závěrečné ujednání

Tato doplňková ujednání vstupují v platnost a účinnost dne 1. 10. 2019.

Zvláštní pojistné podmínky pro Připojištění invalidity 3., 4. stupně (tarif 6344)

Připojištění invalidity 3., 4. stupně s klesající pojistnou částkou (tarif 6345)

Připojištění invalidity 2. stupně (tarif 6340)

Připojištění invalidity 2. stupně s klesající pojistnou částkou (tarif 6341)

Připojištění invalidity 1. stupně (tarif 6346)

Připojištění invalidity 1. stupně s klesající pojistnou částkou (tarif 6347)

Úvodní ustanovení

Pro tato připojištění platí ustanovení všeobecných pojistných podmínek pojistitele pro pojištění osob, přičemž ustanovení těchto zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. Je-li v textu těchto ZPP použitý pojem invalidita, rozumí se jím invalidita 1., 2., 3. a 4. stupně ve smyslu těchto ZPP. **Připojištění uvedená v těchto ZPP jsou životní pojištěním ve smyslu zákona.**

Článek 1

Výklad pojmů

Invalidita 1. stupně

Invaliditou 1. stupně pojištěného ve smyslu těchto ZPP se rozumí jeho dlouhodobě nepříznivý a trvalý zdravotní stav, kvůli němuž:

- se pojištěný stal invalidním pro invaliditu 1. stupně podle předpisů o důchodovém pojištění a současně
- pracovní schopnost pojištěného poklesla nejméně o 35 % a nejvíce o 49 % a současně
- pojištěnému nebyla pojistitelem přiznána invalidita 2. ani 3. ani 4. stupně podle těchto ZPP.

Invalidita 2. stupně

Invaliditou 2. stupně pojištěného ve smyslu těchto ZPP se rozumí jeho dlouhodobě nepříznivý a trvalý zdravotní stav, kvůli němuž:

- se pojištěný stal invalidním pro invaliditu 2. stupně podle předpisů o důchodovém pojištění a současně
- pracovní schopnost pojištěného poklesla nejméně o 50 % a nejvíce o 69 % a současně
- pojištěnému nebyla pojistitelem přiznána invalidita 3. ani 4. stupně podle těchto ZPP.

Invalidita 3. stupně

Invaliditou 3. stupně pojištěného ve smyslu těchto ZPP se rozumí jeho dlouhodobě nepříznivý a trvalý zdravotní stav, kvůli němuž:

- se pojištěný stal invalidním ve 3. stupni podle předpisů o důchodovém pojištění a současně
- pracovní schopnost pojištěného poklesla nejméně o 70 % a současně
- pojištěnému nebyla pojistitelem přiznána invalidita 4. stupně podle těchto ZPP.

Invalidita 4. stupně

Invaliditou 4. stupně pojištěného se ve smyslu těchto ZPP rozumí dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, kvůli němuž:

- byl pojištěnému přiznán příspěvek na péči podle předpisů o sociálních službách nejméně pro stupeň závislosti III a současně
- pojištěný není schopen zvládat z důvodu nepříznivého zdravotního stavu sedm a více (u osob mladších 18 let šest a více) základních životních potřeb podle příslušných předpisů o sociálních službách a současně
- pojištěný neprovozuje žádnou soustavou výdělečnou činnost a současně
- pojištěnému nebyla pojistitelem přiznána invalidita 3. stupně podle těchto ZPP. Při posuzování schopnosti zvládat základní životní potřeby (ve smyslu písm. b) se podřídně využijí příslušné právní předpisy upravující přiznání příspěvku na péči.

Pracovní schopnost

Pracovní schopnost se rozumí schopnost pojištěného vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem, znalostem a předchozím výdělečným činnostem. Poklesem pracovní schopnosti pojištěného se rozumí pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných a smyslových schopností ve srovnání se stavem, který byl u pojištěného před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Při určování poklesu pracovní schopnosti se vychází ze zdravotního stavu pojištěného doloženého výsledky funkčních vyšetření. Přitom se bere v úvahu, zda jde o zdravotní postižení trvale ovlivňující pracovní schopnost, zda se jedná o stabilizovaný zdravotní stav, zda a jak je pojištěný na své zdravotní postižení adaptován, schopnost rekvalifikace pojištěného na jiný druh výdělečné činnosti, než dosud vykonával, zda je pojištěný schopen výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek.

Dlouhodobě nepříznivý a trvalý zdravotní stav

Dlouhodobě nepříznivým a trvalým zdravotním stavem pro účely stanovení invalidity se rozumí takový zdravotní stav pojištěného, který lze na základě lékařského posouzení pojistitele jednoznačně pokládat za zdravotně ustálený, to znamená stabilizovaný stav bez předpokladu jeho změny nejméně v období trvání 18 měsíců ode dne vzniku škodné události. Je-li u pojištěného po uplynutí čekací doby (jde-li o nemoc) doložena diagnóza, která je výslovně uvedena v Příloze A:

„Diagnózy rozhodující pro přiznání plnění za invaliditu 1., 2. a 3. stupně“, která je k dispozici na internetových stránkách pojistitele na adrese www.nn.cz, považuje se taková diagnóza pro účely výplaty pojistné události za trvalý zdravotní stav, tzn. pro účely přiznání příslušného stupně invalidity pojištěného pojistitelem se definice invalidity považuje v takovém případě za splněnou.

Čistý měsíční příjem

Čistým měsíčním příjmem pojištěného se rozumí:

- u zaměstnance – příjmy ze závislé činnosti a funkční požitky podle zákona o daních z příjmů, v platném znění, které připadají průměrně na jeden měsíc příslušného kalendářního čtvrtletí; čistý měsíční příjem pojištěného se dokládá potvrzením plátce mzdy o výši jeho čistého příjmu za poslední kalendářní čtvrtletí předcházející dni vzniku pojistné události, resp. příčiny vzniku pojistné události.
- u OSVČ – příjmy z podnikání a jiné samostatné výdělečné činnosti podle zákona o daních z příjmů, v platném znění, které připadají průměrně na jeden měsíc příslušného zdaňovacího období; čistý měsíční příjem pojištěného se dokládá úředně ověřenou kopií jeho přiznání k dani z příjmů fyzických osob za zdaňovací období předcházející dni vzniku pojistné události, resp. příčiny vzniku pojistné události.

Článek 2

Rozsah připojištění a definice pojistné události

- Pojistná událost se pro sjednaná připojištění dle těchto ZPP vymezuje následovně:
 - Pojistnou událostí v připojištění invalidity 3., 4. stupně** a v připojištění invalidity 3., 4. stupně s klesající pojistnou částkou je vznik:
 - invalidity 3. stupně nebo
 - invalidity 4. stupně ve smyslu vymezení tohoto pojmu uvedeném v čl. 1 těchto ZPP.
 - Pojistnou událostí v připojištění invalidity 2. stupně** a v připojištění invalidity 2. stupně s klesající pojistnou částkou je vznik invalidity 2. stupně ve smyslu vymezení tohoto pojmu uvedeném v čl. 1 těchto ZPP.
 - Pojistnou událostí v připojištění invalidity 1. stupně** a v připojištění invalidity 1. stupně s klesající pojistnou částkou je vznik invalidity 1. stupně ve smyslu vymezení tohoto pojmu uvedeném v čl. 1 těchto ZPP.
- Datem pojistné události invalidity pojištěného je den, kdy byla pojištěnému přiznána invalidita 1. až 3. stupně podle předpisů o důchodovém pojištění, resp. v případě 4. stupně, den přiznání příspěvku na péči nejméně pro stupeň závislosti III podle předpisů o sociálních službách. Pokud pojištěnému nebyla přiznána invalidita 1. až 3. stupně podle předpisů o důchodovém pojištění, může být datem pojistné události den, kdy mu byla pojistitelem uznána invalidita 1. až 3. stupně s přihlédnutím k posouzení zdravotního stavu a pracovní schopnosti, provedeného příslušným správním orgánem a/nebo lékařem stanoveným pojistitelem.
- V případě vzniku pojistné události invalidity 3. stupně vyplatí pojistitel pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky. V případě vzniku pojistné události invalidity 4. stupně vyplatí pojistitel pojistné plnění ve výši 200 % sjednané pojistné částky. Od pojistného plnění podle předchozích dvou vět se vždy odečítá případně předchozí pojistné plnění z invalidity 2. stupně. Pojistné plnění ve smyslu tohoto odstavce bude vyplaceno pouze jednou a pouze za jednu pojistnou událost, a to za tu, která nastane v časovém sledu jako první v pořadí. Pokud budou splněny podmínky pro uznání invalidity 3. nebo 4. stupně, ale nebude možné označit zdravotní stav pojištěného za ustálený, poskytne pojistitel plnění s časovým testem ve smyslu odst. 7 tohoto článku.
- V případě vzniku pojistné události invalidity 2. stupně vyplatí pojistitel pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky, popř. pojistné plnění s časovým testem podle odst. 7 tohoto článku. V případě, že nastane pojistná událost podle předchozí věty tohoto odstavce 4, **pojistná částka připojištění invalidity 3., 4. stupně** sjednaná v pojistné smlouvě se sníží způsobem uvedeným v článku 7 těchto ZPP.

- V případě vzniku pojistné události invalidity 1. stupně vyplátí pojistitel pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky, popř. pojistné plnění s časovým testem dle odstavce 7 tohoto článku.
- U připojištění invalidity 3., 4. stupně s klesající pojistnou částkou nebo u připojištění invalidity 2. stupně s **klesající pojistnou částkou** nebo u připojištění invalidity 1. stupně s klesající pojistnou částkou se pojistná částka sjednaná na počátku (či v průběhu) pojištění snižuje ke každému výročí a je platná v pojistném roce začínajícím tímto výročím. Aktuální pojistná částka se snižuje k výročí vždy o $1/n$ (tj. o jednu „n-tinu“) sjednané pojistné částky, přičemž „n“ označuje sjednanou pojistnou dobu u tohoto připojištění v letech (zaokrouhlovanou na celé roky nahoru); v případě sjednání změny pojistné částky v průběhu pojistné doby pak „n“ označuje dobu od účinnosti této změny do konce pojistné doby tohoto připojištění v celých letech (zaokrouhlovanou na celé roky nahoru). Výsledná hodnota pojistné částky se zaokrouhlí matematicky na celé koruny.
- V případě, že jsou splněny podmínky pro uznání invalidity 1., 2. nebo 3. stupně ve smyslu vymezení v čl. 1 těchto ZPP, a přitom nelze označit zdravotní stav pojištěného za ustálený (tzn., že se nejedná o dlouhodobě nepříznivý a trvalý zdravotní stav vymezený v čl. 1 těchto ZPP), poskytne pojistitel **pojistné plnění s časovým testem**:
 - v případě vzniku pojistné události invalidity 1., 2., nebo 3. stupně, pojistné plnění ve výši 50 % sjednané pojistné částky k datu vzniku pojistné události a
 - pojistné plnění ve výši 50 % sjednané pojistné částky po prokázání, že u pojištěného jde o dlouhodobě nepříznivý a trvalý zdravotní stav. Pojistitel považuje za prokázání, že jde o dlouhodobě nepříznivý a trvalý zdravotní stav pojištěného:
 - jestliže zdravotní stav odpovídající 2. nebo 3. stupni invalidity trvá alespoň 18 měsíců ode dne vzniku invalidity 2. nebo 3. stupně, anebo
 - jestliže nepříznivý zdravotní stav odpovídající 1. stupni invalidity trvá alespoň 12 měsíců ode dne vzniku invalidity 1. stupně.
 Plnění s časovým testem se ve výše definovaném případě použije pro všechna sjednaná připojištění dle těchto ZPP.
- V případě, že pojistitel poskytuje pojistné plnění z pojistné události s **časovým testem** (ve smyslu odst. 7 tohoto článku ZPP) z připojištění invalidity 3., 4. stupně, resp. invalidity 3., 4. stupně s klesající pojistnou částkou, **nepřihlíží** pojistitel pro účely časového testu při výplatě druhé části plnění z daného připojištění po uplynutí stanovené doby časového testu k **případnému vzniku invalidity vyššího stupně**, za niž by náleželo pojištěnému plnění ve vyšším rozsahu.
- V případě, že dojde ke vzniku **souběhu škodných událostí** ve smyslu odst. 1, písm. a) až b) tohoto článku ZPP, v nestejném časovém rozmezí, **poskytne pojistitel pojistné plnění z těchto připojištění pouze do výše pojistné částky** sjednané pro připojištění invalidity 3., 4. stupně, resp. připojištění invalidity 3., 4. stupně s klesající pojistnou částkou.

Článek 3

Společná ujednání

- Vznikla-li invalidita pojištěného následkem souběhu několika diagnóz, přihlíží se pro účely stanovení míry poklesu pracovní schopnosti nebo neschopnosti zvládat základní životní potřeby výhradně k těm diagnózám, které vznikly až po datu počátku pojištění, příp. k těm diagnózám, které tomuto datu sice předcházejí, ale pojistitel o nich byl před uzavřením pojistné smlouvy písemně informován pojištěným. Pro uvedené účely se shodně přistupuje k diagnózám, které jsou v příčinné souvislosti s diagnózami, o nichž pojistitel nebyl pojištěným písemně informován.
- Nárok pojištěného na uznání vzniku pojistné události a výplaty pojistného plnění vzniká pouze tehdy, že jsou splněny všechny podmínky uvedené v těchto ZPP. Samotné přiznání invalidity či invalidního důchodu pro invaliditu 1. nebo 2. nebo 3. stupně podle předpisů o důchodovém pojištění anebo přiznání příspěvku na péči pro stupeň závislosti nejméně III. stupně nezakládá nárok pojištěného na výplatu pojistného plnění, jestliže nebudou splněny i všechny ostatní podmínky uvedené v těchto ZPP.
- Není-li z objektivních důvodů možné předložit posudek příslušného správního orgánu o přiznání invalidity a jejím rozsahu (nikoli však z důvodu nepřiznání invalidity posudkovým lékařem příslušného orgánu sociálního zabezpečení), provádí posouzení vzniku invalidity dle čl. 1 těchto ZPP pojistitel na základě předložené lékařské dokumentace a posudku odborného lékaře stanoveného pojistitelem. Datum pojistné události je v takovém případě stanoveno ke dni, k němuž pojistitel ukončí šetření pojistné události.
- Výhrada posuzování při změně právních předpisů:** Dojde-li v průběhu doby trvání pojištění ke změně příslušných právních předpisů o důchodovém pojištění, příp. předpisů o sociálních službách, a to včetně prováděcích vyhlášek a nařízení vlády upravujících podmínky pro posuzování a přiznání invalidity anebo ve způsobu jejího hodnocení, zachová pojistitel, rozsah pojistné ochrany dle právních předpisů ve znění účinném k datu platnosti a účinnosti těchto ZPP, tedy k 1. 10. 2019. Posuzování nároku na přiznání příslušného stupně invalidity provádí v takovém případě pojistitel, resp. jím určený specializovaný lékař dle právních předpisů účinných k datu 1. 10. 2019. Pojistitel a pojistník, příp. pojištěný, se mohou dohodnout na změně rozsahu pojištění tak, aby byl zachován rozsah pojistné ochrany dle aktuálních právních předpisů. V takovém případě má pojistitel právo navrhnout změnu obsahu pojištění a změnu výše pojistného s ohledem na změnu pojistného rizika.
- Invalidita 1. až 3. stupně dle článku 1 se považuje za prokázanou, pokud pokles pracovní schopnosti usnesením potvrdí příslušný správní orgán** ve smyslu právních předpisů, které byly platné a účinné k datu uzavření pojistné smlouvy. Při změně právních předpisů si pojistitel vyhrazuje právo na vlastní posouzení invalidity, avšak výhradně lékařem s atestací v oboru posudkového lékařství a současně v souladu s právními předpisy, které byly platné a účinné k datu uzavření pojistné smlouvy, popř. při její změně.

Článek 4

Limit pojistného plnění

- Výše pojistné částky nesmí přesáhnout nikdy během pojistné doby maximální pojistnou částku uvedenou v tomto článku 4 ZPP níže. Jestliže dojde k pojistné události a pojistná částka přesáhne **maximální pojistnou částku** určenou v odstavcích 2 až 6 tohoto článku ZPP, **má pojistitel právo snížit pojistné plnění**

až do výše rozdílu mezi sjednanou pojistnou částkou a maximální pojistnou částkou stanovenou v tomto článku.

- V případě souběžného sjednání připojištění invalidity 3., 4. stupně a připojištění invalidity 3., 4. stupně s klesající pojistnou částkou se maximální pojistná částka určuje ze součtu pojistných částek pro uvedená připojištění. V případě souběžného sjednání připojištění invalidity 2. stupně a připojištění invalidity 2. stupně s klesající pojistnou částkou se maximální pojistná částka určuje ze součtu pojistných částek pro uvedená připojištění. V případě souběžného sjednání připojištění invalidity 1. stupně a připojištění invalidity 1. stupně s klesající pojistnou částkou se maximální pojistná částka určuje ze součtu pojistných částek pro uvedená připojištění.
- Maximální pojistnou částkou se pro **připojištění invalidity 3., 4. stupně** a pro připojištění invalidity 3., 4. stupně s klesající pojistnou částkou, resp. pro připojištění **invalidity 2. stupně** a pro připojištění invalidity 2. stupně s klesající pojistnou částkou rozumí **120násobek čistého měsíčního příjmu** pojištěného za kalendářní rok bezprostředně předcházející pojistné události.
- Maximální pojistnou částkou se pro účely **připojištění invalidity 1. stupně** a připojištění invalidity 1. stupně s klesající pojistnou částkou, rozumí **limit uvedený v tabulce** v příloze č. 1 těchto ZPP, který je stanoven na základě čistého měsíčního příjmu pojištěného.
- Pojistitel u připojištění invalidity 3., 4. stupně, resp. invalidity 2. stupně **neposuzuje soulad s příjmem**, tzn., nepostupuje podle odst. 1 až 3 tohoto článku ZPP, je-li sjednaná pojistná částka nižší nebo rovna hodnotě **dvou milionů korun českých** v případě připojištění invalidity 3., 4. stupně, resp. invalidity 2. stupně a v případě připojištění invalidity 3., 4. stupně s klesající pojistnou částkou, resp. připojištění invalidity 2. stupně s klesající pojistnou částkou nižší nebo rovna hodnotě **čtyř milionů korun českých**. V případě sjednání všech připojištění dle předchozí věty (s pevnou a s klesající pojistnou částkou) současně, nesmí být pojistná částka vyšší než individuální limit pro jednotlivá připojištění a současně musí být součet pojistných částek na jednotlivých připojištěních pro případ invalidity nižší nebo roven čtyřem milionům korun českých.
- V případě, že jsou při sjednávání pojistné smlouvy nebo při její změně osobou pojištěného doloženy příjmy v rámci provázení oceňování finančního rizika pojistitelem (např. doložení finančního dotazníku pojištěným, potvrzení příjmů za poslední tři roky, kopie smlouvy o úvěru apod.), není pojistitelem uplatňován limit pojistného plnění podle čl. 4, odst. 1 až 5 těchto ZPP ani není sníženo pojistné plnění ve smyslu odst. 1. Způsob a označení oceňování finančního rizika pojištěného určuje výhradně pojistitel.
- Součet pojistného plnění z připojištění invalidity 2. stupně (6340, 6341) a z připojištění invalidity 3., 4. stupně (6344, 6345) nemůže nikdy přesáhnout rozsah pojistné ochrany z připojištění invalidity 3., 4. stupně, resp. 3., 4. stupně s klesající pojistnou částkou.**

Článek 5

Omezení vyluky z pojištění

- Odchylně od Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob pojistitel poskytne pojistné plnění také v následujících případech:
 - Vzniku invalidity 2. stupně nebo 3., 4. stupně v souvislosti s duševní poruchou či poruchou chování, je-li splněna podmínka uvedená v odstavci 2 tohoto článku.
 - Vzniku invalidity 1. stupně v souvislosti organickou duševní poruchou včetně symptomatických (F00-F09 podle MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí) nebo schizofrenií, poruchou schizotypální a poruchou s bludy (F20-F29 podle MKN - Mezinárodní klasifikace nemocí), je-li splněna podmínka uvedená v odstavci 2 tohoto článku.
- Pojistitel pojistné plnění v případě vzniku diagnózy podle odst. 1 tohoto článku poskytne pouze v tom případě, že ke vzniku onemocnění nedošlo v příčinné souvislosti s chováním pojištěného, jakým je např. pravidelné požívání alkoholu, psychotropních či jiných návykových látek ani v souvislosti s úmyslným sebepoškozením, požíváním jakýchkoli léků, které mohou způsobit vznik onemocnění apod.

Článek 6

Pojistné za krytá rizika

- Pojistné za připojištění je placeno měsíčně formou pojistného za krytá rizika ve smyslu zvláštních pojistných podmínek hlavního pojištění.
- Výše pojistného a způsob výpočtu jsou určeny v aktuálních Obchodních podmínkách pojistitele.

Článek 7

Snížení pojistných částek po pojistné události

- Dojde-li ke **vzniku pojistné události z připojištění invalidity 2. stupně** (tarify 6340, 6341) a je-li současně sjednána vyšší pojistná částka u připojištění invalidity 3., 4. stupně (tarify 6344, 6345), pak se k datu ukončení šetření této pojistné události **automaticky snižuje** pojistná částka připojištění invalidity 3., 4. stupně (tarify 6344, 6345) o výši vyplaceného pojistného plnění z připojištění invalidity 2. stupně (tarify 6340, 6341).
- Dojde-li ke vzniku pojistné události a pojistitel plní s **časovým testem** podle čl. 2, odst. 7 těchto ZPP, pak se k datu ukončení šetření této pojistné události **automaticky snižuje** pojistná částka daného připojištění **o 50 %**. Nedojde-li po uplynutí požadované doby časového testu k následnému plnění (tj. není prokázán dlouhodobě nepříznivý a trvalý zdravotní stav), je ponecháno takové připojištění v platnosti se sníženou pojistnou částkou podle první věty tohoto odstavce ZPP.

Článek 8

Zánik připojištění

- Připojištění zanikne také datem zániku hlavního pojištění.
- Připojištění uvedená v těchto ZPP zanikají datem vzniku pojistné události.
- Dojde-li ke vzniku:
 - pojistné události** z připojištění invalidity 3., 4. stupně, resp. invalidity 3., 4. stupně s klesající pojistnou částkou, **zaniká automaticky** k datu

- ukončení šetření této pojistné události připojištění invalidity **2. stupně** a připojištění invalidity **1. stupně**, resp. připojištění invalidity 2. stupně s klesající pojistnou částkou a invalidity 1. stupně s klesající pojistnou částkou;
- b) **pojistné události** z připojištění invalidity **2. stupně**, resp. připojištění invalidity 2. stupně s klesající pojistnou částkou, **zaniká automaticky** k datu ukončení šetření této pojistné události připojištění invalidity **1. stupně**, resp. invalidity 1. stupně s klesající pojistnou částkou.
4. Dojde-li ke vzniku **pojistné události** z připojištění invalidity **2. stupně**, resp. z připojištění invalidity 2. stupně s klesající pojistnou částkou a je-li současně sjednána **shodná pojistná částka u připojištění invalidity 3., 4. stupně**, resp. u připojištění invalidity 3., 4. stupně s klesající pojistnou částkou, **zanikají automaticky** k datu ukončení šetření této pojistné události **všechna připojištění** sjednaná dle těchto ZPP.
5. Připojištění uvedená v těchto ZPP zanikají také dnem přiznání starobního důchodu, popř. mimořádného starobního důchodu, nejpozději však koncem pojistného roku, ve kterém pojištěný dosáhne věku 65 let.

Článek 9

Závěrečná ustanovení

Tyto zvláštní pojistné podmínky nabývají platnosti a účinnosti dne 1. 10. 2019.

Příloha č. 1 ke Zvláštním pojistným podmínkám – připojištění invalidity 1. stupně, resp. invalidity 1. stupně s klesající pojistnou částkou

Čistý měsíční příjem (Kč)	Maximální pojistná částka (Kč)
do 34 999	1 000 000
35 000 - 39 999	1 100 000
40 000 - 44 999	1 200 000
45 000 - 49 999	1 300 000
50 000 - 59 999	1 400 000
60 000 - 69 999	1 500 000
70 000 - 79 999	1 700 000
80 000 - 89 999	1 900 000
90 000 a více	2 000 000 a více

Zvláštní pojistné podmínky pro Připojištění pro případ invalidity dítěte (tarif 6048)

Úvodní ustanovení

Pro toto připojištění platí ustanovení všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob, přičemž ustanovení těchto zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. **Připojištění uvedené v těchto ZPP je životním pojištěním ve smyslu zákona.**

Článek 1

Výklad pojmů

Sníženou soběstačností se rozumí lékařem stanoveným pojistitelem potvrzené poškození základních schopností pojištěného, které je trvalé a ke kterému dojde v průběhu trvání připojištění následkem nemoci nebo úrazu, přičemž se jedná o poškození:

– nejméně jedné ze základních schopností specifikovaných v části A Přílohy č. 1 těchto ZPP nebo

– nejméně tři ze základních schopností specifikovaných v části B Přílohy č. 1 těchto ZPP.

Trvalým poškozením se přitom rozumí takové poškození, které trvá nepřetržitě po dobu nejméně 12 měsíců nebo které je jednoznačně ustálené. V případě ustáleného poškození se vyžaduje 30denní doba přežití od stanovení diagnózy.

Invaliditou 3. stupně se rozumí, stane-li se pojištěný invalidním ve 3. stupni podle předpisů o důchodovém zabezpečení. Tato skutečnost se dokládá zprávou posudkového lékaře případně rozhodnutím příslušného orgánu státní správy o přiznání invalidního důchodu.

Přiznání příspěvku na péči III. nebo IV. stupně se rozumí dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, kvůli němuž pojištěný splňuje podmínky pro přiznání příspěvku na péči podle právních předpisů o sociálním zabezpečení účinných ke dni 1. 10. 2019 pro stupeň závislosti III (těžká) nebo IV (úplná) a současně pojištěný není schopen zvládat z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nejméně šest základních životních potřeb.

Článek 2

Rozsah připojištění a definice pojistné události

- Pojistnou událostí v připojištění pro případ invalidity dítěte se rozumí případy, kdy u pojištěné osoby nastane v době trvání připojištění a současně po uplynutí čekací doby uvedené ve všeobecných pojistných podmínkách některá z těchto skutečností:
 - u pojištěného došlo ke snížení soběstačnosti
 - pojištěnému byla přiznána invalidita 3. stupně
 - pojištěnému byl přiznán příspěvek na péči III. nebo IV. stupně.
- Připojištění se vztahuje pouze na takové pojistné události, jejichž příčina byla zjištěna nejméně šest měsíců po datu sjednání připojištění. Tato podmínka se nevztahuje na případy, kdy k pojistné události dojde výhradně v důsledku úrazu.
- Jestliže dojde ke škodné události, která nesplňuje podmínku uvedenou v odst. 2 tohoto článku, připojištění zaniká bez náhrady.
- Pokud dojde k pojistné události podle odst. 1 tohoto článku a její příčina byla zjištěna v období šesti měsíců od zvýšení pojistné částky na žádost pojistníka, je pojistitel oprávněn snížit pojistné plnění na nejnižší pojistnou částku platnou v tomto připojištění za posledních šest měsíců před datem pojistné události.
- O uznání snížené soběstačnosti rozhoduje výhradně pojistitel na základě předložené lékařské dokumentace a posudku pojistitelem stanoveného odborného lékaře potvrzujícího trvalou ztrátu schopností, případně na základě dalších dokladů, které si je pojistitel oprávněn vyžádat. Dokumenty potřebné k posouzení a vyřízení uplatňovaného nároku za snížení soběstačnosti předloží pojištěný na žádost pojistitele.
- Datem pojistné události je den, kdy byla pojištěnému přiznána invalidita 3. stupně podle předpisů o důchodovém pojištění nebo den, kdy byl pojištěnému přiznán nárok na příspěvek na péči III. nebo IV. stupně příslušným správním orgánem podle právních předpisů upravujících sociální zabezpečení. V případě, že dojde ke snížení soběstačnosti pojištěného, je den pojistné události definován v Příloze č. 1 těchto ZPP.

Článek 3

Pojistné plnění

- Pojistitel vyplatí v případě vzniku pojistné události podle těchto ZPP pojistné plnění ve výši pojistné částky tohoto připojištění platné k datu pojistné události.
- Dojde-li ke vzniku pojistné události a vyplatí-li pojistitel pojistné plnění podle odst. 1 tohoto článku, připojištění pro případ invalidity dítěte zaniká.

Článek 4

Pojistné

- Pojistné za připojištění je placeno měsíčně formou pojistného za krytá rizika sjednaných připojištění ve smyslu zvláštních pojistných podmínek hlavního pojištění.
- Výše pojistného je určena způsobem uvedeným v aktuálních obchodních podmínkách pojistitele.

Článek 5

Zánik připojištění

- Připojištění zanikne kromě způsobů uvedených ve všeobecných pojistných podmínkách pro pojištění osob převedením hlavního pojištění do splaceného stavu.
- Připojištění zanikne také datem vzniku pojistné události.
- Připojištění zanikne nejpozději v den výročí v kalendářním roce, ve kterém dítě dosáhne 26 let věku.

Článek 6

Závěrečná ustanovení

Tyto zvláštní pojistné podmínky nabývají platnosti a účinnosti dne 1. 10. 2019.

Příloha č. 1

Část A

Pojištění se vztahuje na poškození či ztrátu základních schopností pojištěného (alespoň jedné z této části A), které jsou definovány následovně:

Schopnost vidět

Slepotou obou očí způsobená nemocí nebo úrazem, kterou není možné napravit refrakcí, medikací, operací ani žádným jiným lékařským zákrokem. Slepota se rozumí zraková ostrost 1/60 nebo méně na méně postiženém oku po konečném zákroku nebo omezení zorného pole pod 5 stupňů po konečném zákroku. Diagnóza musí být potvrzena očním lékařem.

Schopnost mluvit

Pojištěný celkově a neobnovitelně ztratil schopnost mluvit následkem tělesných změn. Ztráta v důsledku psychické choroby nebo zadržávání v řeči (kóktání) nejsou předmětem pojistného krytí.

Schopnost orientace

Pojištěný zcela ztratil schopnost orientace vzhledem k času a k místu a svojí osobě.

Schopnost používat ruce

Pojištěný není schopen používat psací náčiní ani počítačovou klávesnici (k psaní), a to pravou ani levou rukou.

Část B

Pojištění se vztahuje na poškození či ztrátu základních schopností pojištěného (nejméně tři z části B), které jsou definovány následovně:

Schopnost slyšet

Definitivní diagnóza trvalé a nevratné ztráty sluchu obou uší jako důsledek nemoci nebo úrazu. Diagnóza musí být potvrzena specializovaným lékařem ORL a doložena průměrnou sluchovou ztrátou více než 90 dB na kmitočtech 500, 1000 a 2000 Hz u méně postiženého ucha při vyšetření audiogramem.

Schopnost chodit

Pojištěný není schopen ujít vzdálenost větší než 200 metrů na vodorovném povrchu ani s pomůckami pro chůzi (např. chodítka, berle).

Schopnost pevného uchopení

Pojištěný není schopen znovu otevřít již dříve otevřenou lahev, a to pravou ani levou rukou.

Schopnost kleknout si nebo sehnout se

Pojištěný není schopen kleknout si nebo se sehnout, aby zvedl lehký předmět ze země a znovu se postavil či napřímil.

Schopnost hýbat rukama

Pojištěný není schopen obléknout si bez pomoci sako či bundu.

Schopnost zvedat a přenášet

Pojištěný není schopen zvednout předmět vážící 2,5 kilogramů ze stolu a přenést jej 5 metrů levou nebo pravou paží.

Schopnost sednout si a vstát

Pojištěný není schopen si bez pomoci sednout na židli nebo z ní opět vstát.

Schopnost vyjít schody

Pojištěný není schopen vyjít 5 schodů nahoru a sejít 5 schodů dolů, a to ani s pomocí zábradlí nebo chodítka.

Datem škodné události je den, ke kterému bylo odborným lékařem stanoveným pojistitelem potvrzeno trvalé poškození základních schopností v rozsahu specifikovaném v části A, příp. třetí ze základních schopností specifikovaných v části B.

Zvláštní pojistné podmínky pro Připojištění zproštění od placení pojistného (tarif 5000)

Úvodní ustanovení

Pro toto připojištění platí ustanovení všeobecných pojistných podmínek pojistitele pro pojištění osob, přičemž ustanovení těchto zvláštních pojistných podmínek mají přednost. **Připojištění uvedené v těchto ZPP je životním pojištěním ve smyslu zákona.**

Článek 1

Rozsah pojištění a vymezení pojistné události

- Pojistnou událostí v připojištění zproštění od placení pojistného je vznik invalidity 3. stupně hlavního pojištěného, který je pro účely tohoto připojištění vždy pojištěným. Invaliditou 3. stupně pojištěného ve smyslu těchto pojistných podmínek se rozumí jeho dlouhodobě nepříznivý a trvalý zdravotní stav, kvůli němuž:
 - se pojištěný stal invalidním ve 3. stupni podle předpisů o důchodovém pojištění a současně
 - pracovní schopnost pojištěného poklesla nejméně o 70 %.
- Definice invalidity se považuje za splněnou bez ohledu na odst. 1 tohoto článku, jedná-li se o diagnózu vymezenou v Příloze A : „Diagnózy rozhodující pro přiznání plnění za invaliditu 1., 2. a 3. stupně“, která je k dispozici na stránkách pojistitele www.nn.cz, jedná-li se o diagnózu, která spadá do kategorie pro invaliditu 3. stupně.
- Pracovní schopnosti se rozumí schopnost pojištěného vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem. Poklesem pracovní schopnosti pojištěného se rozumí pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových a duševních schopností ve srovnání se stavem, který byl u pojištěného před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.
- Při určování poklesu pracovní schopnosti se vychází ze zdravotního stavu pojištěného doloženého výsledky funkčních vyšetření. Přitom se bere v úvahu, zda jde o zdravotní postižení trvale ovlivňující pracovní schopnost, zda se jedná o stabilizovaný zdravotní stav, zda a jak je pojištěný na své zdravotní postižení adaptován, schopnost rekvalifikace pojištěného na jiný druh výdělečné činnosti, než dosud vykonával, zda je pojištěný schopen výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek. Za zdravotní postižení se pro účely posouzení poklesu pracovní schopnosti považuje soubor všech funkčních poruch, které s ním souvisejí.
- V případě pojistné události invalidity 3. stupně pojištěného je pojistník zproštěn od placení běžného pojistného od data pojistné události po dobu jednoho roku. Zproštění od placení pojistného se prodlužuje vždy o další rok, jestliže jsou splněny podmínky uvedené v odst. 1 až 3 tohoto článku, nejdéle však do sjednaného konce připojištění zproštění od placení.
- Datem pojistné události invalidity 3. stupně pojištěného je den, kdy byl pojištěnému přiznán invalidní důchod pro invaliditu 3. stupně podle předpisů o důchodovém pojištění. Pokud pojištěnému nebyl přiznán invalidní důchod podle předpisů o důchodovém pojištění, může být datem pojistné události den, kdy mu byla pojistitelem uznána invalidita 3. stupně s přihlédnutím k posouzení zdravotního stavu a pracovní schopnosti, provedenému příslušným správním orgánem a/nebo lékařem stanoveným pojistitelem.
- Vznikla-li invalidita pojištěného následkem souběhu několika diagnóz, přihlíží se pro účely stanovení poklesu pracovní schopnosti výhradně k těm diagnózám, které vznikly až po datu počátku připojištění, resp. k těm diagnózám, které tomuto datu předcházejí, a o kterých byl pojistitel před uzavřením pojistné smlouvy pojištěným písemně informován. Pro uvedené účely se shodně přistupuje k diagnózám, které jsou v příčinné souvislosti s diagnózami, o nichž pojistitel nebyl písemně informován.
- Invalidita 3. stupně pojištěného není pojistnou událostí, jestliže by datum pojistné události nastalo během čekací doby stanovené ve všeobecných pojistných podmínkách pro pojištění osob (6 měsíců pro stanovení diagnózy), v článku nazvaném „Čekací doby“.
- V případě, že od posledního zvýšení pojistného na žádost pojistníka do data této pojistné události, resp. její příčiny, uplynul čas kratší než je čekací doba, je pojistník zproštěn od placení běžného pojistného ve výši odpovídající jeho nejnižší hodnotě platné v období odpovídajícím čekací době před datem této pojistné události. Uvedené omezení neplatí, pokud invalidita 3. stupně vznikla výlučně v důsledku úrazu vymezeného všeobecnými pojistnými podmínkami pojistitele pro pojištění osob.
- Pojistitel si vyhrazuje právo na přezkoumávání zdravotního stavu pojištěného a jeho schopnosti soustavně výdělečné činnosti pověřeným zdravotnickým zařízením. Pojistitel si rovněž vyhrazuje právo v době zproštění od placení pojistného přezkoumávat, zda je pojištěný stále invalidní ve 3. stupni ve smyslu odst. 1 až 3.
- Pojištěný je povinen bez zbytečného odkladu oznámit pojistiteli veškeré změny, které se týkají skutečností rozhodných pro zproštění od placení pojistného, zejména odnětí invalidního důchodu pro invaliditu 3. stupně, přiznání starobního důchodu, zahájení soustavně výdělečné činnosti nebo změnu zdravotního stavu.

Článek 2

Výluky z pojištění a výjimka z výluk

- Odchylně od Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob pojistitel poskytne pojistné plnění v případě vzniku invalidity 3. stupně ve smyslu těchto zvláštních pojistných podmínek také v souvislosti s duševní poruchou či poruchou chování, je-li splněna podmínka uvedená v odstavci 2 tohoto článku.
- Pojistitel pojistné plnění v případě vzniku diagnózy podle odst. 1 tohoto článku poskytne pouze v tom případě, že ke vzniku onemocnění nedošlo v příčinné souvislosti s chováním pojištěného, jakým je např. pravidelné požívání alkoholu, psychotropních či jiných návykových látek ani v souvislosti s úmyslným sebezpoškozením, požíváním jakýchkoli léčiv, které mohou způsobit vznik onemocnění apod.

Článek 3

Pojistné

- Pojistné za připojištění je placeno měsíčně formou pojistného za krytá rizika sjednaných připojištění ve smyslu zvláštních pojistných podmínek hlavního pojištění.
- Výše pojistného je určena způsobem uvedeným v aktuálních Obchodních podmínkách pojistitele.

Článek 4

Zánik připojištění

- Připojištění zanikne také datem zániku hlavního pojištění.
- Připojištění zanikne v den výročí v roce, v němž pojištěný dosáhne/dosáhl věku 65 let.
- Připojištění rovněž zaniká k datu přiznání starobního důchodu pojištěnému.
- Zůstává-li pojistná smlouva, u které byl pojistník zproštěn placení pojistného, i po zániku připojištění popsaném v předchozích odstavcích 2 a 3 v platnosti, je pojistník povinen nadále platit běžné pojistné.

Článek 5

Závěrečné ustanovení

Tyto zvláštní pojistné podmínky nabývají platnosti a účinnosti dne 1. 10. 2019.

Zvláštní pojistné podmínky společnosti pro Připojištění dlouhodobé péče LTC II., III., IV. stupně (tarify 6062, 6063, 6064)

Úvodní ustanovení

Pro tato připojištění platí ustanovení všeobecných pojistných podmínek pojistitele pro pojištění osob, přičemž ustanovení těchto zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. **Připojištění uvedená v těchto ZPP jsou pojištěním nemocí.** Připojištění odchýlné od zákona nelze ze strany pojistitele vypovědět. V případě, že dojde ke změně rozhodných podmínek pro stanovení výše pojistného dle čl. 8 VPP, je pojistitel oprávněn jednostranně zvýšit pojistné za krytá rizika z těchto připojištění, příp. i běžné pojistné.

Článek 1

Výklad pojmů

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav

Dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem se rozumí takový zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok a který omezuje funkční schopnosti pojištěného nutné pro zvládnání základních životních potřeb.

Základní životní potřeby

Základními životními potřebami se pro určení vzniku dlouhodobé péče rozumí:

- mobilita,
- orientace,
- komunikace,
- stravování,
- oblékání a obouvání,
- tělesná hygiena,
- výkon fyziologické potřeby,
- péče o zdraví,
- osobní aktivity,
- péče o domácnost.

Způsob hodnocení neschopnosti zvládat základní životní potřeby se provádí v souladu s příslušnými právními předpisy ve znění účinném k datu 1. 10. 2019.

Dlouhodobá péče II. stupně (tarif 6062)

Dlouhodobou péčí II. stupně se dle těchto ZPP rozumí dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, kvůli němuž:

- pojištěný splňuje podmínky pro přiznání příspěvku na péči podle právních předpisů o sociálním zabezpečení ve znění účinném ke dni 1. 10. 2019 pro stupeň závislosti II (středně těžká) a současně
- pojištěný není schopen zvládat z důvodu svého dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pět nebo šest základních životních potřeb a současně
- pojištěný byl naživu nejméně 180 dní ode dne vzniku dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, pro který byl přiznán příspěvek na péči pro stupeň závislosti II a současně
- vznikly finanční náklady spojené s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem pojištěného.

Dlouhodobá péče III. stupně (tarif 6063)

Dlouhodobou péčí III. stupně se dle těchto ZPP rozumí dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, kvůli němuž:

- pojištěný splňuje podmínky pro přiznání příspěvku na péči podle právních předpisů o sociálním zabezpečení účinných ke dni 1. 10. 2019 pro stupeň závislosti III (těžká) a současně
- pojištěný není schopen zvládat z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu sedm nebo osm základních životních potřeb a současně
- pojištěný byl naživu nejméně 180 dní ode dne vzniku dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, pro který byl přiznán příspěvek na péči pro stupeň závislosti III a současně
- vznikly finanční náklady spojené s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem pojištěného.

Dlouhodobá péče IV. stupně (tarif 6064)

Dlouhodobou péčí IV. stupně se dle těchto ZPP rozumí dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, kvůli němuž:

- pojištěný splňuje podmínky pro přiznání příspěvku na péči podle právních předpisů o sociálním zabezpečení účinných ke dni 1. 10. 2019 pro stupeň závislosti IV (úplná) a současně
- pojištěný není schopen zvládat z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu devět nebo deset základních životních potřeb a současně
- pojištěný byl naživu nejméně 180 dní ode dne vzniku dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, pro který byl přiznán příspěvek na péči pro stupeň závislosti IV a současně
- vznikly finanční náklady spojené s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem pojištěného.

Článek 2

Rozsah připojištění a definice pojistné události

- Pojistnou událostí v připojištění dlouhodobé péče II., III., IV. stupně je splnění podmínek dlouhodobé péče II. stupně (tarif 6062) nebo III. stupně (tarif 6063) nebo IV. stupně (tarif 6064) podle definice uvedené v čl. 1. Tarify 6062, 6063, 6064 se sjednávají na smlouvě vždy společně a tvoří dohromady jedno připojištění: Připojištění dlouhodobé péče LTC II., III., IV. stupně.
- Termínem vzniku pojistné události je den, kdy byl pojištěnému přiznán příspěvek na péči II. nebo III. nebo IV. stupně příslušným správním orgánem podle právních předpisů upravujících sociální zabezpečení, resp. den, kdy bylo splnění podmínek dlouhodobé péče podle čl. 1 uznáno pojistitelem. Datum pojistné události však nemůže nastat dříve, než po uplynutí 180 dní ode dne vzniku dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, pro který pojištěný splnil podmínky dlouhodobé péče podle čl. 1.
- V případě vzniku pojistné události (splnění podmínek dlouhodobé péče II. nebo III. nebo IV. stupně) vyplácí pojistitel pojistné plnění ve výši odpovídající sjednané pojistné částce za účelně vynaložené náklady za každý započatý měsíc trvání nároku na dlouhodobou péči podle příslušného stupně (II. nebo III. nebo IV. stupně). Pokud po zahájení výplaty pojistného plnění bude docházet ke změnám přiznaného stupně dlouhodobé péče, vyplácí se pojistné plnění vždy za takový stupeň, jehož podmínky podle těchto ZPP jsou splněny; uvedené platí pouze v případě, že dané připojištění je i nadále v platnosti anebo pokud již uplynula doba, na kterou bylo sjednáno. Pojistné plnění je vždy vypláceno právě za jeden stupeň, nemůže dojít k souběžné výplatě za více stupňů.
- Pojistné plnění podle odstavce 3 tohoto článku se vyplácí až do data úmrtí pojištěného, nejdéle však po dobu 10 let ode dne vzniku pojistné události, a to bez ohledu na změny stupně dlouhodobé péče v průběhu tohoto období. Pojistitel má právo ověřit trvání nároku na výplatu pojistného plnění.
- Pojištěný může požádat o prodloužení maximální doby výplaty se současným snížením výše pojistného plnění. Pojistitel v případě, že tuto žádost akceptuje, úměrně sníží pojistné plnění podle vzorce
*Snížené měsíční plnění = Sjednané měsíční plnění * 10 / PMDV*,
kde hodnota „PMDV“ označuje prodlouženou maximální dobu výplaty plnění v celých letech (11–20 let). Vypočtená hodnota měsíčního plnění se zaokrouhlí matematicky na celé koruny.
- Odchýlné od všeobecných pojistných podmínek, článek 15, oddíl II, písm. b) se ujednává, že připojištění se vztahuje i na pojistné události vzniklé v souvislosti s duševní nemocí anebo poruchou chování dle MKN 10 (mezinárodní klasifikace nemocí), avšak s výjimkou případů, kdy ke škodné události došlo v souvislosti s poruchou příjmu potravy pojištěného, diagnózy F.50.0 až F.50.9 (např. mentální anorexie, mentální bulimie). Dále se odchýlné od všeobecných pojistných podmínek, článek 15, ujednává, že připojištění se vztahuje i na pojistné události vzniklé při činnostech popsanych v písm. b) a c) oddílu III.
- Případný přechodný zánik nároku na příspěvek na péči po dobu hospitalizace pojištěného není důvodem k přerušení výplaty pojistného plnění, pokud tato výplata pokrývá účelně vynaložené náklady.

Článek 3

Účelně vynaložené náklady (limit pojistného plnění)

- Pojistitel má právo kdykoli v průběhu doby výplaty pojistného plnění zkontrolovat, zda bylo pojistné plnění použito na úhradu účelně vynaložených nákladů vzniklých v souvislosti se vznikem pojistné události.
- Účelně vynaloženými náklady se rozumí náklady související s poskytováním sociální péče a úhradou zdravotních výrobků a služeb. Zejména se jedná o:
 - náklady na sociální péči poskytovanou sociálním pracovníkem nebo komerčním zařízením, popř. rodinným příslušníkem (dále jen „pečovatelem“) pokud se nejedná o osobu uvedenou v odst. 3, písm. b) tohoto článku,
 - náklady na zdravotní pomůcky, speciální výživu a léky a potravinové doplňky,
 - náklady na zdravotní prevenci a rehabilitaci,
 - náklady související s dopravou pojištěného anebo pečovatele za účelem péče o pojištěného,
 - náklady na bydlení, dojde-li v souvislosti se vznikem pojistné události k její objektivnímu zvýšení,
 - náklady na pojistné za smlouvu obsahující toto připojištění.
- Za účelně vynaložené náklady se nepovažují:
 - spátky jakýchkoli závazků pojištěného ani závazky jeho příbuzných ani závazky pečovatele, které bezprostředně nesouvisí se vznikem pojistné události,
 - náklady související s poskytováním péče osobou, která neprokáže přiměřenou způsobilost (zdravotní stav, časové možnosti apod.) o pojištěného pečovat.
- Není-li oprávněná osoba schopna doložit a prokázat, že jde o účelně vynaložený náklad vymezený v tomto článku, má pojistitel právo neposkytnout pojistné plnění.
- Zjistí-li pojistitel zpětně, že pojistné plnění nebylo použito na úhradu účelně vynaložených nákladů souvisejících se vznikem pojistné události dle těchto ZPP, má právo výplatu pojistného plnění pozastavit a/nebo požadovat vrácení části pojistného plnění, která odpovídá rozdílu mezi celkovým vyplaceným plněním a skutečně prokázanými účelně vynaloženými náklady. Vrácená část pojistného plnění však může být znovu vyplacena, pokud oprávněná osoba prokáže, že finanční prostředky byly použity na úhradu účelně vynaložených nákladů.

Článek 4

Výhrada posuzování při změně právních předpisů

Dojde-li v průběhu doby trvání pojištění ke změně příslušných právních předpisů v oblasti práva sociálního zabezpečení včetně prováděcích vyhlášek a nařízení vlády upravujících podmínky pro vznik nároku na příspěvek na péči anebo ve způsobu hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby, zachová pojistitel rozsah pojistné ochrany dle právních předpisů ve znění účinném k datu platnosti a účinnosti těchto ZPP, tj. k 1. 10. 2019. Posuzování nároku na přiznání příslušného stupně dlouhodobé péče, posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a neschopnosti zvládat základní životní potřeby provádí v takovém případě pojistitel, resp. jím určený specializovaný lékař dle právních předpisů účinných k datu 1. 10. 2019. Pojistitel a pojištěný se mohou dohodnout na změně rozsahu pojištění tak, aby byl zachován rozsah pojistné ochrany dle aktuálních právních předpisů. V takovém případě má pojistitel právo navrhnout změnu obsahu pojištění a změnu výše pojistného s ohledem na změnu pojistného rizika.

Článek 5

Pojistné za krytá rizika

1. Pojistné za připojištění je placeno měsíčně formou pojistného za krytá rizika ve smyslu zvláštních pojistných podmínek hlavního pojištění.
2. Výše pojistného za krytá rizika a způsob jeho výpočtu jsou uvedeny v aktuálních Obchodních podmínkách pojistitele.

Článek 6

Zánik připojištění

Připojištění zaniká také dnem úmrtí pojištěného, anebo výplatou 120. měsíčního plnění, tj. uplynutím doby plnění v délce 10 let od vzniku pojistné události, nebo výplatou posledního měsíčního plnění v případě prodloužené doby výplaty podle čl. 2 odst. 5.

Článek 7

Závěrečné ustanovení

Tyto zvláštní pojistné podmínky nabývají platnosti a účinnosti dne 1. 10. 2019.

Příloha 1: Přehled pojistných částek pro jednotlivé sjednávané varianty

Varianta	Pojistná částka (měsíční penze)		
	II. stupeň	III. stupeň	IV. stupeň
1.	1 000 Kč	4 000 Kč	6 000 Kč
2.	2 000 Kč	8 000 Kč	12 000 Kč
3.	3 000 Kč	12 000 Kč	18 000 Kč

Zvláštní pojistné podmínky pro Připojištění závažných onemocnění ZO4 (tarif 6015) Připojištění závažných onemocnění ZO4 s klesající pojistnou částkou (tarif 6016)

Úvodní ustanovení

Pro tato připojištění platí ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob, přičemž ustanovení těchto zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. **Připojištění uvedená v těchto ZPP jsou životním pojištěním ve smyslu zákona.**

Článek 1

Rozsah připojištění a definice pojistné události

- Pojistnou událostí v tomto připojištění je stanovení diagnózy některého z onemocnění uvedených v příloze č. 2 těchto ZPP u pojištěného za současného splnění následujících podmínek:
 - pojištěný byl naživu nejméně jeden měsíc od data škodné události;
 - pojištěnému nebylo nikdy dříve diagnostikováno žádné z onemocnění uvedených v příloze č. 2 těchto ZPP a příčina pojistné události nastala v době trvání připojištění.
- Pojistitel splnění podmínky dle odst. 1, písm. b) tohoto článku nevyžaduje, jedná-li se o onemocnění, o kterém byl pojištěným prokazatelně informován zejména ve zdravotním dotazníku při sjednávání nebo při změně pojistné smlouvy.
- U připojištění závažných onemocnění s klesající pojistnou částkou (tarif 6016) se pojistná částka sjednaná na počátku (či v průběhu) pojištění snižuje ke každému výročí a je platná v pojistném roce začínajícím tímto výročím. Aktuální pojistná částka se snižuje k výročí vždy o 1/n (tj. o jednu „n-tinu“) sjednané pojistné částky, přičemž „n“ označuje sjednanou pojistnou dobu u tohoto připojištění v celých letech (zaokrouhlo na celé roky nahoru); v případě sjednání změny pojistné částky v průběhu pojistné doby pak „n“ označuje dobu od účinnosti této změny do konce pojistné doby tohoto připojištění v letech (zaokrouhlo na celé roky nahoru). Výsledná hodnota pojistné částky se zaokrouhlí matematicky na celé koruny.
- Pokud dojde k pojistné události podle odst. 1 tohoto článku následkem nemoci do šesti měsíců od zvýšení pojistné částky na žádost pojistníka, je pojišťitel oprávněn snížit pojistné plnění na nejnižší pojistnou částku platnou v připojištění za posledních šest měsíců před datem pojistné události.

Článek 2

Pojistné plnění

- V případě vzniku pojistné události podle čl. 1, odst. 1 těchto ZPP vyplatí pojišťitel pojistné plnění ve výši příslušného procenta pojistné částky tohoto připojištění platné k datu pojistné události, které odpovídá diagnóze v rozsahu podle přílohy č. 2.
- Dojde-li ke vzniku pojistné události, za kterou pojišťitel vyplatí celou aktuální pojistnou částku (100 %), připojištění závažných onemocnění ZO4 zaniká.
- Dojde-li ke vzniku pojistné události a vyplatí-li pojišťitel částečné pojistné plnění ve výši 25 % nebo 50 % (dále jen „částečné pojistné plnění“) z pojistné částky, pak toto připojištění nezaniká, ale **pokračuje i nadále s pojistnou částkou sníženou o hodnotu vyplaceného pojistného plnění**, pokud jde o tarif 6015. V případě tarifu 6016 (závažná onemocnění ZO4 s klesající pojistnou částkou) se aktuální pojistná částka rovněž sníží o hodnotu vyplaceného pojistného plnění a i nadále se ke každému výročí snižuje způsobem popsaným v článku 1, odst. 3.
- Pokud nastane stejná diagnóza opakovaně, pojišťitel vyplatí pojistné plnění z aktuální pojistné částky ve smyslu odst. 3 tohoto článku pouze v případě, že se jedná o vyšší rozsah daného onemocnění.
- Pokud dojde k opakovanému výskytu diagnózy rakoviny a jedná se o primární rakovinu, která vznikla na jiném orgánu nezávisle na rakovině předchozí (za niž pojišťitel vyplatil částečné pojistné plnění), bude pojistné plnění vyplaceno i v případě, že rozsah této opakované rakoviny je stejný nebo nižší než rakovina předchozí.
- Pokud jedna příčina způsobí ke stejnému datu více pojistných událostí odpovídajících vymezení závažných onemocnění podle těchto ZPP, pak pojišťitel vyplatí pojistné plnění odpovídající součtu procent z aktuální pojistné částky, maximálně však 100 %.
- Hodnota pojistného plnění z připojištění závažných onemocnění ZO4 (tarif 6015) a připojištění závažných onemocnění ZO4 s klesající pojistnou částkou (tarif 6016) nemůže přesáhnout 100 % platné pojistné částky daného tarifu.

Článek 3

Pojistné plnění v kombinaci s přidruženými připojištěními

- Na pojistné smlouvě mohou být sjednána další připojištění týkající se závažných onemocnění a zdravotních stavů pojištěného, která nemohou být sjednána samostatně, ale pouze společně s připojištěním závažných onemocnění ZO4

(tarif 6015) nebo s připojištěním závažných onemocnění s klesající pojistnou částkou (tarif 6016). Jedná se o tato připojištění:

- Připojištění ZO PLUS pro ženy (tarif 5013), které může být sjednáno pouze společně s tarifem 6015 a dále
 - Připojištění závažných zdravotních následků (tarif 6017), které může být sjednáno pouze společně s tarifem 6015 a dále
 - Připojištění závažných zdravotních následků s klesající pojistnou částkou (tarif 6018), které může být sjednáno pouze společně s tarifem 6016 (dále jen „přidružená připojištění“).
- V případě, že je na stejné pojistné smlouvě sjednáno současně některé z přidružených připojištění uvedených v předchozím odstavci a pojišťitel vyplatí z některého z těchto přidružených připojištění pojistné plnění, postupuje se obdobně jako v případě částečného pojistného plnění, jak je popsáno v čl. 2 odst. 3, tzn., že hodnota pojistné částky připojištění závažných onemocnění ZO4 (tarify 6015 a/nebo 6016) se snižuje o hodnotu vyplaceného pojistného plnění z příslušného přidruženého připojištění.
 - Maximální pojistné plnění z připojištění závažných onemocnění ZO4 (tarif 6015) a k němu přidružených připojištění (tarif 6017 a/nebo 5013) činí 100 % pojistné částky tarifu 6015. Maximální pojistné plnění z připojištění závažných onemocnění ZO4 s klesající pojistnou částkou (tarif 6016) a k němu přidruženého připojištění (tarif 6018) nemůže přesáhnout 100 % pojistné částky tarifu 6016.

Článek 4

Pojistné za krytá rizika

- Pojistné za připojištění je placeno měsíčně formou pojistného za krytá rizika sjednaných připojištění ve smyslu zvláštních pojistných podmínek hlavního pojištění.
- Výše pojistného a způsob výpočtu jsou určeny v Obchodních podmínkách pojišťitele.

Článek 5

Limity pro změny v pojištění v případě částečného pojistného plnění

V případě, že dojde k výplatě částečného pojistného plnění podle čl. 2, odst. 3 (25 % nebo 50 %) nebo k výplatě částečného pojistného plnění z přidruženého připojištění, konkrétně z tarifu 6017 nebo 6018, není možné provádět v rámci připojištění s tarify 6015 nebo 6016 změny typu navýšení nebo snížení pojistné částky ze strany pojistníka. Tím není dotčeno právo pojistníka na zánik připojištění výpovědí ani právo pojišťitele na snížení pojistné částky po částečném pojistném plnění, jak je popsáno v čl. 2, odst. 3 těchto ZPP.

Článek 6

Zánik připojištění

- Připojištění zanikne také k datu zániku hlavního pojištění.
- Připojištění zanikne také k datu výplaty pojistného plnění ve výši 100 % z aktuální pojistné částky tohoto připojištění.
- Připojištění zanikne také k datu výplaty pojistného plnění ve výši 100 % z aktuální pojistné částky z přidruženého připojištění definovaného čl. 3, odst. 1, písm. b), c) těchto ZPP.

Článek 7

Závěrečná ustanovení

Tyto pojistné podmínky nabývají platnosti a účinnosti dne 1. 10. 2019.

Příloha č. 1 – Procento plnění dle rozsahu diagnózy

Charakter onemocnění	Odpovídající procento plnění z pojistné částky podle rozsahu		
	Mírného rozsahu	Středního rozsahu	Extrémního rozsahu
Rakovina	25 %	50 %	100 %
Mrtvice	25 %	50 %	100 %
Roztroušená skleróza	25 %	50 %	100 %
Infarkt myokardu	100 %		

Přesné definice jednotlivých diagnóz a vymezení mírného, středního a extrémního rozsahu pro příslušná onemocnění včetně způsobu stanovení data pojistné události jsou uvedeny v příloze č. 2.

Příloha č. 2: Definice diagnóz pro připojištění závažných onemocnění ZO4 (tarify 6015 a 6016)

Rakovina

je jakýkoliv zhoubný nádor, který je pozitivně diagnostikován v rámci histologického ověření a který se vyznačuje nekontrolovaným růstem nádorových buněk a invazí do tkáně. Rakovinou se dále rozumí i vybrané méně závažné formy rakoviny a vybraná premaligní onemocnění, které jsou výslovně vyjmenovány níže u příslušného rozsahu onemocnění (mírný, příp. střední). Rozsah onemocnění podle závažnosti diagnózy je pak definován jako mírný, střední nebo extrémní rozsah následovně:

Rakovina mírného rozsahu (25 %)

- Polycythemia rubra vera;
- Duktální karcinom prsu „in situ“;
- Esenciální trombocytémie;
- Mikroinvasivní karcinom prsu (histologicky klasifikován jako T1mic);
- Mikroinvasivní karcinom děložního čípku (histologicky klasifikován jako stupeň IA1);
- Rakovina prostaty histologicky klasifikována dle Gleason skóre 6 nebo dle TNM klasifikace T1N0M0;
- Maligní melanom stupně IA (T1a N0 M0);
- Chronická lymfatická leukémie (Binet A);
- Papilární mikro-karcinom močového měchýře histologicky verifikovaný jako Ta;
- Kožní lymfom léčený pouze chemoterapií nebo radiací.

Rakovina středního rozsahu (50 %)

- Jakýkoliv druh rakoviny klasifikovaný jako T1 v klinické TNM klasifikaci (staging I), bez metastáz lymfatických uzlin (N0) a vzdálených metastáz (M0), přičemž diagnóza není uvedena v rámci definice rakoviny mírného rozsahu dle těchto ZPP nebo výslovně vyloučena;
- Myelodysplastický syndrom;
- Hodgkinův lymfom a non-Hodgkinův lymfom - staging IA v Cotswolds-Modified Ann Arbor klasifikaci.

Rakovina extrémního rozsahu (100 %)

- Všechny druhy rakoviny klasifikovány jako fáze T2, T3 a T4 v klinické TNM klasifikaci (staging II, III nebo IV)
 - Všechny druhy rakoviny klasifikovány jako T1 v klinické klasifikaci TNM (staging I), při nichž jsou zaznamenány metastázy v lymfatických uzlinách (N1) nebo vzdálené metastázy (M1)
 - Všechny leukémie (není-li výslovně uvedeno v rámci definice rakoviny mírného rozsahu)
 - Všechny lymfomy (není-li výslovně uvedeno v rámci definice rakoviny středního rozsahu anebo není-li vyloučeno z plnění)
 - Všechny rakoviny prostaty histologicky klasifikovány dle Gleason skóre více než 6 nebo přinejmenším s klinickou klasifikací TNM T2N0M0.
 - Gastrointestinální stromální tumor (GIST) stage III a IV podle AJCC 2010.
- Datem pojistné události rakoviny mírného, středního anebo extrémního rozsahu je den, ke kterému byla stanovena diagnóza rakoviny odborným lékařem – onkologem nebo patologem na základě histologického nebo jiného nezpochybnitelného vyšetření svědčícího pro zhoubné onemocnění.

Pojistnou událostí (rakovinou) není:

- Monoklonální gamapatie nejasného významu (benigní monoklonální gamapatie)
- Jakákoli rakovina, která je histologicky klasifikována jako pre-maligní, neinvazivní anebo rakovina „in situ“, není-li výslovně uvedeno, že za takový druh rakoviny pojistitel poskytuje pojistné plnění
- Lobulární karcinom prsu „in-situ“ (LCIS)
- Žaludeční MALT lymfom léčený pouze vymýcením (eradikací) Helicobactera
- Rané stádium karcinomu štítné žlázy menší než 1 cm v průměru a histologicky popsán jako T1N0M0
- Bazocelulární karcinom a spinocelulární karcinom kůže
- Kožní lymfom, léčený pouze chirurgicky
- GIST nádory - etapa I a II podle klasifikace AJCC 2010

Mrtvice

je smrt mozkové tkáně v důsledku akutní cévní mozkové příhody způsobené intrakraniální trombózou nebo krvácením (včetně krvácení subarachnoidálního), nebo embolií z extrakraniálního (mimolebečního) přítoku, přičemž musí být splněny obě následující podmínky:

- Akutní nástup nových neurologických příznaků;
 - Nový objektivní neurologický deficit dle klinického vyšetření.
- Rozsah onemocnění podle závažnosti diagnózy je pak definován jako mírný, střední nebo extrémní rozsah následovně:

Mrtvice mírného rozsahu (25 %)

Mrtvice podle výše uvedených kritérií bez jakéhokoliv neurologického deficitu 3 měsíce po stanovení diagnózy.

Mrtvice středního rozsahu (50 %)

Mrtvice podle výše uvedených kritérií s jakýmkoliv neurologickým deficitem 3 měsíce po stanovení diagnózy.

Mrtvice extrémního rozsahu (100 %)

Mrtvice podle výše uvedených kritérií, která má za následek trvalý pokles pracovní schopnosti pojištěného nejméně o 70 % v souladu s legislativou platnou k 1. 10. 2019. Tato podmínka musí být lékařsky zdokumentována nejméně 3 měsíce po stanovení diagnózy.

Datem pojistné události mrtvice mírného, středního anebo extrémního rozsahu je den, ke kterému byla stanovena diagnóza mrtvice odborným lékařem – neurologem.

Pojistnou událostí (mrtvicí) není:

- Transzitorní ischemická ataka (TIA) a prolongovaný reverzibilní ischemický neurologický deficit (PRIND);
- Traumatická poranění mozkové tkáně nebo krevních cév
- Neurologické deficity v důsledku celkové hypoxie, infekce, zánětlivého onemocnění, migrény nebo lékařského zákroku
- Náhodný nálezy (např. na CT nebo MRI – magnetické rezonanci), aniž by se vyskytly jednoznačné klinické příznaky (tichá mrtvice)
- Cévní onemocnění postihující sítnici, zrakový nerv a vestibulární systém

Roztroušená skleróza

je definitivní diagnóza roztroušené sklerózy, která musí být potvrzena ve všech následujících kritériích:

- Klinické poškození motorické nebo senzitivní funkce, která musí trvat nepřetržitě po dobu nejméně 6 měsíců;
- Magnetickou rezonancí (MRI) zobrazené nejméně dvě léze demyelinizace v mozku nebo míše charakteristické pro roztroušenou sklerózu.

Rozsah onemocnění podle závažnosti diagnózy je pak definován jako mírný, střední nebo extrémní rozsah následovně:

Roztroušená skleróza mírného rozsahu (25 %)

Jakákoli roztroušená skleróza podle výše zmíněných kritérií, která odpovídá skóre méně než 2,0 v rozšířené stupnici EDSS.

Roztroušená skleróza středního rozsahu (50 %)

Jakákoli roztroušená skleróza podle výše zmíněných kritérií, která odpovídá skóre minimálně 2,0 v rozšířené stupnici EDSS.

Roztroušená skleróza extrémního rozsahu (100 %)

Roztroušenou sklerózou v závislosti na výše uvedených kritériích, která odpovídá skóre minimálně 6,0 v rozšířené stupnici EDSS, který odpovídá občasněmu nebo trvalému užívání jednostranné pomůcky (hůl, berle, výztuha) potřebné k překonání vzdálenosti asi 100 metrů s odpočinkem nebo bez.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena diagnóza roztroušené sklerózy odborným lékařem – neurologem.

Pojistnou událostí (roztroušenou sklerózou) není:

- podezření na roztroušenou sklerózu a neurologické či radiologické syndromy připomínající roztroušenou sklerózu, které však nejsou potvrzeny definitivní diagnózou roztroušené sklerózy
- Izolovaný zánět očního nervu, Devicův syndrom (neuromyelitis optica)

Srdeční infarkt (100 %)

je smrt srdeční tkáně v důsledku dlouhodobé obstrukce průtoku krve (ischémie). Podle této definice o infarktu myokardu svědčí vzestup a /nebo pokles srdečních biomarkerů (troponinu nebo CKMB) na hodnoty odpovídající diagnóze infarktu myokardu spolu s nejméně dvěma z následujících kritérií:

- Příznaky ischémie (např. bolest na hrudi);
- Ischemické změny na elektrokardiogramu (EKG) nové ST-T změny-elevace nebo blok levého Tawarova raménka;
- Vývoj patologických Q-vln na EKG.

Datem pojistné události srdečního infarktu je den, ke kterému byla stanovena diagnóza prvního výskytu infarktu myokardu odborným lékařem – kardiologem.

Pojistnou událostí není:

- Jakýkoli akutní koronární syndrom (stabilní/nestabilní angina pectoris)
- Zvýšení troponinu při absenci zjevné ischemické choroby srdeční jak je uvedeno v definici infarktu myokardu podle ESC/ACCF/AHA/WHF (2007)
- Infarkt myokardu v důsledku užívání drog
- Infarkt myokardu, ke kterému došlo během 14 dnů následujících po koronární angioplastice nebo bypassu
- Myokarditidy nebo srdeční endo-/perikarditidy

Zvláštní pojistné podmínky pro Připojištění závažných zdravotních následků

(tarif 6017)

Připojištění závažných zdravotních následků s klesající pojistnou částkou

(tarif 6018)

Úvodní ustanovení

Pro tato připojištění platí ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob, přičemž ustanovení těchto zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. **Připojištění uvedená v těchto ZPP jsou životním pojištěním ve smyslu zákona.**

Článek 1

Rozsah připojištění a definice pojistné události

- Pojistnou událostí v tomto připojištění je stanovení některého ze závažných zdravotních následků definovaných v příloze č. 2 těchto ZPP u pojištěného za současného splnění následujících podmínek:
 - pojištěný byl naživu nejméně jeden měsíc od data škodné události;
 - u pojištěného nenastal nikdy dříve zdravotní stav popsany v příloze č. 2, ani u něj nebylo diagnostikováno žádné z onemocnění ani úraz, které by následně vedly k některému ze zdravotních stavů, který je uveden v příloze č. 2 těchto zvláštních pojistných podmínek a příčina pojistné události nastala v době trvání připojištění.
- Pojistitel splnění podmínky dle odst. 1, písm. b) tohoto článku nevyžaduje, jedná-li se o onemocnění, úraz nebo zdravotní stav, o kterém byl pojištěným informován ve zdravotním dotazníku při sjednávání nebo při změně pojistné smlouvy.
- U připojištění závažných zdravotních následků onemocnění s klesající pojistnou částkou (tarif 6018) se pojistná částka sjednaná na počátku (či v průběhu) pojištění snižuje ke každému výročí a je platná v pojistném roce začínajícím tímto výročím. Aktuální pojistná částka se snižuje k výročí vždy o $1/n$ (tj. o jednu „n-tinu“) sjednané pojistné částky, přičemž „n“ označuje sjednanou pojistnou dobu u tohoto připojištění v letech (zaokrouhlo na celé roky nahoru); v případě sjednání změny pojistné částky v průběhu pojistné doby pak „n“ označuje dobu od účinnosti této změny do konce pojistné doby tohoto připojištění v celých letech (zaokrouhlo na celé roky nahoru). Výsledná hodnota pojistné částky se zaokrouhlí matematicky na celé koruny.
- Pokud dojde k pojistné události následkem nemoci podle odst. 1 tohoto článku do šesti měsíců od zvýšení pojistné částky na žádost pojistníka, je pojišťitel oprávněn snížit pojistné plnění na nejnižší pojistnou částku platnou v připojištění za posledních šest měsíců před datem pojistné události.

Článek 2

Pojistné plnění

- V případě vzniku pojistné události podle čl. 1, odst. 1 těchto ZPP vyplatí pojišťitel pojistné plnění ve výši příslušného procenta pojistné částky tohoto připojištění platné k datu pojistné události, které odpovídá definici závažného zdravotního následku podle přílohy č. 2.
- Dojde-li ke vzniku pojistné události, za kterou pojišťitel vyplatí celou aktuální pojistnou částku (100 %), připojištění závažných zdravotních následků zaniká.
- Dojde-li ke vzniku pojistné události a vyplatí-li pojišťitel částečné pojistné plnění ve výši 25 % nebo 50 % (dále jen „částečné pojistné plnění“) z pojistné částky, toto připojištění nezanká, ale **pokračuje i nadále s pojistnou částkou sníženou o hodnotu vyplaceného pojistného plnění**, pokud jde o tarif 6017. V případě tarifu 6018 (závažné zdravotní následky s klesající pojistnou částkou) se aktuální pojistná částka rovněž sníží o hodnotu vyplaceného pojistného plnění a i nadále se ke každému výročí snižuje způsobem popsáným v článku 1, odst. 3.
- Pokud jedna příčina (nemoc nebo úraz) způsobí více závažných zdravotních následků definovaných v příloze č. 2 těchto ZPP, přičemž nejméně za jeden z nich náleží částečné pojistné plnění, bude vyplaceno pojistné plnění za každou takovou pojistnou událost ve výši odpovídající procentu podle příslušné přílohy, a to vždy z pojistné částky aktuální k datu pojistné události, přičemž součet těchto plnění je maximálně 100 % aktuální pojistné částky.
- Pokud jedna příčina způsobí ke stejnému datu více pojistných událostí odpovídajících vymezení závažných zdravotních následků podle těchto ZPP, pak pojišťitel vyplatí pojistné plnění odpovídající součtu procent z aktuální pojistné částky, maximálně však 100 %.
- Hodnota pojistného plnění z připojištění závažných zdravotních následků (tarif 6017) a připojištění závažných zdravotních následků s klesající pojistnou částkou (tarif 6018) nemůže přesáhnout 100 % platné pojistné částky daného tarifu.

Článek 3

Pojistné plnění v kombinaci s dalšími připojištěními

- Tato připojištění nemohou být sjednána samostatně, ale pouze společně s připojištěním závažných onemocnění ZO4, tarif 6015 (týká se tarifu 6017), resp. s připojištěním závažných onemocnění s klesající pojistnou částkou, tarif 6016 (týká se tarifu 6018 s klesající pojistnou částkou), dále jen „základní připojištění“.
- Pokud jedna příčina způsobí ke stejnému datu více pojistných událostí odpovídajících vymezení podle těchto ZPP a podle ZPP pro tarify 6015 a 6016, pak pojišťitel vyplatí pojistné plnění odpovídající součtu procent z aktuální pojistné částky, přičemž platí ustanovení o maximálním pojistném plnění podle odst. 4 tohoto článku.
- V případě, že je na stejné pojistné smlouvě sjednáno současně některé z přidružených připojištění uvedených v předchozím odstavci a pojišťitel vyplatí z některého z těchto přidružených připojištění pojistné plnění, postupuje se obdobně jako v případě částečného pojistného plnění, jak je popsáno v čl. 2 odst. 3, tzn., že hodnota pojistné částky připojištění závažných onemocnění ZO4 (tarify 6015 a/nebo 6016) se snižuje o hodnotu vyplaceného pojistného plnění z příslušného přidruženého připojištění.
- Maximální pojistné plnění z připojištění závažných zdravotních následků (tarif 6017) a připojištění závažných onemocnění ZO4 (tarif 6015) a připojištění ZO PLUS pro ženy (tarif 5013) představuje 100 % sjednané pojistné částky tarifu 6015. Maximální pojistné plnění z připojištění závažných zdravotních následků s klesající pojistnou částkou (tarif 6018) a připojištění závažných onemocnění ZO4 s klesající pojistnou částkou (tarif 6016) nemůže přesáhnout 100 % pojistné částky tarifu 6016.

Článek 4

Pojistné za krytá rizika

- Pojistné za připojištění je placeno měsíčně formou pojistného za krytá rizika sjednaných připojištění ve smyslu zvláštních pojistných podmínek hlavního pojištění.
- Výše pojistného a způsob výpočtu jsou určeny v Obchodních podmínkách pojišťitele.

Článek 5

Limity pro změny v pojištění v případě částečného pojistného plnění

V případě, že dojde k výplatě částečného pojistného plnění podle čl. 2, odst. 3 (25 % nebo 50 %) nebo k výplatě částečného pojistného plnění ze základního připojištění, konkrétně z tarifu 6015 nebo 6016, není možné provádět v rámci tohoto připojištění změny typu navýšení nebo snížení pojistné částky ze strany pojistníka. Tím není dotčeno právo pojistníka na zánik připojištění výpovědí ani právo pojišťitele na snížení pojistné částky ani právo pojišťitele na snížení pojistné částky po částečném pojistném plnění, jak je popsáno v čl. 2, odst. 3 těchto ZPP.

Článek 6

Zánik připojištění

- Připojištění zanikne také k datu zániku hlavního pojištění.
- Připojištění zanikne také k datu výplaty pojistného plnění ve výši 100 % z aktuální pojistné částky tohoto připojištění.
- Připojištění zanikne také k datu výplaty pojistného plnění ve výši 100 % z aktuální pojistné částky připojištění závažných onemocnění ZO4 (tarif 6015), příp. 100 % z aktuální pojistné částky připojištění závažných onemocnění ZO4 s klesající pojistnou částkou (tarif 6016).

Článek 7

Závěrečná ustanovení

Tyto pojistné podmínky nabývají platnosti a účinnosti dne 1. 10. 2019.

Příloha č. 1 – Přehled odpovídajících procent z pojistné částky pro zdravotní stavy zahrnuté v připojištění závažných zdravotních následků (tarify 6017 a 6018)

	Odpovídající procento plnění z pojistné částky		
Ztráta sluchu a slepota	• Slepota na jedno oko: 25 %	• Silná slabozrakost: 50 % • Vážná ztráta sluchu: 50 %	• Slepota: 100 % • Hluchota: 100 %
Rizikové operace	• Koronární bypass: 25 %	• Nezhoubný nitrolební nádor: 50 % • Operace srdeční chlopně: 50 % • Operace aorty: 50 %	• Transplantace životně důležitých orgánů, kostní dřevě či kompozitní tkáně: 100 %
Následky selhávání orgánů	• Trvalá kolostomie: 25 % • Trvalá ileostomie: 25 %	• Trvalá tracheostomie: 50 %	• Konečné stádium onemocnění ledvin: 100 %
Ochrnutí a amputace končetin	• Amputace jedné končetiny: 25 % • Ochrnutí jedné končetiny: 25 %	• Amputace dvou končetin: 50 % • Ochrnutí dvou končetin: 50 %	• Amputace tří nebo čtyř končetin: 100 % • Ochrnutí tří nebo čtyř končetin: 100 %
Ztráta mobility	• Ztráta schopnosti řídit automobil: 25 %	• Ztráta schopnosti používat ruce: 50 % • Ztráta schopnosti používat nohy: 50 %	• Ztráta schopnosti samostatného pohybu v domácnosti: 100 %

Přesné definice jednotlivých závažných zdravotních následků včetně způsobu stanovení data pojistné události jsou uvedeny v příloze č. 2.

Příloha č. 2 – Definice zdravotních stavů pro připojištění závažných zdravotních následků (tarify 6017 a 6018)

Ztráta sluchu a slepota

Slepota na jedno oko (25 %)

Úplná, trvalá, nevratná ztráta zraku na jednom oku (bez ohledu na stav oka druhého) způsobená nemocí nebo úrazem, která nemůže být korigována lékařskou léčbou. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem – oftalmologem.

Ke vzniku onemocnění nebo úrazu vedoucího k slepotě na jedno oko musí dojít v době trvání tohoto připojištění.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – oftalmologem.

Silná slabozrakost (50 %)

Těžká ztráta zraku obou očí způsobená nemocí nebo úrazem, která nemůže být korigována optickou korekcí, refraktivní chirurgií, medikací nebo jinou operací. Těžká ztráta zraku je prokazatelná zrakovou ostrostí 6/60 nebo méně (0,10 nebo méně) na zdravějším oku s nejlepší dostupnou korekcí nebo omezení zorného pole v rozsahu méně než 20° od bodu fixace na zdravějším oku s nejlepší dostupnou korekcí.

Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem – oftalmologem.

Ke vzniku onemocnění nebo úrazu vedoucího k těžké slabozrakosti oko musí dojít v době trvání tohoto připojištění.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – oftalmologem.

Vážná ztráta sluchu (50 %)

Jednoznačná diagnóza trvalé, nevratné významné části ztráty sluchu obou uší způsobená nemocí nebo úrazem. Diagnóza musí být potvrzena ORL specialistou a doložena průměrnou sluchovou ztrátou sluchovým prahem 70 – 90 dB při 500, 1000, 2000 Hz na zdravějším uchu při vyšetření tónovým audiogramem.

Ke vzniku onemocnění nebo úrazu vedoucího k velmi těžké ztrátě sluchu musí dojít v době trvání tohoto připojištění.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – ORL specialistou.

Slepota (100 %)

Úplná, trvalá, nevratná ztráta zraku na obou očích (totální ztráta schopnosti vnímat světlo a tvary) způsobená nemocí nebo úrazem, která nemůže být korigována lékařskou léčbou. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem – oftalmologem.

Ke vzniku onemocnění vedoucího k oboustranné slepotě musí dojít v době trvání tohoto připojištění.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – oftalmologem.

Hluchota (100 %)

Jednoznačná diagnóza úplné, trvalé, nevratné ztráty sluchu na obou uších jako následek nemoci nebo úrazu, která nemůže být korigována lékařskou léčbou. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem – ORL specialistou a doložena průměrnou sluchovou ztrátou sluchovým prahem vyšším než 90 dB při 500, 1000, 2000 Hz na zdravějším uchu při vyšetření tónovým audiogramem.

Ke vzniku onemocnění vedoucího k oboustranné hluchotě musí dojít v době trvání tohoto připojištění.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – ORL specialistou.

Rizikové operace

Koronární Bypass (25 %)

Operativní řešení zúžení nebo ucpaní jedné nebo více koronárních tepen transplantací bypassu. Zahrnutý jsou srdeční operace s plnou sternotomií (tj. s vertikálním rozříznutím hrudní kosti) i mini-invazivní operační výkony (částečná sternotomie nebo torakotomie). Operace musí být z lékařského hlediska nezbytná, což je nutné doložit vyjádřením odborného lékaře – kardiologa – a doložena výsledky koronární angiografie.

Datem pojistné události je datum provedení operace. Operace musí být provedena na území České republiky. Případná operace v zahraničí musí být předem odsouhlasena pojistitelem, a to písemnou formou. V případě nesplnění této podmínky není pojistitel povinen vyplatit pojistné plnění.

Pojistnou událostí není angioplastika ani cévní výtzuha (stent).

Nezhoubný nitrolební nádor (50 %)

Jednoznačná diagnóza benigního (nezhoubného) nádoru mozku, umístěného v lebeční klenbě vznikající v tkáni mozku, mozkových blan nebo lebečních nervů. Tento nádor musí být léčen nejméně jedním z následujících způsobů:

- Kompletní nebo částečné chirurgické odstranění
- Stereotaktická radiochirurgie
- Zevní radioterapie

Datem pojistné události je datum provedení operace nebo prvního ozařování. Pokud z lékařského hlediska není možná žádná léčba, musí být u pojištěného prokázán trvalý neurologický deficit, který je doložen nejméně 3 měsíce po stanovení diagnózy a který je způsobený tímto nádorem. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem – neurologem a doložena zobrazovacími metodami.

Pojistnou událostí není:

- Diagnóza nebo léčení cyst, granulomů, hamartomů, tepenné nebo venózní malformace mozku
- Nádory podvěšku mozkového

Operace srdeční chlopně (50 %)

Podstoupení operace vedoucí k náhradě nebo nápravě jedné nebo více srdečních chlopní. Operaci srdeční chlopně se rozumí tyto výkony:

- Náhrada nebo náprava srdeční chlopně při plné sternotomii (vertikální rozříznutí hrudní kosti), částečné sternotomii nebo torakotomii
- Rossova operace
- Katérová valvuloplastika

Operace musí být z lékařského hlediska nezbytná, což je nutné doložit vyjádřením odborného lékaře – kardiologa a musí být doložena výsledky echokardiografie nebo katetrizačního vyšetření.

Datem pojistné události je datum provedení operace. Operace musí být provedena na území České republiky. Případná operace v zahraničí musí být předem odsouhlasena pojistitelem, a to písemnou formou. V případě nesplnění této podmínky není pojistitel povinen vyplatit pojistné plnění.

Pojistnou událostí není: Implementace mitrálního klipu – zavedení cévky do místa nedovírání mitrální chlopně

Operace aorty (50 %)

Podstoupení operace vedoucí k léčení zúžení, ucpaní, rozšíření (aneuryzma) nebo disekce aorty. Zahrnutý pod touto definicí jsou i mini-invazivní výkony jako endovaskulární oprava.

Operace musí být z lékařského hlediska nezbytná, což je nutné doložit vyjádřením odborného lékaře – kardiologa a doložena výsledky echokardiografie nebo katetrizačního vyšetření.

Datem pojistné události je datum provedení operace. Operace musí být provedena na území České republiky. Případná operace v zahraničí musí být předem odsouhlasena pojistitelem, a to písemnou formou. V případě nesplnění této podmínky není pojistitel povinen vyplatit pojistné plnění.

Pojistnou událostí není:

- Operace jakýchkoli větví hrudní nebo břišní aorty (včetně aortofemorálního nebo aortoiliackého bypassu)
- Operace aorty v souvislosti s dědičným postižením pojivové tkáně (např. Marfanův syndrom, Ehlersův – Danlosův syndrom)
- Operace v důsledku úrazového poranění aorty

Transplantace životně důležitých orgánů, kostní dřevě a kompozitní tkáně (100 %)

Podstoupení transplantace jednoho nebo více z následujících

- Srdce
- Ledviny
- Játra (včetně rozdělení jater a přijetí jater od živého dárce)
- Plíce (včetně přijetí plicních lalok od živého dárce nebo transplantace jedné plíce)
- Kostní dřevě (allogenní transplantace hematopoetických kmenových buněk předcházející celkovému snesení kostní dřevě)
- Tenké střevo
- Slinivka břišní

Částečná nebo úplná transplantace obličeje, transplantace ruky, paže či nohy (kompozitní transplantace pojivové tkáně) je v této definici rovněž zahrnuta. Podmínky vedoucí k transplantaci musí být považovány za neléčitelné jinými způsoby, což bude potvrzeno příslušným specializovaným lékařem.

Datem pojistné události je datum provedení operace. Operace musí být provedena na území České republiky. Případná operace v zahraničí musí být předem odsouhlasena pojistitelem, a to písemnou formou. V případě nesplnění této podmínky není pojistitel povinen vyplatit pojistné plnění.

Pojistnou událostí není:

- Transplantace jiných orgánů, jiných částí těla a jiných tkání (včetně rohovky a kůže)
- Transplantace jiných buněk (včetně ostrovních buněk a kmenových buněk jiných, než hematopoetických)

Následky selhávání orgánů

Trvalá kolostomie (25 %)

Podstoupení chirurgického zákroku, jehož účelem je vytvořit kolostomii. Kolostomii se rozumí umělé vyústění konce tlustého střeva prostřednictvím vývodu (stomie) skrze břišní stěnu. Vývod odvádí střevní obsah (stolici) do sběrného sáčku, který je upevněný k břišní stěně.

Kolostomie musí být na místě alespoň 12 měsíců, aby byla považována za trvalou kolostomii. Potřeba trvalé kolostomie musí být potvrzena specializovaným lékařem v oboru gastroenterologie.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla potvrzena potřeba trvalé kolostomie odborným lékařem – gastroenterologem.

Pojistnou událostí není jakákoliv dočasná kolostomie, která je odstraněná nebo u níž se odstranění předpokládá do 12 měsíců od jejího zavedení (chirurgického zákroku).

Trvalá ileostomie (25 %)

Podstoupení chirurgického zákroku, jehož účelem je vytvořit ileostomii. Ileostomie se rozumí umělé vyústění konce střeva prostřednictvím vývodu (stomie), skrze břišní stěnu. Vývod odvádí střevní obsah (stolici) do sběrného sáčku, který je upevněn k břišní stěně.

Ileostomie musí trvat alespoň 12 měsíců a potřeba trvalé ileostomie musí být potvrzena specializovaným lékařem v oboru gastroenterologie.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla potvrzena potřeba trvalé ileostomie odborným lékařem – gastroenterologem.

Pojistnou událostí není jakákoli dočasná ileostomie, která je odstraněná nebo u níž se odstranění předpokládá do 12 měsíců od jejího zavedení (chirurgického zákroku).

Trvalá tracheostomie (50 %)

Podstoupení chirurgického zákroku, jehož účelem je vytvořit umělé vyústění průdušnice na povrch těla prostřednictvím rozříznutí stěny nebo vytvoření otvoru průdušnice, za účelem umožnit pojištěnému dýchání bez využití nosu nebo úst.

Tracheostomie musí trvat alespoň 12 měsíců a potřeba trvalé tracheostomie musí být potvrzena specializovaným lékařem v oboru ORL.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla potvrzena potřeba trvalé tracheostomie odborným lékařem – ORL specialistou.

Pojistnou událostí není jakákoli dočasná tracheostomie, která je odstraněná nebo u níž se odstranění předpokládá do 12 měsíců od jejího zavedení (chirurgického zákroku).

Konečné stádium onemocnění ledvin (100 %)

Chronické a nezvratné selhání funkce obou ledvin, které si vyžaduje léčbu umělou ledvinou při zařazení do pravidelného dialyzačního programu (hemodialýza nebo peritoneální dialýza). Dialýza musí být z lékařského hlediska nezbytná, což je třeba doložit potvrzením lékařem – specialistou v oboru nefrologie.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – nefrologem.

Pojistnou událostí není dočasná selhání ledvin, které vyžaduje dočasnou dialýzu.

Ochrnutí a amputace

Amputace jedné končetiny (25 %)

Definitivní diagnóza kompletní snesení jedné končetiny nejméně nad zápěstím v případě horní končetiny, anebo nad kotníkem v případě dolní končetiny, ke kterému došlo v důsledku úrazu nebo nemoci (lékařsky indikovaná amputace). Diagnóza musí být potvrzena příslušným lékařem specialistou.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem.

Ochrnutí jedné končetiny (25 %)

Trvalá a úplná paralýza jakékoli končetiny v důsledku úrazu nebo onemocnění míchy či mozku. V případě horní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od zápěstí níže, v případě dolní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od kotníku dolů.

Ochrnutí musí trvat více než 3 měsíce a musí být potvrzeno specialistou – neurologem a podpořena výsledky klinických a diagnostických testů.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – neurologem.

Pojistnou událostí není, dojde-li ke vzniku škodné události v souvislosti s:

- Guillain-Barrého Syndromem,
- Periodickým nebo hereditárním (dědičným) ochrnutím.

Amputace dvou končetin (50 %)

Definitivní diagnóza kompletní snesení jedné jakýkoli dvou končetin nejméně nad zápěstím v případě horní končetiny, anebo nad kotníkem v případě dolní končetiny, ke kterému došlo v důsledku úrazu nebo nemoci (lékařsky indikovaná amputace). Diagnóza musí být potvrzena příslušným lékařem specialistou.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem.

Ochrnutí dvou končetin (50 %)

Trvalá a úplná paralýza jakýchkoli dvou končetin v důsledku úrazu nebo onemocnění míchy či mozku. V případě horní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od zápěstí níže, v případě dolní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od kotníku dolů.

Ochrnutí musí trvat více než 3 měsíce a musí být potvrzeno specialistou – neurologem a podpořena výsledky klinických a diagnostických testů.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – neurologem.

Pojistnou událostí není, dojde-li ke vzniku pojistné události v souvislosti s:

- Guillain-Barrého Syndromem,
- Periodickým nebo hereditárním (dědičným) ochrnutím.

Amputace tří nebo čtyř končetin (100 %)

Definitivní diagnóza kompletní snesení minimálně tří končetin nejméně nad zápěstím v případě horní končetiny, anebo nad kotníkem v případě dolní končetiny, ke kterému došlo v důsledku úrazu nebo nemoci (lékařsky indikovaná amputace). Diagnóza musí být potvrzena příslušným lékařem specialistou.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem.

Ochrnutí tří nebo čtyř končetin (100 %)

Trvalá a úplná paralýza minimálně tří končetin v důsledku úrazu nebo onemocnění míchy či mozku. V případě horní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od zápěstí níže, v případě dolní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od kotníku dolů.

Ochrnutí musí trvat více než 3 měsíce a musí být potvrzeno specialistou – neurologem a podpořena výsledky klinických a diagnostických testů.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – neurologem.

Pojistnou událostí není, dojde-li ke vzniku pojistné události v souvislosti s:

- Guillain-Barrého Syndromem,
- Periodickým nebo hereditárním (dědičným) ochrnutím.

Ztráta mobility

Ztráta schopnosti řídit automobil (25 %)

Za ztrátu schopnosti řídit automobil se považuje trvalá a úplná ztráta zdravotní způsobilosti řídit osobní motorové vozidlo v důsledku úrazu nebo onemocnění, ke kterému došlo v době trvání připojištění. Nemoc, vada nebo stav vylučující uvedenou zdravotní způsobilost musí být jednoznačně, objektivně zjistitelné a měřitelné všeobecně uznávanými lékařskými metodami. Konkrétní příčiny ztráty schopnosti řídit automobil, které jsou pro uznání pojistné události považovány za jednoznačné, jsou uvedeny v tabulce „Objektivní příčiny vedoucí ke ztrátě schopnosti řídit automobil“. Došlo-li ke ztrátě schopnosti řídit automobil z důvodu, který není uveden v této tabulce, posuzuje zdravotní způsobilost pojištěného pojistitel, přičemž jako podklad pro posouzení využije přiměřeně vyhlášku č. 277/2004 Sb., o stanovení zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel účinnou k datu 1. 10. 2019 (dále jen „příslušný právní předpis“).

Ztráta schopnosti řídit automobil se prokazuje lékařským posudkem potvrzujícím zdravotní důvody ztráty způsobilosti včetně lékařské dokumentace dokládající konkrétní diagnózu, která ztrátu této schopnosti způsobila. V případě, že pojištěný byl držitelem řídičského oprávnění, pak se ztráta schopnosti řídit automobil dokládá také rozhodnutím správního orgánu o odnětí řídičského oprávnění.

Pojistitel je oprávněn přezkoumat zdravotní stav pojištěného a důvody vedoucí ke ztrátě schopnosti řídit automobil ve smyslu objektivitě zdravotních důvodů vedoucích k odnětí řídičského oprávnění.

Datem pojistné události je datum vystavení lékařského posudku, který potvrzuje zdravotní důvody ztráty způsobilosti řídit automobil, pokud jsou splněny a doloženy také všechny ostatní podmínky vyplývající z definice pojistné události.

Pojistnou událostí není:

- Ztráta schopnosti řídit automobil v důsledku užití nebo užívání alkoholu nebo jiných návykových či psychotropních látek nebo léčiv;
- Ztráta schopnosti řídit automobil v důsledku jakékoli psychiatrické diagnózy či poruchy chování či jakékoli příčiny duševního charakteru nebo;
- Ztráta zdravotní způsobilosti pojištěného vykonávat řízení jako pracovní-právní činnosti;
- Stav, kdy pojištěný je „zdravotně způsobilý k řízení motorového vozidla s podmínkou“ ve smyslu příslušného právního předpisu (podmínka spočívá v používání nezbytného zdravotnického prostředku, v technické úpravě motorového vozidla nebo v jiných omezeních posuzované osoby);
- Ztráta schopnosti řídit automobil v případech, kdy pojištěný nevyužil všech dostupných a všeobecně lékařsky uznávaných možností pro odstranění zdravotního problému (např. podstoupení operace), který vedl ke ztrátě schopnosti řídit automobil.
- Ztráta schopnosti řídit automobil v souvislosti s jakýmkoli subjektivními důvody bez existence objektivní a jednoznačně měřitelné diagnózy.

Objektivní příčiny vedoucí ke ztrátě schopnosti řídit automobil

Zrak	
1	Binokulární zraková ostrost menší než 0,5 při použití obou očí, a to i za použití korektivních čoček (příčímž nitrooční čočky se nepovažují za korektivní čočky)
2	Zraková ostrost menší než 0,5 při úplné funkční ztrátě zraku na druhém oku nebo v případě používání pouze jednoho oka, například v případě diplopie, a to i za použití korektivních čoček
3	Úplná funkční ztráta zraku na jednom oku nebo při používání pouze jednoho oka, pokud tento stav trvá méně než 6 měsíců
4	Rozsah horizontálního zorného pole obou očí menší než 120 stupňů, monokulární rozsah menší než 50 stupňů na levou a pravou stranu, rozsah vertikálního zorného pole menší než 20 stupňů směrem nahoru a dolů
5	Změny v centrálním zorném poli do 20 stupňů
6	Nesnášenlivost korektivních čoček, pokud jsou k dosažení zrakové ostrosti nezbytné.
Svalová a kosterní soustava a pojivová tkáň	
7	Nemoci, vady nebo stavy, které snižují pohyblivost a funkční schopnost řídit motorové vozidlo přičímž při posouzení zdravotní způsobilosti nebyla nalezena jiná existující možnost kompenzace zdravotního postižení pomocí nezbytného zdravotnického prostředku nebo pomocí technické úpravy motorového vozidla
8	Nemoci, vady nebo stavy, pokud lze předpokládat při dalším vývoji funkční neschopnost ovlivňující bezpečnost provozu na pozemních komunikacích, přičímž při posouzení zdravotní způsobilosti nebyla nalezena jiná existující možnost kompenzace zdravotního postižení pomocí nezbytného zdravotnického prostředku nebo pomocí technické úpravy motorového vozidla.
Oběhová soustava	
9	Vážné srdeční arytmie (poruchy srdečního rytmu)
10	Stenokardie během klidu nebo psychického zatížení (vzrušení),
11	Srdeční selhávání ve funkční třídě IV. NYHA klasifikace bez indikace k transplantaci srdce
12	Těžké formy chronické obstrukční plicní nemoci s globální respirační nedostatečností.
Diabetes mellitus	
13	Druhá a další hypoglykémie, která se vyskytne během období 12 měsíců od první hypoglykémie, kterou pojištěný nezavinil porušením léčby a k jejímž zvládnutí je třeba pomoci další osoby
14	Druhá a další hypoglykémie, která se vyskytne během období 12 měsíců od první hypoglykémie, a to bez varovných příznaků nebo s příznaky, které si pojištěný neuvědomuje.
15	Stav do 12 měsíců po první hypoglykemii vyžadující pomoc druhé osoby
16	Diabetes mellitus doprovázený orgánovými komplikacemi.
Nervová soustava	
17	Epilepsie v případech, kdy délka bezzáchvatového období je kratší než 12 měsíců; epilepsii se rozumí dva nebo více epileptických záchvatů, ke kterým došlo u posuzované osoby v odstupu nejvýše 5 let
18	Stav po izolovaném nebo po prvním neprovokovaném epileptickém záchvatu, pokud byla nasazena antiepileptická léčba, po dobu 12 měsíců,
19	stav po izolovaném nebo po prvním neprovokovaném epileptickém záchvatu, pokud nebyla nasazena antiepileptická léčba, po dobu 6 měsíců,
20	Stav po provokovaném epileptickém záchvatu způsobeném rozpoznatelným příčinným faktorem, jehož opakování při řízení je pravděpodobné
21	Záchvatové stavy s poruchou vědomí nebo hybnosti, například nekompenzovaná narkolepsie nebo kataplexie

Poznámka: Uvedený výčet objektivních příčin ztráty schopnosti řídit automobil není konečný. Jestliže dojde ke ztrátě schopnosti řídit automobil z jiných než v této tabulce vymezených příčin, je posouzení dané škodné události (zdravotní způsobilosti pojištěného a příčiny, která musí být jednoznačná, objektivní a měřitelná) zcela v kompetenci pojistitele. Příčímž ten jako podklad pro posouzení využije průměrně vyhlášku č. 277/2004 Sb., o stanovení zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel účinnou k datu 1. 10. 2019.

Ztráta schopnosti používat ruce (50 %)

Za ztrátu schopnosti používat ruce se považuje trvalá ztráta této schopnosti, která je charakterizována těmito dvěma podmínkami:

- pojištěný není schopen zvednout ani jednu svou paži do úrovně ramen a současně
- pojištěný není schopen zvednout předmět vážící 5 kg ze stolu a přenést jej 5 metrů levou nebo pravou rukou.

Podmínkou je, že pojištěný ztratí trvale vymezenou schopnost po nepřerušované období alespoň 12 měsíců nebo se jedná o z lékařského hlediska trvalý a stabilizovaný zdravotní stav.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza příslušným odborným lékařem.

Ztráta schopnosti používat nohy (50 %)

Za ztrátu schopnosti používat nohy se považuje stav, kdy pojištěný ztratí trvale schopnost užívání nohou v případě, že není schopen bez cizí pomoci:

- ujít alespoň 200 metrů po rovném terénu nebo
 - vyjít alespoň 5 schodů nahoru a současně sejít alespoň 5 schodů dolů.
- Podmínkou je, že pojištěný ztratí trvale vymezenou schopnost po nepřerušované období alespoň 12 měsíců nebo se jedná o z lékařského hlediska trvalý a stabilizovaný zdravotní stav.

Datем pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza příslušným odborným lékařem.

Ztráta schopnosti samostatného pohybu v domácnosti (100 %)

Pojištěný ztratí trvale schopnost pohybu v domácnosti a k zajištění základních životních potřeb je nutná asistence jiné osoby.

Podmínkou je, že pojištěný ztratí trvale vymezenou schopnost po nepřerušované období alespoň 12 měsíců nebo se jedná o z lékařského hlediska trvalý a stabilizovaný zdravotní stav.

Pojistná ochrana se nevztahuje na případy, kdy pojištěný zvládá samostatný pohyb v domácnosti i bez asistence jiné osoby, např. v uzpůsobených podmínkách za pomoci berlí nebo invalidního vozíku.

Datем pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza příslušným odborným lékařem.

Zvláštní pojistné podmínky pro Připojištění ZO PLUS pro ženy tarif (5013)

Úvodní ustanovení

Pro toto připojištění platí příslušná ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob, přičemž ustanovení těchto zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. Připojištění ZO PLUS pro ženy lze sjednat pouze jako doplňkové připojištění k připojištění Závažných onemocnění ZO4 (tarif 6015). Podpůrně se dále použijí zvláštní pojistné podmínky pro závažná onemocnění ZO4 (tarif 6015). **Pojištění uvedené v těchto ZPP je životním pojištěním ve smyslu zákona.**

Článek 1

Rozsah připojištění a definice pojistné události

- Pojistnou událostí v tomto připojištění je stanovení diagnózy onemocnění uvedeného v příloze č.2 těchto ZPP u pojištěné osoby nebo jejího narozeného dítěte.
- Za pojistnou událost považuje pojistitel pouze takové škodné události podle odst. 1 těchto ZPP, u nichž jsou splněny všechny následující podmínky:
 - Datum škodné události podle odst. 1 těchto ZPP je nejméně 12 měsíců po datu sjednání tohoto připojištění.
 - Pojištěná osoba anebo narozené dítě byla(o) naživu nejméně jeden měsíc od data vzniku škodné události.
 - Pojištěné osobě nebylo nikdy dříve diagnostikováno žádné z onemocnění uvedených v příloze těchto ZPP ani nepodstoupila žádnou z operací uvedených v příloze těchto ZPP.

Článek 2

Pojistné plnění

- Pojistitel vyplatí v případě vzniku pojistné události podle čl. 1, pojistné plnění ve výši příslušného procenta z pojistné částky pro Závažné onemocnění ZO4 (tarif 6015) podle specifikace onemocnění, resp. podle přílohy č. 1 těchto ZPP a příslušné stanovené diagnózy v příloze č. 2 těchto ZPP.
- Výplatou pojistného plnění podle odst. 1 tohoto článku toto připojištění zaniká.
- Dojde-li v době trvání tohoto připojištění ke vzniku souběhu diagnóz onemocnění uvedených v příloze č.2 těchto ZPP, plní pojistitel pouze jednou, a to za takovou diagnózu, která nastala jako první v pořadí. Jedná-li se o souběh diagnóz uvedených onemocnění k jednomu datu, pak se poskytuje plnění dle odst. 1 tohoto článku pouze za jednu diagnózu.

Článek 3

Společná ustanovení pro Závažná onemocnění ZO4 a ZO PLUS pro ženy

- Pojistná částka se sjednává ve výši předběžného plnění v hodnotě příslušného procenta plnění uvedeného v příloze č. 1 těchto ZPP z pojistné částky sjednané u připojištění závažných onemocnění ZO4.
- Pojistná částka sjednaná dle odst. 1 tohoto článku nenavyšuje celkové případné plnění z pojištění závažných onemocnění, přičemž maximální hodnota součtu plnění z připojištění Závažných onemocnění ZO4 a připojištění ZO PLUS pro ženy je rovná maximálně výši sjednané pojistné částky u Závažných onemocnění ZO4.
- V případě, že pojistitel vyplatí pojistné plnění z připojištění ZO PLUS pro ženy, snižuje se o hodnotu této výplaty pojistná částka z připojištění Závažných onemocnění ZO4.

Článek 4

Pojistné za krytá rizika

- Pojistné za připojištění je placeno měsíčně formou pojistného za krytá rizika sjednaných připojištění ve smyslu zvláštních pojistných podmínek hlavního pojištění.
- Výše pojistného a způsob výpočtu jsou uvedeny v Obchodních podmínkách pojistitele.

Článek 5

Zánik připojištění

- Připojištění zanikne také dnem zániku hlavního pojištění.
- Připojištění zanikne také dnem zániku připojištění Závažných onemocnění ZO4 (tarifu 6015).
- Připojištění zanikne také dnem výročí v roce, ve kterém pojištěná osoba dovršívá věk 45 let.
- Připojištění uvedené v těchto ZPP zaniká datem vzniku pojistné události.

Článek 6

Závěrečná ustanovení

Tyto pojistné podmínky nabývají platnosti a účinnosti dne 1. 10. 2019.

Příloha č. 1 – Procento plnění pro diagnózy diagnostických vad a onemocnění v těhotenství

Charakter onemocnění	Procento plnění
Vrozené vady dítěte	20 % z pojistné částky tarifu 6015
Onemocnění v těhotenství	20 % z pojistné částky tarifu 6015

Příloha č. 2 ke Zvláštním pojistným podmínkám připojištění ZO PLUS pro ženy

Definice onemocnění ZO PLUS pro ženy a vymezení škodné události

1. Vrozené vady

Za vrozené vady se dle těchto ZPP považují pouze následující onemocnění:

a) Anální a rektální neprůchodnost (Anorektální atrezie)

Vrozená absence nebo abnormální zúžení anorektálního otevření, které vyžaduje korektivní operace (buď anoproktální plastiku nebo kolostomii).

b) Vrozená srdeční vada (Falotova tetralogie)

Vrozená srdeční vada, která je definována přítomností 4 typických malformací, jakými jsou defekt komorového septa, zúžení plicnice – infundibulární či valvulární, dextropozice aorty a zvětšení pravé komory srdeční. Falotova tetralogie je zahrnuta také k další srdeční anomálii (např. Falotova pentalogie). Diagnóza musí být stanovena buď pomocí echokardiografie nebo srdeční katetrizace.

c) Rozštěp rtu, rozštěp patra, rozštěp rtu a rozštěp patra

Vrozené deformity, které se mohou objevit izolovaně nebo v kombinaci. Rozštěp rtu je narušení horního rtu omezené buď na ret samotný (neúplný) nebo včetně nosního septa (kompletní) nebo narušení zahrnující nosní septum (kompletní). Rozštěp patra je narušení, kde obě strany patra nebyly spojeny. Buď postiženy pouze měkkých tkání (neúplný) nebo měkkých a tvrdých tkání patra (kompletní). Korektivní operace je pro takovou diagnózu lékařem stanovena jako nezbytná ve všech případech a měla by být indikována během prvních 3 měsíců života. Pojistné krytí se vztahuje na rozštěp rtu, rozštěp patra, nebo kombinaci. Za diagnózu rozštěpu rtu nebo rozštěpu patra se nepovažuje, resp. jsou vyloučeny z pojistného krytí tzv. mikroformáty anebo štěrby, které nevyžadují korektivní operace.

d) Downův syndrom (trisomie 21. chromozomu)

Chromozomální porucha způsobená přítomností trisomie 21. chromozomu. Jedinci s trizomií 21 chromozomu musí mít fyzikální vlastnosti definující nemoc klinicky: –Epikantické kožní řasy, svalová hypotonie, palmární rýha, vyčnívající jazyk atd. K těmto charakteristickým vlastnostem patří mentální retardace mírného až středního rozsahu a zpomalený psychomotorický vývoj.

e) Neprůchodnost jícnu (Atrézie jícnu)

Atrézie jícnu je vrozená malformace, v níž u jícnu není patrné propojení se žaludkem a končí ve slepém vaku. Vrozené malformace (atrézie jícnu a tracheocefalální píštěl) se často objevují v kombinaci (cca 90 %), mohou způsobit vážnou podvýživu a plicní komplikace (zápal plic) u novorozence. Nápravná operace je nutná ve všech případech.

f) Píštěl v průdušnici (Tracheocefalální píštěl)

Tracheocefalální píštěl je abnormální spojení mezi jícnem a průdušnicí (průdušnicí). Obě vrozené malformace (atrézie jícnu a tracheocefalální píštěl) se často objevují v kombinaci (cca 90%), mohou způsobit vážnou podvýživu a plicní komplikace (zápal plic) u novorozence. Nápravná operace je nutná ve všech případech.

g) Rozštěp páteře

Vrozené malformace, při níž obratlová těla páteře zcela neuzavírají oblast míchy. Pokud mícha a míšní pleny, meningy jsou v normální poloze a nevyčnívají přes malou trhlinu v páteři považuje se taková diagnóza za „skrytou“, resp. rozštěp páteře uzavřený (spina bifida occulta), která je obvykle bez příznaků. Pokud míšní pleny samostatně nebo společně s míchou vyčnívají, jedná se o rozštěp páteře otevřený (spina bifida aperta). Pokud jen míšní pleny vyčnívají (meningokéla), může být takové onemocnění bez přítomnosti neurologických poruch. Avšak v případě, že mícha vyčnívá (meningomyelokéla), dochází k celému spektru vážných neurologických deficitů. Korektivní operace je nezbytná ve všech případech spina bifida aperta. Vyloučena z tohoto připojištění je spina bifida occulta.

h) Koňská noha (Pes Equinovarus)

Vrozená vada, u níž jsou jedna noha nebo obě nohy zkroucené směrem k druhé noze. Ve srovnání s ostatními, menšími deformitami nohou u novorozence jsou všechny spoje, šlachy a vazy na nohou ovlivněny. Léčí se buď operací nebo nechirurgickou (konservativní) manipulací. Pojistná ochrana se vztahuje na obě formy ošetření. Avšak nechirurgické manipulace musí být detailně zdokumentovány odborným lékařem. Vyloučeny z tohoto připojištění jsou menší deformace nohou (např. metatarsus adductus), a dále takové diagnózy, které se vyřeší spontánně nebo pomocí jednoduchých cvičení.

Datum škodné události je den stanovení příslušné diagnózy příslušným odborným lékařem (porodníkem nebo pediatrem).

2. Onemocnění v těhotenství

Za onemocnění v těhotenství se dle těchto ZPP považují pouze následující onemocnění:

a) Zhoubný nádor v děloze (Chorokarcinom nebo Mola Hydatidoza)

Maligní (často metastazující) gestační trofoblastická nemoc. Toto onemocnění musí být verifikováno histologicky z odebrané biopsie.

b) Porucha srážlivosti krve (Diseminovaná intravaskulární koagulace – DIC)

Porucha aktivace koagulační kaskády vedoucí k vyčerpání srážecích faktorů v krvi. Hlavními příznaky jsou krvácení, případně z více míst v orgánu nebo vznik trombózy (např. hluboká žilní trombóza, selhání ledvin). Porucha vyžaduje okamžitou substituční terapii jakou je buď transfuze krve, destičkových koncentrátů, čerstvé mražené plazmy nebo antitrombinu III. DIC musí být diagnostikován porodníkem jako komplikace způsobené těhotenstvím.

c) Mimoděložní těhotenství

Mimoděložní těhotenství je stav, při kterém dojde k implantaci oplozeného vajíčka mimo děložní dutinu, jako například do děložního čípku, vaječníku, vejcovodu, břišní a pánevní dutiny. Mimoděložní těhotenství musí být diagnostikováno porodníkem a musí být ukončeno laparotomií nebo laparoskopickou chirurgií.

d) Těžké komplikace v těhotenství (Preeklampsie)

Komplikace v těhotenství, které mohou způsobit vysoký krevní tlak, proteinurii, nadměrnou tělesnou hmotnost, otoky a poruchy srážlivosti krve. Pro účely pojistné ochrany musí být splněno stanovení diagnózy těžké preeklampsie, která vyžaduje z důvodu ohrožení zdraví matky a dítěte hospitalizaci v porodnici, přičemž ovlivňuje vývoj plodu a způsobí poruchu funkce placenty. Diagnóza těžké preeklampsie musí být určena porodníkem a současně musí splňovat alespoň 3 z následujících kritérií:

- Systolický krevní tlak > 160 mm Hg
- Diastolický krevní tlak > 110 mm Hg
- Proteinurie (> 5 g bílkovin/24h)
- Zvýšení kreatininu
- Edém
- Oligurie
- Záchvaty
- Intrauterinní smrt dítěte
- HELLP syndrom

Datum škodné události je den stanovení příslušné diagnózy příslušným odborným lékařem (porodníkem nebo gynekologem).

Zvláštní pojistné podmínky pro Připojištění závažných onemocnění dětí (tarif 6019)

Úvodní ustanovení

Pro toto připojištění platí ustanovení všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob, přičemž ustanovení těchto zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. **Připojištění uvedené v těchto ZPP je životním pojištěním ve smyslu zákona.**

Článek 1

Rozsah připojištění a definice pojistné události

Pojistnou událostí v tomto připojištění je stanovení diagnózy některého z onemocnění, resp. zdravotních komplikací specifikovaných v příloze č. 2 těchto ZPP (dále jen „závažné onemocnění“) u pojištěného, které vznikly v době trvání připojištění, a to za současného splnění následujících podmínek:

- pojištěný byl naživu nejméně jeden měsíc od data škodné události;
- pojištěnému nebylo nikdy dříve diagnostikováno žádné ze závažných onemocnění uvedených v příloze č. 2 těchto pojistných podmínek ani u něj nebyla diagnostikována nemoc či úraz, které by následně vedly k některému ze závažných onemocnění uvedených v příloze č. 2 těchto ZPP; splnění této podmínky se nevyžaduje, jedná-li se o onemocnění, o kterém byl pojištětel pojištěným prokazatelně informován zejména v zdravotním dotazníku při sjednávání nebo při změně pojistné smlouvy.

Článek 2

Pojistné plnění

- V případě vzniku pojistné události podle čl. 1, odst. 1 těchto ZPP vyplatí pojištětel pojistné plnění ve výši příslušného procenta pojistné částky (uvedeného v přílohách těchto ZPP) tohoto připojištění platné k datu pojistné události, které odpovídá diagnóze v rozsahu podle přílohy č. 2.
- Dojde-li ke vzniku pojistné události, za kterou pojištětel vyplatí celou aktuální pojistnou částku (100 %), připojištění závažných onemocnění dětí zaniká.
- Dojde-li ke vzniku pojistné události a vyplatí-li pojištětel částečné pojistné plnění ve výši 25 % nebo 50 % (dále jen „částečné pojistné plnění“) z pojistné částky, pak toto připojištění nezaniká, **ale pokračuje i nadále s pojistnou částkou sníženou o hodnotu vyplaceného plnění.**
- Pokud nastane diagnóza rakoviny opakovaně a jedná se o sekundární rakovinu, která vznikla na stejném orgánu, pojištětel vyplatí pojistné plnění z aktuální pojistné částky pouze v případě, že se jedná o vyšší rozsah rakoviny (tzn. rozsah, kterému odpovídá vyšší procento pojistné částky dle příloh ZPP, než které bylo vyplaceno při předchozí škodné události).
- Pokud nastane diagnóza rakoviny opakovaně a jedná se o primární rakovinu, která vznikla na jiném orgánu nezávisle na rakovině předchozí (za niž pojištětel vyplatil částečné pojistné plnění), bude pojistné plnění vyplaceno i v případě, že rozsah této opakované rakoviny je stejný nebo nižší než rakovina předchozí.
- Pokud jedna příčina způsobí ke stejnému datu více pojistných událostí odpovídajících vymezení závažných onemocnění podle těchto ZPP, pak pojištětel vyplatí pojistné plnění odpovídající součtu procent z aktuální pojistné částky, maximálně však 100 %.
- Hodnota celkového pojistného plnění z připojištění závažných onemocnění dětí nemůže přesáhnout 100 % platné pojistné částky daného tarifu.

Článek 3

Limity pro změny v pojištění v případě částečného pojistného plnění

V případě, že dojde k výplatě částečného pojistného plnění podle čl. 2, odst. 3 (25 % nebo 50 %), není možné provádět v rámci tohoto připojištění změny typu navýšení nebo snížení pojistné částky ze strany pojištěníka. Tím není dotčeno právo pojištěníka na zánik připojištění výpovědí ani právo pojištětele na snížení pojistné částky po částečném pojistném plnění, jak je popsáno v čl. 2, odst. 3 těchto ZPP.

Článek 4

Pojistné za krytá rizika

- Pojistné za připojištění je placeno měsíčně formou pojistného za krytá rizika sjednaných připojištění ve smyslu zvláštních pojistných podmínek hlavního pojištění.
- Výše pojistného a způsob výpočtu jsou určeny v Obchodních podmínkách pojištětele.

Článek 5

Zánik připojištění

- Připojištění zanikne také k datu zániku hlavního pojištění.
- Připojištění zanikne také k datu, kdy celková výše vyplaceného pojistného plnění dosáhne 100 % z aktuální pojistné částky tohoto připojištění.

- Připojištění zanikne nejpozději v den výročí v kalendářním roce, ve kterém dítě dosáhne 18 let věku.

Článek 6

Závěrečná ustanovení

Tyto pojistné podmínky nabývají platnosti a účinnosti dne 1. 10. 2019.

Příloha č. 1 – Přehled odpovídajících procent z pojistné částky pro jednotlivá závažná onemocnění zahrnutá v připojištění závažných onemocnění dětí (tarif 6019)

Rakovina	Rakovina mírného rozsahu 25 %	Rakovina mírného až středního rozsahu 50 %	Rakovina vážného rozsahu 100 %
Poškození zraku a sluchu	Úplná slepota na 1 oko Silná slabozrakost Vážná ztráta sluchu 50 %		Úplná slepota Úplná hluchota 100 %
Rizikové operace	Nezhoubný nádor mozku 50 %		Transplantace životně důležitých orgánů, kostní dřevě či kompozitní tkáně 100 %
Ochrnutí a amputace končetin	Ztráta 1 nebo 2 končetin 50 %		Ztráta 3 nebo 4 končetin 100 %
	Ochrnutí 1 nebo 2 končetin 50 %		Ochrnutí 3 nebo 4 končetin 100 %
Neurologická onemocnění	Zánět mozku a mozkových membrán: Meningitida Encefalitida 100 %		
	Závažná epilepsie 100 %		
	Kóma 100 %		
Další onemocnění a zdravotní následky	Diabetes mellitus I. typu 100 %		
	Závažné astma 100 %		
	Náhrada kloubu (protézou) 100 %		
Následky vážných úrazů	Konečné stádium onemocnění ledvin 100 %		
	Vážné popáleniny 100 %		
	Vážné zranění hlavy 100 %		

Poznámka: Závažná onemocnění jmenovaná v této tabulce jsou definována v příloze č. 2 těchto ZPP.

Příloha č. 2 – Definice závažných onemocnění pro připojištění závažných onemocnění dětí (tarif 6019)

Rakovina

je jakýkoliv zhoubný nádor, který je pozitivně diagnostikován v rámci histologického ověření a který se vyznačuje nekontrolovaným růstem nádorových buněk a invazí do tkáně. Rakovinou se dále rozumí i vybrané méně závažné formy rakoviny a vybraná premaligní onemocnění, které jsou výslovně vyjmenovány níže u příslušného rozsahu onemocnění (mírný, střední). Rozsah onemocnění podle závažnosti diagnózy je pak definován jako mírný, mírný až střední nebo vážný následovně:

Rakovina mírného rozsahu (25 %)

- Jakýkoli nádor histologicky klasifikovaný jako mikroinvazivní nebo jako karcinom in situ;
- Maligní melanom stupně IA (T1aNO0M0);
- Kožní lymfom léčený pouze chirurgicky, bazocelulární karcinom, spinocelulární karcinom kůže;
- Rané stádium karcinomu štítné žlázy, který je menší než 1 cm v průměru a který je histologicky popsán jako T1NO0M0.

Rakovina mírného až středního rozsahu (50 %)

- Polycythemia rubra vera;
- Esenciální trombocytémie;
- Chronická lymfatická leukémie (Binet A);
- Papilární mikro-karcinom močového měchýře histologicky verifikovaný jako Ta;

- Kožní lymfom léčený chemoterapií nebo radiací;
- Monoklonální gamapatie nejistého významu (benigní gamapatie);
- Jakýkoliv druh rakoviny klasifikovaný jako T1 v klinické TNM klasifikaci (fáze I), bez metastáz lymfatických uzlin (N0) a bez vzdálených metastáz (M0), přičemž diagnóza není uvedena v rámci definice rakoviny mírného rozsahu dle těchto ZPP nebo výslovně vyloučena;
- Myelodysplastický syndrom;
- Hodgkinův lymfom a non-Hodgkinův lymfom – klinická fáze IA v Cotswolds-Modified Ann Arbor klasifikaci.

Rakovina vážného rozsahu (100 %)

- Všechny druhy rakoviny klasifikované jako fáze T2, T3 a T4 v klinické TNM klasifikaci (případně klinické fáze II, III nebo IV podle ekvivalentní klasifikace);
 - Všechny druhy rakoviny klasifikovány jako T1 v klinické klasifikaci TNM (fáze I), při nichž jsou zaznamenány metastázy v lymfatických uzlinách (N1) nebo vzdálené metastázy (M1);
 - Všechny leukémie, není-li diagnóza uvedena v rámci definice rakoviny mírného až středního rozsahu výše;
 - Všechny lymfomy, není-li diagnóza uvedena v rámci definice rakoviny mírného až středního rozsahu nebo mírného rozsahu výše nebo nejsou-li výslovně vyloučeny;
 - Gastrointestinální stromální tumor (GIST) v klinické fázi III a IV podle AJCC 2010.
- Datem pojistné události rakoviny mírného, mírného až středního anebo vážného rozsahu je den, ke kterému byla stanovena diagnóza rakoviny příslušným odborným lékařem na základě histologického nebo jiného jednoznačného vyšetření.

Pojistnou událostí (rakovinou) není:

- Jakákoli rakovina, která je histologicky klasifikována jako pre-maligní nebo neinvazivní, není-li výslovně specifikována výše jako rakovina mírného rozsahu, popř. mírného až středního rozsahu;
- Žaludeční MALT lymfom léčený pouze vymýcením (eradikací) *Helicobacter*;
- GIST nádory ve stádiu I a II podle klasifikace AJCC 2010.

Poškození zraku a sluchu

Slepota na jedno oko (50 %)

Úplná, trvalá, nevratná ztráta zraku na jednom oku (bez ohledu na stav oku druhého) způsobená nemocí nebo úrazem, která nemůže být korigována lékařskou léčbou. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem – oftalmologem. Ke vzniku onemocnění nebo úrazu vedoucího k slepotě na jedno oko musí dojít v době trvání tohoto připojištění a nesmí jít o důsledek vrozené vady. Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – oftalmologem.

Silná slabozrakost (50 %)

Těžká ztráta zraku obou očí způsobená nemocí nebo úrazem, která nemůže být korigována optickou korekcí, refraktivní chirurgií, medikací nebo jinou operací. Těžká ztráta zraku je prokazatelná zrakovou ostrostí 6/60 nebo méně (0,10 nebo méně) na zdravějším oku s nejlepší dostupnou korekcí nebo omezení zorného pole v rozsahu méně než 20° od bodu fixace na zdravějším oku s nejlepší dostupnou korekcí. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem – oftalmologem. Ke vzniku onemocnění nebo úrazu vedoucího k těžké slabozrakosti oko musí dojít v době trvání tohoto připojištění a nesmí jít o důsledek vrozené vady. Pro uznání pojistné události silné slabozrakosti je nezbytné, aby dítě bylo schopno aktivně spolupracovat při nezbytných testech vedoucích k posouzení zrakové ostrosti, příp. rozsahu zorného pole. Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – oftalmologem.

Vážná ztráta sluchu (50 %)

Jednoznačná diagnóza trvalé, nevratné významné části ztráty sluchu obou uší způsobená nemocí nebo úrazem. Diagnóza musí být potvrzena ORL specialistou a doložena průměrnou sluchovou ztrátou sluchovým prahem 70 – 90 dB při 500, 1000, 2000 Hz na zdravějším uchu při vyšetření tónovým audiogramem. Ke vzniku onemocnění nebo úrazu vedoucího k velmi těžké ztrátě sluchu musí dojít v době trvání tohoto připojištění a nesmí jít o důsledek vrozené vady. Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – ORL specialistou.

Slepoty (100 %)

Úplná, trvalá, nevratná ztráta zraku na obou očích (totální ztráta schopnosti vnímat světlo a tvary) způsobená nemocí nebo úrazem, která nemůže být korigována lékařskou léčbou. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem – oftalmologem a doložena objektivními testy (např. VER, VEP). Ke vzniku onemocnění vedoucího k oboustranné slepotě musí dojít v době trvání tohoto připojištění a nesmí jít o důsledek vrozené vady. Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – oftalmologem.

Hluchota (100 %)

Jednoznačná diagnóza úplné, trvalé, nevratné ztráty sluchu na obou uších jako následek nemoci nebo úrazu, která nemůže být korigována lékařskou léčbou. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem – ORL specialistou a doložena průměrnou sluchovou ztrátou sluchovým prahem vyšším než 90 dB při 500, 1000, 2000 Hz na zdravějším uchu při vyšetření tónovým audiogramem. U dětí mladších 3 let nebo dětí, u kterých nemůže být uskutečněno vyšetření tónovým audiogramem, musí být diagnóza doložena objektivní audiometrií (např. vyšetření evokovaných odpovědí mozkového kmene). Ke vzniku onemocnění vedoucího k oboustranné hluchotě musí dojít v době trvání tohoto připojištění a nesmí jít o důsledek vrozené vady. Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – ORL specialistou.

Rizikové operace

Nezhoubný nádor mozku (50 %)

Jednoznačná diagnóza benigního (nezhoubného) nádoru mozku, umístěného v lebeční klenbě vznikající v tkáni mozku, mozkových blan nebo lebečních nervů. Tento nádor musí být léčen nejméně jedním z následujících způsobů:

- Kompletní nebo částečné chirurgické odstranění
- Stereotaktická radiochirurgie
- Zevní radioterapie

Datem pojistné události je datum provedení operace nebo prvního ozařování. Pokud z lékařského hlediska není možná žádná léčba, musí být u pojištěného prokázán trvalý neurologický deficit, který je doložen nejméně 3 měsíce po stanovení diagnózy a který je způsobený tímto nádorem. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem – neurologem a doložena zobrazovacími metodami.

Pojistnou událostí není:

- Diagnóza nebo léčení cyst, granulomů, hamartomů, tepenné nebo venózní malformace mozku
- Nádory podvěšku mozkového

Transplantace životně důležitých orgánů, kostní dřevě a kompozitní tkáně (100 %)

Podstoupení transplantace jednoho nebo více z následujících

- Srdce
- Ledviny
- Játra (včetně rozdělení jater a přijetí jater od živého dárce)
- Plíce (včetně přijetí plicních laloků od živého dárce nebo transplantace jedné plíce)
- Kostní dřevě (allogenní transplantace hematopoetických kmenových buněk předcházející celkovému snesení kostní dřevě)

- Tenké střevo
- Slinivka břišní

Částečná nebo úplná transplantace obličeje, transplantace ruky, paže či nohy (kompozitní transplantace pojivové tkáně) je v této definici rovněž zahrnuta. Podmínky vedoucí k transplantaci musí být považovány za neléčitelné jinými způsoby, což bude potvrzeno příslušným specializovaným lékařem.

Datem pojistné události je datum provedení operace. Operace musí být provedena na území České republiky. Případná operace v zahraničí musí být předem odsouhlasena pojistitelem, a to písemnou formou. V případě nesplnění této podmínky není pojistitel povinen vyplatit pojistné plnění.

Pojistnou událostí není:

- Transplantace jiných orgánů, jiných částí těla a jiných tkání (včetně rohovky a kůže)
- Transplantace jiných buněk (včetně ostrovních buněk a kmenových buněk jiných, než hematopoetických)

Ochrnutí a amputace

Amputace jedné nebo dvou končetin (50%)

Definitivní diagnóza kompletního snesení jedné nebo dvou končetin nejméně nad zápěstím v případě horní končetiny, anebo nad kotníkem v případě dolní končetiny v důsledku úrazu nebo nemoci (lékařsky indikovaná amputace). Diagnóza musí být potvrzena příslušným lékařem specialistou.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem.

Ochrnutí jedné nebo dvou končetin (50 %)

Trvalá a úplná paralýza jedné nebo dvou končetin v důsledku úrazu nebo onemocnění míchy či mozku. V případě horní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od zápěstí níže, v případě dolní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od kotníku dolů.

Ochrnutí musí trvat více než 3 měsíce a musí být potvrzeno specialistou – neurologem a podpořeno výsledky klinických a diagnostických testů.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem - neurologem.

Pojistnou událostí není, dojde-li ke vzniku pojistné události v souvislosti s:

- Guillain-Barrého Syndromem,
- Periodickým nebo hereditárním (dědičným) ochrnutím.

Amputace tří nebo čtyř končetin (100 %)

Definitivní diagnóza kompletního snesení minimálně tří končetin, a to nejméně nad zápěstím v případě horní končetiny, anebo nad kotníkem v případě dolní končetiny, ke kterému došlo v důsledku úrazu nebo nemoci (lékařsky indikovaná amputace). Diagnóza musí být potvrzena příslušným lékařem specialistou.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem.

Ochrnutí tří nebo čtyř končetin (100 %)

Trvalá a úplná paralýza nejméně tří končetin v důsledku úrazu nebo onemocnění míchy či mozku. V případě horní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od zápěstí níže, v případě dolní končetiny se ochrnutí musí týkat minimálně části od kotníku dolů.

Ochrnutí musí trvat více než 3 měsíce a musí být potvrzeno specialistou – neurologem a podpořeno výsledky klinických a diagnostických testů.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem - neurologem.

Pojistnou událostí není, dojde-li ke vzniku pojistné události v souvislosti s:

- Guillain-Barrého Syndromem,
- Periodickým nebo hereditárním (dědičným) ochrnutím.

Neurologická onemocnění

Záněť mozku a mozkových membrán (100 %)

Definitivní diagnóza **meningitidy** nebo **encefalitidy** potvrzené příslušným odborným lékařem, která vede k trvalému neurologickému deficitu, který přetrvává alespoň 3 měsíce od data diagnózy.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza příslušným odborným lékařem.

Závažná epilepsie (100 %)

Epilepsie diagnostikovaná neurologem potvrzená vyšetřením elektroencefalografie (EEG), případně s použitím dalších vhodných vyšetření jako jsou magnetická rezonance (MRI) či pozitronová emisní tomografie (PET), přičemž se jedná o epilepsii vedoucí ke generalizovaným záchvatům nebo k vážným epileptickým syndromům (např. Dravetov syndrom, Kozhevnikov-Rasmussenův syndrom, Lennox-Gastautův syndrom, Westův syndrom, migrující fokální epilepsie u kojenců) trvajících nejméně 6 měsíců i přes adekvátní léčbu antiepileptiky či neurochirurgickou léčbu.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla doložena a zdokumentována výše uvedená diagnóza příslušným odborným lékařem – neurologem.

Kóma (100 %)

Kómátem se rozumí definitivní diagnóza stavu bezvědomí bez reakce na vnější podněty nebo vnitřní potřeby, který:

-odpovídá skóre 8 nebo méně na Glasgowské stupnici (závažná porucha) trvající po dobu nejméně 96 hodin a současně

-vyžaduje použití systémů podpory života a vede k trvalému neurologickému deficitu, který musí být vyhodnocen nejméně 30 dní po propuknutí kómatu.

Neurologickým deficitem se rozumí symptomy nebo disfunkce v nervovém systému, které jsou přítomny při klinickém vyšetření. Jedná se o symptomy jako znečtivění, přecitlivělost (hyperestezie), ochrnutí, lokální slabost, porucha řeči (dysartrie), ztráta řeči (afázie), porucha polykání (dysfagie), poškození zraku, problémy s chůzí, nedostatečná koordinace, třes, záchvaty, otupělost, demence, delirium, kóma. Za neurologický deficit se nepokládá abnormalita viditelná zobrazovacími metodami bez jednoznačně souvisejících klinických symptomů, dále výskyt neurologických příznaků bez symptomatických abnormalit (např. hyperreflexie, tj. zvýšení reflexů, bez dalších symptomů), symptomy na psychologickém či psychiatrickém podkladě.

Diagnóza musí být potvrzena specialistou a neurologický deficit musí být lékařsky zdokumentován po dobu nejméně šesti měsíců. Vyloučeny z tohoto připojištění jsou kóma sekundární a jakýkoli stav kómatu, ke kterému dojde v důsledku požití alkoholu nebo zneužívání návykových látek.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla doložena a zdokumentována výše uvedená diagnóza příslušným odborným lékařem.

Další onemocnění a zdravotní následky

Diabetes mellitus I. typu (100 %)

Chronická porucha metabolismu sacharidů, tuků a proteinů vedoucí k celkovému a nevratnému deficitu inzulínu. Diagnóza stanovená pediatrem musí trvat minimálně šest měsíců, přičemž je nutná následná léčba inzulínem.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza příslušným odborným lékařem.

Závažné astma (100 %)

Definitivní diagnóza těžkého přetrvávajícího astmatu, která vedla k nejméně dvěma přijetím v nemocnici během posledních 12 měsíců, přičemž při těchto hospitalizacích byly i přes aplikaci odpovídající léčby dokumentovány hodnoty předpokládané hodnoty ukazatele FEV1 (objem vzduchu za vteřinu usilovného výdechu) 60 % a méně.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza příslušným odborným lékařem.

Náhrada kloubu (100 %)

Podstoupení operace, při které je nefunkční kloub plně nahrazen protézou. Operace musí být odborným lékařem určena jako medicínsky nezbytná a podložena zobrazovacími metodami.

Pod touto definicí nejsou zahrnuty ortopedické operační úkony či artroplastika bez použití protézy.

Datem pojistné události je den provedení uvedené operace.

Konečné stádium onemocnění ledvin (100 %)

Chronické a nezvratné selhání funkce obou ledvin, které si vyžaduje léčbu umělou ledvinou při zařazení do pravidelného dialyzačního programu (hemodialýza nebo peritoneální dialýza). Dialýza musí být z lékařského hlediska nezbytná, což je třeba doložit potvrzením lékařem – specialistou v oboru nefrologie.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza odborným lékařem – nefrologem.

Pojistnou událostí není dočasné selhání ledvin, které vyžaduje dočasnou dialýzu.

Závažné popáleniny (100 %)

Jsou popáleniny třetího stupně pokrývající alespoň 20 % povrchu těla pojištěného. Diagnóza musí být potvrzena příslušným odborným lékařem a doložena konkrétními výsledky pomocí Lund-Browderova schématu nebo ekvivalentní medicínsky ověřenou metodou stanovení rozsahu popálenin.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla stanovena výše uvedená diagnóza příslušným odborným lékařem.

Vážné poranění hlavy (100 %)

Je těžké traumatické otevřené nebo uzavřené poškození mozkové tkáně vedoucí k vážnému a trvalému poškození, a to nejméně jednomu z následujících: sluchový deficit, záchvaty, intelektuální deficit, kognitivní deficit, deficit řeči, vizuální deficit, psychiatrický deficit, motorický deficit. Jednoznačná diagnóza musí být potvrzena příslušným odborným lékařem. Konkrétní výsledky testů musí být poskytnuty za účelem prokázání závažné a trvalé povahy poškození, které dále musí být dokumentovány po dobu nejméně šesti měsíců.

Datem pojistné události je den, ke kterému byla doložena a zdokumentována výše uvedená diagnóza příslušným odborným lékařem.

Zvláštní pojistné podmínky pro Připojištění smrti následkem úrazu (tarif 6020)

Připojištění trvalých následků úrazu s progresivním plněním od 1 % (tarif 6037)

Připojištění trvalých následků úrazu s progresivním plněním od 10 % (tarif 6033)

Úvodní ustanovení

Pro tato připojištění platí příslušná ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pojistitele pro pojištění osob, přičemž ustanovení těchto zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. **Připojištění uvedená v těchto ZPP jsou úrazovým pojištěním.**

Článek 1

Výklad pojmů

Pro tyto ZPP se vymezují následující pojmy:

Trvalé následky: Prokazatelné omezení tělesných či duševních funkcí pojištěného, které již z medicínského hlediska nejsou schopny zlepšení a k němuž dojde v důsledku úrazu a které zanechá procento poškození určené přílohou č. 2 ZPP nejmeně ve výši 1 % pro tarif 6037 nebo nejmeně ve výši 10 % pro tarif 6033.

Procento poškození: Příslušné procento, nejvýše však 100 %, jež ohodnocuje následky úrazu, který způsobil pojistnou událost, podle přílohy č. 2 ZPP. Jestliže je v příloze č. 2 ZPP pro následek úrazu určeno procento poškození formou rozmezí, je procento poškození určeno pojistitelem určeným zdravotnickým zařízením nebo jiným odborným pracovníkem pojistitele podle závažnosti následku úrazu.

Progresivní plnění: Způsob výpočtu pojistného plnění podle čl. 2, odst. 5 ZPP, dojde-li ke vzniku úrazu, v jehož důsledku dojde ke vzniku procenta poškození nejmeně ve výši 26 % (určeného dle přílohy č. 2). Plnění včetně progresu je dle příslušného procenta poškození určeno v souladu s přílohou č. 1 těchto ZPP.

Úraz: Dle definice pojmu úraz ve Všeobecných pojistných podmínkách pro pojištění osob.

Článek 2

Obsah připojištění a vymezení pojistné události

- Pojistnou událostí v připojištění smrti následkem úrazu je úraz, ke kterému došlo v době trvání připojištění a který do tří let od svého vzniku způsobí smrt pojištěného.
- Pojistnou událostí v připojištění trvalých následků úrazu s progresivním plněním od 1 % (dále jen „trvalé následky“) je úraz, ke kterému došlo v době trvání připojištění a který do tří let od svého vzniku zanechá pojištěnému trvalé následky.
- Pojistnou událostí v připojištění trvalých následků úrazu s progresivním plněním od 10 % je úraz, ke kterému došlo v době trvání připojištění, a který do tří let od svého vzniku zanechá pojištěnému trvalé následky s procentem poškození ve výši minimálně 10 %.
- Pojistitel vyplatí v případě pojistné události podle čl. 2 odst. 1 pojistné plnění ve výši pojistné částky tohoto připojištění platné k datu pojistné události snížené o již vyplacená pojistná plnění z připojištění trvalých následků za úraz, v jehož důsledku došlo ke smrti pojištěného.
- Pojistitel vyplatí v případě pojistné události podle čl. 2 odst. 2 nebo odst. 3 těchto ZPP pojistné plnění ve výši procenta poškození (viz příloha č. 2) z pojistné částky tohoto připojištění platné k datu pojistné události, přičemž zohlední případné progresivní plnění dle přílohy č. 1 těchto ZPP v případě, že je procento poškození rovno nejmeně 26 %. Maximální výše progresivního plnění činí v případě stanoveného procenta poškození ve výši 100 % dle přílohy č. 2 pětinašobek sjednané pojistné částky.
- Jestliže před výplatou pojistného plnění za trvalé následky úrazu pojištěný zemře, pojistitel vyplatí oprávněné osobě částku, která odpovídá rozsahu prokazatelných trvalých následků úrazu pojištěného v době jeho smrti.
- V případě vzniku trvalých následků poskytuje pojistitel pojištěnému pojistné plnění v prvním pojistném roce po úrazu jen v těch případech, kdy lze z lékařského hlediska jednoznačně stanovit druh a rozsah poškození. Pokud není jednoznačně určen stupeň trvalých následků nebo dojde-li k jejich zhoršení, jsou pojistitel i pojištěný oprávněni nechat stupeň poškození každoročně, nejdéle však po dobu čtyř let ode dne vzniku úrazu, nově vyměřit.
- Pojistnou událostí podle čl. 2 odst. 2 nebo podle odst. 3 připojištění nezániká.
- Pojistnou událostí v připojištění trvalých následků úrazu v případě ztráty zubu je pouze takový úraz, v jehož důsledku pojištěný musel vyhledat pomoc odborného lékaře. Pojistitel vyplatí v případě pojistné události pojistné plnění ve výši procenta poškození (viz. příloha č. 2) z pojistné částky tohoto připojištění,

platné k datu pojistné události, max. však do výše 5 000 Kč za jeden poškozený zub.

- V případě, že jediný úraz zanechá pojištěnému několik trvalých následků různého druhu, hodnotí se celkové trvalé následky úrazu za účelem stanovení procenta poškození součtem procent poškození pro jednotlivé trvalé následky. Pojistitel je v tomto případě povinen přiznat procento poškození do max. výše 100 %.
- Týká-li se jednotlivé trvalé následky téhož údu, končetiny, orgánu nebo jejich částí, hodnotí se jako celek, a to nejvýše procentem poškození stanoveným v příloze č. 2 pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného údu, končetiny, orgánu nebo jejich částí.
- V případě, že dojde k pojistné události podle čl. 2, odst. 2 nebo odst. 3 a nelze-li určit procento poškození podle přílohy č. 2, stanoví pojistitel ve spolupráci s jím určeným odborným lékařem procento poškození takovým způsobem, že použije hodnoty v příloze č. 2 analogicky, přičemž použije takové procento poškození, které je danému trvalému následku svou povahou nejbližší.
- V případě, že dojde k pojistné události podle čl. 2, odst. 2 nebo odst. 3 a v příloze č. 2 není pro danou diagnózu uveden interval plnění a současně nedosahuje-li stupeň poškození dle lékařského posudku požadované výše, považuje pojistitel uvedené procento poškození v příloze č.2, jako horní hranici plnění.
- Dojde-li ke vzniku trvalých následků u části těla nebo orgánu, jehož funkce byly sníženy již před úrazem, stanoví se jejich procento poškození v souladu s přílohou č. 2 takovým způsobem, že se procento poškození sníží o takovou výši, která odpovídá procentnímu poškození, které úrazu předcházelo. Předcházející poškození se stanoví rovněž podle přílohy č. 2.

Článek 3

Kosmetické operace

- V případě, že dojde ke vzniku pojistné události z připojištění trvalých následků úrazu s progresivním plněním od 1 % nebo 10 % (tarif 6037 nebo tarif 6033), má pojištěný nárok na plnění za kosmetické operace ve výši skutečných nákladů po odečtení úhrady provedené zdravotní pojišťovnou pojištěného.
- Kosmetické operací** se rozumí operace za účelem odstranění deformace povrchu těla pojištěného, které bylo poškozeno pojistnou událostí z tohoto připojištění takovým způsobem, že po ukončení léčení zůstal vnější vzhled pojištěného poškozen. Součástí kosmetické operace je i nezbytné klinické ošetření.
- Rozhodne-li se pojištěný pro kosmetickou operaci za účelem odstranění uvedeného poškození, uhradí pojistitel náklady související s kosmetickou operací a klinickým ošetřením (jmenovitě lékařský honorář, léky, obvazy a jiné lékařem předepsané léčebné prostředky, ubytování a léčebnou péči na klinice), a to **maximálně do výše 10 % sjednané pojistné částky** z příslušného připojištění trvalých následků (tarif 6037 nebo tarif 6033), **maximálně však 200 000 Kč**. V případě, že se kosmetická operace týká trvalého zubu, je maximální výše pojistného plnění stanovena na 5 000 Kč za jeden zub.
- Náklady související s kosmetickou operací a klinickým ošetřením pojištěného budou pojistitelem uhrazeny pouze tehdy, pokud se kosmetická operace uskuteční do tří let od data úrazu. Výjimkou je kosmetická operace u osoby mladší 18 let, u níž musí být uskutečněna nejpозději před dovršením 21. roku věku.

Článek 4

Zvýšené plnění pro tarif 6037 nebo tarif 6033

- V případě, že dojde ke vzniku pojistné události v důsledku dopravní nehody vyhradně ve veřejném hromadném dopravním prostředku (např. autobus, letadlo, vlak, metro, tramvaj, trolejbus apod.), poskytne pojistitel plnění ve výši dvojnásobku nároku určeného podle čl. 2, odst. 5 těchto ZPP.
- Dopravní nehodou se rozumí taková škodná událost, při níž je pojištěný jejím přímým účastníkem jako cestující v hromadném dopravním prostředku.

Článek 5

Pojistné za krytá rizika

- Pojistné za připojištění je placeno měsíčně formou pojistného za krytá rizika sjednaných připojištění ve smyslu zvláštních pojistných podmínek hlavního pojištění.
- Výše pojistného a způsob jeho výpočtu jsou uvedeny v Obchodních podmínkách pojistitele.

Článek 6

Zánik připojištění

- Připojištění zaniknou také datem zániku hlavního pojištění.
- Připojištění zaniknou také výplatou pojistného plnění za poškození odpovídající 100 % z jedné pojistné události podle přílohy č. 2.

Článek 7

Závěrečná ustanovení

Tyto pojistné podmínky nabývají platnosti dne 1. 10. 2019.

Příloha č. 1 ke Zvláštním pojistným podmínkám připojištění trvalých následků úrazu s progresivním plněním

Procento poškození	Plnění	Procento poškození	Plnění	Procento poškození	Plnění
1 %	1 %	35 %	55 %	69 %	195 %
2 %	2 %	36 %	58 %	70 %	200 %
3 %	3 %	37 %	61 %	71 %	205 %
4 %	4 %	38 %	64 %	72 %	210 %
5 %	5 %	39 %	67 %	73 %	215 %
6 %	6 %	40 %	70 %	74 %	220 %
7 %	7 %	41 %	73 %	75 %	225 %
8 %	8 %	42 %	76 %	76 %	236 %
9 %	9 %	43 %	79 %	77 %	247 %
10 %	10 %	44 %	82 %	78 %	258 %
11 %	11 %	45 %	85 %	79 %	269 %
12 %	12 %	46 %	88 %	80 %	280 %
13 %	13 %	47 %	91 %	81 %	291 %
14 %	14 %	48 %	94 %	82 %	302 %
15 %	15 %	49 %	97 %	83 %	313 %
16 %	16 %	50 %	100 %	84 %	324 %
17 %	17 %	51 %	105 %	85 %	335 %
18 %	18 %	52 %	110 %	86 %	346 %
19 %	19 %	53 %	115 %	87 %	357 %
20 %	20 %	54 %	120 %	88 %	368 %
21 %	21 %	55 %	125 %	89 %	379 %
22 %	22 %	56 %	130 %	90 %	390 %
23 %	23 %	57 %	135 %	91 %	401 %
24 %	24 %	58 %	140 %	92 %	412 %
25 %	25 %	59 %	145 %	93 %	423 %
26 %	28 %	60 %	150 %	94 %	434 %
27 %	31 %	61 %	155 %	95 %	445 %
28 %	34 %	62 %	160 %	96 %	458 %
29 %	37 %	63 %	165 %	97 %	467 %
30 %	40 %	64 %	170 %	98 %	479 %
31 %	43 %	65 %	175 %	99 %	489 %
32 %	46 %	66 %	180 %	100 %	500 %
33 %	49 %	67 %	185 %		
34 %	52 %	68 %	190 %		

Příloha č. 2: Oceňovací tabulka připojištění trvalých následků úrazu (tarify 6037, 5136, 6033)

Číslo diagnózy	Trvalý následek	Procento poškození
	Hlava a smyslové orgány	
1	úplná ztráta obou očí	100%
2	úplná ztráta jednoho oka	50 %
3	ztráta čočky na jednom oku, která nezpůsobila slepotu	15 %
4	ztráta čočky na obou očích, která nezpůsobila slepotu	30 %
5	snížení zrakové ostrosti či ztráta zraku jednoho oka – hodnocení dle pomocné tabulky (příloha č. 3)	viz přílohu č. 3
6	snížení zrakové ostrosti či ztráta zraku obou očí – hodnocení dle pomocné tabulky (příloha č. 3)	viz přílohu č. 3
7	úplná ztráta sluchu obou uší	60 %
8	úplná ztráta sluchu jednoho ucha	15 %
9	traumatické poškození sluchu jednoho ucha (na základě audiometrického vyšetření)	1–10 %
10	traumatické poškození sluchu obou uší (na základě audiometrického vyšetření)	11–20 %
11	úplná ztráta jednoho celého boltce	10 %
12	úplná ztráta obou celých boltců	15 %
13	deformace nosní přepážky s funkčně významnou poruchou nosní průchodnosti	2%
14	úplná ztráta celého nosu	20%
15	chronický atrofický zánět sliznice nosní po poleptání nebo po popálení	do 10 %
16	částečné odstranění dolní čelisti nebo poloviny čelistní kosti	40%
17	trvalé následky po jednoduché zlomenině spodiny lebeční	1%
18	trvalé následky po komplikované zlomenině spodiny lebeční	10%
19	úplný defekt v klenbě lebni v rozsahu do 2 cm ²	5%
20	úplný defekt v klenbě lebni v rozsahu do 10 cm ²	15%
21	úplný defekt v klenbě lebni v rozsahu nad 10 cm ²	20%
22	úplná traumatická porucha lícního a trojklaného nervu po ukončení léčby	10%
23	poškození tváře (po ukončení léčby) – podélné keloidní jizvy od 2 cm do 4 cm	1%
24	poškození tváře (po ukončení léčby) – podélné keloidní jizvy nad 4 cm	3%
25	poškození tváře (po ukončení léčby) – podélné jizvy nad 5 cm	2%
26	omezení hybnosti sanice s možností oddálení čelistí do 1 cm	5%
27	úplná nehybnost sanice	25%
28	ztráta více než poloviny jazyka	10%
29	ztráta celého jazyka	40%

30	ztráta jednoho zubu (více než poloviny)	1%	
31	ztráta každého dalšího zubu (více než poloviny)	1%	
32	ztráta více než 5 zubů (ztráta 6 a každého dalšího zubu)	2%	
33	ztráta vitality	neplní se	
34	ztráta, nalomení, poškození mléčného zubu a umělého chrupu	neplní se	
35	vážné neurologické mozkové poruchy po těžkém poranění hlavy lehkého stupně	20%	
36	vážné neurologické mozkové poruchy po těžkém poranění hlavy středního stupně	50%	
37	vážné neurologické mozkové poruchy po těžkém poranění hlavy těžkého stupně	100%	
	Krk		
38	stav po úrazu průdušnice nebo hrtanu s trvale zavedenou kanylou	50%	
39	ztráta hlasu (afonie)	25%	
40	ztráta mluvy následkem poškození ústrojí mluvy	30%	
	Úrazy hrudníku, plic, srdce nebo jícnu		
41	následky poranění plic a hrudníku podle stupně porušení funkce a rozsahu – jednostranné	20–40%	
42	následky poranění plic a hrudníku podle stupně porušení funkce a rozsahu – oboustranné	40–80%	
43	poruchy srdeční a cévní, klinicky ověřené, podle stupně porušení funkce	20–80%	
44	píštěl jícnu	30%	
45	poúrazové zúžení jícnu lehkého stupně	10%	
46	poúrazové zúžení jícnu středního až těžkého stupně	30–60%	
	Břicho a trávicí orgány		
47	porušení funkce trávicích orgánů podle stupně poruchy funkce	20–80%	
48	ztráta sleziny	20%	
49	sterkorální píštěl podle sídla a rozsahu reakce v okolí	30–60%	
50	poúrazové zúžení konečníku podle rozsahu	10–40%	
	Močové a pohlavní orgány		
51	ztráta jedné ledviny	25%	
52	ztráta obou ledvin	75%	
53	píštěl močového měchýře nebo močové trubice	50%	
54	ztráta jedné pohlavní žlázy	20%	
55	ztráta obou pohlavních žláz	50%	
56	ztráta nebo závažné deformity zevních pohlavních orgánů včetně prsů u žen	10–50%	
	Páteř a mícha		
57	omezení hybnosti páteře lehkého stupně	5–10%	
58	omezení hybnosti páteře středního stupně	11–25%	
59	omezení hybnosti páteře těžkého stupně	26–55%	
	(nelze současně hodnotit podle položek 60–62)		
60	poúrazové poškození míchy, míšních plen a kořenů s trvalými objektivními příznaky porušené funkce – lehkého stupně	10–25%	
61	poúrazové poškození míchy, míšních plen a kořenů s trvalými objektivními příznaky porušené funkce – středního stupně	26–40%	
62	poúrazové poškození míchy, míšních plen a kořenů s trvalými objektivními příznaky porušené funkce – těžkého stupně	41–100%	
	(nelze současně hodnotit podle položek 57–59)		
	Pánev		
63	porušení souvislosti pánevního prstence pouze s poruchou statiky páteře a funkce dolních končetin	15–65%	
	Horní končetiny		
	Hodnota ze sloupce „Domin.“ se použije, pokud dojde k trvalým následkům na dominantní horní končetině, tzn. u praváka na pravé, u leváka na levé. Hodnota ze sloupce „Nedomin.“ se použije v případě trvalých následků na nedominantní horní končetině.	Domin.	Nedomin.
64	ztráta horní končetiny v ramenním kloubu nebo v oblasti mezi loketním a ramenním kloubem	70%	60%
65	úplná ztuhlost ramenního kloubu v nepříznivém postavení (úplná abdukce, addukce nebo postavení jim blízká)	35%	30%
66	úplná ztuhlost ramenního kloubu v příznivém postavení (abdukce 50°, předpažení 45°, vnitřní rotace 20°)	30%	25%
67	omezení hybnosti ramenního kloubu lehkého stupně	1–5%	1–3%
68	omezení hybnosti ramenního kloubu středního stupně (vzpažení předpažením do 135°)	10%	8%
69	omezení hybnosti ramenního kloubu těžkého stupně (vzpažení předpažením do 90°)	18%	15%
70	pakloub kosti pažní	40%	35%
71	chronický zánět kostní dřeně jen po otevřených zraněních nebo po operativních zákrocích nutných k léčení následků úrazu	30%	25%
72	endoprotéza ramenního kloubu	30%	35%
73	nenapravitelné vykloubení sternoklavikulární kromě případné poruchy funkce	5%	3%
74	nenapravitelné vykloubení akromioklavikulární kromě případné poruchy funkce ramenního kloubu	6%	5%
75	trvalé následky po přetržení dlouhé hlavy dvouhlavého svalu při neporušené funkci ramenního a loketního kloubu	3%	2%
76	úplná ztuhlost loketního kloubu v nepříznivém postavení (úplné natažení nebo úplné ohnutí a postavení jim blízká)	30%	25%
77	úplná ztuhlost loketního kloubu v příznivém postavení nebo v postavení jemu blízkých (ohnutí v úhlu do 90°)	20%	16%
78	omezení pohyblivosti loketního kloubu	1–18%	1–15%

79	úplná ztuhlost kloubů radioulnárních v nepříznivém postavení nebo v postaveních jemu blízkých (v maximální pronaci nebo supinaci – v krajním odvrácení nebo přivrácení)	20%	16%
80	úplná ztuhlost kloubů radioulnárních v příznivém postavení (střední postavení nebo lehká pronace)	20%	16%
81	pakloub obou kostí předloktí	40%	30%
82	pakloub kosti vřetenní	30%	25%
83	pakloub kostí loketní	20%	15%
84	chronický zánět kostní dřene kostí předloktí (jen po otevřených zraněních nebo po operativních zákrocích nutných k léčení následků úrazu)	25%	20%
85	viklavý kloub loketní	20%	15%
86	totální protéza lokte po úrazu	30%	30%
87	ztráta předloktí při zachovalém loketním kloubu	60%	50%
88	ztráta ruky v zápěstí	55%	45%
89	ztráta všech prstů ruky	50%	42%
90	ztráta prstů ruky mimo palec	45%	38%
91	úplná ztuhlost zápěstí v nepříznivém postavení nebo postaveních jemu blízkých (úplné dlaňové nebo hřbetní ohnutí ruky)	30%	25%
92	úplná ztuhlost zápěstí v příznivém postavení	20%	15%
93	pakloub člunkové kosti	15%	13%
94	omezení pohyblivosti zápěstí	1–20%	1–15%
95	ztráta koncového článku palce	9%	7%
96	ztráta palce se záprstní kostí	25%	21%
97	ztráta obou článků palce	20%	15%
98	úplná ztuhlost mezičlánkového kloubu palce v nepříznivém postavení (krajní ohnutí)	8%	7%
99	úplná ztuhlost základního kloubu palce	6%	5%
100	úplná ztuhlost karpometakarpálního kloubu palce podle stupně	1–9%	1–7%
101	úplná ztuhlost všech kloubů palce v nepříznivém postavení	25%	20%
102	porucha úchopové funkce palce při omezení mezičlánkového kloubu	1–6%	1–5%
103	porucha úchopové funkce palce při omezení pohyblivosti základního kloubu	1–8%	1–7%
104	porucha úchopové funkce palce při omezení pohyblivosti karpometakarpálního kloubu	1–9%	1–7%
105	ztráta koncového článku ukazováku nebo části tohoto článku	1–5%	1–4%
106	ztráta obou článků ukazováku	8%	6%
107	ztráta všech tří článků ukazováku	12%	10%
108	úplná ztuhlost všech tří kloubů ukazováku v krajním natažení	12%	10%
109	úplná ztuhlost všech tří kloubů ukazováku v krajním ohnutí	15%	12%
110	porucha úchopové funkce ukazováku – do úplného sevření do dlaně chybí 1 až 2 cm	4%	3%
111	porucha úchopové funkce ukazováku – do úplného sevření do dlaně chybí 2 až 3 cm	6%	4%
112	porucha úchopové funkce ukazováku – do úplného sevření do dlaně chybí 3 až 4 cm	8%	6%
113	porucha úchopové funkce ukazováku – do úplného sevření do dlaně chybí přes 4 cm	10%	8%
114	nemožnost úplného natažení základního kloubu ukazováku s poruchou abdukce	3%	2%
115	ztráta celého prstu (prostředníku, prsteníku, malíku) s příslušnou kostí záprstní	9%	7%
116	ztráta všech tří článků prstu (prostředníku, prsteníku, malíku) nebo dvou článků se ztuhlostí základního kloubu	8%	6%
117	ztráta koncového článku prstu (prostředníku, prsteníku, malíku)	3%	2%
118	úplná ztuhlost všech tří kloubů prstu (prostředníku, prsteníku, malíku) v krajním natažení nebo ohnutí (v postavení bránícím funkci sousedních prstů)	9%	7%
119	poruchy úchopové funkce prstu (prostředníku, prsteníku, malíku) – do úplného sevření do dlaně chybí 1 až 2 cm	2%	1%
120	poruchy úchopové funkce prstu (prostředníku, prsteníku, malíku) – do úplného sevření do dlaně chybí 2 až 3 cm	3%	2%
121	poruchy úchopové funkce prstu (prostředníku, prsteníku, malíku) – do úplného sevření do dlaně chybí 3 až 4 cm	5%	4%
122	poruchy úchopové funkce prstu (prostředníku, prsteníku, malíku) – do úplného sevření do dlaně chybí přes 4 cm	8%	6%
123	nemožnost úplného natažení jednoho z mezičlánkových kloubů	1%	1%
124	větší ztráta měkkých částí apexu prstu se současnou deformací nehtu palce nebo ukazováku	2%	1%
	Traumatické poruchy nervů horní končetiny (potvrzené EMG vyšetřením)		
	(v hodnocení jsou již zahrnuty případné poruchy vasomotorické a trofické)		
125	traumatická porucha nervu axilárního	1–30%	1–25%
126	traumatická porucha kmene nervu vřetenního s postižením všech inervovaných svalů	1–45%	1–37%
127	traumatická porucha kmene nervu vřetenního se zachováním funkce trojhlavého svalu	1–35%	1–27%
128	obrna distální části vřetenního nervu s poruchou funkce palcových svalů	1–15%	1–12%
129	traumatická porucha nervu muskulokutanního	1–30%	1–20%
130	traumatická porucha distálního kmene loketního nervu s postižením všech inervovaných svalů	1–40%	1–33%
131	traumatická porucha distální části loketního nervu se zachováním funkce ulnárního ohýbače karpu a části hlubokého ohýbače prstů	1–30%	1–25%
132	traumatická porucha středního nervu s postižením všech inervovaných svalů	1–30%	1–25%
133	traumatická porucha všech tří nervů (popřípadě celé pleteně pažní)	1–60%	1–50%
	Dolní končetiny		
134	ztráta jedné dolní končetiny v kyčelním kloubu		60%

135	ztráta jedné dolní končetiny v oblasti mezi kyčelním a kolenním kloubem	60%
136	pakloub stehenní kosti nebo nekróza hlavice	40%
137	endoprotéza kyčelního kloubu bez hodnocení omezení hybnosti kloubu	30%
138	chronický zánět kostní dřevě kosti stehenní (jen po otevřených zraněních nebo po operativních zákrocích nutných k léčení následků úrazu)	1–25%
139	zkrácení jedné dolní končetiny – o 2 až 4 cm	5%
140	zkrácení jedné dolní končetiny – o 4 až 6 cm	15%
141	zkrácení jedné dolní končetiny – o více než 6 cm	25%
142	poúrazové deformity kosti stehenní (zlomeniny zhojené s úchylkou osovou nebo rotační) – za každých celých 5° úchylky (úchylky přes 45° se hodnotí jako ztráta končetiny; při hodnocení osové úchylky nelze současně hodnotit zkrácení končetiny; úchylky se hodnotí teprve tehdy, když přesahují 5°)	5%
143	úplná ztuhlost kyčelního kloubu v nepříznivém postavení (úplné přitažení nebo odtažení, natažení nebo ohnutí a postavení těmto blízká)	40%
144	úplná ztuhlost kyčelního kloubu v příznivém postavení (lehké odtažení a základní postavení nebo nepatrné ohnutí)	30%
145	omezení pohyblivosti kyčelního kloubu – lehkého stupně	1–10%
146	omezení pohyblivosti kyčelního kloubu – středního stupně	11–20%
147	omezení pohyblivosti kyčelního kloubu – těžkého stupně	21–30%
148	úplná ztuhlost kolena v nepříznivém postavení – úplné natažení nebo ohnutí nad úhel 20°	30%
149	úplná ztuhlost kolena v nepříznivém postavení – úplné natažení nebo ohnutí nad úhel 30°	45%
150	úplná ztuhlost kolena v příznivém postavení	1–25%
151	endoprotéza v oblasti kolenního kloubu bez hodnocení omezení hybnosti kloubu	15%
152	omezení hybnosti kolenního kloubu – lehkého stupně	1–8%
153	omezení hybnosti kolenního kloubu – středního stupně	9–12%
154	omezení hybnosti kolenního kloubu – těžkého stupně	13–25%
155	viklavost kolenního kloubu – v důsledku nedostatečnosti postranního vazy	1–5%
156	viklavost kolenního kloubu – v důsledku nedostatečnosti předního zkříženého vazy	6–15%
157	viklavost kolenního kloubu – v důsledku nedostatečnosti předního i zadního zkříženého vazy	16–25%
158	trvalé následky po operativním vynětí nejméně 1/3 menisku s poruchou funkce kolenního kloubu	1–5%
159	trvalé následky po operativním vynětí nejméně 1/3 menisku u obou menisků	1–10%
160	ztráta dolní končetiny v bérce se ztuhlým kolenním kloubem	50%
161	ztráta dolní končetiny v bérce se zachováním kolenního kloubu	40%
162	pakloub kosti holenní nebo obou kostí bérce	40%
163	chronický zánět kostní dřevě kostí bérce (jen po otevřených zraněních nebo po operativních zákrocích nutných k léčení následků úrazu)	1–22%
164	poúrazové deformity bérce vzniklé zhojením zlomeniny v osové nebo rotační úchylce (úchylky musí být prokázány rtg. vyšetřením) – za každých 5° úchylky (úchylky přes 45° se hodnotí jako ztráta bérce; při hodnocení osové úchylky nelze současně hodnotit zkrácení končetiny; úchylky se hodnotí teprve tehdy, když přesahují 5°)	5%
165	ztráta nohy v hlezenném kloubu nebo pod ním	40%
166	ztráta chodidla v Chopartově kloubu s arthrodezou hlezna	30%
167	ztráta chodidla v Chopartově kloubu s pahylem v plantární flexi	40%
168	ztráta chodidla v Lisfrancově kloubu nebo pod ním	25%
169	úplná ztuhlost hlezenního kloubu v nepříznivém postavení (dorsální flexe nebo větší stupeň plantární flexe nad 20°)	30%
170	úplná ztuhlost hlezenního kloubu v pravoúhlém postavení	20%
171	úplná ztuhlost hlezenního kloubu v příznivém postavení (ohnutí plosky kolem 5°)	1–20%
172	omezení pohyblivosti hlezenního kloubu – lehkého stupně	1–5%
173	omezení pohyblivosti hlezenního kloubu – středního stupně	6–10%
174	omezení pohyblivosti hlezenního kloubu – těžkého stupně	11–20%
175	úplná ztráta pronace a supinace hlezenního kloubu (izolovaná)	15%
176	omezení pronace a supinace hlezenního kloubu (izolované)	1–12%
177	viklavost hlezenního kloubu v důsledku nedostatečnosti předního nebo zadního vazy	1–15%
178	vbočená nebo vybočená noha následkem úrazu a jiné poúrazové deformity v oblasti hlezna a nohy	1–25%
179	chronický zánět kostní dřevě v oblasti tarzu a metatarzu a kosti patní (jen po otevřených zraněních nebo po operativních zákrocích nutných k léčení následků úrazu)	1–15%
180	stav po operaci Achillovy šlachy pro posttraumatickou rupturu	1–3%
181	ztráta všech prstů nohy	15%
182	ztráta obou článků palce nohy	10%
183	ztráta koncového článku palce nohy	3%
184	ztráta jiného prstu nohy (včetně malíku) – za každý prst	2%
185	úplná ztuhlost mezičládkového kloubu palce nohy	3%
186	úplná ztuhlost základního kloubu palce nohy	7%
187	úplná ztuhlost obou kloubů palce nohy	9%
188	poúrazové oběhové a trofické poruchy na jedné dolní končetině	1–15%
189	poúrazové oběhové a trofické poruchy na obou dolních končetinách	1–30%
190	poúrazové atrofie svalstva končetin při neomezeném rozsahu pohybu v kloubu na stehně	1–5%
191	poúrazové atrofie svalstva končetin při neomezeném rozsahu pohybu v kloubu na bérce	1–3%

192	traumatická porucha nervu sedacího	1–50%
193	traumatická porucha nervu stehenního	1–30%
194	traumatická porucha nervu obturatorii	1–20%
195	traumatická porucha kmene nervu holenního s postižením všech inervovaných svalů	1–35%
196	traumatická porucha distální části nervu holenního s postižením funkce prstů	1–5%
197	traumatická porucha kmene nervu lýtkového s postižením všech inervovaných svalů	1–30%
198	traumatická porucha hluboké větve nervu lýtkového	1–20%
199	traumatická porucha povrchní větve nervu lýtkového	1–10%
	V hodnocení poruch nervů jsou již zahrnuty případné poruchy vasomotorické a trofické.	
	Jiné úrazy	
	Jizvy a deformity neuvedené v této tabulce, které nezanechají funkční poškození, nejsou v tomto připojištění trvalým následkem úrazu.	
	Poúrazové pigmentační změny nejsou v tomto připojištění trvalým následkem úrazu.	

Příloha č. 3: Tabulka – stupeň poškození při snížené zrakové ostrosti (doplnění pro diag. č. 5 a 6)

Vizus	6/6	6/9	6/12	6/15	6/18	6/24	6/36	6/60	3/60
6/6	0 %	2 %	4 %	6 %	9 %	12 %	15 %	18 %	25 %
6/9	2 %	4 %	6 %	9 %	12 %	15 %	18 %	21 %	28 %
6/12	4 %	6 %	9 %	12 %	15 %	18 %	21 %	25 %	31 %
6/15	6 %	9 %	12 %	15 %	18 %	21 %	25 %	29 %	35 %
6/18	9 %	12 %	15 %	18 %	21 %	25 %	29 %	33 %	39 %
6/24	12 %	15 %	18 %	21 %	25 %	29 %	33 %	38 %	44 %
6/36	15 %	18 %	21 %	25 %	29 %	33 %	38 %	43 %	49 %
6/60	18 %	21 %	25 %	29 %	33 %	38 %	43 %	49 %	55 %
3/60	25 %	28 %	31 %	35 %	39 %	44 %	49 %	55 %	65 %

Zvláštní pojistné podmínky pro Připojištění denního odškodného při úrazu (tarif 5092) Připojištění denního odškodného při úrazu PLUS (tarif 5094)

Úvodní ustanovení

Pro tato připojištění platí příslušná ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob, přičemž ustanovení těchto zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. **Připojištění uvedená v těchto ZPP jsou úrazovým pojištěním.**

Článek 1 Výklad pojmů

Pro tyto ZPP se vymezují následující pojmy:

Úraz: úraz dle definice ve Všeobecných pojistných podmínkách pro pojištění osob.

Čistý měsíční příjem: dle povahy výdělečné činnosti se čistým měsíčním příjmem rozumí:

- u zaměstnance – příjmy ze závislé činnosti a funkční požitky podle zákona o daních z příjmů, v platném znění, které připadají průměrně na jeden měsíc příslušného kalendářního čtvrtletí; čistý měsíční příjem pojištěného se dokládá potvrzením plátce mzdy o výši jeho čistého příjmu za poslední kalendářní čtvrtletí předcházející dni počátku pojistné události,
- u OSVČ – příjmy z podnikání a jiné samostatné činnosti podle zákona o daních z příjmů, v platném znění, které připadají průměrně na jeden měsíc příslušného zdaňovacího období; čistý příjem pojištěného se dokládá úředně ověřenou kopií jeho příznání k dani z příjmů fyzických osob za zdaňovací období předcházející dni počátku pojistné události.

Pro účely posouzení úrazu uvedeného v oceňovacích tabulkách (Příloha č. 1 a 2) se vymezují následující pojmy:

Rána chirurgicky ošetřená znamená odborným lékařem provedená revize, excize, stehy (šitura) rány – tj. ošetření odborným lékařem chirurgického oboru, vynětí rozhmotěné tkáně (je-li důvod).

Pohmoždění těžšího stupně:

Pod pojmem „těžší stupeň“ je chápáno pohmoždění, které vykazuje příznaky nejméně ve formě hematomu nebo nebo které je léčeno pevnou fixací (dlaha, sádra; nikoli však např. obinadlo).

Zobrazovací metodou se rozumí diagnostická zobrazovací metoda jakou je rentgenové vyšetření (RTG), ultrazvukové vyšetření (sonografie), magnetická rezonance (MR, MRI), počítačová tomografie (CT), elektromyografie (EMG), elektroencefalografie (EEG), elektrokardiografie (EKG), artroskopie (ASK) apod.

Článek 2 Rozsah připojištění a definice pojistné události

- Pojistnou událostí v připojištění denního odškodného při úrazu je úraz ve smyslu všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob, ke kterému došlo v době trvání připojištění a jehož doba nezbytného léčení tělesného poškození následkem tohoto úrazu doložená lékařským potvrzením přesáhne 21 dní.
- Pojistnou událostí v připojištění denního odškodného při úrazu PLUS je úraz ve smyslu všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob, ke kterému došlo v době trvání připojištění, jehož doba nezbytného léčení tělesného poškození následkem tohoto úrazu doložená lékařským potvrzením dosáhla nejméně 7 dní, a který je uveden v Oceňovací tabulce pro denní odškodné při úrazu PLUS (viz přílohu č. 1).
- Pojistnou událostí podle čl. 2 odst. 1 a 2 připojištění nezaniká.
- Pojistitel poskytuje v případě pojistné události dle čl. 2 odst. 1 jednorázově denní odškodné ve výši platné k datu vzniku pojistné události za počet dní uvedených v Oceňovací tabulce pro denní odškodné při úrazu (viz přílohu č. 2). Oceňovací tabulka pro denní odškodné při úrazu stanovuje počet dnů za jednotlivé diagnózy. Současně určuje i diagnózy, za které pojištitel pojistné plnění neposkytuje.
- Není-li tělesné postižení vzniklé pojistnou událostí dle čl. 2 odst. 1 obsaženo v Oceňovací tabulce pro denní odškodné při úrazu, je pojištitel oprávněn určit výši pojistného plnění sám nebo v součinnosti s lékařem, kterého určí. Ke stanovení výše pojistného plnění použije analogicky tělesné poškození uvedené v Oceňovací tabulce pro denní odškodné při úrazu, které je mu svou povahou nejbližší.
- Pojištitel poskytuje pojistné plnění dle čl. 2 odst. 4 bezprostředně po nahlášení pojistné události a ukončení likvidačního šetření, pokud se diagnóza stanovená lékařem shoduje s diagnózou uvedenou v oceňovacích tabulkách. V ostatních případech poskytuje pojištitel plnění až po ukončení léčení a ukončení šetření. V případě, že pojištitel poskytl po nahlášení pojistné události a ukončení šetření pojistné plnění za diagnózu uvedenou v oceňovací tabulce a v průběhu léčení úrazu došlo ke změně diagnózy na diagnózu s vyšším počtem dnů léčení podle oceňovací tabulky (viz přílohu 2), vyplátí pojišťovna na žádost oprávněné osoby doplatek pojistného plnění odpovídající rozdílu počtu dnů z konečné diagnózy po odečtení již vyplacených dnů nezbytného léčení podle původní diagnózy.

- Pojištitel poskytuje v případě pojistné události dle čl. 2 odst. 2 jednorázově denní odškodné ve výši platné k datu vzniku pojistné události za počet dní uvedených v Oceňovací tabulce pro denní odškodné při úrazu PLUS.
- Není-li tělesné postižení vzniklé pojistnou událostí dle čl. 2 odst. 2 obsaženo v Oceňovací tabulce pro denní odškodné při úrazu PLUS, není pojištitel povinen poskytnout pojistné plnění.
- Po překročení lhůt, uvedených v bodu 1 a 2 tohoto článku a splnění ostatních podmínek daných těmito zvláštními pojistnými podmínkami poskytuje pojištitel plnění od 1. dne léčení úrazu.
- Výplata denního odškodného je časově omezena na 365 dní pro každou pojistnou událost dle čl. 2 odst. 1 a v případě pojistné události dle čl. 2 odst. 2 na 3 týdny. Pro účely tohoto ustanovení se jednotlivé doby nezbytného léčení způsobené stejným úrazem sčítají, pokud přestávka mezi nimi nepřesahuje 6 měsíců, a považují se tak za jednu pojistnou událost.
- Pokud došlo k více tělesným poškozením vzniklým jedním úrazem, považují se za jednu pojistnou událost a pojištitel plní za dobu nejdelšího nezbytného léčení podle platné oceňovací tabulky. Výplata pojistného plnění se poskytuje buď z oceňovací tabulky uvedené v příloze č. 1, anebo z oceňovací tabulky v příloze č. 2. Výplata z obou oceňovacích tabulek za poškození vzniklé jedním úrazem není možná.
- Utrpí-li pojištěný další úraz v době nezbytného léčení tělesného poškození následkem úrazu, za který je pojištitel povinen vyplátit denní odškodné, stanoví se počet dní, za které pojištitel nejvýše plní, jako součet počtu dní uvedených v Oceňovací tabulce pro denní odškodné při úrazu, resp. v Oceňovací tabulce pro denní odškodné při úrazu PLUS pro obě tělesná poškození. Doba, po kterou se doby léčení obou úrazů překrývají, se započítává pouze jednou.

Článek 3 Limit pojistného plnění

- Výše sjednané pojistné částky pro připojištění denního odškodného při úrazu a připojištění denního odškodného při úrazu PLUS, pro každé připojištění zvlášť, **nesmí přesáhnout Maximální denní dávku uvedenou v příloze č. 3** těchto pojistných podmínek. V opačném případě je pojištitel oprávněn výši pojistného plnění přiměřeně snížit dle skutečných poměrů. Výše Maximální denní dávky je závislá na čistém měsíčním příjmu pojištěného.
- Výše sjednané pojistné částky pro připojištění denního odškodného při úrazu a připojištění denního odškodného při úrazu PLUS, pro každé připojištění zvlášť, nesmí přesáhnout 500 Kč, je-li pojištěná osoba registrovaným sportovcem vymezeným v Obchodních podmínkách pojištitel, a to v případě takové sportovní činnosti, za niž pojištitel uplatňuje přírážku k pojistnému (rizikovou přírážku).

Článek 4 Pojistné za krytá rizika a pojistná doba

- Pojistné za připojištění je placeno měsíčně formou pojistného za krytá rizika sjednaných připojištění ve smyslu zvláštních pojistných podmínek hlavního pojištění.
- Výše pojistného je určena způsobem uvedeným v obchodních podmínkách pojištitel.
- Připojištění se sjednává na pojistnou dobu jeden rok, nejdéle však do dne nejbližšího následujícího výročí hlavního pojištění. Uplynutím pojistné doby pojištění nezaniká a pojistná doba se prodlužuje o další rok, pokud pojištitel nebo pojištitel neoznámí druhé straně, že na prodloužení pojistné doby nemá zájem. Ozámení podle předchozí věty musí být doručeno druhé straně nejméně 6 týdnů před uplynutím sjednané pojistné doby. Prodlužování způsobem popsaným v tomto odstavci proběhne naposledy ve výročí v kalendářním roce, jenž předchází kalendářnímu roku, ve kterém pojištěný dosáhne koncového věku uvedeného v pojistné smlouvě pro dané připojištění, resp. ve výročí, které předchází počtu let trvání daného připojištění uvedeného v pojistné smlouvě.

Článek 5 Zánik připojištění

- Připojištění zanikne také datem zániku hlavního pojištění.
- Připojištění denního odškodného při úrazu PLUS zanikne také datem zániku připojištění denního odškodného při úrazu.
- Připojištění denního odškodného při úrazu zanikne také vyplacením pojistného plnění za dobu 365 dní z jedné pojistné události.

Článek 6 Závěrečné ustanovení

Tyto zvláštní pojistné podmínky nabývají platnosti a účinnosti dne 1. 10. 2019.

Příloha č. 1: Oceňovací tabulka pro připojištění denního odškodného při úrazu PLUS (tarify 5094 a 5194)

Úrazy hlavy:		
1	Pohmoždění hlavy bez otřesu mozku diagnostikované odborným lékařem nebo pohmoždění oka těžšího stupně	7
2	Podvrtnutí nebo částečné či neúplné vykloubení čelistního kloubu	14
3	Zlomenina přepážky a kostí nosních bez posunu - neúplná	7
4	Zlomenina přepážky a kostí nosních bez posunu	14
5	Zlomenina přepážky a kostí nosních s posunem	21
6	Vymknutí dolní čelisti (i oboustranné)	21
Úrazy oka:		
7	Pohmoždění oka ošetřené odborným lékařem	7
8	Tržná nebo řezná rána víčka chirurgicky ošetřená	14
9	Tržná nebo řezná rána víčka přerušující slzné cesty	21
10	Perforující poranění spojivky v přechodné řase s krvácením (bez poranění bělimy)	14
11	Rána spojivky chirurgicky ošetřená	14
12	Povrchní oděrka nebo hluboká rána rohovky bez proděravění a bez komplikací	21
13	Rána pronikající do očnice bez komplikací	21
14	Popálení nebo poleptání rohovkového epitelu	14
15	Poleptání nebo popálení spojivky I. nebo II. stupně	21
16	Zlomení nosních kůstek přerušující slzné cesty léčené konzervativně	21
17	Otřes sítnice	14
Úrazy ucha:		
18	Pohmoždění boltce s krevním výronem	7
19	Poranění bubínku bez zlomení lebních kostí a druhotné infekce	14
Úrazy krku:		
20	Poškození hlasivek následkem nadýchání se dráždivých par nebo následkem úrazu	14
Úrazy hrudníku a břicha:		
21	Pohmoždění stěny břišní těžšího stupně	14
22	Pohmoždění hrudníku těžšího stupně a/nebo infrakce žebra či žeber	14
Úrazy páteře:		
23	Pohmoždění páteře krční, hrudní, bederní, sakrální a kostrče těžšího stupně	21
24	Podvrtnutí krční, hrudní, bederní nebo sakrální páteře	21
Úrazy pánve:		
25	Pohmoždění pánve těžšího stupně	14
Úrazy horní končetiny:		
26	Pohmoždění končetiny nebo jejích částí těžšího stupně a natažení svalů těžšího stupně vzniklé působením zevní síly (při působení vlastní tělesné síly bude vyplaceno pojistné plnění ve výši 50 %)	8
27	Neúplné přerušování šlach natahovačů nebo ohýbačů na prstu nebo na ruce u jednoho prstu	21
28	Podvrtnutí nebo částečné či neúplné vykloubení kloubů mezi klíčkem a lopatkou, klíčkem a hrudní kostí, ramenního, loketního, zápěstí a prstů vzniklé působením zevní síly (při působení vlastní tělesné síly bude vyplaceno pojistné plnění ve výši 50 %)	14
29	Vymknutí kloubu mezi klíčkem a kostí hrudní léčené konzervativně	21
30	Vymknutí kloubu mezi klíčkem a lopatkou léčené konzervativně	21
31	Zlomenina klíčku neúplná	21
32	Zlomenina jedné kosti záprstní neúplná	21
33	Neúplná zlomenina jiné kosti zápěstí (kromě kosti člunkové)	21
34	Zlomenina jednoho článku, nehtového výběžku, jednoho prstu neúplná nebo úplná bez posunutí úlomků	21
Úrazy dolní končetiny:		
35	Pohmoždění končetiny nebo jejích částí těžšího stupně a natažení svalů těžšího stupně vzniklé působením zevní síly (při působení vlastní tělesné síly bude vyplaceno pojistné plnění ve výši 50 %)	8
36	Podvrtnutí kloubu prstů vzniklé působením zevní síly (při působení vlastní tělesné síly bude vyplaceno pojistné plnění ve výši 50 %)	8
37	Vymknutí základních nebo mezičlákových kloubů prstů nohy	14
38	Zlomenina kosti lýtkové (bez postižení hlezenního kloubu) neúplná	21
39	Zlomenina jednoho článku jiného prstu než palce neúplná nebo úplná bez posunutí úlomků nebo odlomení části článku palce	21
40	Podvrtnutí kyčelního nebo kolenního kloubu bez léčby pevnou fixací (sádra, ortéza) vzniklé působením zevní síly (při působení vlastní tělesné síly bude vyplaceno pojistné plnění ve výši 50 %)	14
41	Podvrtnutí hlezenního, Chopartova nebo Listfrancova kloubu bez léčby pevnou fixací (ortéza, sádra) vzniklé působením zevní síly (při působení vlastní tělesné síly bude vyplaceno pojistné plnění ve výši 50 %)	14
Úrazy nervového systému:		
42	Otřes mozku lehkého stupně (prvního) s nutností hospitalizace ověřené neurologickým nebo chirurgickým ošetřením	21
Ostatní druhy poranění:		
43	Rána chirurgicky ošetřená nekomplikovaná (i ztráta nehtové ploténky), zhojená primárně	7
44	Rána ošetřená šitím (suturou) nekomplikovaná, zhojená primárně	10
45	Rána chirurgicky ošetřená nebo rána ošetřená šitím s komplikacemi a sekundárním hojením, nebo plošná abrase měkkých částí prstu	21
46	Cizí tělesko chirurgicky odstraněné nebo neodstraněné s nekomplikovanou léčbou (nutnou podmínkou je chirurgická léčba)	10

47	Cizí tělísko chirurgicky odstraněné nebo neodstraněné s komplikovanou léčbou (nutnou podmínkou je chirurgická léčba)	21
48	Otrava plyny a parami, celkové účinky záření a chemických jedů – lehký stupeň	14
49	Uštknutí jedovatým hadem	21
Celkové účinky zasažení elektrickým proudem:		
50	Poranění elektrickým proudem podle celkového postižení lehké	14
Popálení, poleptání, omrzliny:		
51	Druhého stupně s nutností chirurgické léčby v rozsahu do 2 % povrchu těla (kromě postižení UV zářením)	10
52	Prvního stupně nad 2 % povrchu těla (kromě postižení UV zářením)	10
53	Druhého stupně s nutností chirurgické léčby v rozsahu od 2 % do 3 % povrchu těla (kromě postižení UV zářením)	14
54	Třetího nebo druhého hlubokého stupně (nejméně IIb stupeň) s nutností chirurgické léčby v rozsahu do 5 cm ²	21
Traumatický šok (jen hospitalizované případy) a jiné:		
55	Lehký traumatický šok	21
56	Natržení, přetržení Achillovy šlachy za přítomnosti degenerativních změn, bez nichž by daný úraz nezpůsobil natržení či přerušeni této šlachy	21

Pod pojmem „těžší stupeň“ je chápáno poranění, které vykazuje příznaky nejméně ve formě hematomu nebo které je léčeno pevnou fixací (dlaha, sádra; nikoli však např. obinadlo). Léčby musí probíhat vždy u odborného lékaře s výjimkou diagnózy 44.

Příloha č. 2: Oceňovací tabulka pro připojištění denního odškodného při úrazu (tarify 5092, 5192)

Úrazy v oblasti hlavy a smyslových orgánů		
1	Pohmoždění obličeje nebo hlavy bez otřesu mozku	neplní se
2	Skalpace hlavy s kožním defektem částečná	28
3	Skalpace hlavy s kožním defektem úplná	56
4	Podvrtnutí nebo vymknutí čelistního kloubu (i oboustranné)	neplní se
5	Zlomenina spodiny lební	210
6	Zlomenina klenby lební bez vpáčení úlomků	53
7	Zlomenina klenby lební s vpáčením úlomků	115
8	Zlomenina kosti čelní, temenní, týlní nebo spánkové bez vpáčení úlomků	40
9	Zlomenina kosti čelní, temenní, týlní nebo spánkové s vpáčením úlomků	70
10	Zlomenina okraje očníce	60
11	Zlomenina přepážky a kostí nosních	neplní se
12	Zlomenina kosti lícní	70
13	Zlomenina dolní nebo horní čelisti bez posunu úlomků	45
14	Zlomenina dolní nebo horní čelisti s posunem úlomků	75
15	Zlomenina dásňového výběžku horní nebo dolní čelisti	35
16	Sdružené zlomeniny Le Fort I.	84
17	Sdružené zlomeniny Le Fort II.	112
18	Sdružené zlomeniny Le Fort III.	212
19	Tržná nebo řezná rána víčka s nebo bez přerušeni slzných cest	neplní se
20	Zánět slzného váčku prokázán po zranění léčené operativně	36
21	Poleptání nebo popálení spojivky I. nebo II. stupně	neplní se
22	Poleptání nebo popálení spojivky III. stupně	49
23	Perforující poranění spojivky v přechodné řase s krvácením i bez poranění bělimy	neplní se
24	Povrchní oděrka nebo hluboká rána rohovky bez proděravění a bez komplikací	neplní se
25	Hluboká rána rohovky bez proděravění komplikovaná šedým zákallem pouřazovým nebo nitroočním zánětem	56
26	Rána rohovky nebo bělimy s proděravěním léčená konzervativně bez komplikací	35
27	Rána rohovky nebo bělimy s proděravěním léčená konzervativně s komplikací	56
28	Rána rohovky nebo bělimy s proděravěním léčená chirurgicky bez komplikací	50
29	Rána rohovky nebo bělimy s proděravěním léčená chirurgicky s komplikací	70
30	Rána pronikající do očníce bez komplikací	neplní se
31	Rána pronikající do očníce komplikovaná cizím tělískem nemagnetickým v očníci	70
32	Rána pronikající do očníce komplikovaná cizím tělískem magnetickým v očníci	42
33	Pohmoždění oka s krvácením do přední komory bez komplikací	49
34	Pohmoždění oka s krvácením do přední komory komplikované	70
35	Pohmoždění oka s natržením duhovky bez komplikací	35
36	Pohmoždění oka s natržením duhovky s komplikací	70
37	Částečné vykloubení čočky bez komplikací	35
38	Částečné vykloubení čočky komplikované, vyžadující chirurgické ošetření	70
39	Vykloubení čočky bez komplikací	84
40	Vykloubení čočky komplikované, vyžadující chirurgické ošetření	105
41	Krvácení do sklivce a sítnice bez komplikací	112
42	Krvácení do sklivce a sítnice komplikované	126
43	Otřes sítnice	neplní se
44	Rohovkový vřed pouřazový	63
45	Popálení nebo poleptání rohovkového epitelu	neplní se
46	Popálení nebo poleptání rohovkového parenchymu	175

47	Přímé poranění oka s následným odchlípením sítnice	neplní se
48	Úrazové postižení zrakového nervu a chiasmatu	105
49	Zlomení stěny vedlejší dutiny nosní s podkožním emfysemem	35
50	Zlomení nosních kůstek přerušující slzné cesty léčené konzervativně	neplní se
51	Zlomení nosních kůstek přerušující slzné cesty léčené operativně	45
52	Poranění oka vyžadující bezprostřední vynětí oka	49
53	Poranění okohybného aparátu s diplopií	70
54	Pohmoždění ušního boltce s krevním výronem	neplní se
55	Rána ušního boltce s druhotnou aseptickou perichondritidou	22
56	Poranění bubínku bez zlomení lebních kostí a bez druhotné infekce	neplní se
57	Otřes ušního labyrintu	30
58	Ztráta nebo nutná extrakce jednoho nebo více zubů následkem působení zevního násilí (ne skousnutí)	28
59	Za poškození nebo ztrátu dočasných (mléčných) a umělých zubů	neplní se
60	Uvolnění závěsného vazového aparátu jednoho a více zubů (subluxace, luxace, reimplantace) s nutnou fixační dlahou	30
61	Zlomení jednoho nebo více kořenů zubů s nutnou fixační dlahou	42
Úrazy krku		
62	Poleptání, proděravění nebo roztržení jícnu	120
63	Perforující poranění hrtanu nebo průdušnice	112
64	Zlomenina jazyky nebo chrupavky štítné	120
65	Poškození hlasivek následkem nadýchání se dráždivých par nebo následkem úrazu	neplní se
Úrazy hrudníku a břicha		
66	Roztržení plic	112
67	Poškození srdce úrazem klinicky prokázané	365
68	Roztržení bránice	112
69	Pohmoždění stěny hrudní	neplní se
70	Zlomenina kosti hrudní bez posunutí úlomků	35
71	Zlomenina kosti hrudní s posunutím úlomků	60
72	Zlomenina jednoho žebra až šesti žeber klinicky prokázané	35
73	Vyražená zlomenina dvou až čtyř žeber	63
74	Vyražená zlomenina pěti a více žeber	98
75	Vyražená zlomenina kosti hrudní	98
76	Pouřazový pneumotorax zavřený	84
77	Pouřazový pneumotorax otevřený nebo ventilový	98
78	Pouřazový mediastinální a podkožní emfysem	98
79	Pouřazové krvácení do hrudníku léčené konzervativně	63
80	Pouřazové krvácení do hrudníku léčené operativně	98
81	Pohmoždění stěny břišní	neplní se
82	Rána pronikající do dutiny břišní	35
83	Roztržení jater léčené konzervativně	63
84	Roztržení jater léčené operativně	126
85	Roztržení sleziny léčené konzervativně	63
86	Roztržení sleziny léčené operativně	126
87	Roztržení slinivky břišní	126
88	Úrazové proděravění žaludku	42
89	Úrazové proděravění dvanáctníku	42
90	Roztržení nebo přetržení tenkého či tlustého střeva bez resekce nebo s resekci	56
91	Roztržení okruží (mesenteria) bez resekce	50
92	Roztržení okruží (mesenteria) s resekci střeva	60
Úrazy ústrojí urogenitálního		
93	Pohmoždění ledviny s haematurií	35
94	Pohmoždění zevních pohlavních orgánů těžšího stupně	35
95	Pohmoždění zevních pohlavních orgánů těžšího stupně s pouřazovým zánětem těchto orgánů	63
96	Roztržení nebo rozdrčení ledviny s nutnou operací	84
97	Roztržení močového měchýře	60
98	Roztržení močové trubice	60
Úrazy páteře		
99	Pohmoždění nebo podvrtnutí krční, hrudní, bederní, sakrální páteře a kostrče	neplní se
100	Vymknutí atlantookcipitální bez poškození míchy nebo jejích kořenů	182
101	Vymknutí krční, hrudní, nebo bederní páteře bez poškození míchy nebo jejích kořenů	182
102	Vymknutí kostrče bez poškození míchy nebo jejích kořenů	49
103	Subluxace krční páteře (posun obratlů prokázán RTG)	140
104	Zlomenina trnového výběžku	35
105	Zlomenina jednoho příčného výběžku	49
106	Zlomenina více příčných výběžků	72
107	Zlomenina kloubního výběžku	56
108	Zlomenina oblouku obratle	84
109	Zlomenina zubu čepovce (densepistrophei)	210
110	Kompresivní zlomenina těla obratle krčního, hrudního nebo bederního se snížením přední části těla do jedné třetiny	140

111	Kompresivní zlomenina těla obratle krčního, hrudního nebo bederního se snížením přední části těla o více jak jednu třetinu	250
112	Roztříštěná zlomenina těla obratle krčního, hrudního nebo bederního	280
113	Úrazové poškození meziobratlové ploténky při současné zlomenině těla obratle	182
114	Poranění meziobratlové ploténky bez současné zlomeniny obratle	neplní se
Úrazy pánve		
115	Pohmoždění pánve	neplní se
116	Podvrtnutí v kloubu křížokyčelním	35
117	Vymknutí křížokyčelní	90
118	Odlomení předního trnu nebo hrbolku kosti kyčelní	49
119	Odlomení hrbolu kosti sedací	49
120	Jednostranná zlomenina kosti stydké nebo sedací bez posunutí úlomků	70
121	Jednostranná zlomenina kosti stydké nebo sedací s posunutím úlomků	112
122	Oboustranná zlomenina kostí stydkých nebo jednostranná s rozstupem spony stydké	212
123	Zlomenina lopaty kosti kyčelní bez posunutí úlomků	63
124	Zlomenina lopaty kosti kyčelní s posunutím úlomků	113
125	Zlomenina kosti křížové	63
126	Zlomenina kostrče	49
127	Zlomenina okraje acetabula	70
128	Zlomenina kosti stydké a kyčelní	182
129	Zlomenina kosti stydké s luxací křížokyčelní	182
130	Rozestup spony stydké	60
131	Zlomenina acetabula s centrální luxací kosti stehenní	203
Úrazy horní končetiny		
132	Pohmoždění končetiny nebo jejích částí a natažení svalů	neplní se
133	Neúplné přerušení šlach natahovačů nebo ohýbačů na prstu nebo na ruce u jednoho prstu	neplní se
134	Neúplné přerušení šlach natahovačů nebo ohýbačů na prstech nebo na ruce u několika prstů (diagnozy prokázané zobrazovací metodou)	49
135	Úplné přerušení šlach ohýbačů nebo natahovačů na prstech nebo na ruce u jednoho prstu (diagnozy prokázané zobrazovací metodou)	63
136	Úplné přerušení šlach ohýbačů nebo natahovačů na prstech nebo na ruce u několika prstů (diagnozy prokázané zobrazovací metodou)	77
137	Održení dorsální aponeurosy prstu (diagnozy prokázané zobrazovací metodou)	50
138	Úplné přerušení jedné nebo dvou šlach ohýbačů nebo natahovačů prstu a ruky v zápěstí (diagnozy prokázané zobrazovací metodou)	92
139	Úplné přerušení více než dvou šlach ohýbačů nebo natahovačů prstu a ruky v zápěstí (diagnozy prokázané zobrazovací metodou)	113
140	Natržení svalu nadhřebenového (diagnozy prokázané zobrazovací metodou) vzniklé působením zevní síly (při působení vlastní tělesné síly bude vyplaceno pojistné plnění ve výši 50 %)	28
141	Úplné přetržení svalu nadhřebenového nebo jiné škody rotátorové manžety prokázané zobrazovací metodou	70
142	Přetržení/odtržení/šlachy dlouhé hlavy dvouhlavého svalu pažního léčeného konzervativně (diagnozy prokázané zobrazovací metodou)	42
143	Přetržení/odtržení/šlachy dlouhé hlavy dvouhlavého svalu pažního léčeného operativně	70
144	Natržení jiného svalu léčené konzervativně (diagnozy prokázané zobrazovací metodou) vzniklé působením zevní síly (při působení vlastní tělesné síly bude vyplaceno pojistné plnění ve výši 50 %)	22
145	Natržení jiného svalu léčené operativně	35
146	Podvrtnutí kloubů mezi klíčkem a lopatkou, klíčkem a hrudní kostí, ramenního, loketního, zápěstí a prstů	neplní se
147	Vymknutí kloubu mezi klíčkem a kostí hrudní nebo klíčkem a lopatkou léčené konzervativně	neplní se
148	Vymknutí kloubu mezi klíčkem a kostí hrudní nebo klíčkem a lopatkou léčené operativně	56
149	Vymknutí kosti pažní (ramene) objektivně prokázané zobrazovacími metodami a léčené repozicí lékařem konzervativně	49
150	Vymknutí kosti pažní (ramene) objektivně prokázané zobrazovacími metodami léčené operativně	84
151	Vymknutí lokte léčené repozicí lékařem konzervativně	49
152	Vymknutí lokte léčené operativně	84
153	Vymknutí zápěstí (kosti měsíční a luxace perilunární) léčené repozicí lékařem konzervativně	70
154	Vymknutí zápěstí (kosti měsíční a luxace perilunární) léčené repozicí lékařem operativně	126
155	Vymknutí jedné kosti zápěstí léčené repozicí lékařem	35
156	Vymknutí několika kostí zápěstí léčené repozicí lékařem	56
157	Vymknutí článků jednoho prstu léčené repozicí lékařem	22
158	Vymknutí článků několika prstů léčené repozicí lékařem	28
159	Zlomenina těla nebo krčku lopatky	49
160	Zlomenina nadpažku lopatky	28
161	Zlomenina zobákovitého výběžku lopatky	35
162	Zlomenina klíčku neúplná	neplní se
163	Zlomenina klíčku úplná bez nebo s posunutím úlomků	35
164	Zlomenina klíčku operovaná	42
165	Zlomenina horního konce kosti pažní, velkého hrbolu bez posunutí úlomků	42
166	Zlomenina horního konce kosti pažní, velkého hrbolu s posunutím úlomků	56
167	Zlomenina horního konce kosti pažní, roztříštěná zlomenina hlavice	130
168	Zlomenina horního konce kosti pažní, krčku bez posunutí úlomků	42
169	Zlomenina horního konce kosti pažní, krčku zaklíněná	49
170	Zlomenina horního konce kosti pažní, krčku s posunutím úlomků	84
171	Zlomenina horního konce kosti pažní, krčku luxační operativně léčená	112
172	Zlomenina těla kosti pažní neúplná	35
173	Zlomenina těla kosti pažní úplná bez posunutí úlomků	84
174	Zlomenina těla kosti pažní úplná s posunutím úlomků, otevřená nebo operovaná	112

175	Zlomenina kosti pažní nad kondyly neúplná	35
176	Zlomenina kosti pažní nad kondyly úplná bez nebo s posunutím úlomků	84
177	Zlomenina kosti pažní nad kondyly otevřená nebo operovaná	112
178	Nitrokloubní zlomenina dolního konce kosti pažní (zlomenina trans-interkondylická, zlomenina hlavičky nebo kladky kosti pažní) bez posunutí úlomků	72
179	Nitrokloubní zlomenina dolního konce kosti pažní (zlomenina trans-interkondylická, zlomenina hlavičky nebo kladky kosti pažní) s posunutím úlomků	91
180	Nitrokloubní zlomenina dolního konce kosti pažní (zlomenina trans-interkondylická, zlomenina hlavičky nebo kladky kosti pažní) otevřená nebo operovaná	112
181	Zlomenina mediálního epikondylu kosti pažní bez posunutí úlomků	35
182	Zlomenina mediálního epikondylu kosti pažní s posunutím úlomků do výše štěrbin kloubu	63
183	Zlomenina mediálního epikondylu kosti pažní s posunutím úlomků do kloubu	81
184	Zlomenina zevního epikondylu kosti pažní bez posunutí úlomků	35
185	Zlomenina zevního epikondylu kosti pažní s posunutím úlomků nebo operovaná	112
186	Zlomenina okovce kosti loketní léčená konzervativně	35
187	Zlomenina okovce kosti loketní léčená operativně	49
188	Zlomenina výběžku korunového kosti loketní	49
189	Zlomenina hlavičky kosti vřetenní léčená konzervativně nebo operativně	56
190	Zlomenina těla kosti loketní neúplná	56
191	Zlomenina těla kosti loketní úplná bez nebo s posunutím úlomků	84
192	Zlomenina těla kosti loketní otevřená nebo operovaná	105
193	Zlomenina těla nebo krčku kosti vřetenní neúplná	49
194	Zlomenina těla nebo krčku kosti vřetenní úplná bez nebo s posunutím úlomků	60
195	Zlomenina těla nebo krčku kosti vřetenní otevřená nebo operovaná	81
196	Zlomenina obou kostí předloktí neúplná	56
197	Zlomenina obou kostí předloktí úplná bez posunutí úlomků	63
198	Zlomenina obou kostí předloktí úplná s posunutím úlomků, otevřená nebo operovaná	81
199	Monteggia luxační zlomenina předloktí léčená konzervativně	147
200	Monteggia luxační zlomenina předloktí léčená operativně	168
201	Zlomenina dolního konce kosti vřetenní neúplná	35
202	Zlomenina dolního konce kosti vřetenní úplná bez posunutí úlomků	56
203	Zlomenina dolního konce kosti vřetenní úplná s posunutím úlomků, otevřená nebo operovaná	72
204	Epifyseolýza dolního konce kosti vřetenní	35
205	Epifyseolýza dolního konce kosti vřetenní s posunutím úlomků	63
206	Zlomenina bodcovitého výběžku kosti loketní	35
207	Zlomenina bodcovitého výběžku kosti vřetenní bez nebo s posunutím úlomků	56
208	Zlomenina kosti člunkové neúplná	56
209	Zlomenina kosti člunkové úplná	105
210	Zlomenina kosti člunkové komplikovaná nekrotózou	188
211	Zlomenina jiné kosti zápěstní neúplná	neplní se
212	Zlomenina jiné nebo několika kosti zápěstních úplná	49
213	Luxační zlomenina base první kosti zápěstní /Bennettova/ léčená konzervativně nebo operativně	56
214	Zlomenina jedné kosti zápěstní neúplná	neplní se
215	Zlomenina jedné kosti zápěstní úplná bez posunutí úlomků	35
216	Zlomenina jedné kosti zápěstní úplná s posunutím úlomků, otevřená nebo operovaná	42
217	Zlomenina více kostí zápěstních bez posunutí úlomků	35
218	Zlomenina více kostí zápěstních s posunutím úlomků, otevřená nebo operovaná	84
219	Zlomenina jednoho článku, nehtového výběžku, jednoho prstu neúplná nebo úplná bez posunutí úlomků	neplní se
220	Zlomenina jednoho článku jednoho prstu s posunutím úlomku	35
221	Zlomenina jednoho článku jednoho prstu otevřená nebo operovaná	42
222	Zlomeniny více článků jednoho prstu úplné nebo neúplné s posunutím nebo bez posunutí úlomků	35
223	Zlomeniny více článků jednoho prstu otevřené nebo operované	56
224	Zlomeniny článků dvou nebo více prstů neúplné nebo úplné bez posunutí úlomků	49
225	Zlomeniny článků dvou nebo více prstů s posunutím úlomků, otevřené nebo operované	98
226	Exartikulace v ramenním kloubu	260
227	Amputace paže	231
228	Amputace obou předloktí	190
229	Amputace jednoho předloktí	190
230	Amputace obou rukou	180
231	Amputace ruky	154
232	Amputace více prstů	120
233	Amputace částí více prstů	70
234	Amputace prstu nebo jeho části	56
Úrazy dolní končetiny		
235	Pohmoždění končetiny nebo jejích částí a natažení svalů	neplní se
236	Natržení většího svalu nebo šlachy bez operace (diagnozy prokázané zobrazovací metodou) vzniklé působením zevní síly (při působení vlastní tělesné síly bude vyplaceno pojistné plnění ve výši 50 %)	42
237	Natržení většího svalu nebo šlachy s operací	49
238	Přetržení, protětí, nebo jiné poranění většího svalu nebo šlachy léčené konzervativně nebo operativně (diagnozy prokázané zobrazovací metodou)	56
239	Natržení, přetržení Achillovy šlachy vzniklé výhradně úrazovým dějem (bez přítomnosti degenerativních změn)	70

240	Podvrtnutí kyčelního nebo kolenního kloubu s pevnou fixací (sádra, ortéza) vzniklé působením zevní síly (při působení vlastní tělesné síly bude vyplaceno pojistné plnění ve výši 50 %)	36
241	Podvrtnutí hlezenního, Chopartova nebo Listfrancova kloubu s léčbou pevnou fixací (ortéza, sádra) vzniklé působením zevní síly (při působení vlastní tělesné síly bude vyplaceno pojistné plnění ve výši 50 %)	28
242	Podvrtnutí kloubu prstů	neplní se
243	Natržení vazů kolenního kloubu s prokázáním krevním výronem v kloubu	50
244	Přetržení nebo úplné odtržení vnitřního nebo zevního postranního vazů kolenního kloubu s objektivním průkazem čerstvého poranění	56
245	Přetržení nebo úplné odtržení zkrříženého vazů kolenního kloubu s objektivním průkazem čerstvého poranění	70
246	Poranění zevního nebo vnitřního menisku léčené konzervativně	49
247	Poranění zevního nebo vnitřního menisku léčené operativně	77
248	Natržení vnitřního nebo zevního postranního vazů kloubu hlezenního	35
249	Přetržení vnitřního nebo zevního postranního vazů kloubu hlezenního	42
250	Vymknutí stehenní kosti /v kyčli/ léčené repozicí lékařem konzervativně	84
251	Vymknutí stehenní kosti /v kyčli/ léčené operativně	98
252	Vymknutí čéšky léčené repozicí lékařem konzervativně	49
253	Vymknutí čéšky léčené operativně	70
254	Vymknutí hlezenné kosti léčené konzervativně	56
255	Vymknutí hlezenné kosti otevřené nebo léčené operativně	84
256	Vymknutí kosti loďkovité, krychlové nebo klínových léčené konzervativně nebo operativně	70
257	Vymknutí zánártních kostí (jedné nebo více) léčené konzervativně nebo operativně	49
258	Vymknutí základních nebo mezičláňkových kloubů prstů nohy	neplní se
259	Zlomenina krčku kosti stehenní zaklíněná nebo nezaklíněná léčená konzervativně nebo operativně	150
260	Zlomenina krčku kosti stehenní komplikovaná nekrózou hlavice nebo léčená endoprotézou	365
261	Traumatická epifyseolysa hlavice kosti stehenní s nebo bez posunutí úlomků	182
262	Traumatická epifyseolysa hlavice kosti stehenní s nekrózou	365
263	Zlomenina velkého chocholíku	56
264	Zlomenina malého chocholíku	49
265	Zlomenina pertrochanterická neúplná nebo úplná bez posunutí	112
266	Zlomenina pertrochanterická úplná s posunutím léčená konzervativně nebo operativně	154
267	Zlomenina subtrochanterická neúplná	120
268	Zlomenina subtrochanterická úplná bez posunutí nebo s posunutím úlomků léčená konzervativně	196
269	Zlomenina subtrochanterická úplná s posunutím úlomků léčená operativně	212
270	Zlomenina subtrochanterická otevřená	310
271	Zlomenina kosti stehenní neúplná nebo úplná bez posunutí úlomků	162
272	Zlomenina kosti stehenní úplná s posunutím úlomků léčená konzervativně nebo operativně	210
273	Zlomenina kosti stehenní otevřená	252
274	Zlomenina kosti stehenní nad kondyly úplná s posunutím nebo bez posunutí úlomků léčená konzervativně	210
275	Zlomenina kosti stehenní nad kondyly otevřená nebo léčená operativně	196
276	Traumatická epifyseolysa distálního konce stehenní kosti s posunutím úlomků	210
277	Odlomení epikondylu kosti stehenní léčené konzervativně	84
278	Odlomení epikondylu kosti stehenní léčené operativně	112
279	Nitrokloubní zlomenina kosti stehenní (zlomenina kondylu nebo interkondylická) bez posunutí úlomků	147
280	Nitrokloubní zlomenina kosti stehenní s posunutím léčená konzervativně	210
281	Nitrokloubní zlomenina kosti stehenní otevřená nebo léčená operativně	252
282	Zlomenina čéšky bez posunutí úlomků	63
283	Zlomenina čéšky s posunutím úlomků léčená konzervativně	77
284	Zlomenina čéšky otevřená nebo léčená operativně	112
285	Zlomenina mezíhřbolové vyvýšeniny kosti holenní léčená konzervativně	105
286	Zlomenina mezíhřbolové vyvýšeniny kosti holenní léčená operativně	140
287	Nitrokloubní zlomenina horního konce kosti holenní jednoho nebo obou kondylů bez posunutí úlomků	105
288	Nitrokloubní zlomenina horního konce kosti holenní jednoho kondylu s posunutím úlomků	140
289	Nitrokloubní zlomenina horního konce kosti holenní obou kondylů s posunutím úlomků nebo epifyseolysou	182
290	Odlomení drsnatiny kosti holenní léčené konzervativně nebo operativně	56
291	Zlomenina kosti lýtkové (bez postižení hlezenního kloubu) neúplná i epifyseolysa	neplní se
292	Zlomenina kosti lýtkové (bez postižení hlezenního kloubu) úplná	49
293	Zlomenina kosti holenní nebo obou kostí bérce neúplná, úplná bez posunutí úlomků	126
294	Zlomenina kosti holenní nebo obou kostí bérce, úplná s posunutím úlomků	182
295	Zlomenina kosti holenní nebo obou kostí bérce otevřená nebo operovaná	240
296	Zlomenina zevního kotníku neúplná	42
297	Zlomenina zevního kotníku úplná bez posunutí úlomků	56
298	Zlomenina zevního kotníku úplná s posunutím úlomků	70
299	Zlomenina zevního kotníku operovaná nebo otevřená	84
300	Zlomenina zevního kotníku se subluxací kosti hlezenné zevně léčená konzervativně	91
301	Zlomenina zevního kotníku se subluxací kosti hlezenné zevně léčená operativně	112
302	Zlomenina vnitřního kotníku neúplná, úplná	56
303	Zlomenina vnitřního kotníku úplná s posunutím úlomků léčená konzervativně	77
304	Zlomenina vnitřního kotníku úplná s posunutím úlomků otevřená nebo léčená operativně	91
305	Zlomenina vnitřního kotníku se subluxací kosti hlezenné léčená konzervativně	98
306	Zlomenina vnitřního kotníku se subluxací kosti hlezenné léčená operativně	140

307	Zlomenina obou kotníků neúplná	70
308	Zlomenina obou kotníků úplná bez posunutí úloleků	84
309	Zlomenina obou kotníků úplná s posunutím úloleků léčená konzervativně nebo operativně	112
310	Zlomenina obou kotníků se subluxací kosti hlezenné léčená konzervativně nebo operativně	126
311	Zlomenina jednoho nebo obou kotníků s odlomením jedné hrany kosti holenní bez posunutí úloleků	98
312	Zlomenina jednoho nebo obou kotníků s odlomením jedné hrany kosti holenní s posunutím úloleků léčená konzervativně	126
313	Zlomenina jednoho nebo obou kotníků s odlomením jedné hrany kosti holenní s posunutím úloleků léčená operativně	120
314	Zlomenina trimalleolární bez posunutí úloleků	98
315	Zlomenina trimalleolární s posunutím úloleků léčená konzervativně nebo operativně	126
316	Odlomení zadní hrany kosti holenní neúplné	49
317	Odlomení zadní hrany kosti holenní úplné bez posunutí úloleků	63
318	Odlomení zadní hrany kosti holenní úplné s posunutím úloleků léčená konzervativně nebo operativně	77
319	Supramalleolární zlomenina kosti lýtkové se subluxací kosti hlezenné zevně popř. se zlomeninou vnitřního kotníku léčená konzervativně nebo operativně	126
320	Supramalleolární zlomenina kosti lýtkové se subluxací kosti hlezenné zevně popř. se zlomeninou vnitřního kotníku a s odlomením zadní hrany kosti holenní léčená konzervativně nebo operativně	140
321	Roztříštěná nitrokloubní zlomenina distální epifyzy kosti holenní (zlomenina dolního pylonu)	161
322	Zlomenina kosti patní bez postižení těla kosti patní	56
323	Zlomenina kosti patní bez porušení statiky (Böhlerova úhlu)	112
324	Zlomenina kosti patní s porušením statiky (Böhlerova úhlu)	182
325	Zlomenina kosti hlezenné bez posunutí úloleků	112
326	Zlomenina kosti hlezenné s posunutím úloleků	182
327	Zlomenina kosti hlezenné komplikované nektrózou	365
328	Zlomenina zadního výběžku kosti hlezenné	28
329	Zlomenina kosti krychlové bez posunutí úloleků	56
330	Zlomenina kosti krychlové s posunutím úloleků	77
331	Zlomenina kosti člunkové bez posunutí úloleků	63
332	Zlomenina kosti člunkové luxační	140
333	Zlomenina kosti člunkové komplikovaná nektrózou	365
334	Zlomenina jedné kosti klínové bez posunutí, s posunutím úloleků	63
335	Zlomenina více kostí klínových bez posunutí	63
336	Zlomenina více kostí klínových s posunutím	84
337	Odlomení base páté kůstky zánártní	63
338	Zlomenina diafýzy kústek zánártních	98
339	Zlomenina epifýzy kústek zánártních	42
340	Odlomení části článku palce	neplní se
341	Zlomenina článku palce bez posunutí úloleků	28
342	Zlomenina článku palce s posunutím úloleků	42
343	Zlomenina článku palce otevřená nebo operovaná	53
344	Roztříštěná zlomenina nehtového výběžku palce	28
345	Zlomenina jednoho článku jiného prstu než palce neúplná nebo úplná bez posunutí úloleků	neplní se
346	Zlomenina jednoho článku jiného prstu než palce s posunutím úloleků, otevřená nebo operovaná	28
347	Zlomeniny článků více prstů nebo více článků jednoho prstu	22
348	Zlomeniny článků více prstů nebo více článků jednoho prstu otevřené nebo operované	56
349	Exartikulace kyčelního kloubu nebo amputace stehna	365
350	Amputace obou bérců	365
351	Amputace bérce	252
352	Amputace obou nohou	252
353	Amputace nohy	182
354	Amputace palce nohy nebo jeho části	63
355	Amputace prstů nohy mimo palec nebo jejich části	35
Úrazy nervového systému		
356	Otřes mozku lehkého stupně (prvního) s nutností hospitalizace ověřené neurologickým nebo chirurgickým ošetřením	neplní se
357	Otřes mozku středního stupně (druhého) s nutností hospitalizace ověřené neurologickým nebo chirurgickým ošetřením	35
358	Otřes mozku těžkého stupně (třetího) s nutností hospitalizace ověřené neurologickým nebo chirurgickým ošetřením	90
359	Pohmoždění mozku	188
360	Rozdrcení mozkové tkáně	365
361	Krvácení do mozku	365
362	Krvácení nitrolební do kanálu páteřního	365
363	Pohmoždění míchy	210
364	Krvácení do míchy	365
365	Rozdrcení míchy	365
366	Pohmoždění periferního nervu s krátkodobou obrnou	35
367	Poranění periferního nervu s porušením vodivých vláken	65
368	Přerušování periferního nervu	126
Traumatický šok (jen hospitalizované případy)		
369	Lehký	neplní se
370	Střední	35

371	Těžký	84
Popálení, poleptání, omrzliny		
372	Prvního stupně	neplní se
373	Druhého druhého stupně v rozsahu do 2 %	neplní se
374	Druhého stupně v rozsahu od 3 % do 5 % povrchu těla	42
375	Druhého stupně v rozsahu od 6 % do 20 % povrchu těla	56
376	Druhého stupně v rozsahu od 21 % do 30 % povrchu těla	84
377	Druhého stupně v rozsahu od 31 % do 40 % povrchu těla	134
378	Druhého stupně v rozsahu od 41 % do 50 % povrchu těla	182
379	Druhého stupně v rozsahu od 51 % povrchu těla	365
380	Třetího nebo druhého stupně (nejméně IIb stupeň) s nutností chirurgické léčby v rozsahu do 5 cm ²	neplní se
381	Třetího nebo druhého stupně (nejméně IIb stupeň) s nutností chirurgické léčby v rozsahu nad 5 cm ² do 25 cm ²	28
382	Třetího nebo druhého stupně (nejméně IIb stupeň) s nutností chirurgické léčby v rozsahu nad 25 cm ² do 50 cm ²	35
383	Třetího nebo druhého stupně (nejméně IIb stupeň) s nutností chirurgické léčby v rozsahu nad 50 cm ² do 3 % povrchu těla	42
384	Třetího nebo druhého stupně (nejméně IIb stupeň) s nutností chirurgické léčby v rozsahu nad 3 % do 5 % povrchu těla	70
385	Třetího nebo druhého stupně (nejméně IIb stupeň) s nutností chirurgické léčby v rozsahu nad 5 % do 10 % povrchu těla	91
386	Třetího nebo druhého stupně (nejméně IIb stupeň) s nutností chirurgické léčby v rozsahu od 11 % do 15 % povrchu těla	133
387	Třetího nebo druhého stupně (nejméně IIb stupeň) s nutností chirurgické léčby v rozsahu od 16 % do 20 % povrchu těla	154
388	Třetího nebo druhého stupně (nejméně IIb stupeň) s nutností chirurgické léčby v rozsahu od 21 % do 30 % povrchu těla	210
389	Třetího nebo druhého stupně (nejméně IIb stupeň) s nutností chirurgické léčby v rozsahu od 31 % do 40 % povrchu těla	302
390	Třetího nebo druhého stupně (nejméně IIb stupeň) s nutností chirurgické léčby v rozsahu od 41 % povrchu těla	365
Ostatní druhy poranění		
391	Poranění elektrickým proudem podle celkového postižení lehké	neplní se
392	Poranění elektrickým proudem podle celkového postižení střední	35
393	Poranění elektrickým proudem podle celkového postižení těžké	84
394	Rána chirurgicky ošetřená, např. řezná, tržná (i ošetřená šitím), tržně-zhmožděná apod.; plošná abrase měkkých částí prstu nebo stržení nehtu a rána, která chirurgické ošetření nevyžaduje	neplní se
395	Cizí tělísko chirurgicky odstraněné nebo neodstraněné	neplní se
396	Uštknutí hadem	neplní se
397	Bodnutí hmyzem	neplní se
398	Celkové účinky úžehu a úpalu	neplní se
399	Otravy plyny a parami, celkové účinky záření a chemických jedů	neplní se

Pojistitel je oprávněn v odůvodněných případech poskytnout pojistné plnění nad rámec těchto oceňovacích tabulek, a to zejména s ohledem na charakter poranění, komplikace, případy nepopsané v těchto oceňovacích tabulkách, závažná polytraumata apod.

Za neúplné zlomeniny (např. infrakce, fissura apod.) kostí poskytne pojistitel pojistné plnění ve výši 50 %.

Příloha č. 3 ke Zvláštním pojistným podmínkám připojištění denního odškodného při úrazu a připojištění denního odškodného při úrazu PLUS

Čistý měsíční příjem (Kč)	Maximální denní dávka (Kč)
0 – 33 999	500
34 000 – 37 499	600
37 500 – 40 999	700
41 000 – 44 499	800
44 500 – 47 999	900
48 000 – 51 499	1 000
51 500 – 54 999	1 100
55 000 – 58 499	1 200
58 500 – 61 999	1 300
62 000 – 65 499	1 400
65 500 – 68 999	1 500
69 000 – 71 999	1 600
72 000 – 74 999	1 700
75 000 – 77 999	1 800
78 000 – 80 999	1 900
81 000 a více	2 000

Zvláštní pojistné podmínky pro Připojištění smrti následkem úrazu – ŘIDIČ (tarif 5021) Připojištění trvalých následků úrazu s progresivním plněním od 1 % – ŘIDIČ (tarif 5136)

Úvodní ustanovení

Pro tato připojištění platí ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob pro Rizikové životní pojištění NN Blue, přičemž ustanovení těchto zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. **Připojištění uvedená v těchto ZPP jsou úrazovým pojištěním.**

Článek 1

Výklad pojmů pro uvedená připojištění

Úraz: úraz podle definice pojmu úraz ve Všeobecných pojistných podmínkách pro pojištění osob (dále jen „úraz“).

Dopravní nehoda: dopravní nehoda v silničním provozu, v prostředku hromadné dopravy, železniční nehoda nebo letecká nehoda dopravního letadla. Podmínkou je, že pojištěný byl přímým účastníkem takové dopravní nehody, a to bez ohledu na povahu jeho účasti (řidič, chodec, cestující v prostředku hromadné dopravy apod.). Skutečnost, že šlo o dopravní nehodu, jejímž přímým účastníkem byl pojištěný, se prokazuje protokolem o dopravní nehodě pořízeném policií nebo jiným příslušným orgánem státní správy.

Trvalé následky: prokazatelné omezení tělesných či duševních funkcí pojištěného, které již z medicínského hlediska nejsou schopny zlepšení a k němuž dojde v důsledku úrazu a které zanechá procento poškození určené podle „Oceňovací tabulka připojištění trvalých následků úrazu (tarify 6037, 5136, 6033)“, která je Přílohou č. 2 připojištění Trvalých následků úrazu s progresivním plněním (dále jen „Oceňovací tabulka TN“), a to nejméně ve výši 1 %.

Procento poškození: příslušné procento, nejvýše však 100 %, jež ohodnocuje následky úrazu, který způsobil pojistnou událost podle Oceňovací tabulky TN. Jestliže je v Oceňovací tabulce TN pro následek úrazu určeno procento poškození formou rozmezí, je procento poškození určeno pojistitelem určeným zdravotnickým zařízením nebo jiným odborným pracovníkem pojistitele podle závažnosti následku úrazu.

Progresivní plnění: způsob výpočtu pojistného plnění z připojištění trvalých následků úrazu (tarif 5136), jestliže úraz zanechá procento poškození nejméně 26 % (určeno podle Oceňovací tabulky TN). Výše plnění je dle příslušného procenta poškození uvedeno v Příloze 1 těchto pojistných podmínek (Tabulka progresivního plnění).

Článek 2

Pojistná událost

- Pojistnou událostí v připojištění **smrti následkem úrazu** je úraz, ke kterému došlo výhradně při dopravní nehodě a který do tří let způsobí smrt pojištěného.
- Pojistnou událostí v připojištění **trvalých následků úrazu s progresivním plněním od 1 %** (dále jen „trvalé následky“) je úraz, ke kterému došlo výhradně při dopravní nehodě a který do tří let od svého vzniku zanechá pojištěnému trvalé následky.
- Pojistnou událostí v připojištění trvalých následků úrazu v případě ztráty trvalého zubu je pouze takový úraz, v jehož důsledku pojištěný musel vyhledat pomoc odborného lékaře. Limit pojistného plnění je uveden v článku 4 těchto pojistných podmínek.

Článek 3

Pojistné plnění

- Pojistitel vyplatí v případě pojistné události **smrti následkem úrazu** odst. 1 předchozího článku pojistné plnění ve výši pojistné částky tohoto připojištění platné k datu pojistné události. Jestliže za stejný úraz, v jehož důsledku došlo ke smrti pojištěného, bylo již vyplaceno pojistné plnění z připojištění trvalých následků úrazu, bude pojistné plnění o tuto hodnotu sníženo.
- Pojistitel vyplatí v případě pojistné události **trvalých následků úrazu** podle odst. 2 nebo odst. 3 předchozího článku pojistné plnění ve výši procenta poškození (viz Oceňovací tabulka TN) z pojistné částky tohoto připojištění platné k datu pojistné události, přičemž zohlední případné progresivní plnění dle Přílohy 1 těchto pojistných podmínek.
- Jestliže před výplatou pojistného plnění za trvalé následky úrazu pojištěný zemře, pojistitel vyplatí oprávněné osobě částku, která odpovídá rozsahu prokazatelných trvalých následků úrazu pojištěného v době jeho smrti.
- V případě vzniku trvalých následků poskytuje pojistitel pojištěnému pojistné plnění v prvním pojistném roce po úrazu jen v těch případech, kdy lze z lékařského hlediska jednoznačně stanovit druh a rozsah poškození. Pokud není jednoznačně určen stupeň trvalých následků nebo dojde-li k jejich zhoršení, jsou pojistitel i pojištěný oprávněni nechat stupeň poškození každoročně, nejdéle však po dobu čtyř let ode dne vzniku úrazu, nově vyměřit.

- V případě, že dojde k pojistné události trvalých následků úrazu a nelze-li určit procento poškození podle Oceňovací tabulky TN, stanoví pojistitel ve spolupráci s jím určeným odborným lékařem procento poškození takovým způsobem, že použije hodnoty v Oceňovací tabulce TN analogicky, přičemž použije takové procento poškození, které je danému trvalému následku svou povahou nejbližší.
- V případě, že dojde k pojistné události trvalých následků úrazu a v Oceňovací tabulce TN není pro danou diagnózu uveden interval plnění a současně nedosahuje-li stupeň poškození dle lékařského posudku požadované výše, považuje se procento poškození uvedené Oceňovací tabulce TN za horní hranici plnění.
- Dojde-li ke vzniku trvalých následků u části těla nebo orgánu, jehož funkce byly sníženy již před úrazem, stanoví se jejich procento poškození v souladu s Oceňovací tabulkou TN takovým způsobem, že se procento poškození sníží o takovou výši, která odpovídá procentnímu poškození, které úrazu předcházelo. Předcházející poškození se stanoví rovněž podle Oceňovací tabulky TN.

Článek 4

Limity pojistného plnění

- V případě, že jediný úraz zanechá pojištěnému několik trvalých následků různého druhu, hodnotí se celkové trvalé následky úrazu za účelem stanovení procenta poškození součtem procent poškození pro jednotlivé trvalé následky. Pojistitel v tomto případě přizná procento poškození do max. výše 100 %.
- Týkají-li se jednotlivé trvalé následky téhož údu, končetiny, orgánu nebo jejich částí, hodnotí se jako celek, a to nejvýše procentem poškození stanoveným v Oceňovací tabulce TN pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného údu, končetiny, orgánu nebo jejich částí.
- V případě pojistné události ztráty trvalého zubu spojené s ošetřením odborného lékaře vyplatí pojistitel pojistné plnění ve výši procenta poškození (viz Oceňovací tabulka TN) z pojistné částky tohoto připojištění, platné k datu pojistné události, max. však do výše 5 000 Kč za jeden poškozený zub.

Článek 6

Pojistné za krytá rizika

- Pojistné za připojištění je placeno měsíčně formou pojistného za krytá rizika sjednaných připojištění ve smyslu zvláštních pojistných podmínek hlavního pojištění.
- Výše pojistného a způsob jeho výpočtu jsou uvedeny v Obchodních podmínkách pojistitele.

Článek 7

Zánik připojištění

- Připojištění zaniknou také datem zániku hlavního pojištění.
- Připojištění (tarif 5136) zanikne také výplatou pojistného plnění za poškození odpovídající 100 % podle Oceňovací tabulky TN z jedné pojistné události.
- Připojištění zaniknou také z důvodu zániku nadřazeného úrazového připojištění: Tarif 5136 zanikne k datu zániku tarifu 6037 (připojištění trvalých následků úrazu s progresivním plněním od 1 %); Tarif 5021 zanikne k datu zániku tarifu 6020 (připojištění smrti následkem úrazu).

Článek 8

Závěrečné ustanovení

Tyto pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. 10. 2019.

Příloha 1: Tabulka progresivního plnění

Procento poškození	Plnění	Procento poškození	Plnění	Procento poškození	Plnění
1 %	1 %	35 %	55 %	69 %	195 %
2 %	2 %	36 %	58 %	70 %	200 %
3 %	3 %	37 %	61 %	71 %	205 %
4 %	4 %	38 %	64 %	72 %	210 %
5 %	5 %	39 %	67 %	73 %	215 %
6 %	6 %	40 %	70 %	74 %	220 %
7 %	7 %	41 %	73 %	75 %	225 %
8 %	8 %	42 %	76 %	76 %	236 %
9 %	9 %	43 %	79 %	77 %	247 %
10 %	10 %	44 %	82 %	78 %	258 %
11 %	11 %	45 %	85 %	79 %	269 %
12 %	12 %	46 %	88 %	80 %	280 %
13 %	13 %	47 %	91 %	81 %	291 %
14 %	14 %	48 %	94 %	82 %	302 %
15 %	15 %	49 %	97 %	83 %	313 %
16 %	16 %	50 %	100 %	84 %	324 %
17 %	17 %	51 %	105 %	85 %	335 %
18 %	18 %	52 %	110 %	86 %	346 %
19 %	19 %	53 %	115 %	87 %	357 %
20 %	20 %	54 %	120 %	88 %	368 %
21 %	21 %	55 %	125 %	89 %	379 %
22 %	22 %	56 %	130 %	90 %	390 %
23 %	23 %	57 %	135 %	91 %	401 %
24 %	24 %	58 %	140 %	92 %	412 %
25 %	25 %	59 %	145 %	93 %	423 %
26 %	28 %	60 %	150 %	94 %	434 %
27 %	31 %	61 %	155 %	95 %	445 %
28 %	34 %	62 %	160 %	96 %	458 %
29 %	37 %	63 %	165 %	97 %	467 %
30 %	40 %	64 %	170 %	98 %	479 %
31 %	43 %	65 %	175 %	99 %	489 %
32 %	46 %	66 %	180 %	100 %	500 %
33 %	49 %	67 %	185 %		
34 %	52 %	68 %	190 %		

Zvláštní pojistné podmínky pro Připojištění denního odškodného při úrazu – ŘIDIČ

(tarif 5192)

Připojištění denního odškodného při úrazu PLUS – ŘIDIČ

(tarif 5194)

Úvodní ustanovení

Pro tato připojištění platí ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pojistitele pro pojištění osob, přičemž ustanovení těchto zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. **Připojištění uvedená v těchto ZPP jsou úrazovým pojištěním.**

Článek 1

Výklad pojmů pro tato připojištění

Úraz: úraz podle definice pojmu úraz ve Všeobecných pojistných podmínkách pro pojištění osob (dále jen „úraz“).

Dopravní nehoda: dopravní nehoda v silničním provozu, v prostředí hromadné dopravy, železniční nehoda nebo letecká nehoda dopravního letadla. Podmínkou je, že pojištěný byl přímým účastníkem takové dopravní nehody, a to bez ohledu na povahu jeho účasti (řidič, chodec, cestující v prostředí hromadné dopravy apod.). Skutečnost, že šlo o dopravní nehodu, jejímž přímým účastníkem byl pojištěný, se prokazuje protokolem o dopravní nehodě pořízeném policií nebo jiným příslušným orgánem státní správy.

Článek 2

Pojistná událost

1. Pojistnou událostí v připojištění denního odškodného při úrazu je úraz, ke kterému došlo výhradně při dopravní nehodě a jehož doba nezbytného léčení doložená lékařským potvrzením přesáhne dle „Oceňovací tabulky pro připojištění denního odškodného při úrazu (tarify 5092 a 5192)“ uvedené výše – dále jen „OT DO“ – limit 21 dní.
2. Pojistnou událostí v připojištění denního odškodného při úrazu PLUS je úraz, ke kterému došlo výhradně při dopravní nehodě, jehož doba nezbytného léčení doložená lékařským potvrzením dosáhla nejméně 7 dní, a který je uveden v „Oceňovací tabulce pro připojištění denního odškodného při úrazu PLUS (tarify 5094, 5192)“ – viz výše Přílohu č. 1 pro připojištění denního odškodného při úrazu – dále jen „OT DO PLUS“.

Článek 3

Pojistné plnění

1. Pojistitel poskytuje v případě pojistné události z tarifu 5192 jednorázově denní odškodné ve výši pojistné částky platné k datu vzniku pojistné události za počet dní uvedených v OT DO. OT DO stanovuje počet dnů léčení pro jednotlivé diagnózy, současně určuje i diagnózy, za které pojistitel pojistné plnění neposkytuje.
2. Není-li tělesné postižení vzniklé pojistnou událostí z tarifu 5192 obsaženo v OT DO, je pojistitel oprávněn určit výši pojistného plnění sám nebo v součinnosti s lékařem, kterého určí. Ke stanovení výše pojistného plnění použije analogicky tělesné poškození uvedené v OT DO, které je mu svou povahou nejbližší.
3. Pojistitel poskytuje pojistné plnění bezprostředně po nahlášení pojistné události a ukončení šetření pojistné události, pokud se diagnóza stanovená lékařem shoduje s diagnózou uvedenou v OT DO. V ostatních případech poskytuje pojistitel plnění až po ukončení léčení a ukončení šetření. V případě, že pojistitel poskytl po nahlášení pojistné události a ukončení šetření pojistné plnění za diagnózu uvedenou v OT DO a v průběhu léčení úrazu došlo ke změně diagnózy na diagnózu s vyšším počtem dnů léčení podle oceňovací tabulky, vyplátí pojistitel na žádost oprávněné osoby doplatek pojistného plnění odpovídající rozdílu počtu dnů z konečné diagnózy po odečtení již proplacených dnů nezbytného léčení podle původní diagnózy.
4. Pojistitel poskytuje v případě pojistné události z tarifu 5194 jednorázově denní odškodné ve výši platné k datu vzniku pojistné události za počet dní uvedených v OT PLUS.
5. Není-li tělesné postižení vzniklé pojistnou událostí z tarifu 5194 obsaženo v OT PLUS, není pojistitel povinen poskytnout pojistné plnění.
6. Po překročení lhůt, uvedených v čl. 2, odst. 1 a 2 a splnění ostatních podmínek daných touto zvláštní částí pojistných podmínek poskytuje pojistitel pojistné plnění od 1. dne léčení úrazu.

Článek 4

Limity pojistného plnění

1. Výplata denního odškodného je časově omezena pro každou pojistnou událost z tarifu 5192 na 365 dní a v případě pojistné události z tarifu 5194 na 21 dní, nejdéle však do data zániku připojištění. Pro účely tohoto ustanovení se jednotlivé doby nezbytného léčení způsobené stejným úrazem sčítají, pokud přestávka mezi nimi nepřesahuje 6 měsíců, a považují se tak za jednu pojistnou událost.
2. Pokud došlo k více tělesným poškozením vzniklých jedním úrazem, považují se za jednu pojistnou událost a pojistitel plní za dobu nejdelšího nezbytného léčení podle platné oceňovací tabulky.
3. Utrpí-li pojištěný další úraz v době nezbytného léčení tělesného poškození následkem úrazu, za který je pojistitel povinen vyplatit denní odškodné, stanoví se počet dní, za které pojistitel nejvýše plní, jako součet počtu dní uvedených OT DO, resp. v OT DO PLUS pro obě tělesná poškození. Doba, po kterou se doby léčení obou úrazů překrývají, se započítává do celkové doby léčení pouze jednou.

Článek 5

Pojistné za krytá rizika

1. Pojistné za připojištění je placeno měsíčně formou pojistného za krytá rizika sjednaných připojištění ve smyslu zvláštních pojistných podmínek hlavního pojištění.
2. Výše pojistného a způsob jeho výpočtu jsou uvedeny v Obchodních podmínkách pojistitele.

Článek 6

Zánik připojištění

1. Připojištění zaniknou také datem zániku hlavního pojištění.
2. Připojištění (tarif 5192) zanikne také vyplacením pojistného plnění za dobu 365 dnů z jedné pojistné události.
3. Připojištění zaniknou také z důvodu zániku nadřazeného úrazového připojištění: Tarif 5192 zanikne k datu zániku tarifu 5092 (připojištění denního odškodného při úrazu); Tarif 5194 zanikne k datu zániku tarifu 5094 (připojištění denního odškodného při úrazu PLUS).

Článek 7

Závěrečné ustanovení

Tyto pojistné podmínky nabývají účinnosti dne 1. 10. 2019.

Zvláštní pojistné podmínky pro Připojištění hospitalizace (tarif 6050)

Úvodní ustanovení

Pro toto připojištění platí ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob, přičemž ustanovení těchto zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. **Připojištění uvedené v těchto ZPP je pojištěním nemoci.**

Článek 1

Výklad pojmů

Pro tyto ZPP se vymezují následující pojmy:

Hospitalizací se pro účely tohoto připojištění rozumí poskytnutí nemocniční lůžkové péče pojištěnému v důsledku nemoci nebo úrazu pojištěného, která nastala v době trvání připojištění a která je z lékařského hlediska nezbytná. Hospitalizace se považuje za z lékařského hlediska nezbytnou, jestliže ošetření pojištěného musí být s ohledem na závažnost nebo charakter úrazu či nemoci provedeno v nemocnici na lůžku (dále jen „hospitalizace“).

Nemocnicí se v tomto připojištění rozumí takové zdravotnické zařízení na území České republiky a ostatních zemí EU, které pracuje pod stálým odborným lékařským vedením, disponuje dostatečnými diagnostickými a terapeutickými možnostmi, pracuje podle aktuálně platných léčebných standardů, vede záznamy o zdravotním stavu a průběhu léčby a její provozování je v souladu s příslušnými platnými právními předpisy. Nemocnici se nerozumí lázeňské domy, sanatoria, ozdravovny ani pečovatelské domy. Rehabilitační centra lze považovat za nemocnici jen v případě, že nepřetržitý pobyt pojištěného v nich bezprostředně navazuje na primární hospitalizaci (dále jen „nemocnice“). Případná hospitalizace v zahraničí mimo země EU musí být předem písemně odsouhlasena pojistitelem.

Nemocí se rozumí nemoc ve smyslu článku 13 Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob (dále jen „nemoc“).

Úrazem se rozumí úraz ve smyslu článku 12 Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob (dále jen „úraz“).

Článek 2

Rozsah připojištění a definice pojistné události

- Pojistnou událostí v připojištění hospitalizace je z lékařského hlediska nezbytná hospitalizace pojištěného ve smyslu předchozího článku, která nastala v důsledku nemoci nebo úrazu pojištěného v době trvání pojištění stejně, jako její příčina (dále jen „hospitalizace“).
- Hospitalizace začíná dnem přijetí pojištěného k hospitalizaci a končí dnem, kdy je hospitalizace ukončena, nejpozději však dnem zániku připojištění.
- Pojistnou událostí je rovněž i hospitalizace v příčinné souvislosti s těhotenstvím anebo porodem, přičemž se za takovou hospitalizaci nepovažuje hospitalizace v souvislosti s léčením neplodnosti nebo umělým přerušením těhotenství.
- Škodná událost v pojištění hospitalizace není pojistnou událostí, jestliže:
 - souvisí pouze s potřebou pečovatelské a opatrovnické péče,
 - jde o částečnou hospitalizaci s denní nebo noční léčbou,
 - její délka je kratší než 24 hodin.
- Pojistnou událostí připojištění nezaniká.

Článek 3

Pojistné plnění

- Pojistitel vyplácí za každý den hospitalizace (tj. počet půlnocí strávených v nemocnici při splnění podmínek podle čl. 2, odst. 1–4) pojistné plnění ve výši pojistné částky platné k datu, kdy hospitalizace pojištěného začala.
- Pojistitel vyplácí denní dávku maximálně za 365 dní hospitalizace a pouze za ty dny hospitalizace, které nastaly ne později než k datu zániku pojištění. Jestliže je pojištěný hospitalizován do 6 měsíců od ukončení hospitalizace z důvodu téže diagnózy, jsou pro účely určení maximální doby, za kterou se denní dávky vyplácejí, doby trvání takových hospitalizací sčítány.
- Nárok na výplatu denní dávky nevznikne za dny hospitalizace, kdy se pojištěný v nemocnici nezdržoval.
- V případě dlouhodobé hospitalizace vyplácí pojistitel pojistné plnění jednou za měsíc, a to ve výši odpovídající délce hospitalizace uplynulé od předchozí výplaty nebo v případě první výplaty od počátku hospitalizace. Pojistitel ale toto plnění vyplácí až poté, co oprávněná osoba doloží svůj nárok na pojistné plnění na formuláři pojistitele a potvrzený nemocnicí, v níž je pojištěný hospitalizován.

Článek 4

Pojistné za krytá rizika a pojistná doba

- Pojistné za připojištění je placeno měsíčně formou pojistného za krytá rizika sjednaných připojištění ve smyslu zvláštních pojistných podmínek hlavního pojištění.
- Výše pojistného a způsob jeho výpočtu jsou uvedeny v Obchodních podmínkách pojistitele.
- Připojištění se sjednává na pojistnou dobu jeden rok, nejdéle však do dne nejbližšího následujícího výročí hlavního pojištění. Uplynutím pojistné doby pojištění nezaniká a pojistná doba se prodlužuje o další rok, pokud pojistník nebo pojistitel neoznámí druhé straně, že na prodloužení pojistné doby nemá zájem. Oznámení podle předchozí věty musí být doručeno druhé straně nejméně 6 týdnů před uplynutím sjednané pojistné doby. Prodloužování způsobem popsaným v tomto odstavci proběhne naposledy ve výročí v kalendářním roce, jenž předchází kalendářnímu roku, ve kterém pojištěný dosáhne koncového věku uvedeného v pojistné smlouvě pro dané připojištění, resp. ve výročí, které předchází počtu let trvání daného připojištění uvedeného v pojistné smlouvě.

Článek 5

Zánik připojištění

- Připojištění zanikne také dnem zániku hlavního pojištění.
- Připojištění uvedené v těchto ZPP zaniká výplatou pojistného plnění za dobu 365 dní z jedné pojistné události.

Článek 6

Závěrečná ustanovení

Tyto zvláštní pojistné podmínky nabývají platnosti a účinnosti dne 1. 10. 2019.

Zvláštní pojistné podmínky pro Připojištění pracovní neschopnosti od 29. dne

(tarif 5073)

Připojištění pracovní neschopnosti od 57. dne

(tarif 6077)

Úvodní ustanovení

Pro tato připojištění platí ustanovení Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob, přičemž ustanovení těchto zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. **Připojištění uvedená v těchto ZPP jsou pojištěním nemoci.**

Článek 1

Výklad pojmů

Pro tyto ZPP se vymezují následující pojmy:

Nemoc: Dle definice pojmu nemoc ve Všeobecných pojistných podmínkách pro pojištění osob.

Úraz: Dle definice pojmu úraz ve Všeobecných pojistných podmínkách pro pojištění osob.

Čistý měsíční příjem: dle povahy výdělečné činnosti se čistým měsíčním příjmem rozumí:

- u zaměstnance – příjmy ze závislé činnosti a funkční požitky podle zákona o daních z příjmů, v platném znění, které připadají průměrně na jeden měsíc příslušného kalendářního čtvrtletí; čistý měsíční příjem pojištěného se dokládá potvrzením plátce mzdy o výši jeho čistého příjmu za poslední kalendářní čtvrtletí předcházející dni počátku pojistné události,
- u OSVČ – příjmy z podnikání a jiné samostatné činnosti podle zákona o daních z příjmů, v platném znění, které připadají průměrně na jeden měsíc příslušného zdaňovacího období; čistý příjem pojištěného se dokládá úředně ověřenou kopií jeho příznání k dani z příjmů fyzických osob za zdaňovací období předcházející dni počátku pojistné události.

Článek 2

Rozsah připojištění a definice pojistné události

- Pojistnou událostí je lékařsky potvrzená dočasná pracovní neschopnost (dále jen „pracovní neschopnost“) pojištěného, která nastala v důsledku nemoci nebo úrazu vzniklými v době trvání připojištění, jejíž délka činila v případě tarifu 5073 nejméně 29 dní a v případě tarifu 6077 nejméně 57 dní.
- Jednou škodnou událostí je nepřetržitá pracovní neschopnost, a to bez ohledu na případnou změnu diagnózy během trvání pracovní neschopnosti. Je-li pojištěný po ukončení pracovní neschopnosti uznán znovu neschopným práce v následujícím kalendářním dni a důvodem této další pracovní neschopnosti byla tatáž nemoc nebo tentýž úraz, považuje se tato pracovní neschopnost za pokračování předcházející pracovní neschopnosti.
- Škodná událost je uznána za pojistnou událost, jestliže byla zahájena v době trvání pojištění po uplynutí čekací doby a jen v případě, že pojištěný nemůže podle lékařského rozhodnutí žádným způsobem vykonávat a ani nevykonává své zaměstnání nebo svou samostatnou výdělečnou činnost, a to ani po omezenou část dne, ani nevykonává řídicí či kontrolní činnost.
- Pojistnou událostí podle čl. 2 odst. 1 až 3 připojištění nezaniká.
- Pojistná událost začíná dnem, kdy je zjištěna pracovní neschopnost, a končí dnem, kdy je pracovní neschopnost podle lékařského rozhodnutí ukončena, nejpozději však dnem zániku připojištění.
- Počátek a trvání pracovní neschopnosti je třeba prokázat doklady o pracovní neschopnosti a vyplněným formulářem pojistitele. Doklad o pracovní neschopnosti vystavený lékařem, který je současně pojištěným nebo je manželem, rodičem, dítětem pojištěného nebo jinou osobou pojištěnému blízkou ve smyslu práva občanského, nestačí k doložení pracovní neschopnosti a musí být vystaven doklad jiným lékařem.
- Pokud je vystaven doklad o pracovní neschopnosti pro více nemocí nebo úrazů současně, považuje se za jednu pojistnou událost.

Článek 3

Pojistné plnění

- Pojistitel v případě pojistné události vyplácí pojistné plnění za každý kalendářní den uznany pojistitelem jako trvání pojistné události, a to ve výši pojistné částky (denní dávky při ztrátě na výděleku) platné ke dni zahájení pojistného plnění.
- Pro připojištění pracovní neschopnosti od 29. dne (tarif 5073) se jako den počátku plnění stanoví 29. den pracovní neschopnosti. Pro připojištění pracovní neschopnosti od 57. dne (tarif 6077) se jako den počátku pojistného plnění stanoví 57. den pracovní neschopnosti.

- Výplata denní dávky při pracovní neschopnosti je časově omezena na 365 dní pro každou pojistnou událost, nejdéle však do data zániku připojištění. Pro účely tohoto ustanovení se jednotlivé pracovní neschopnosti způsobené stejnou diagnózou sčítají, pokud přestávka mezi nimi nepřesahuje 6 měsíců, a považují se tak za jednu pojistnou událost.
- Pojistitel poskytuje jednorázové plnění po ukončení pracovní neschopnosti. Trvá-li však pracovní neschopnost déle než 6 týdnů v případě tarifu 5073 nebo 10 týdnů v případě tarifu 6077, může pojišťitel vyplatit pojištěnému na základě jeho písemné žádosti přiměřenou zálohu na pojistné plnění.
- V případě, že délka pracovní neschopnosti potvrzená lékařem je pro danou diagnózu neúměrně delší než průměrná doba léčení nemoci nebo úrazu a toto prodloužení není v lékařské dokumentaci dostatečně odborně odůvodněno, stanoví délku pracovní neschopnosti nutnou k vyléčení nemoci nebo následků úrazu specializovaný lékař, kterého určí pojišťitel.
- Pokud je pracovní neschopnost způsobena onemocněním pohybového aparátu bez jednoznačně prokázané závažné organické příčiny** – jakou je např. výhřez meziobratlové ploténky, výhřez obratle, zlomenina, utržené vazy či svaly – je stanovena maximální úměrná délka trvání pracovní neschopnosti na 45 dní. Pojišťitel tak v případě sjednání tarifu 5073 vyplatí pojistné plnění za 29. den až nejvýše 45. den trvání pracovní neschopnosti z důvodu popsaneho v předchozí větě. Jednoznačným prokázáním organické příčiny se rozumí prokázání zobrazovacími metodami jakou je rentgenové vyšetření (RTG), ultrazvukové vyšetření (sonografie), magnetická rezonance (MR, MRI), počítačová tomografie (CT) apod. Příkladem zdravotních stavů bez jednoznačně prokázané závažné organické příčiny, na které se uvedené omezení vztahuje, jsou: funkční poruchy pohybového aparátu bez nutnosti operace (např. skolióza nebo svalová nerovnováha), svalová mikrotraumata, výhřezy meziobratlové bederní ploténky do 4 mm léčené konzervativně, prosté bolesti zad na degenerativním podkladě bez zánikových neurologických příznaků anebo zánětlivá onemocnění šlach a kloubů léčené konzervativně, pokud nejsou léčeny antibiotiky.
- Pokud byl pojištěný v rámci této pracovní neschopnosti hospitalizován, může pojišťitel v případě dodržení stanovených podmínek vyplatit pojistné plnění i přesto, že délka pracovní neschopnosti nedosáhla doby uvedené v čl. 2, odst. 1 (29 dní). Přesné vymezení podmínek pro tuto výjimku a následně způsobu určení pojistného plnění je uvedeno na webových stránkách pojistitele www.nn.cz. Uvedená výjimka se týká pouze tarifu 5073.

Článek 4

Omezení výluky z pojištění v případě těhotenství

- Odchylně od Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob pojistitel poskytne pojistné plnění v případě následujících událostí v souvislosti s těhotenstvím:
 - V případě některého z následujících vážných zdravotních komplikací v těhotenství, kterými jsou
 - mimoděložní těhotenství,
 - těžké komplikace v těhotenství – preeklampsie,
 - zhoubný nádor v děloze,
 - porucha srážlivosti krve (Diseminovaná intravaskulární koagulace – DIC)
 - ve smyslu definic uvedených v Zvláštních pojistných podmínkách pro připojištění ZO PLUS pro ženy, vyplatí pojišťitel pojistné plnění standardním způsobem popsaným v odst. 1 až 5 článku 3.
 - Pokud je pojištěná osoba v rámci pracovní neschopnosti hospitalizována, může pojišťitel v případě dodržení stanovených podmínek vyplatit pojistné plnění. Přesné vymezení podmínek pro tuto výjimku a následně způsobu určení pojistného plnění je uvedeno na webových stránkách pojistitele www.nn.cz. Uvedená výjimka se týká pouze tarifu 5073.
- Omezení výluky pro škodné události v souvislosti s těhotenstvím popsané v písm. a) předchozího odstavce se týká obou tarifů (5073 i 6077). Omezení této výluky popsané v písm. b) se týká pouze tarifu 5073. Omezení výluky popsané v písm. a) ani b) není podmíněno sjednáním žádného dalšího připojištění.

Článek 5

Limit pojistného plnění v závislosti na příjmu

Výše sjednané denní dávky nesmí přesáhnout maximální denní dávku uvedenou v příloze č. 1 těchto pojistných podmínek, která stanovuje maximální výši denní dávky v závislosti na čistém měsíčním příjmu pojištěného. Pokud by sjednaná denní dávka neodpovídala čistému měsíčnímu příjmu pojištěného, je pojišťitel oprávněn výši pojistného plnění přiměřeně snížit v poměru ke skutečnému čistému příjmu pojištěného.

Článek 6

Povinnosti pojištěného při hlášení škodné události

- V případě pojistné události je pojištěný povinen předložit pojistiteli kopii dokladu o pracovní neschopnosti a formulář pojistitele, na kterém ošetřující lékař potvrdí začátek a trvání pracovní neschopnosti. Případné náklady na vyplnění a potvrzení tohoto formuláře nenese pojišťitel. Vyplněný formulář musí být pojišťiteli předložen bez zbytečného odkladu po počátku pracovní neschopnosti, nejpozději však ve smluvně určený den počátku plnění. Při opožděném předložení formuláře má pojišťitel právo zahájit výplatu pojistného plnění teprve ode dne, kdy formulář obdrží. Ukončení pracovní neschopnosti lékař potvrdí rovněž na formuláři pojistitele.

2. Pokud pracovní neschopnost trvá déle než jeden měsíc od smluvně určeného počátku pojistného plnění, je pojištěný povinen si pokračující pracovní neschopnost nechat lékařem znovu potvrdit na formuláři pojistitele při každé další kontrole u ošetřujícího lékaře. Pauza mezi jednotlivými kontrolami, resp. mezi vystavením jednotlivých potvrzení, však nesmí být delší než jeden měsíc. Případné náklady na lékařská potvrzení nenese pojistitel. Pokud pojistitel neobdrží do jednoho měsíce od smluvně určeného počátku pojistného plnění či od předložení posledního potvrzení další potvrzení o trvání či ukončení pracovní neschopnosti, není povinen pojistné plnění za další dny pracovní neschopnosti poskytnout. Pojistitel má právo v rámci procesu šetření každé škodné události po dohodě s oprávněnou osobou tyto lhůty prodloužit.
3. Pokud pojistitel požaduje přezkoumání zdravotního stavu pojištěného lékařem, kterého sám určil, a pokud pojištěný toto přezkoumání odmítne (vyšetření nepodstoupí), není pojistitel povinen vyplácet pojistné plnění, dokud se příslušné vyšetření neuskuteční. Pojistitel není povinen poskytnout další pojistné plnění v případě, že jím určený lékař nepotvrdí další trvání pracovní neschopnosti (např. s přihlédnutím k druhu vykonávaného povolání). Pojistitel má právo v rámci likvidace každé škodné události po dohodě s oprávněnou osobou tyto lhůty prodloužit.
4. Na žádost pojistitele je pojištěný povinen kdykoli prokázat výši svého čistého měsíčního příjmu. Dokud není tato povinnost splněna, pojistitel pojistné plnění neposkytne.
5. Pojištěný a/nebo pojistník je povinen pojistiteli nejpozději do patnácti dnů od nastalé skutečnosti písemně oznámit každou změnu povolání pojištěného, ukončení (přerušeni) výkonu povolání pojištěného, snížení čistých příjmů pojištěného o více než 30 % oproti příjmům, které byly aktuální ke dni sjednání připojištění, zvýšení nebo vznik jiných nároků pojištěného v důsledku plné pracovní neschopnosti zejména zvýšení, vznik nebo prodloužení délky nároku na vyplácení mzdy nebo její náhrady od zaměstnavatele nebo uzavření pojistné smlouvy na pojištění ztráty příjmu v důsledku nemoci nebo úrazu s jiným pojistitelem. Pokud je některá povinnost podle předchozí věty porušena, je pojistitel oprávněn pojistné plnění přiměřeně snížit.

Článek 7

Pojistné za krytá rizika a pojistná doba

1. Pojistné za připojištění je placeno měsíčně formou pojistného za krytá rizika sjednaných připojištění ve smyslu zvláštních pojistných podmínek hlavního pojištění.
2. Výše pojistného a způsob výpočtu jsou uvedeny v Obchodních podmínkách pojistitele.
3. Připojištění se sjednává na pojistnou dobu jeden rok, nejdéle však do dne nejbližšího následujícího výročí hlavního pojištění. Uplynutím pojistné doby pojištění nezaniká a pojistná doba se prodlužuje o další rok, pokud pojistník nebo pojistitel neoznámí druhé straně, že na prodloužení pojistné doby nemá zájem. Oznámení podle předchozí věty musí být doručeno druhé straně nejméně 6 týdnů před uplynutím sjednané pojistné doby. Prodloužování způsobem popsaným v tomto odstavci proběhne naposledy ve výročí v kalendářním roce, jenž předchází kalendářnímu roku, ve kterém pojištěný dosáhne koncového věku uvedeného v pojistné smlouvě pro dané připojištění, resp. ve výročí, které předchází počtu let trvání daného připojištění uvedeného v pojistné smlouvě.

Článek 8

Zánik připojištění

1. Připojištění uvedená v těchto ZPP zanikají také dnem přiznání starobního důchodu, popř. mimořádného starobního důchodu, nejpozději však koncem pojistného roku, ve kterém pojištěný dosáhne věku 65 let.
2. Připojištění uvedená v těchto ZPP zanikají také dnem, kdy byl pojištěný uznán invalidním pro invaliditu prvního, druhého nebo třetího stupně, nebo dnem, kdy byly na základě lékařského vyšetření splněny zákonné předpoklady pro uznání invalidity prvního, druhého nebo třetího stupně. Pro účely splnění zákonných předpokladů lze použít i posouzení odborným lékařem určeným pojistitelem.
3. Připojištění uvedená v těchto ZPP zanikají vyplacením pojistného plnění za dobu 365 dní z jedné pojistné události.

Článek 9

Závěrečná ustanovení

Tyto zvláštní pojistné podmínky nabývají platnosti a účinnosti dne 1. 10. 2019.

Příloha č. 1 ke Zvláštním pojistným podmínkám připojištění pracovní neschopnosti (tarify 5073 a 6077)

Čistý měsíční příjem (Kč)	Maximální denní dávka (Kč)
do 33 999	500
34 000 – 37 499	600
37 500 – 40 999	700
41 000 – 44 499	800
44 500 – 47 999	900
48 000 – 51 499	1 000
51 500 – 54 999	1 100
55 000 – 58 499	1 200
58 500 – 61 999	1 300
62 000 – 65 499	1 400
65 500 – 68 999	1 500
69 000 – 71 999	1 600
72 000 – 74 999	1 700
75 000 – 77 999	1 800
78 000 – 80 999	1 900
81 000 a více	2 000

Zvláštní pojistné podmínky pro Připojištění pro případ ošetřování dítěte od 29. dne (tarif 6070)

Úvodní ustanovení

Pro toto připojištění platí ustanovení všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob, přičemž ustanovení těchto zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“) mají přednost. **Připojištění uvedené v těchto ZPP je pojištěním nemoci.**

Článek 1

Rozsah připojištění a definice pojistné události

- Pojistnou událostí v tomto připojištění je takový zdravotní stav pojištěného dítěte způsobený nemocí nebo úrazem vzniklými v době trvání připojištění, který na základě lékařského rozhodnutí vyžaduje nepřetržitě ošetřování pojištěného dítěte dospělou osobou (dále jen „ošetřování dítěte“) a který trvá minimálně 29 dní. Nutnost ošetřování lékař posuzuje i s ohledem na věk pojištěného dítěte.
- Pojistitel má právo přezkoumat rozhodnutí ošetřujícího lékaře o nutnosti ošetřování dítěte na základě posudku pojistitelem určeného lékaře.
- Opakované ošetřování dítěte z důvodu téže nemoci nebo téhož úrazu se považuje za jednu pojistnou událost, pokud přestávka mezi jednotlivými ošetřováními nepřesáhne 6 měsíců. Nepřetržitě ošetřování dítěte, kdy v průběhu této doby dojde ke změně diagnózy nebo kdy je u pojištěného dítěte stanoveno více diagnóz současně, je rovněž považováno za jednu pojistnou událost.
- Škodná událost je uznána za pojistnou událost, jestliže byla zahájena v době trvání připojištění po uplynutí čekací doby. Pojistná událost začíná prvním dnem ošetřování dítěte a končí dnem, kdy je nutnost ošetřování dítěte podle lékařského rozhodnutí ukončena. Den zahájení ošetřování dítěte je den určený lékařem.
- Počátek a trvání ošetřování dítěte je třeba prokázat vyplněným formulářem pojistitele. Potvrzení o ošetřování dítěte vystavené lékařem, který je rodičem nebo jinou osobou pojištěnému blízkou ve smyslu práva občanského, nestačí k doložení nutnosti ošetřování dítěte a potvrzení musí být vystaveno jiným lékařem.
- Pojistnou událostí podle čl. 2 odst. 1 připojištění nezaniká.

Článek 2

Pojistné plnění

- Pojistitel vyplácí pojistné plnění za každý kalendářní den ošetřování dítěte uznaný pojistitelem jako trvání pojistné události (počínaje 29. dnem ošetřování dítěte, za prvních 28 dní pojistné plnění nenáleží), a to ve výši pojistné částky (denní dávky) platné ke dni zahájení pojistného plnění.
- Pojistitel vyplácí pojistné plnění odpovídající částce popsané v předchozím odstavci jednorázově po ukončení ošetřování dítěte. Trvá-li ošetřování dítěte déle než 6 týdnů, může pojistitel vyplatit pojištěnému, resp. jeho zákonnému zástupci, na základě jeho písemné žádosti přiměřenou zálohu na pojistné plnění.
- Maximální doba výplaty denní dávky za jednu pojistnou událost ve smyslu článku 1, odst. 1 až 4, je stanovena na 365 dní za jednu pojistnou událost, pokud zánik připojištění nenastane dříve.

Článek 3

Hlášení a prokazování škodné události

- V případě vzniku škodné události je pojištěný, resp. zákonný zástupce pojištěného dítěte, povinen předložit potvrzení ošetřujícího lékaře o začátku ošetřování dítěte. Případné náklady na vystavení tohoto formuláře nenese pojistitel. Vyplněný formulář musí být pojistiteli doručen bez zbytečného odkladu po počátku ošetřování dítěte, nejpozději však v určený den počátku plnění, tedy 29. den trvání ošetřování dítěte. V případě opožděného doručení má pojistitel právo zahájit výplatu pojistného plnění teprve ode dne, kdy příslušný formulář obdrží. Ukončení ošetřování dítěte potvrdí ošetřující lékař na formuláři pojistitele.
- Pokud ošetřování dítěte trvá déle než jeden měsíc ode dne počátku výplaty pojistného plnění, je pojištěný, resp. jeho zákonný zástupce, povinen si tuto skutečnost nechat potvrdit ošetřujícím lékařem znovu na formuláři pojistitele při každé další kontrole u ošetřujícího lékaře. Pauza mezi jednotlivými kontrolami, resp. mezi vystavením jednotlivých potvrzení, však nesmí být delší než jeden měsíc. Případné náklady na lékařská potvrzení nenese pojistitel.
- Pokud do jednoho měsíce od vzniku nároku na pojistné plnění či od předložení posledního potvrzení neobdrží pojistitel další potvrzení o trvání či ukončení ošetřování dítěte, není povinen pojistné plnění za další dny ošetřování dítěte poskytnout. Pojistitel může v rámci procesu řešení každé škodné události po dohodě s oprávněnou osobou tyto lhůty prodloužit.
- Pokud pojistitel požaduje přezkoumání zdravotního stavu pojištěného dítěte lékařem, kterého sám určil, a pokud pojištěný, resp. jeho zákonný zástupce, toto přezkoumání odmítne (vyšetření nepodstoupí), není pojistitel povinen vyplácet pojistné plnění, dokud se příslušné vyšetření neuskuteční.
- Pojistitel nevyplácí další pojistné plnění v případě, že jím určený lékař nepotvrdí pokračování pojistné události, tedy nutnost ošetřování dítěte (např. s přihlédnutím k věku pojištěného dítěte). Pojistitel nevyplácí pojistné plnění za dny, kdy pojištěné dítě navštěvovalo školské, předškolní či obdobné zařízení.

Článek 4

Pojistné za krytá rizika a pojistná doba

- Pojistné za připojištění je placeno měsíčně formou pojistného za krytá rizika sjednaných připojištění ve smyslu zvláštních pojistných podmínek hlavního pojištění.
- Výše pojistného a způsob výpočtu jsou uvedeny v Obchodních podmínkách pojistitele.
- Připojištění se sjednává na pojistnou dobu jeden rok, nejdéle však do dne nejbližšího následujícího výročí hlavního pojištění. Uplynutím pojistné doby pojištění nezaniká a pojistná doba se prodlužuje o další rok, pokud pojistník nebo pojistitel neoznámí druhé straně, že na prodloužení pojistné doby nemá zájem. Oznámení podle předchozí věty musí být doručeno druhé straně nejméně 6 týdnů před uplynutím sjednané pojistné doby. Prodloužování způsobem popsaným v tomto odstavci proběhne naposledy v den výročí v kalendářním roce, jenž předchází kalendářnímu roku, ve kterém pojištěný dosáhne koncového věku uvedeného v pojistné smlouvě pro dané připojištění, resp. ve výročí, které předchází počtu let trvání daného připojištění uvedeného v pojistné smlouvě.

Článek 5

Zánik pojištění

- Připojištění zanikne také k datu zániku hlavního pojištění.
- Připojištění ošetřování dítěte od 29. dne zaniká nejpozději v den výročí v kalendářním roce, ve kterém dítě dosáhne 18 let věku.
- Připojištění ošetřování dítěte od 29. dne zaniká vyplacením pojistného plnění za dobu 365 dní z jedné pojistné události.

Článek 6

Závěrečné ustanovení

Tyto zvláštní pojistné podmínky nabývají platnosti a účinnosti dne 1. 10. 2019.

Obchodní podmínky pojistitele

Společnost NN Životní pojišťovna N.V., pobočka pro Českou republiku, se sídlem: Nádražní 344/25, 150 00 Praha 5 – Smíchov, IČ: 40763587, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 6305, jako organizační složka (odštěpný závod) společnosti: NN Životní pojišťovna N.V., se sídlem: Weena 505, 3013AL Rotterdam, Nizozemské království, zapsaná v obchodním rejstříku Obchodní komory v Rotterdamu, Nizozemské království, datum zápisu 17. ledna 1863, číslo zápisu 24042211 (dále jen "pojistitel") vydává tyto obchodní podmínky.

Datum účinnosti: **1. 10. 2019**
 Varianta: **IŽP**
 Produkt: **Životní pojištění NN Blue**
 Datum uvedení produktu na trh: **1. 12. 2016**

1. Úvodní ustanovení

Pojistitel může ve smyslu ust. § 1752 a § 1753 občanského zákoníku jednostranně měnit tyto obchodní podmínky v částech upravujících:

- Výši poplatků:
 - za správu pojištění,
 - poplatky za služby,
 - poplatky za výběry,
 - poplatky za upomínky pro neplacení pojistného,
 a to pouze způsobem uvedeným ve Všeobecných pojistných podmínkách pro pojištění osob.
- Sazebník měsíčního pojistného za krytá rizika, avšak pouze v souladu s čl. 8 Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob.
- Poplatek za správu investic, a to maximálně na hodnotu 0,5 % ročně z hodnoty podílových jednotek

Vzhledem k věcnému obsahu uvedených částí Obchodních podmínek je zřejmé, že v budoucnu může nastat odůvodněná potřeba jejich změny. Pojistníkovi bude změna Obchodních podmínek pojistitele a datum jejich nové účinnosti oznámeno způsobem, který je používán pro komunikaci ve věcech správy pojistné smlouvy mezi pojistníkem a pojistitelem. Pokud pojistník se změnou Obchodních podmínek pojistitele nesouhlasí, má právo pojistnou smlouvu vypovědět ve dvouměsíční lhůtě od okamžiku oznámení této změny. V takovém případě se obdobně užijí příslušná ustanovení pojistné smlouvy, jejíž součástí tyto obchodní podmínky jsou, a zákona, jímž se pojistná smlouva řídí.

Pojistitel si dále vyhrazuje právo doplňovat tyto obchodní podmínky o parametry, které mají povahu produktových inovací a které neovlivňují žádným způsobem pojistné smlouvy, které byly sjednány před takovou změnou produktu.

2. Přehled poplatků

Poplatky jsou uplatňovány způsobem uvedeným ve Zvláštních pojistných podmínkách pojištění.

Pravidelné poplatky

Variabilní poplatek z běžného pojistného	2,5 % z platby pojistného (po případném snížení o alokační poplatek)
Variabilní poplatek z mimořádného pojistného	0,00 % z platby pojistného
Poplatek za správu pojištění	50 Kč měsíčně
Poplatek za správu investic	0,00 % z hodnoty podílových jednotek

Poplatky za služby

Změna alokačního poměru	50 Kč (první v pojistném roce zdarma)
Převod podílových jednotek mezi fondy	50 Kč (první v pojistném roce zdarma)
Platební prázdniny	50 Kč
Mimořádný výběr z podílových jednotek	100 Kč

Alokační poplatky

Alokační poplatky jsou strhávány z pojistného zaplaceného za prvních pět let trvání pojištění, příp. za prvních pět let od navýšení běžného pojistného. Určují se procentem z platby běžného pojistného, v případě navýšení běžného pojistné pouze z navýšené části.

Pojistná doba v letech ¹	Počet let od počátku pojištění, příp. od navýšení				
	1.	2.	3.	4.	5.
1	8%	0%	0%	0%	0%
2	8%	8%	0%	0%	0%
3	8%	8%	8%	0%	0%

4	8%	8%	8%	8%	0%
5	8%	8%	8%	8%	8%
6	9,6%	9,6%	9,6%	9,6%	9,6%
7	11,2%	11,2%	11,2%	11,2%	11,2%
8	12,8%	12,8%	12,8%	12,8%	12,8%
9	14,4%	14,4%	14,4%	14,4%	14,4%
10	16,0%	16,0%	16,0%	16,0%	16,0%
11	17,6%	17,6%	17,6%	17,6%	17,6%
12	19,2%	19,2%	19,2%	19,2%	19,2%
13	20,8%	20,8%	20,8%	20,8%	20,8%
14	22,4%	22,4%	22,4%	22,4%	22,4%
15	24,0%	24,0%	24,0%	24,0%	24,0%
16	25,6%	25,6%	25,6%	25,6%	25,6%
17	27,2%	27,2%	27,2%	27,2%	27,2%
18	28,8%	28,8%	28,8%	28,8%	28,8%
19	30,4%	30,4%	30,4%	30,4%	30,4%
20	32,0%	32,0%	32,0%	32,0%	32,0%
21	33,6%	33,6%	33,6%	33,6%	33,6%
22	35,2%	35,2%	35,2%	35,2%	35,2%
23	36,8%	36,8%	36,8%	36,8%	36,8%
24	38,4%	38,4%	38,4%	38,4%	38,4%
25	40%	40%	40%	40%	40%

¹ V případě navýšení pojistné doby jde o počet let zbývajících do konce pojistné doby

Poplatky za upomínky pro neplacení pojistného

Poplatek za první upomínku pro neplacení pojistného nebo jeho části	20 Kč
Poplatek za druhou a následnou upomínku pro neplacení pojistného nebo jeho části	35 Kč
Poplatek za inkasní správu pohledávky po ukončení smlouvy (hrazený inkasní společností)	20 % z dlužné částky, min. 100 Kč
Poplatek za inkasní správu pohledávky v případě neoprávněné výplaty pojistného plnění (hrazený inkasní společností)	25 % z pohledávky, max. však 25 000 Kč

Poplatek z odkupného

Jednorázový poplatek 500 Kč je stržen z aktuální hodnoty podílového účtu.

Technická úroková míra

K datu účinnosti těchto Obchodních podmínek pojistitele je aktuální technická úroková míra 0,01 %.

3. Minimální hodnoty

Minimální běžné pojistné	6 000 Kč ročně, není-li dohodnuto jinak
Minimální mimořádné pojistné	není stanoveno
Minimální mimořádný výběr z podílových jednotek (v případě daňově neuznatelné smlouvy)	5 000 Kč
Minimální hodnota pojistné částky na hlavním tarifu	10 000 Kč

4. Výpočet pojistného za krytá rizika

Pojistné za krytá rizika (dále také „rizikové pojistné“) je strháváno měsíčně z podílového účtu.

Výše měsíčního pojistného za krytá riziko smrti sjednané v rámci **hlavního pojištění** se určí takto:

$$\text{rizikové pojistné} = \text{riziková suma} \cdot \frac{\text{sazba}}{1000} \cdot (1 + \text{přirážka})$$

kde

riziková suma je rovna rozdílu mezi pojistnou částkou a hodnotou podílového účtu k datu výpočtu rizikového pojistného sníženou o případný dluh na poplatcích a o ostatní poplatky, které mají být současně s rizikovým pojistným strženy; vychází-li riziková suma záporná, použije se ve výpočtu nula.

sazba je sazba měsíčního pojistného odpovídající aktuálnímu věku pojištěného, která je uvedena v tabulce pro riziko smrti obsažené v Obchodních podmínkách pojistitele (část „5. Sazebníky měsíčního pojistného za krytá rizika“) platných k datu výpočtu; aktuální věk pojištěného se určí jako rozdíl mezi kalendářním rokem posledního výročí smlouvy (v prvním roce rokem technického počátku pojištění) a kalendářním rokem narození pojištěného

přirážka představuje navýšení rizikového pojistného v procentech, přičemž pro účely výpočtu je vyjádřena desetinným číslem (např. je-li stanovena přirážka 50 %, použije se ve vzorci hodnota 0,5); přirážka je pojistitelem stanovena na základě posouzení zdravotního stavu pojištěného a/nebo jeho pracovní a volnočasové (sportovní, zájmové) činnosti; výše přirážky je uvedena ve smlouvě nebo pojistce či jejím dodatku (pokud informace o přirážce není ve smlouvě ani v pojistce či jejím dodatku uvedena, použije se ve výpočtu nula).

Výsledná výše pojistného se matematicky zaokrouhlí na haléře.

Výše měsíčního pojistného za krytá riziko sjednané v rámci **přípojištění** (s výjimkou zproštění od placení) se určí takto:

$$\text{rizikové pojistné} = \text{pojistná částka} \cdot \frac{\text{sazba}}{1000} \cdot (1 + \text{přirážka})$$

kde

pojistná částka je aktuální výše pojistné částky daného přípojištění, přičemž u přípojištění ZO PLUS pro ženy se pro účely výpočtu použije pojistná částka přípojištění Závažných onemocnění ZO4, tarif 6015. V případě přípojištění s klesající pojistnou částkou se použije aktuální pojistná částka platná v daném pojistném roce, která je stanovena způsobem popsaným ve VPP, čl. 2, písm. bb).

sazba je sazba měsíčního pojistného odpovídající aktuálnímu věku pojištěného (a popř. také rizikové skupině), která je uvedena pro dané přípojištění v příslušné tabulce obsažené v Obchodních podmínkách pojistitele (část „5. Sazebníky měsíčního pojistného za krytá rizika“) platných k datu výpočtu; aktuální věk pojištěného se určí jako rozdíl mezi kalendářním rokem posledního výročí smlouvy (v prvním roce rokem technického počátku pojištění) a kalendářním rokem narození pojištěného

přirážka představuje navýšení rizikového pojistného v procentech, přičemž pro účely výpočtu je vyjádřena desetinným číslem (např. je-li stanovena přirážka 50 %, použije se ve vzorci hodnota 0,5); přirážka je pojistitelem stanovena na základě posouzení zdravotního stavu pojištěného a/nebo jeho pracovní a volnočasové (sportovní, zájmové) činnosti; výše přirážky je uvedena ve smlouvě nebo pojistce či jejím dodatku (pokud informace o přirážce není ve smlouvě ani v pojistce či jejím dodatku uvedena, použije se ve výpočtu nula)

Výsledná výše pojistného se matematicky zaokrouhlí na haléře.

Výše měsíčního pojistného za krytá riziko sjednané v rámci **přípojištění zproštění od placení pojistného** se určí takto:

$$\text{rizikové pojistné} = \text{běžné pojistné} \cdot \frac{\text{sazba}}{1000} \cdot (1 + \text{přirážka}) \cdot \frac{1 - v^{\frac{k}{\text{frekv}}}}{1 - v^{\frac{1}{\text{frekv}}}}$$

běžné pojistné je aktuální běžné pojistné

sazba je sazba měsíčního pojistného odpovídající aktuálnímu věku pojištěného, která je uvedena v tabulce pro zproštění od placení pojistného obsažené v Obchodních podmínkách pojistitele (část „5. Sazebníky měsíčního pojistného za krytá rizika“) platných k datu výpočtu; aktuální věk pojištěného se určí jako rozdíl mezi kalendářním rokem posledního výročí smlouvy (v prvním roce rokem technického počátku pojištění) a kalendářním rokem narození pojištěného

přirážka představuje navýšení rizikového pojistného v procentech, přičemž pro účely výpočtu je vyjádřena desetinným číslem (např. je-li stanovena přirážka 50 %, použije se ve vzorci hodnota 0,5); přirážka je pojistitelem stanovena na základě posouzení zdravotního stavu pojištěného a/nebo jeho pracovní a volnočasové (sportovní, zájmové) činnosti; výše přirážky je uvedena ve smlouvě nebo pojistce či jejím dodatku (pokud informace o přirážce není ve smlouvě ani v pojistce či jejím dodatku uvedena, použije se ve výpočtu nula)

v je dáno vztahem $1 / (1 + \text{technická úroková míra})$, přičemž výše technické úrokové míry je uvedena v aktuálních Obchodních podmínkách pojistitele.

k je počet splátek běžného pojistného, které ještě mají být do konce trvání toho přípojištění zaplacený

frekv

je počet splátek během jednoho pojistného roku, tzn.: frekv = 1 při roční frekvenci placení, frekv = 2 při pololetní, frekv = 4 při čtvrtletní, frekv = 12 při měsíční frekvenci placení

Výsledná výše pojistného se matematicky zaokrouhlí na haléře.

5. Sazebníky měsíčního pojistného za krytá rizika

V následujících tabulkách jsou uvedeny sazby na 1000 Kč pojistné částky.

Sazebník měsíčního pojistného na 1000 Kč pojistné částky pro úrazová přípojištění

Riziko	Věk pojištěného	Riziková skupina			
		1	2	3	4
Smrt následkem úrazu	18-70	0,1100	0,1430	0,1595	0,2145
	71-75	0,16500	0,21450	0,23925	0,32175
Trvalé následky úrazu od 1 %	18-70	0,1580	0,3160	0,4898	0,8848
	71-75	0,3160	0,6320	0,9796	1,7696
Trvalé následky úrazu od 10 %	18-70	0,088	0,1276	0,2640	0,4840
	71-75	0,1760	0,2552	0,5280	0,9680
Denní odškodné při úrazu	18-70	365,0	547,5	730,0	912,5
Denní odškodné při úrazu PLUS	18-70	208,0	312,0	416,0	520,0
Smrt následkem úrazu – ŘIDIČ	3-70	0,03375			
Trvalé následky úrazu od 1 % – ŘIDIČ	0-70	0,0450			
Denní odškodné při úrazu – ŘIDIČ	0-70	73,0			
Denní odškodné při úrazu PLUS – ŘIDIČ	0-70	41,6			

Sazebník měsíčního pojistného na 1000 Kč pojistné částky pojištění a přípojištění sjednávaných pro děti

Riziko	Věk pojištěného	Sazba pojistného
Smrt	0-15	0,0333
Invalidita dítěte	3-26	0,0708
Závažná onemocnění dětí	0-18	viz tabulku sazeb pro tarif 6019 níže
Smrt následkem úrazu	0-17	0,066
Trvalé následky úrazu od 1 %	0-17	0,09
Trvalé následky úrazu od 10 %	0-17	0,048
Denní odškodné při úrazu	0-17	230
Denní odškodné při úrazu PLUS	0-17	132
Hospitalizace	0-17	93,3333
Ošetřování dítěte	2-18	358,761

Sazby pojistného pro úrazová přípojištění pro případ dopravní nehody („ŘIDIČ“) jsou jednotné pro všechny věky a jsou uvedeny v předchozí tabulce.

Sazebník měsíčního pojistného na 1000 Kč pojistné částky přípojištění Závažných onemocnění dětí (tarif 6019)

Věk pojištěného	Sazba pojistného	Věk pojištěného	Sazba pojistného
0	0,1718	10	0,1446
1	0,1560	11	0,1408
2	0,1464	12	0,1359
3	0,1410	13	0,1310
4	0,1369	14	0,1266
5	0,1378	15	0,1235
6	0,1406	16	0,1204
7	0,1440	17	0,1181
8	0,1463	18	0,1181
9	0,1467		

Sazebník měsíčního pojistného pro hlavní pojištění a připojištění na 1000 Kč pojistné částky – pojistné za krytá rizika

Riziko (tarify):	Smrt ¹⁾	Invalidita 3., 4. stupně ¹⁾	Invalidita 2. stupně ¹⁾	Invalidita 1. stupně ¹⁾	Zproštění od placení	Závažná onemocnění ZO4 ¹⁾	Závažné zdravotní následky ¹⁾	ZO PLUS pro ženy	Hospitalizace	Pracovní neschopnost od 29. dne	Pracovní neschopnost od 57. dne
Věk pojištěného	hl. pojištění + tarify: 6081,6080	6344, 6345	6340, 6341	6346, 6347	5000	6015, 6016	6017, 6018	5013	6050	5073	6077
15	0,0333	0,0509	0,0274	0,0418	0,0844	0,0606	0,0588	-	93,3333	305,5008	222,4379
16	0,0402	0,0509	0,0274	0,0418	0,0844	0,0606	0,0588	0,0610	93,3333	307,4373	223,8478
17	0,0471	0,0509	0,0274	0,0418	0,0844	0,0606	0,0588	0,0610	93,3333	309,5850	225,4117
18	0,0539	0,0509	0,0274	0,0418	0,0844	0,0606	0,0588	0,0610	108,0749	311,9661	227,1453
19	0,0612	0,0509	0,0274	0,0418	0,0844	0,0672	0,0636	0,0650	114,0917	314,6035	229,0656
20	0,0674	0,0513	0,0277	0,0422	0,0844	0,0736	0,0681	0,0695	119,5413	317,5238	231,1920
21	0,0723	0,0537	0,0269	0,0430	0,0865	0,0800	0,0719	0,0749	124,3271	320,7552	234,4855
22	0,0755	0,0563	0,0262	0,0440	0,0886	0,0863	0,0745	0,0805	128,3516	324,3285	238,0458
23	0,0774	0,0577	0,0261	0,0447	0,0907	0,0940	0,0762	0,0862	131,5663	328,2772	241,9004
24	0,0781	0,0588	0,0268	0,0457	0,0928	0,1028	0,0774	0,0916	134,1160	332,6380	246,0800
25	0,0780	0,0596	0,0279	0,0467	0,0948	0,1116	0,0784	0,0968	136,1934	337,4508	250,6177
26	0,0778	0,0606	0,0288	0,0477	0,0969	0,1202	0,0795	0,1013	137,9921	342,7600	255,6939
27	0,0781	0,0621	0,0295	0,0488	0,1000	0,1287	0,0808	0,1049	139,7051	348,6125	261,0817
28	0,0798	0,0643	0,0300	0,0503	0,1032	0,1398	0,0825	0,1073	141,5007	355,0597	266,8292
29	0,0824	0,0668	0,0301	0,0517	0,1073	0,1534	0,0850	0,1087	143,4465	362,1573	272,9932
30	0,0867	0,0698	0,0309	0,0535	0,1104	0,1678	0,0887	0,1137	145,5853	369,9686	279,6410
31	0,0923	0,0722	0,0323	0,0557	0,1157	0,1829	0,0926	0,1168	147,9599	378,5540	286,8408
32	0,0990	0,0748	0,0341	0,0582	0,1198	0,1990	0,0966	0,1186	150,6128	387,9915	294,6763
33	0,1063	0,0780	0,0367	0,0612	0,1261	0,2178	0,1014	0,1191	153,5805	398,3556	303,2279
34	0,1148	0,0815	0,0399	0,0647	0,1323	0,2393	0,1068	0,1186	156,8711	409,7318	312,5845
35	0,1238	0,0860	0,0435	0,0692	0,1407	0,2613	0,1129	0,1173	160,4858	422,2050	322,8331
36	0,1337	0,0915	0,0472	0,0740	0,1511	0,2834	0,1194	0,1149	168,6928	435,8819	334,0760
37	0,1451	0,0982	0,0503	0,0792	0,1604	0,3055	0,1274	0,1122	173,9376	450,8619	346,4088
38	0,1581	0,1070	0,0538	0,0857	0,1729	0,3328	0,1358	0,1096	179,3508	467,2621	359,9400
39	0,1726	0,1183	0,0578	0,0938	0,1896	0,3653	0,1438	0,1073	184,9381	485,2032	374,7792
40	0,1893	0,1301	0,0617	0,1023	0,2063	0,3980	0,1527	0,1054	190,7051	504,8203	391,0480
41	0,2088	0,1438	0,0666	0,1122	0,2181	0,4316	0,1628	0,0950	196,6578	526,2588	408,8757
42	0,2316	0,1613	0,0738	0,1253	0,2349	0,4686	0,1746	0,0844	202,8026	549,6643	428,3921
43	0,2588	0,1798	0,0825	0,1398	0,2526	0,5173	0,1877	0,0740	209,1457	575,2109	449,7504
44	0,2907	0,2021	0,0942	0,1580	0,2763	0,5762	0,2023	0,0638	215,6936	603,0724	473,1055
45	0,3275	0,2244	0,1066	0,1765	0,3048	0,6382	0,2200	0,0535	222,4533	633,4371	498,6245
46	0,3683	0,2511	0,1218	0,1988	0,3385	0,7034	0,2396		229,4320	666,5145	526,4942
47	0,4128	0,2833	0,1403	0,2258	0,3801	0,7779	0,2602		236,6366	702,5211	556,9088
48	0,4606	0,3221	0,1629	0,2587	0,4298	0,8839	0,2838		244,0753	741,6877	590,0767
49	0,5127	0,3713	0,1920	0,3005	0,4949	1,0193	0,3115		251,7553	784,2700	626,2294
50	0,5695	0,4152	0,2198	0,3387	0,5649	1,1636	0,3435		259,6850	830,5378	665,6128
51	0,6312	0,4743	0,2553	0,3892	0,6573	1,3168	0,3804		267,8727	880,7717	708,4864
52	0,6973	0,5485	0,2954	0,4501	0,7710	1,4786	0,4227		276,3273	935,2804	755,1361
53	0,7688	0,6341	0,3415	0,5203	0,9082	1,6673	0,4707		285,0576	994,3908	805,8670
54	0,8458	0,7406	0,3988	0,6076	1,0786	1,8813	0,5269		294,0727	1058,4471	861,0054
55	0,9290	0,8677	0,4673	0,7120	1,2868	2,1187	0,5909		304,0721	1127,8222	920,9064
56	1,0197	1,0188	0,5486	0,8360	1,5408	2,3562	0,6646		314,4247	1202,9102	985,9500
57	1,1183	1,2145	0,6539	0,9964	1,8714	2,5705	0,7441		325,1399	1284,1265	1056,5429
58	1,2228	1,2318	0,6633	1,0107	1,9535	2,7940	0,8272		336,2306	1371,9150	1133,1242
59	1,3305	1,3032	0,7017	1,0693	2,1120	3,0294	0,9138		347,7104	1466,7515	1216,1716
60	1,4419	1,3647	0,7348	1,1198	2,2651	3,2682	1,0134		359,5933	1569,1329	1306,1928
61	1,5591	1,4168	0,7629	1,1626	2,4106	3,5173	1,1364		371,8938	1679,5849	1403,7354
62	1,6849	1,4599	0,7862	1,1979	2,5514	3,7813	1,2593		384,6268	1798,6719	1509,3958
63	1,8248	1,4953	0,8053	1,2269	2,6878	4,0445	1,3932		397,8078	1926,9834	1623,7265
64	1,9859	1,5214	0,8193	1,2483	2,8167	4,3069	1,5388		411,4533	2065,1477	1747,3577
65	2,1691	1,5727	0,8468	1,2903	2,9993	4,5650	1,6605		425,5796	2213,8219	1880,9524
66	2,3740								461,5785		
67	2,5994								498,5048		
68	2,8434								538,3852		
69	3,1028								581,4560		
70	3,3847								627,9725		
71	3,6964								678,2103		
72	4,0483								732,4671		
73	4,4482								791,0645		
74	4,9062								854,3497		
75	5,4221								922,6977		
76	5,9973								996,5134		
77	6,6345								1076,2345		
78	7,3390								1162,3333		
79	8,1165								1255,3199		
80	8,9733								1355,7455		

¹⁾ U uvedených připojištění se sazba vztahuje i na varianty s klesající pojistnou částkou.

Sazebník měsíčního pojistného na 1000 Kč pojistné částky připojištění dlouhodobé péče LTC – pojistné za krytá rizika (tarify 6062, 6063, 6064)

Věk pojistného	Dlouhodobá péče II. st.	Dlouhodobá péče III. st.	Dlouhodobá péče IV. st.
	6062	6063	6064
18	6,4200	3,8050	3,3625
19	5,9575	3,3650	2,7400
20	5,4725	2,9475	2,2000
21	5,0125	2,5850	1,7700
22	4,6200	2,2800	1,4500
23	4,3150	2,0450	1,2225
24	4,1000	1,8675	1,0700
25	3,9625	1,7350	0,9800
26	3,8925	1,6500	0,9350
27	3,8650	1,6050	0,9250
28	3,8650	1,5825	0,9475
29	3,9050	1,5775	0,9850
30	3,9975	1,5875	1,0250
31	4,1325	1,6175	1,0675
32	4,3125	1,6850	1,1075
33	4,5300	1,7975	1,1425
34	4,7950	1,9500	1,1775
35	5,0925	2,1325	1,2150
36	5,4025	2,3250	1,2525
37	5,7075	2,5225	1,3000
38	6,0050	2,7075	1,3650
39	6,3175	2,8775	1,4575
40	6,6625	3,0550	1,5850
41	7,0525	3,2550	1,7400
42	7,4725	3,4850	1,9075
43	7,9175	3,7425	2,0825
44	8,4200	4,0300	2,2625
45	9,0150	4,3275	2,4450
46	9,7200	4,6350	2,6225
47	10,5300	4,9700	2,7975
48	11,4500	5,3300	2,9825
49	12,4850	5,7225	3,1825
50	13,6525	6,1650	3,4000
51	14,9600	6,6825	3,6400
52	16,4000	7,2800	3,9075
53	17,9575	7,9725	4,2075
54	19,6050	8,7625	4,5350
55	21,3000	9,6475	4,9025
56	23,0025	10,6200	5,3225
57	24,7225	11,7100	5,8050
58	26,4625	12,9550	6,3525
59	28,2625	14,3625	6,9500
60	30,2150	15,9450	7,6025
61	32,3500	17,7125	8,3200
62	34,8025	19,6800	9,1425
63	37,6925	21,8750	10,1150
64	41,0575	24,3400	11,2775
65	44,9925	27,1450	12,6925
66	49,5775	30,3150	14,4025
67	54,8975	33,8125	16,4250
68	61,0425	37,5875	18,7675
69	68,1050	41,5975	21,4275
70	76,0900	45,8250	24,3425
71	85,2150	50,4550	27,4825
72	95,5850	55,6900	30,8450
73	107,4100	61,7375	34,4650
74	120,8225	68,8300	38,4550
75	136,1575	77,0850	42,8950
76	156,3800	88,1100	48,6475
77	179,9425	100,9025	55,1100
78	207,0400	115,5475	62,3550
79	237,8375	132,1100	70,5950
80	272,3950	150,9950	80,1250

6. BONUS NN Blue

Hlavnímu pojistnému/Pojistníkovi (dále jen „klient“) může vzniknout nárok na Bonus NN Blue.

Klientovi vznikne **nárok na Bonus NN Blue** ke dni 10. výročí pojistné smlouvy, jestliže doba trvání pojistění je sjednána minimálně na 10 let. Klientovi vznikne nárok na Bonus NN Blue také **ke dni každého dalšího desátého výročí a ke dni uplynutí sjednané pojistné doby**. Výše Bonus NN Blue se stanoví ve výši příslušného procenta za pojistného uhrazeného za krytá rizika, které je uvedeno v pojistce nebo v dodatku k pojistce.

Bonus NN Blue pojistitel připisuje na účet pojistné smlouvy nejpозději v následujícím měsíci po vzniku nároku.

Nárok na připsání Bonus NN Blue zaniká, pokud dojde ke zkrácení sjednané pojistné doby, nebude-li sjednáno alespoň jedno pojistění či připojištění s pojistnou částkou vyšší než nula nebo dojde-li k zániku smlouvy z jiných důvodů než uplynutím sjednané pojistné doby. Bonus NN Blue již dříve připsaný na účet smlouvy není těmito případnými kroky dotčen.

Pojistitel prohlašuje, že výši Bonus NN Blue ani podmínky pro jeho vyplacení, které jsou uvedeny v těchto Obchodních podmínkách pojistitele, nebude po celou dobu trvání pojistné smlouvy jednostranně měnit.

Typy bonusů zahrnuté v rámci Bonus NN Blue:

- **Smlouvy uzavřené od 1. 12. 2016** zahrnují Bonus NN Blue tvořený pouze **Věrnostním bonusem**, který se stanoví jako 36 % pojistného uhrazeného za krytá rizika úmrtí pojistného a sjednaných připojištění na pojistné smlouvě. Jestliže byl v pojistce pojistitelem potvrzen mimořádný věrnostní bonus v konkrétní výši, pak je celková výše Věrnostního bonusu součtem obou těchto hodnot.
- **Smlouvy uzavřené do 30. 11. 2016** mohou mít zahrnuty takové typy bonusů, jejichž podmínky a principy jsou popsány v obchodních podmínkách, které klient převzal při uzavření pojistné smlouvy, příp. její poslední změny. Pokud byl součástí také bonus za bezeškodní průběh, pak je pro jeho výpočet zahrnuto také pojistné za krytá rizika pro tarify 6344, 6345, 6340, 6341, 6346, 6347, 6015, 6016, 6017, 6018, 6019, 6048, 5021, 5136.

7. Program Fit

V rámci pojistné smlouvy může být přiznána výhoda, spočívající v dočasném snížení pojistného za níže vyjmenovaná rizika vztahující se k osobě hlavního pojistného (resp. prvního pojistného) – k hlavnímu pojistnému. Uvedené snížení již bylo zohledněno v předpisu pojistného a nezakládá pojistníkovi nárok na vrácení části v budoucnu zaplaceného pojistného.

V rámci pojistné smlouvy lze sjednat jednu z těchto možností programu Fit:

- **Fit Sport** – sjednává se zaškrtnutím příslušného pole ve formuláři pojistné smlouvy a doložením kopie dokladu prokazujícího provozování sportovní činnosti nebo v případě registrovaného sportu písemným potvrzením v pojistné smlouvě u příslušného dotazu pojistitele.
- **Fit Dárce** – sjednává se zaškrtnutím příslušného pole ve formuláři pojistné smlouvy a doložením kopie průkazu bezplatného dárce krve, z něhož vyplývá, že v posledním roce před uzavřením pojistění došlo k alespoň jednomu odběru krve, krevní plazmy nebo krevních destiček.
- **Fit Prevence** – sjednává se zaškrtnutím příslušného pole ve formuláři pojistné smlouvy a uvedením autorizačního mobilu a kontaktního e-mailu na pojistníka, který je zároveň pojistěným

Rozhodnutí o přijetí do kteréhokoliv programu Fit je výhradním právem pojistitele. **Rozhodnutí pojistitele o přijetí pojistného do programu Fit** a přiznání výhody je **závazně potvrzeno na pojistce**, resp. jejím dodatku v případě prodloužení výhody.

Výhodu vyplývající z příslušné varianty programu Fit není pojistitel povinen přiznat v případech, kdy vyhodnotí pro daný tarif zvýšené zdravotní či jiné pojistné riziko.

Jednotlivé výhody vyplývající z programu Fit (Sport, Dárce, Prevence) není možné mezi sebou kombinovat.

Fit Dárce:

1. Výše a podmínky přiznání výhody v rámci programu Fit Dárce

V případě sjednání programu Fit Dárce pojistitel a pojistník (resp. pojistěný) vzájemně ujednávají, že pojistitel bude **po dobu 3 let** na uvedené pojistné smlouvě strhávat snížené pojistné za krytá rizika, **přičemž měsíční sazba za dané pojistění či připojištění se snižuje o 15 %**. Pojistitel tak bude postupovat u níže vyjmenovaných pojistění a připojištění, která byla sjednána v pojistné smlouvě a která se vztahují k životu a zdraví pojistného. Přiznání výhody má za důsledek nižší srážky z podílového účtu a může dokonce ovlivnit i stanovení výše běžného pojistného v období, pro které je výhoda přiznána. Snížení se vztahuje na rozsah pojistění sjednaný k datu technického počátku pojistění, tj. pojistitel není povinen snížení dále poskytovat v případě pozdějšího zvýšení pojistné ochrany (zvýšení pojistných částek, přidání připojištění), popř. má právo v takových případech vyžadovat prokázání splnění podmínek programu Fit.

Pojistění a připojištění (rizika), na která je možno – pokud byla sjednána – výhodu přiznat:

Hlavní pojistění – pojistění pro případ smrti, Zproštění od placení pojistného (5000), Smrt s konstantní pojistnou částkou (6081), Smrt s klesající pojistnou částkou pojistnou částkou (6080), Invalidita 3., 4. stupně (6044, 6344), Invalidita 3., 4. stupně s klesající pojistnou částkou (6045, 6345), Invalidita 2. stupně (6040, 6340), Invalidita 2. stupně s klesající pojistnou částkou (6041, 6341), Invalidita 1. stupně (6046, 6346), Invalidita 1. stupně s klesající pojistnou částkou (6047, 6347).

2. Podmínky prodloužení výhody

Pojistitel a pojistník (resp. pojistěný) vzájemně ujednávají, že nárok na přiznanou výhodu bude **pokračovat po uplynutí 3 let pouze v případě**, že pojistěný nejpозději 6 týdnů před 3. výročí smlouvy (rozhodný den) **věrohodným způsobem doloží pojistiteli, že je i nadále dárce**, tj. že v posledním roce před 3. výročí pojistné smlouvy daroval krev, krevní plazmu nebo krevní destičky a tuto skutečnost má řádně zdokumentovanou v průkazu dárce krve. Nedoloží-li pojistěný, že je nadále dárce krvine, zaniká nárok na uvedenou výhodu. Prodloužení výhody je přiznáno k 1. dni

následujícímu po uznání nároku na slevu pojistitelem, nejdříve ke dni následujícího výročí (rozhodnému dni). Kontaktování pojistitele za účelem doložení pokračování důvodu k zachování výhody je právem pojistěného, nikoli povinností pojistitele. Přiznání výhody může mít dopad na stanovení výše běžně placené pojistné. Proto nedoloží-li pojistěný výše uvedeným způsobem pokračování dárcovství krve, je **pojistitel oprávněn s účinností ode dne 3. výročí adekvátně upravit výši běžně placené pojistné**. Maximálně se však může běžně placené pojistné navýšit v poměru k dříve přiznané výhodě, tzn., že maximální zvýšení odpovídá vztahu: běžně placené pojistné / (1 – 0,15).

3. Jiný zánik nároku na výhodu, nežli uplynutím doby

Nárok na výhodu zaniká také tehdy, dojde-li u pojistěného ke zvýšení pojistného rizika z jiných, nežli zdravotních důvodů podle čl. 9 Všeobecných pojistných podmínek pojistitele, který stanovuje povinnost pojistěného oznámit zvýšení pojistného rizika.

Fit Sport

1. Výše a podmínky přiznání výhody v rámci programu Fit Sport

V případě sjednání programu Fit Sport pojistitel a pojistník (resp. pojistěný) vzájemně ujednávají, že pojistitel bude **po dobu 3 let** na uvedené pojistné smlouvě strhávat snížené pojistné za krytá rizika, přičemž **měsíční sazba za dané pojištění či připojištění se sníží o 15 %**. Pojistitel tak bude postupovat u níže vyjmenovaných pojištění a připojištění, která byla sjednána v pojistné smlouvě a která se vztahují k životu a zdraví pojistěného. Přiznání výhody má za důsledek nižší srážky z podílového účtu a může dokonce ovlivnit i stanovení výše běžného pojistného v období, pro které je výhoda přiznána. Snížení se vztahuje na rozsah pojištění sjednaný k datu technického počátku pojištění, tj. pojistitel není povinen snížení dále poskytovat v případě pozdějšího zvýšení pojistné ochrany (zvýšení pojistných částek, přidání připojištění) popř. má právo v takových případech vyžadovat prokázání splnění podmínek programu Fit.

Pojištění a připojištění (rizika), na která je možno – pokud byla sjednána – výhodu přiznat:

Hlavní pojištění – pojištění pro případ smrti, Zproštění od placení pojistného (5000), Smrt s konstantní pojistnou částkou (6081), Smrt s klesající pojistnou částkou pojistnou částkou (6080), Invalidita 3., 4. stupně (6044, 6344), Invalidita 3., 4. stupně s klesající pojistnou částkou (6045, 6345), Invalidita 2. stupně (6040, 6340), Invalidita 2. stupně s klesající pojistnou částkou (6041, 6341), Invalidita 1. stupně (6046, 6346), Invalidita 1. stupně s klesající pojistnou částkou (6047, 6347).

Vymezení sportovních činností (na rekreační, příp. registrované úrovni), které jsou důvodem k přiznání výhody:

Sportovní činnosti se rozumí provozování takové sportovní aktivity (rekreační i registrované), za něž je dle aktuálních Obchodních podmínek pojistitele uplatňována za registrovanou sportovní činnost riziková přírážka 0% (např. běh, fitness, tenis, jóga, plavání, atd.). Zároveň se jím rozumí pohybová aktivita a nikoli aktivita typu šachy, šipky, kulečnické apod.

Rekreační sportovní činnosti – sportovní aktivita, kterou pojistěný nevykonalá pod záštitou sportovního svazu.

Rekreační sportovní činnost pojistěný prokazuje věrohodným dokladem – např. kopii dokladu o členství ve sportovním zařízení nebo klubu, kopie dokladu o zaplacení zájmového sportovního kurzu, kopie dokladu o účasti na sportovních závodech (např. běžeckých) atd.

Registrované sportovní činnosti – sportovní aktivita, kterou pojistěný vykonává pod záštitou sportovního svazu a je u takové organizace jako člen evidován.

Slevu je možné přiznat pouze za Registrovanou sportovní činnost, kterou pojistěný prokazuje jejím písemným potvrzením v pojistné smlouvě u příslušného dotazu pojistitele.

2. Podmínky prodloužení výhody

Pojistitel a pojistník (resp. pojistěný) vzájemně ujednávají, že nárok na přiznanou výhodu bude **pokračovat po uplynutí 3 let pouze v případě**, že pojistěný nejpozději 6 týdnů před 3. výročím smlouvy (rozhodný den) **věrohodným způsobem doloží pojistiteli, že i nadále provozuje sportovní činnost** odpovídající svým charakterem výše uvedenému vymezení. Nedoloží-li pojistěný, že i nadále provozuje sportovní činnost, zaniká nárok na uvedenou slevu. Prodloužení výhody je přiznáno k 1. dni následujícímu po uznání nároku na slevu pojistitelem, nejdříve ke dni následujícího výročí (rozhodnému dni). Kontaktování pojistitele za účelem doložení pokračování důvodu k zachování výhody je právem pojistěného, nikoli povinností pojistitele. Přiznání výhody může mít dopad na stanovení výše běžně placené pojistné. Proto **nedoloží-li pojistěný výše uvedeným způsobem, že i nadále provozuje sportovní činnost, je pojistitel oprávněn s účinností ode dne 3. výročí adekvátně upravit výši běžně placené pojistné**. Maximálně se však může běžně placené pojistné navýšit v poměru k dříve přiznané výhodě, tzn., že maximální zvýšení odpovídá vztahu: běžně placené pojistné / (1 – 0,15). Registrovanou sportovní činnost doloží pojistěný čestným prohlášením, v němž uvede, že i nadále provozuje registrovanou sportovní činnost v dané sportovní aktivitě, kterou uvedl v pojistné smlouvě. Rekreační sportovní činnost doloží pojistěný věrohodným způsobem, zejména pak kopii dokladu o členství ve sportovním zařízení nebo klubu, o zaplacení příspěvku s identifikací příjemce platby, o účasti na sportovních závodech (např. běžeckých) apod.

3. Jiný zánik nároku na výhodu, nežli uplynutím doby

Nárok na výhodu zaniká také tehdy, dojde-li u pojistěného ke zvýšení pojistného rizika z jiných, nežli zdravotních důvodů podle čl. 9 Všeobecných pojistných podmínek pojistitele, který stanovuje povinnost pojistěného oznámit zvýšení pojistného rizika.

Fit Prevence

V případě sjednání programu Fit Prevence pojistitel a pojistník (pojistěný) ujednávají, že pojistitel bude **po celou dobu trvání pojištění** na uvedené pojistné smlouvě strhávat snížené pojistné za krytá rizika, **přičemž měsíční sazba za dané pojištění či připojištění se sníží o 5 %**. Pojistitel tak bude postupovat u níže vyjmenovaných pojištění a připojištění, která byla sjednána v pojistné smlouvě a která se vztahují k životu a zdraví pojistěného. Přiznání výhody má za důsledek nižší srážky z podílového účtu a může dokonce ovlivnit i stanovení výše běžného pojistného. Snížení se vztahuje na rozsah pojištění sjednaný k datu technického počátku pojištění, tj. pojistitel není povinen snížení dále poskytovat v případě pozdějšího zvýšení pojistné ochrany (zvýšení pojistných částek, přidání připojištění).

Pojištění a připojištění (rizika), na která je možno – pokud byla sjednána – výhodu přiznat:

Hlavní pojištění – pojištění pro případ smrti, Zproštění od placení pojistného (5000), Smrt s konstantní pojistnou částkou (6081), Smrt s klesající pojistnou částkou pojistnou částkou (6080), Invalidita 3., 4. stupně (6044, 6344), Invalidita 3., 4. stupně s klesající pojistnou částkou (6045, 6345), Invalidita 2. stupně (6040, 6340), Invalidita 2. stupně s klesající pojistnou částkou (6041, 6341), Invalidita 1. stupně (6046, 6346), Invalidita 1. stupně s klesající pojistnou částkou (6047, 6347), Závažná onemocnění ZO4 (6015), Závažná onemocnění ZO4 s klesající pojistnou částkou (6016), Závažné zdravotní následky (6017), Závažné zdravotní následky s klesající pojistnou částkou (6018). Podmínkou sjednání programu Fit Prevence je uvedení autorizačního mobilu a e-mailové adresy pojistníka (hlavního pojistěného) ve formuláři pojistné smlouvy. Sjednáním programu Fit Prevence se pojistník, který je zároveň hlavním pojistěným na dané smlouvě, zavazuje, že bude podstupovat všechny preventivní prohlídky, na které má podle příslušné legislativy upravující tuto oblast nárok (dále „preventivní režim“). **V případě, že by tento svůj závazek nedodržel, je pojistitel oprávněn snížit pojistné plnění o dosud poskytnutou výhodu za období od prvního porušení stanoveného preventivního režimu.** Fit Prevence v takovém případě na dané smlouvě zaniká.

8. Rizikové skupiny podle povolání

pro úrazová připojištění a dále pro připojištění invalidity všech stupňů, smrti (tarify 6080, 6081), závažných onemocnění (6015, 6016), závažných zdravotních následků (6017, 6018), připojištění pracovní neschopnosti od 29. dne (tarify 5073, 6077) a hospitalizace (tarif 6050). Zařazení pojistěného do rizikové skupiny má vliv na výši pojistného za dané připojištění.

Orientační rozdělení činností a povolání do rizikových skupin

Riziková skupina	Činnosti a povolání
1	nemanuální činnosti bez fyzického zatížení, důchodci, žáci a studenti, úředníci, obchodníci, vědci, pracovníci ve zdravotnictví včetně veterinářů (mimo RZS), politici, finanční poradci apod.
2	činnosti s lehkým fyzickým zatížením, dělníci v lehkém průmyslové výrobě (např. textilním, keramickém, sklářském, potravinářském nebo kožedělném průmyslu) s výjimkou činností s vyšším fyzickým zatížením nebo s vyšším rizikem vzniku úrazu v těchto provozech (např. zaměstnanci přímého provozu keramické nebo sklářské pece, řezník, boudař nebo vyřezávač masa), řemeslníci, pomocní pracovníci, pracovníci bezpečnostních agentur, policisté nebo vojáci, kteří nejsou zařazení ve zvláštních bojových (policijních) jednotkách, řidiči, pracovníci ve výškách od 5 do 15 metrů apod.
3	činnosti se středním a vysokým fyzickým zatížením, v dolech, v lesnictví, hasiči, dělníci ve zpracovatelském a v těžkém průmyslu (např. v chemickém, těžebním, energetickém, kovoprůmyslu nebo dřevozpracujícím průmyslu), dělníci profese v zemědělství, řidiči nákladních automobilů, pracovníci ve výškách nad 15 metrů apod.
4	činnosti s velmi vysokým fyzickým zatížením nebo činnosti, u kterých hrozí velmi vysoké riziko úrazu jako např. obzvláště nebezpečné činnosti (provozy) v chemickém průmyslu (např. drtíči, chladiči, destilátory), nebezpečné profese ve sklářském průmyslu související s provozem vysoké pece (např. slévač, lítec), policista nebo voják, který je zařazen ve zvláštních bojových (policijních) jednotkách, osobní strážce apod.

Sazby pojistného za úrazová připojištění se pro jednotlivé rizikové skupiny liší (viz příslušnou tabulku sazeb v těchto Obchodních podmínkách)

Povolání, pro která pojistitel individuálně určuje podmínky, za jakých je možné uzavřít pojistnou smlouvu, a jejich zařazení do rizikové skupiny: např. pyrotechnici, pracovníci záchranných služeb, piloti, letecký personál, pracovníci a pracovníce v nočních pánských a stripytových službách, speleologové, pracovníci v jaderném průmyslu, pracovníci na vrtných plošinách, pracovníci zahraničních misí (do rozvojových a rizikových oblastí), tanečníci. Pro všechna úrazová připojištění je riziková skupina vyjádřena příslušnou sazbou pro každou z těchto skupin. V případě neúrazových pojištění a připojištění je pojistnému za krytá rizika určena přírážka v procentech (viz tabulku níže).

Povolání, která pojistitel nepřijímá do pojištění: osoba, která vykonává profesionálně (i kdyby pouze na částečný úvazek) činnost potápěče, akrobata, krotitele, profesionálního sportovce (dle výkladu obchodních podmínek pojistitele pro profesionální sportovní činnost – viz níže), závodního jezdce, licencovaného hráče, kaskadéra a žokeje.

Rizikové přírážky pro vybraná povolání a vybraná pojištění a připojištění

Skupina rizik Povolání	Smrt	Závažná onemocnění*	Smrt následkem úrazu	Invalidita**), pracovní neschopnost, hospitalizace
Hasič	–	–	100 %	100 %
Policista, dozorce ve věznicí, voják, člen bezpečnostní agentury	50 %	–	50 %	50 %
Horník	50 %	200 %	50 %	200 %
Pracovník ve výškách 5 až 15 m	–	–	–	50 %
Pracovník ve výškách nad 15 m	50 %	–	50 %	100 %
Povolání v rizikové skupině 4	Individuálně			

*) Do skupiny „závažná onemocnění“ patří i připojištění závažných zdravotních následků a ZO PLUS pro ženy.

**) Do skupiny „invalidita“ patří všechna připojištění, která zajišťují riziko invalidity jakéhokoli stupně.

9. Rizikové sportovní a zájmové činnosti

pro úrazová připojištění s výjimkou tarifu 6020 (připojištění smrti následkem úrazu)

Orientační rozdělení sportovních odvětví a zájmových činností do rizikových skupin

Riziková přírážka	Sport, zájmová činnost
0 %	Jakýkoli amatérský sportovec , který nesplňuje definici ani registrovaného, ani profesionálního sportovce, a dále jsou do této skupiny zařazení například registrovaní sportovci v následujících sportovních činnostech: aerobik, atletika kromě vrhačích disciplín a víceboje, badminton, baseball, biatlon, cyklokros, fitness, jachting, kajak, kanoistika, basketbal, florbal, házená, národní házená, příp. další míčové hry, nejsou-li vyjmenovány níže u sportů s přírážkou 50 nebo 100 %, orientační běh, plavání, ricochet, softball, squash, tanec, tenis, veslování, vodní pólo, volejbal (včetně plážového), windsurfing apod.
50 %	Registrovaní sportovci v následujících sportovních činnostech (ilustrativní výčet): akrobatické tance, atletika - vrhač disciplíny a víceboje, biketrial, fotbal, futsal, hokejbal, in-line hokej, mountainbiking, pozemní hokej, sjezdové lyžování, skoky na lyžích, snowboarding, skoky do vody apod.
100 %	Registrovaní sportovci v následujících činnostech (ilustrativní výčet): americký fotbal, jezdectví, bobování, hasičský sport, kulturistika, lední hokej, rugby, sánkování, silový trojboj, vzpírání apod. Bojové sporty bez plného kontaktu provozované registrovanými nebo neregistrovanými (amatérskými) sportovci: aikido, krav maga, capoeira, jiu-jitsu - sebeobrana, judo, karate, kendo, kung-fu beze zbraní, sebeobrana, šerm, taekwondo, tai chi, wing-chun, řeckořímský zápas, amatérský box, kondiční kickbox. Upozornění: Není-li uplatněna přírážka, platí vyluka pro bojové sporty podle VPP.
200 %	Bojové sporty s plným kontaktem provozované registrovanými nebo neregistrovanými (amatérskými) sportovci: kickbox, box, jiu-jitsu, kendo, kung-fu, aikido, taekwondo, wing-chun, judo, karate, ninjutsu. Upozornění: Není-li uplatněna přírážka, platí vyluka pro bojové sporty podle VPP.

Pro tarif 6020 (připojištění smrti následkem úrazu) je bez ohledu na výkon sportovní činnosti stanovena riziková přírážka ve výši 0 %.

Vymezení pojmu registrovaný sportovec:

osoba provozující některý ze sportů v rámci organizací, jejichž náplní je organizování tělovýchovné, soutěžní nebo závodní činnosti v uvedených sportech. Za registrovaného sportovce se považují i osoby, které se pravidelně účastní soutěží, závodů a/nebo tréninku na tyto soutěže či závody.

Vymezení pojmu profesionální sportovní činnost:

veškerá soutěžní, závodní a jiná sportovní činnost včetně přípravy na ni (tréninku) u profesionálních sportovců (osob, u nichž příjem či odměna ze sportovní činnosti dosahuje v příslušném zdaňovacím období nejméně úrovně minimální mzdy stanovené podle právních předpisů v České republice) s výjimkou sportovců provozujících následující sporty, resp. činnosti: modelářství, biliard, bowling, curling, dráhový golf, golf, jóga, kriket, kriket, kulečník, kuželky, metaná, pétanque, rybářský sport, stolní fotbal, šachy, šipky moderní i klasické, turistika.

Zájmové a sportovní činnosti, pro které pojistitel individuálně určuje podmínky, za jakých je možné uzavřít pojistnou smlouvu:

veškeré sporty, které nejsou uvedeny v tabulce, provozované na profesionální nebo výdělečné úrovni, rizikové sporty jako horolezectví, potápění do hloubky více než 40 m, rafting, závodění na motorových člunech, parašutismus, paragliding, létání na závěsném kluzáku, bungee jumping, lyžařská akrobacie, letecká akrobacie, free-ride, sjezd na jízdním kole, bojové sporty, motoristické a motocyklové sporty, bojové kontaktní sporty (kromě sportů uvedených v tabulce výše) apod.

10. Doplnková ujednání

Doplnkové ujednání k všeobecným pojistným podmínkám a zvláštním pojistným podmínkám pojistitele pro jednotlivá připojištění – maximální koncový věk.

Konec připojištění nastane vždy nejpozději v den konce trvání hlavního pojištění, není-li pro připojištění sjednána kratší doba trvání. Zároveň jsou pro jednotlivá připojištění stanoveny maximální koncové věky. Jestliže je sjednáno hlavní pojištění do vyššího koncového věku než je maximální koncový věk pro sjednané připojištění, nastane konec připojištění nejpozději v den výročí v kalendářním roce, ve kterém pojištěný dovrší maximální koncový věk. Maximální koncové věky pro jednotlivá pojištění a připojištění jsou uvedeny v následující tabulce:

Pojištění/Připojištění	Tarif	Max. koncový věk
Hlavní pojištění	2054	80 let
Smrt s konstantní pojistnou částkou a Smrt s klesající pojistnou částkou	6081, 6080	65 let (70 let pro 6080)
Invalidita 3., 4. stupně a Invalidita 3., 4. stupně s klesající pojistnou částkou	6344, 6345	65 let
Invalidita 2. stupně, Invalidita 2. stupně s klesající pojistnou částkou	6340, 6341	65 let
Invalidita 1. stupně, Invalidita 1. stupně s klesající pojistnou částkou	6346, 6347	65 let
Invalidita dítěte	6048	26 let
Zproštění od placení	5000	65 let
Dlouhodobá péče LTC	6062, 6063, 6064	80 let
Závažná onemocnění ZO4, Závažná onemocnění ZO4 s klesající pojistnou částkou	6015, 6016	65 let
Závažné zdravotní následky, Závažné zdravotní následky s klesající pojistnou částkou	6017, 6018	65 let
ZO PLUS pro ženy	5013	45 let
Závažná onemocnění dětí	6019	18 let
Smrt úrazem	6020	75 let
Trvalé následky úrazu s progresivním plněním od 1 %	6037	75 let
Trvalé následky úrazu s progresivním plněním od 10 %	6033	75 let
Denní odškodné při úrazu a Denní odškodné při úrazu PLUS	5092, 5094	70 let
Smrt úrazem – ŘIDIČ, Trvalé následky úrazu s progresivním plněním od 1 % - ŘIDIČ, Denní odškodné při úrazu – ŘIDIČ, a Denní odškodné při úrazu PLUS – ŘIDIČ	5021, 5136, 5192, 5194	70 let
Hospitalizace	6050	80 let
Pracovní neschopnost od 29. dne	5073	65 let
Pracovní neschopnost od 57. dne	6077	65 let
Ošetřování dítěte od 29. dne	6070	18 let

Doplnkové ujednání k všeobecným pojistným podmínkám a zvláštním pojistným podmínkám pojistitele pro jednotlivá připojištění – dříve sjednaná připojištění

Pokud je na dříve sjednaných smlouvách zahrnuto pojištění či připojištění, které není popsáno v těchto zvláštních pojistných podmínkách (ZPP) a Obchodních podmínkách pojistitele (OP), řídí se tato připojištění příslušnými ustanoveními ZPP a OP předanými při jejich sjednání, popř. při jejich následné změně.

Doplnkové ujednání pro 2. a další pojištěnou osobu – výjimka z oceňování rizika

V případě, že je v rámci jedné pojistné smlouvy uzavřeno připojištění pro více pojištěných osob (dále jen „původní smlouva“) a dojde-li k zániku pojištění z důvodu úmrtí hlavního pojištěného (resp. prvního pojištěného) a výplaty pojistného plnění podle Zvláštních pojistných podmínek pro investiční životní pojištění (tarif 2054), mají ostatní pojištěné osoby právo sjednat novou pojistnou smlouvu bez zkoumání zdravotního stavu (povinnosti vyplývat zdravotní dotazník), pokud budou splněny všechny níže uvedené podmínky:

- pojištěná osoba uzavře novou pojistnou smlouvu nejpozději do 3 měsíců ode dne zániku původní smlouvy
- rozsah pojistné ochrany je zcela identický anebo užší v porovnání s původní smlouvou (výše pojistných částek, tarif připojištění, atd.)
- maximální doba trvání pojištění je určena jako rozdíl sjednané doby trvání připojištění u původní smlouvy a proběhnuvšího aktuálního výročí pojištění před datem zániku původní smlouvy.

Timto doplnkovým ujednáním není dotčeno právo pojistitele na nabídku aktuálně nabízeného produktu v daném roce, kdy bude mít o uzavření nové smlouvy zájemce o pojištění/pojištěná osoba dle věty první tohoto doplnkového ujednání zájem, resp. v roce, v němž dojde k pojistné události úmrtí hlavního pojištěného.

11. Závěrečná ustanovení

- Obchodní podmínky jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.
- Pojistitel si vyhrazuje právo v průběhu trvání pojištění tyto obchodní podmínky měnit, avšak pouze v některých částech a pouze způsobem, který není v rozporu s dobrými mravy a je v souladu s příslušnými ustanoveními Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob anebo Zvláštních pojistných podmínek pro investiční životní pojištění.
- Aktuální znění Obchodních podmínek pojistitele je umístěno v sídle pojistitele a dále na internetové stránce pojistitele.

Podmínky poskytování a používání elektronických služeb NN Blue Online

I. Obsah služby, definice, bezpečnostní předměty

- Obsahem služby NN Blue Online je poskytování elektronických služeb pojistníkovi ze strany pojistitele a používání elektronických služeb pojistníkem v rozsahu a za podmínek uvedených v těchto podmínkách, jakož i vydání a používání Bezpečnostních předmětů pojistníkem v souladu s těmito podmínkami.
- Pojistitel jako provozovatel služby NN Blue Online zpřístupní a poskytne pojistníkovi elektronické služby k pojistné smlouvě, případně k dalším smlouvám pojistníka uzavřeným s jinými společnostmi NN v České republice prostřednictvím portálu online.nnblue.cz, prostřednictvím kontaktního centra pojistitele nebo formou sms zpráv v níže uvedeném rozsahu. Povolnými aktivními operacemi se rozumějí právní úkony klienta uskutečněné prostřednictvím elektronické služby pojistitele NN Blue Online na základě provedené autorizace/notifikace pojistníka formou zaslání jednorázového hesla. Zadáním vygenerovaného jednorázového hesla v portálu online.nnblue.cz a zaškrtnutím pole nebo stisknutím tlačítka v tomto portálu pojistník akceptuje realizaci požadované povolené aktivní operace. Povolnými aktivními operacemi se rozumějí zejména takové právní úkony klienta, na základě kterých může pojistník disponovat s finančními prostředky (zejména mimořádným pojistným) na pojistné smlouvě, příp. provádět změny na pojistné smlouvě.

Elektronická služba:	Bezpečnostní předměty:	Komunikace s pojistníkem:
NN Blue Online	přihlašovací kód a heslo sms autorizace/notifikace (jednorázové heslo)	portál online.nnblue.cz kontaktní centrum pojistitele, sms zprávy (příp. email)

- Pojistník bere na vědomí, že nese plnou odpovědnost za Bezpečnostní předměty a SIM kartu mobilního telefonu (resp. telefonního čísla) uvedených v odst. 2 tohoto článku, vydané pojistníkovi nebo použité v souvislosti s výstupními informacemi a/ nebo s povolenými aktivními operacemi elektronických služeb k pojistné smlouvě a závazky vyplývající z jejich používání. Pojistník bere na vědomí, že Bezpečnostní předměty (např. heslo) mu budou pojistitelem doručeny na adresu trvalého bydliště nebo korespondenční adresu (uvedenou v pojistné smlouvě) bez zbytečného odkladu po uzavření pojistné smlouvy nebo formou sms zprávy, zaslání na autorizací mobil pojistníka.
- Pojistník bere na vědomí, že některé elektronické služby k pojistné smlouvě mohou být pojistitelem zpoplatněny, veškeré poplatky jsou uvedeny v aktuálně platných Obchodních podmínkách pojistitele.
- Číslo mobilního telefonu pro autorizaci označuje mobilní telefonní číslo pojistníka určené pro autorizaci a notifikaci pojistníka při používání služby nnblue.cz, které je uvedeno ve formuláři pojistné smlouvy, uzavřené mezi pojistitelem a pojistníkem a potvrzené podpisem pojistníka, příp. v dokumentu Souhlas s elektronickou kontraktací a prohlášení. Pojistník v pojistné smlouvě prohlásil, že je vlastníkem nebo oprávněným držitelem SIM karty k číslu mobilního telefonu pro autorizaci.

II. Práva a povinnosti

- Pojistník se zavazuje dbát o to, aby se třetí osoba nemohla obeznámit s Bezpečnostními předměty. Za případné škody, které vzniknou zneužitím Bezpečnostních předmětů nebo SIM karty mobilního telefonu (resp. telefonního čísla), která je používána pro sms autorizaci a notifikaci (prozrazení, zpřístupnění, ztrátu, odcizení apod.) neoprávněnou osobou nenese pojistitel žádnou odpovědnost s výjimkou případů, kdy byl o prozrazení, zpřístupnění, ztrátě nebo odcizení Bezpečnostních předmětů nebo SIM karty mobilního telefonu (resp. telefonního čísla), která je používána pro sms autorizaci a notifikaci, pojistníkem řádně informován.

- Pojistník se zavazuje bezodkladně oznámit pojistiteli prozrazení, zpřístupnění, ztrátu nebo odcizení Bezpečnostních předmětů nebo SIM karty mobilního telefonu (resp. telefonního čísla), která je používána pro sms autorizaci a notifikaci.
- Pojistník se zavazuje bezodkladně oznámit pojistiteli ztrátu oprávnění používat SIM kartu mobilního telefonu (resp. telefonní číslo), která je používána pro sms autorizaci a notifikaci a současně je pojistník povinen bezodkladně písemně oznámit pojistiteli vlastnictví nebo oprávněnou držbu nové SIM karty (resp. telefonního čísla), kterou pojistník zamýšlí používat jako číslo mobilního telefonu o autorizaci. Oznámení pojistníka o změně mobilního telefonního čísla pro autorizaci musí být učiněno písemně vůči pojistiteli.
- Pojistitel se zavazuje zabezpečit přístup pojistníka k příslušným výstupním informacím a povoleným aktivním operacím na portálu online.nnblue.cz s výjimkou přestávek na technickou údržbu informačního systému pojistitele nebo z důvodu nefunkčnosti portálu online.nnblue.cz, způsobenou okolnostmi vylučujícími odpovědnost pojistitele. Pojistitel se zavazuje zabezpečit přístup pojistníka k příslušným výstupním informacím a povoleným aktivním operacím realizovaných prostřednictvím kontaktního centra pojistitele v provozní době kontaktního centra pojistitele, přičemž pojistitel neodpovídá za případné omezení provozu nebo nefunkčnost kontaktního centra z důvodu přestávek na technickou údržbu telefonických linek a souvisejících zařízení, jakož i z důvodu okolností vylučujících odpovědnost pojistitele. V případě změn v rozsahu nebo způsobu poskytování elektronických služeb pojistitele se pojistitel zavazuje pojistníka o této skutečnosti vhodným způsobem informovat, a to zejména prostřednictvím elektronické služby NN Blue Online, emailem nebo formou sms zprávy.
- Poskytování výstupních informací a povolených aktivních operací na portálu online.nnblue.cz, prostřednictvím kontaktního centra pojistitele nebo formou sms zpráv je realizováno prostřednictvím veřejných komunikačních linek, přičemž pojistitel neodpovídá za jejich zabezpečení, a proto nemůže ovlivnit skutečnost, že pojistníkovi vznikne újma v důsledku zneužití přenášených dat. Za účelem minimalizace rizika zneužití přenášených dat pojistitel pojistníkovi doporučuje dodržovat Zásady pro bezpečné užívání elektronické služby NN Blue Online, které jsou pojistníkovi přístupné na internetové stránce pojistitele online.nnblue.cz.

III. Závěrečná ustanovení

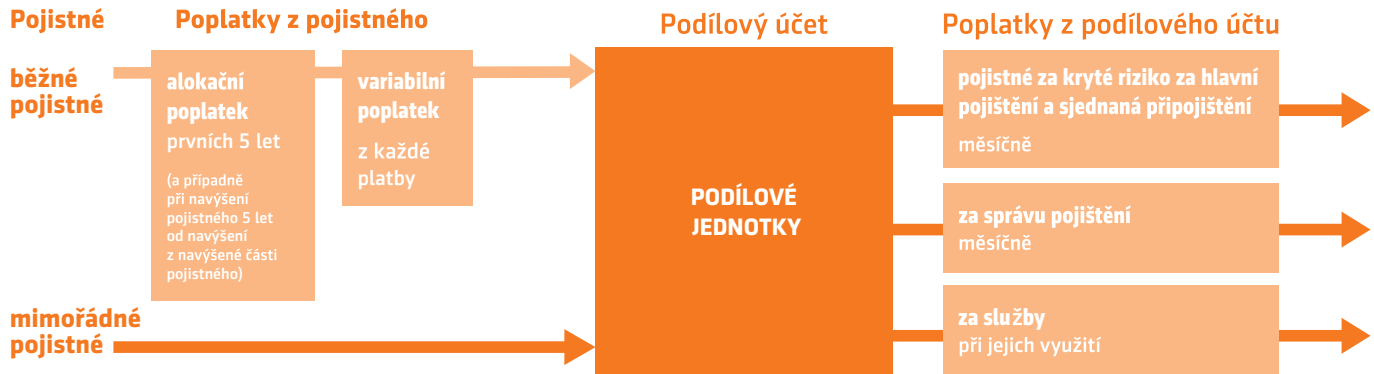
- Pojistitel si vyhrazuje právo podmínky užívání elektronických služeb jednostranně měnit, a to zejména rozšířit nebo zúžit rozsah povolených aktivních operací a výstupních informací elektronických služeb k pojistné smlouvě a rovněž právo měnit výši poplatků za elektronické služby, přičemž tato změna vstupuje v platnost dnem vydání nových Podmínek poskytování a používání elektronických služeb NN Blue Online. O vydání nových Podmínek poskytování a používání elektronických služeb NN Blue Online se pojistitel zavazuje pojistníka vhodným způsobem informovat, a to zejména umístěním této informace na portálu online.nnblue.cz nebo formou emailové nebo sms zprávy.
- V případě, že se pojistitel dozví o tom, že nastala skutečnost podle čl. II odst. 1,2 těchto podmínek, pojistitel si vyhrazuje právo na okamžitéablokování poskytování výstupních informací a povolených aktivních operací pojistníkovi.

Užitečné informace

Základní principy investičního životního pojištění a vznik akumulovaného dluhu

Investiční životní pojištění přináší řadu výhod, ale je nutno dobře rozumět jeho principu a rizikům.

Platba pojistného a strhávání poplatků



Pozn.: Výše a způsob strhávání všech poplatků a výše sazeb pojistného za rizika je uvedena ve Všeobecných a Zvláštních pojistných podmínkách a Obchodních podmínkách pojistitele.

Podílový účet

■ Pojistníkovi je k pojistné smlouvě veden individuální **podílový účet** tvořený jednotkami jednotlivých finančních fondů, které si zvolil pojistník.

Běžné a mimořádné pojistné

- Z běžného pojistného jsou po stržení variabilního poplatku (po případném snížení o alokační poplatek) tvořeny **podílové jednotky** dle zvoleného alokačního poměru.
- Z celého zaplaceného mimořádného pojistného jsou tvořeny **podílové jednotky**.

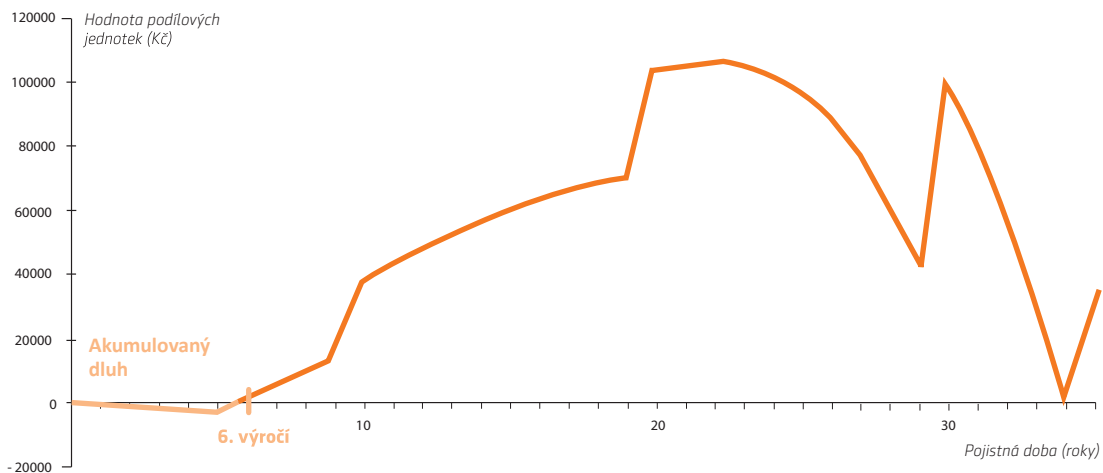
Poplatky

- **Alokační poplatek** je strháván z běžného pojistného zaplaceného za prvních pět let trvání pojištění, a pokud dojde kdykoliv během trvání pojištění k navýšení běžného pojistného, bude alokační poplatek strháván po dobu pěti let od navýšení z navýšené části běžného pojistného.
- Z každé platby běžného pojistného je stržen **variabilní poplatek** (po případném snížení o alokační poplatek).
- Z podílových jednotek jsou hrazeny **poplatky spojené se správou pojištění** apod. a je z nich strháváno **pojistné za krytá rizika**.

Akumulovaný dluh

■ Pokud hodnota podílových jednotek na podílovém účtu nepostačuje na poplatky a pojistné za krytá rizika, vzniká tzv. **akumulovaný dluh**.

Příklad1: Vývoj hodnoty podílových jednotek během pojistné doby



Akumulovaný dluh vzniká, pokud hodnota podílových jednotek na podílovém účtu nepostačuje k pokrytí poplatků a pojistného za krytá rizika. Je-li akumulovaný dluh uhrazen **do 6. výročí trvání smlouvy nebo do 3 let od změny výše běžného pojistného**, pokud tato změna nastala po uplynutí 4. výročí smlouvy, pak se jedná o **povolený akumulovaný dluh**. Akumulovaný dluh ve výši neuhrazených poplatků je převeden do dalšího měsíce a je odečten z podílových jednotek vytvořených z následující platby běžného nebo mimořádného pojistného.

Pozn.:

- Smlouva v příkladu 1 je nastavena jako riziková. Podílové jednotky, které se tvoří v průběhu pojistné doby, slouží na úhradu poplatků a pojistného za krytá rizika zvyšujícího se v čase s rostoucím věkem pojištěného.
- Pojišťovna připisuje na výročí každého desetiletého období a navíc i při dožití Bonus NN Blue v podobě mimořádného pojistného (viz Obchodní podmínky). Bonus NN Blue tak navyšuje hodnotu podílových jednotek nebo pokud existuje akumulovaný dluh, slouží k jeho umořování.

Nepovolený akumulovaný dluh

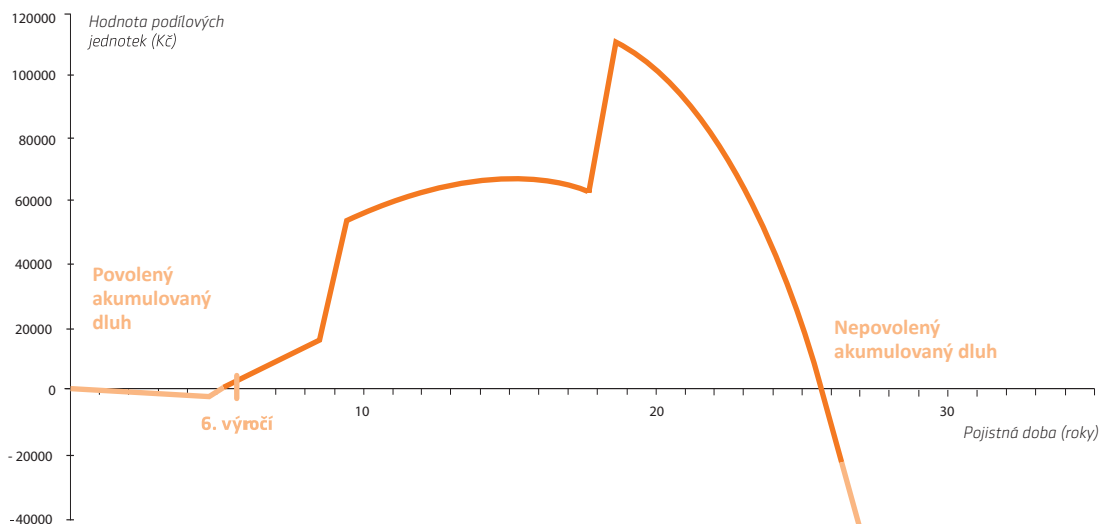
Není-li akumulovaný dluh uhrazen do 6. výročí trvání smlouvy nebo do 3 let od změny výše běžného pojistného, pokud tato změna nastala po uplynutí 4. výročí smlouvy, a současně součet hodnot podílových jednotek na podílovém účtu a 75 % rezervy na Bonus NN Blue nepostačuje k pokrytí poplatků a pojistného za krytá rizika, pak se jedná o nepovolený akumulovaný dluh.

- Tato situace nastává nejčastěji při neplacení pojistného, z důvodu významného poklesu ceny podílových jednotek, po mimořádném výběru prostředků na žádost pojistníka apod.
- Pojistník je na hrozící nepovolený dluh upozorněn v dostatečném předstihu dvanácti měsíců a je mu navrženo vhodné řešení.
- **Řešením může být** snížení pojistných částek nebo odebrání úrazových připojištění a připojištění nemoci, zaplacení mimořádného pojistného a v krajním případě zánik pojistné smlouvy ve smyslu Všeobecných pojistných podmínek.

Akumulovaný dluh se vůči pojistníkovi nevymáhá, a to ani v případě zániku pojistné smlouvy.

K úhradě akumulovaného dluhu lze použít pouze běžné pojistné, mimořádné pojistné, pojistné plnění nebo jiný příjem z pojištění, který nezakládá zánik pojistné smlouvy (např. Bonus NN Blue).

Příklad2: Vývoj hodnoty podílových jednotek během pojistné doby



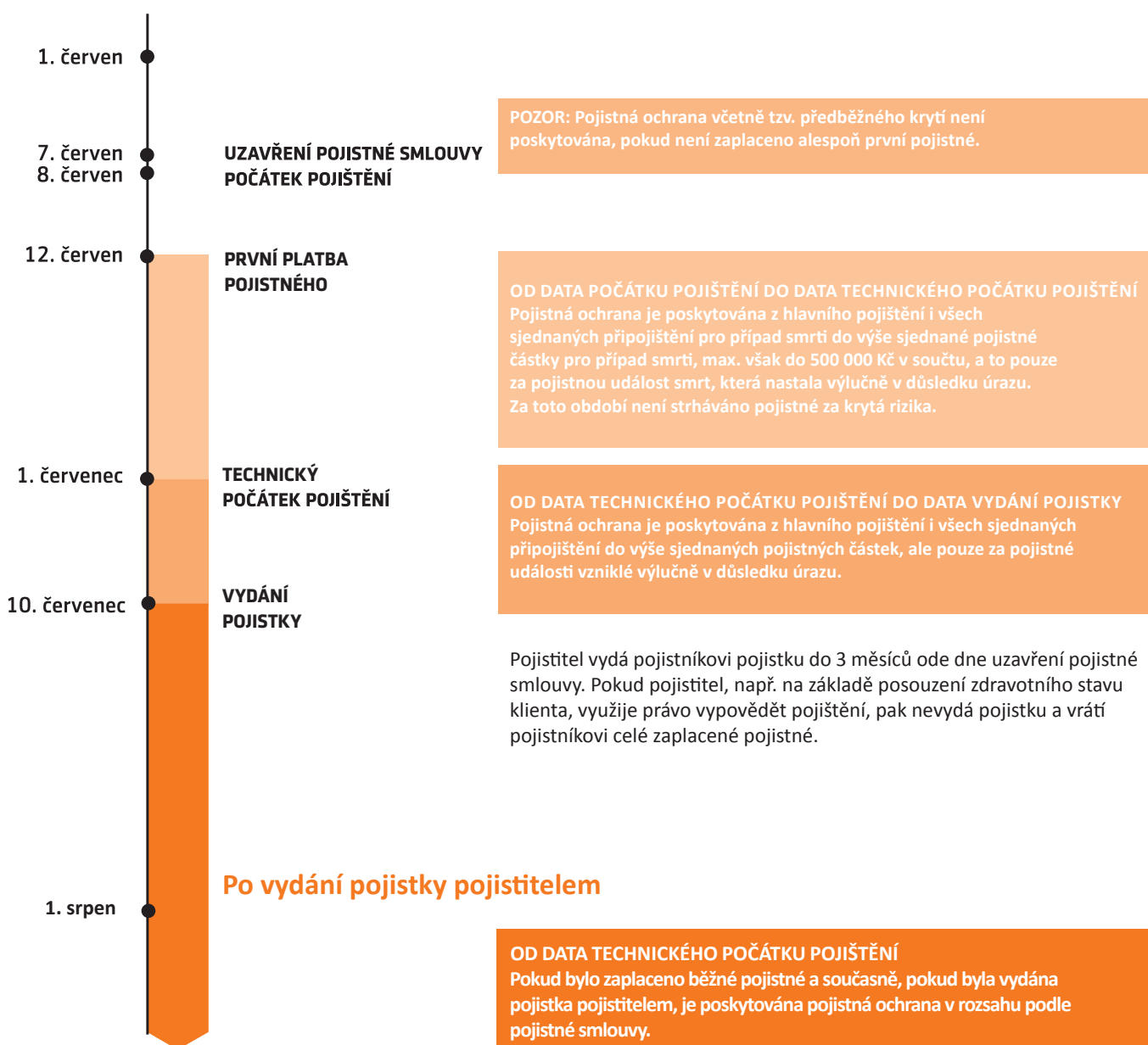
Vznik pojištění, rozsah pojistné ochrany a lhůty pro ukončení pojištění ze strany pojistníka

Všechny pojmy používané v letáku jsou přesně definovány ve Všeobecných pojistných podmínkách.

Příklad vzniku pojištění a rozsahu pojistné ochrany

Do vydání pojistky pojistitelem (tzv. předběžné krytí*)

* Je-li pojistka vydána po technickém počátku pojištění a první pojistné je zaplaceno až po vydání pojistky, **předběžné krytí nenastane**.



Lhůty pro ukončení smlouvy na začátku pojištění ze strany pojistníka

Za počátek plynutí zákonných lhůt týkajících se případného zániku pojištění se považuje pro stranu pojistníka **datum uvedené v záhlaví pojistky**. Toto prohlášení je na pojistce uvedeno.

Výpověď

Pojistník může pojištění **vypovědět do 2 měsíců** od data uvedeného v záhlaví pojistky s 8 denní výpovědní lhůtou.

Pojistitel vrátí pojistníkovi celé zaplacené pojistné, pokud dojde k výpovědi pojistníkem, a to z důvodu nepřijetí návrhu pojistitele na úpravu pojistné smlouvy z důvodu oceňování rizik. Taková úprava obvykle znamená navýšení pojistného za rizika a v důsledku toho případně také navýšení běžného pojistného. Úprava může také znamenat výluky z pojistného krytí.

Odstoupení

Pojistník může **od smlouvy odstoupit bez udání důvodů ve lhůtě 30 dnů** od data uvedeného v záhlaví pojistky.

Pojistitel vrátí pojistníkovi celé zaplacené pojistné.

Další možnosti zániku pojištění jsou popsány ve Všeobecných pojistných podmínkách.

Úraz – vysvětlení pojmu na příkladech

Úraz je definován ve Všeobecných pojistných podmínkách pro pojištění úrazu v článku 12

Pokud pojišťovna používá pojem úraz, jedná se vždy o úraz podle této definice.

V pojistných podmínkách je úraz vymezen mimo jiné jako **neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného**, ke kterému došlo během trvání pojištění a kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt.

Dále se budeme věnovat zejména vymezení pojmu „působení vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného“.

Co znamená „nezávisle na vůli pojištěného“?

Tento pojem se vztahuje ke **konkrétní situaci či činnosti, při které k úrazu došlo**.

Považujeme za nezbytné toto zdůraznit z toho důvodu, abychom předešli případným nejasnostem a zejména nesprávnému pochopení v případě působení vlastní tělesné síly. To by se dalo shrnout takto: „Je přeci jasné, že jsem si nechtěl ublížit, takže to bylo nezávisle na mé vůli.“

Podmínka nezávislosti na vůli **se nevztahuje k následku – k poškození zdraví – ale k okolnostem**, při nichž k němu došlo.

Příklady působení vlastní tělesné síly

Za úraz vzniklý následkem působení vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného se tak v souladu s výše uvedenou definicí

považuje např.:

- Zlomenina obratle po pádu z výšky 2 m na tvrdý povrch;
- Zlomenina kotníku po podlomení kolena a následné přisednutí kotníku;
- Podvrtnutí kotníku po pádu způsobeném špatným došlapem.

nepovažuje např.:

- Natržení svalu, ke kterému došlo při hodu míčem;
- Luxace kolene při běžném došlapu;
- Posun meziobratlové ploténky při hře tenisu (bez pádu).

Úrazové pojištění je vždy vázáno na **nahodilý úrazový děj**. Jsou z něj tedy **vyloučeny projevy degenerativních změn či přímo nemocí** kosterního a svalového aparátu, které se projevují opakovanými zdravotními problémy. Za úraz se nepovažují situace vzniklé při běžných činnostech nebo za okolností, jejichž příklady jsou uvedeny ve sloupci „Za úraz se nepovažuje např.“, ať již byly nebo nebyly přítomny projevy degenerativních změn či nemocí kosterního a svalového aparátu. Pojistnou ochranu pro tyto případy zajišťuje pojištění nemocí, jako například připojištění pro případ pracovní neschopnosti či hospitalizace.

Poznámky: