

Všeobecné pojistné podmínky

- obecná část -

Článek 1

Úvodní ustanovení

Soukromé pojištění, které uzavírá UNIQA pojišťovna, a.s. (dále jen „pojistitel“), se řídí právním řádem České republiky. Platí pro ně zákon o pojistné smlouvě, zákon o pojišťovnictví, příslušná ustanovení občanského zákoníku, tyto všeobecné pojistné podmínky (dále jen „VPP“), zvláštní část VPP a doplňkové pojistné podmínky. Obsahují-li některé z výše uvedených podmínek v souladu se zákonem odchylnou úpravu, platí ustanovení uvedená v pojistných podmínkách nebo přímo v pojistné smlouvě.

Článek 2

Všeobecná ustanovení

2.1. Na základě uzavření pojistné smlouvy se pojistitel zavazuje v případě vzniku pojistné události poskytnout ve sjednaném rozsahu plnění a pojistník se zavazuje platit pojistiteli pojistné.

2.2. Pro právní úkony, týkající se pojištění, je třeba písemné formy. Veškeré změny musí být provedeny písemně, jinak jsou neplatné.

Článek 3

Vymezení pojmů

Pro účely pojištění se rozumí

- nahodilou skutečností skutečnost, která je možná a u které není jisté, zda v době trvání soukromého pojištění vůbec nastane, nebo není známa doba jejího vzniku,
- pojistnou událostí nahodilá skutečnost blíže označená v pojistné smlouvě nebo ve zvláštním právním předpisu, na který se pojistná smlouva odvolává, se kterou je spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění,
- pojistnou dobou doba, na kterou bylo soukromé pojištění sjednáno,
- zájemcem osoba, která má zájem o uzavření pojistné smlouvy s pojistitelem,
- účastníkem soukromého pojištění pojistitel a pojistník jakožto smluvní strany a dále pojištěný a každá další osoba, které ze soukromého pojištění vzniklo právo nebo povinnost,
- pojistitelem právnická osoba, která je oprávněna provozovat pojišťovací činnost podle zvláštního zákona,
- pojistníkem osoba, která s pojistitelem uzavřela pojistnou smlouvu,
- pojištěným osoba, na jejíž život, zdraví, majetek, odpovědnost za škodu nebo jiné hodnoty pojistného zájmu se soukromé pojištění vztahuje,
- oprávněnou osobou osoba, které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění,
- obmyšleným osoba určená pojistníkem v pojistné smlouvě, které vznikne právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného,
- skupinovým pojištěním soukromé pojištění, které se vztahuje na skupinu pojištěných blíže vymezených v pojistné smlouvě, jejichž totožnost v době uzavření této smlouvy není obvykle známa,
- pojistným nebezpečím možná příčina vzniku pojistné události,
- pojistným rizikem míra pravděpodobnosti vzniku pojistné události vyvolané pojistným nebezpečím,
- pojistným zájmem oprávněná potřeba ochrany před následky nahodilé skutečnosti vyvolané pojistným nebezpečím,
- pojistnou hodnotou nejvyšší možná majetková újma, která může v důsledku pojistné události nastat,
- pojistným úplatem za soukromé pojištění,

- běžným pojistným pojistné stanovené za pojistné období,
- pojistným obdobím časové období dohodnuté v pojistné smlouvě, za které se platí pojistné,
- jednorázovým pojistným pojistné stanovené na celou dobu, na kterou bylo soukromé pojištění sjednáno,
- škodnou událostí skutečnost, ze které vznikla škoda a která by mohla být důvodem vzniku práva na pojistné plnění,
- časovou cenou cena, kterou měla věc bezprostředně před pojistnou událostí; stanoví se z nové ceny věci, přičemž se přihlíží ke stupni opotřebení nebo jiného znehodnocení anebo k zhodnocení věci, k němuž došlo její opravou, modernizací nebo jiným způsobem,
- novou cenou cena, za kterou lze v daném místě a v daném čase věc stejnou nebo srovnatelnou znovu pořídit jako věc stejnou nebo novou, stejného druhu a účelu,
- odkupným část nespotřebovaného pojistného ukládaná pojistitelem jako technická rezerva vypočtená pojistně matematickými metodami k datu zániku soukromého pojištění,
- čekací dobou doba, po kterou nevzniká pojistiteli povinnost poskytnout pojistné plnění z událostí, které by jinak byly pojistnými událostmi,
- pojištěním škodovým soukromé pojištění, jehož účelem je náhrada škody vzniklé v důsledku pojistné události,
- pojištěním obnosovým soukromé pojištění, jehož účelem je získání obnosu, tj. dohodnuté finanční částky v důsledku pojistné události ve výši, která je nezávislá na vzniku nebo rozsahu škody.

Článek 4

Pojistná smlouva, doba trvání pojištění, pojistné období, předběžné pojištění

- Není-li ujednáno jinak, návrh na uzavření a změnu pojistné smlouvy předkládá navrhovatel pojistiteli. Součástí návrhu jsou písemné dotazy pojistitele týkající se sjednávaného pojištění, které je navrhovatel povinen pravdivě a úplně zodpovědět.
- Pojistitel na základě návrhu rozhodne do 2 měsíců od jeho převzetí o jeho přijetí či nepřijetí. Okamžikem přijetí návrhu je pojistná smlouva uzavřena. Jako písemné potvrzení o uzavření pojistné smlouvy vydá pojistitel pojistníkovi pojistku, v níž je den uzavření pojistné smlouvy uveden.
- Obsahuje-li přijetí návrhu pojistitelem dodatky, výhrady, omezení nebo jiné změny proti původnímu návrhu, považuje se takové přijetí za nový návrh. Nevyjádří-li se druhá strana k návrhu pojistitele ve lhůtě 1 měsíce ode dne, kdy jí byl doručen, a neuhradí-li v této lhůtě pojistné či jeho splátku stanovenou pojistitelem, považuje se návrh za odmítnutý.
- Pojistná doba je sjednaná doba trvání pojištění. Pokud je pojistná doba sjednaná na dobu 1 roku a není ujednáno jinak, prodlužuje se vždy automaticky o další rok, pokud některá ze smluvních stran smlouvu nevyhoví nejméně 6 týdnů před uplynutím pojistné doby.
- Není-li ujednáno jinak, pojištění začíná v 0.00 hod. dne sjednaného jako počátek pojištění a končí v 0.00 hod. dne sjednaného jako konec pojištění. Pojištění nelze přerušit, není-li ujednáno jinak.
- Pokud pojistná doba činí alespoň 1 rok, je pojistným obdobím 12 měsíců.
- Je-li tak ujednáno, poskytuje pojistitel od data uvedeného v návrhu jako počátek pojištění do okamžiku rozhodnutí o návrhu předběžné pojištění. Rozsah předběžného pojištění určuje pojistitel.

- 4.8. Předběžné pojištění končí dnem uzavření pojistné smlouvy, automatickým uplynutím 2 měsíců od data převzetí návrhu pojistitelem nebo dnem uvedeným v písemném odmítnutí pojistitele navrhovatele. Datum zániku předběžného pojištění v písemném odmítnutí musí být stanoveno pojistitelem tak, aby od data vyhotovení písemného odmítnutí do data zániku uplynulo alespoň 10 dní.
- 4.9. Pojistitel má právo na pojistné za dobu předběžného pojištění.
- 4.10. Dojde-li v době předběžného pojištění k pojistné události, má pojistitel právo na pojistné za celé pojistné období nebo na jednorázové pojistné.
- 4.11. V případě, že je návrh pojistitelem přijat, poskytuje pojistitel plný rozsah pojištění od počátku, který je uveden v návrhu.

Článek 5 Pojistné

- 5.1. Pojistné je úplatou za poskytování pojištění. Výše pojistného se určuje na základě sazeb stanovených pojistitelem pro jednotlivé druhy pojištění podle zásad pojistné matematiky. Základna pro výpočet pojistného je uvedena v návrhu pojistné smlouvy nebo ve zvláštní části VPP.
- 5.2. Pojistné se stanoví buď pro celou sjednanou dobu pojištění (jednorázové pojistné) nebo pro pojistné období (běžné pojistné). V pojistné smlouvě lze v rámci pojistného období dohodnout splátky pojistného a termíny jeho splatnosti. Jsou-li sjednány splátky pojistného, účtuje pojistitel přírázky odpovídající příslušnému področnímu placení.
- 5.3. Pojistné za první pojistné období či jeho splátku nebo jednorázové pojistné (první pojistné) je nutno uhradit do 14 dnů od data uzavření pojistné smlouvy, není-li ujednáno jinak. Totéž platí pro změnu pojistné smlouvy. Pojistné za další pojistná období je splatné vždy k výročnímu dni počátku pojištění, není-li ujednáno jinak.
- 5.4. Není-li pojistné či jeho splátka uhrazena ve stanoveném termínu, má pojistitel právo požadovat úhradu upomínacích nákladů a úroky z prodlení, jejichž výši stanoví právní předpis. Za datum úhrady pojistného či jeho splátky se pokládá den, kdy jsou připsány na účet pojistitele nebo jím hotovostně inkasovány.
- 5.5. Pojistitel je oprávněn upravit u škodového pojištění výši běžného pojistného pro další pojistné období. Pojistitel sdělí nově stanovenou výši pojistného pojistníkovi nejpozději ve lhůtě 2 měsíců před splatností pojistného za pojistné období, ve kterém se má výše pojistného změnit. Pokud pojistník se změnou výše pojistného nesouhlasí, musí svůj nesouhlas uplatnit do 1 měsíce ode dne, kdy se o navrhované změně výše pojistného dozvěděl. Pojištění pak zanikne uplynutím pojistného období, na které bylo pojistné zapláceno.
- 5.6. Mimo pojistné může pojistitel účtovat pojistníkovi rovněž jednorázové poplatky (např. pojistný poplatek, poplatek za vinkulaci).
- 5.7. Pojistitel je oprávněn započíst dlužné částky pojistného a jiné splatné pohledávky ze soukromých pojištění proti pojistnému plnění nebo přeplatkům pojistného z jiných soukromých pojištění.

Článek 6 Zánik pojištění

- 6.1. Nezaplacením pojistného
- 6.1.1. Pojištění zaniká dnem následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené pojistitelem v upomínce k zaplacení pojistného nebo jeho splátky, doručené pojistníkovi. Lhůta k zaplacení je 45 kalendářních dní, nebylo-li dohodnuto jinak. Není-li však uhrazeno v uvedené lhůtě první pojistné, pojištění zaniká ke dni jeho počátku.
- 6.2. Výpověď
- 6.2.1. Pojištění rovněž zaniká výpovědí pojistitele nebo pojistníka ke konci pojistného období; výpověď musí být doručena alespoň 6 týdnů před uplynutím pojistného období, jinak je neplatná.

- 6.2.2. Pojistitel nebo pojistník mohou pojištění vypovědět do 2 měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy. Dnem doručení výpovědi počíná běžet osmidenní výpovědní lhůta, jejímž uplynutím pojištění zaniká.
- 6.2.3. Pojistitel nebo pojistník mohou pojištění vypovědět do 3 měsíců ode dne doručení oznámení vzniku pojistné události. Dnem doručení výpovědi počíná běžet výpovědní lhůta 1 měsíce, jejímž uplynutím pojištění zaniká.
- 6.2.4. Pojistitel nemůže podle odstavců 6.2.1. a 6.2.3. vypovědět životní pojištění.
- 6.3. Odstoupením
- 6.3.1. Zodpověděl-li pojistník nebo pojištěný při sjednávání pojistné smlouvy úmyslně nebo z nedbalosti nepravdivě nebo neúplně písemné dotazy pojistitele týkající se sjednávajícího pojištění, má pojistitel právo od pojistné smlouvy odstoupit, jestliže při pravdivém a úplném zodpovězení dotazů by pojistnou smlouvu neuzavřel. Toto právo může pojistitel uplatnit do 2 měsíců ode dne, kdy takovou skutečnost zjistil. To platí i v případě změny pojistné smlouvy.
- 6.3.2. Odstoupením od pojistné smlouvy se smlouva od počátku ruší. Pojistitel je povinen bez zbytečného odkladu, nejpozději ve lhůtě do 30 dnů ode dne odstoupení od pojistné smlouvy, vrátit zaplacené pojistné, od kterého se odečte to, co již z pojištění plnil. V případě odstoupení pojistitele se od zaplaceného pojistného odečítají i náklady spojené se vznikem a správou pojištění. Pojistník nebo pojištěný, který není současně pojistníkem, popřípadě obmyšlený, je ve stejné lhůtě jako pojistitel povinen pojistiteli vrátit částku vyplaceného pojistného plnění, která přesahuje výši zaplaceného pojistného.
- 6.4. Odmítnutím pojistného plnění
- 6.4.1. Pojistitel plnění může z pojistné smlouvy odmítnout, jestliže
- a) příčinou pojistné události byla skutečnost, o které se dozvěděl až po vzniku pojistné události a kterou nemohl zjistit při sjednávání pojištění nebo jeho změně v důsledku úmyslně nebo z nedbalosti nepravdivě nebo neúplně zodpovězených písemných dotazů, a jestliže by při znalosti této skutečnosti v době uzavření pojistné smlouvy tuto smlouvu neuzavřel, nebo ji uzavřel za jiných podmínek, nebo
- b) oprávněná osoba uvede při uplatňování práva na plnění z pojištění vědomě nepravdivě nebo hrubě zkrácené údaje týkající se rozsahu pojistné události nebo podstatné údaje týkající se této události zamlčí.
- 6.4.2. Dnem doručení oznámení o odmítnutí pojistného plnění pojištění zanikne.
- 6.5. Další důvody zániku
- 6.5.1. Pojištění zaniká dnem, kdy zaniklo pojistné riziko nebo pojištěná věc nebo jiná majetková hodnota, nebo dnem, kdy došlo ke smrti pojištěné fyzické osoby nebo zániku pojištěné právnické osoby bez právního nástupce, není-li dohodnuto jinak.
- 6.5.2. Pojištění zaniká rovněž dnem uvedeným v písemné dohodě pojistitele s pojistníkem nebo uplynutím doby, na kterou bylo pojištění sjednáno.

Článek 7 Povinnosti pojistníka a pojištěného

- 7.1. V případě pojištění cizího pojistného rizika je pojistník povinen seznámit pojištěného s obsahem pojistné smlouvy týkající se pojištění jeho rizika.
- 7.2. Právo na pojistné plnění může pojistník uplatnit pouze tehdy, jestliže prokáže splnění této povinnosti a jestliže prokáže, že mu byl k přijetí pojistného plnění dán souhlas pojištěného, popřípadě zákonného zástupce takové osoby, není-li zákonným zástupcem pojistník sám.

- 7.3. Zemře-li nebo zanikne-li bez právního nástupce pojistník, který sjednal pojištění cizího pojistného rizika, vstupuje pojištěný do soukromého pojištění namísto pojistníka, a to dnem, kdy pojistník zemřel nebo zanikl bez právního nástupce, není-li dohodnuto jinak.
- 7.4. Pojistník je povinen bez zbytečného odkladu pojistiteli oznámit, že nastala pojistná událost, podat pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události, předložit k tomu potřebné doklady a postupovat dohodnutým způsobem. Není-li pojistník současně pojištěným, má tuto povinnost pojištěný; je-li pojistnou událostí smrt pojištěného, má tuto povinnost oprávněná osoba.
- 7.5. Pojistník je povinen bez zbytečného odkladu oznámit pojistiteli změnu nebo zánik pojistného rizika. V případě pojištění cizího pojistného rizika má tuto povinnost pojištěný.
- 7.6. Jestliže se v pojistné době pojistné riziko podstatně sníží, je pojistitel povinen úměrně tomuto snížení snížit pojistné, a to s účinností ode dne, kdy se o snížení pojistného rizika dozvěděl.
- 7.7. Jestliže se v době trvání pojištění pojistné riziko podstatně zvýší tak, že pokud by v tomto rozsahu existovalo již při uzavírání pojistné smlouvy, pojistitel by smlouvu uzavřel za jiných podmínek, vzniká pojistiteli právo do 1 měsíce ode dne, kdy se dozvěděl o zvýšení pojistného rizika, navrhnout změnu pojistné smlouvy ode dne, kdy se pojistné riziko zvýšilo. Pojistník je povinen se k tomuto návrhu vyjádřit do 1 měsíce ode dne jeho doručení, nebylo-li dohodnuto jinak.
- 7.8. Nesouhlasí-li pojistník se změnou pojistné smlouvy nebo nevyjádří-li se k této změně ve lhůtě podle odstavce 7.7., má pojistitel právo pojistnou smlouvu vypovědět, a to ve lhůtě 2 měsíců ode dne, kdy obdržel nesouhlas pojistníka se změnou pojistné smlouvy, nebo ode dne, kdy uplynula lhůta pro jeho vyjádření. V takovém případě pojištění zanikne uplynutím 8 dnů ode dne doručení výpovědi pojistníkovi.
- 7.9. Jestliže se v době trvání pojištění pojistné riziko podstatně zvýší tak, že pokud by v tomto rozsahu existovalo již při uzavírání pojistné smlouvy, pojistitel by za těchto podmínek pojistnou smlouvu neuzavřel, má právo pojistnou smlouvu vypovědět, a to ve lhůtě 1 měsíce ode dne, kdy se dozvěděl o zvýšení pojistného rizika. V takovém případě soukromé pojištění zanikne uplynutím 8 dnů ode dne doručení výpovědi pojistníkovi.
- 7.10. Ustanovení odstavců 7.6. až 7.9. se nepoužije u pojištění osob v případech, kdy se pojistné riziko mění v průběhu doby trvání soukromého pojištění a kdy je tato změna promítnuta ve výpočtu pojistného.

Článek 8

Následky porušení povinností

- 8.1. Porušil-li pojistník nebo pojištěný při sjednávání pojištění, v průběhu pojištění nebo při změně pojistné smlouvy některou z povinností uvedených v právních předpisech nebo v pojistné smlouvě a bylo-li v důsledku toho stanoveno nižší pojistné, může pojistitel pojistné plnění přiměřeně snížit.
- 8.2. Pokud mělo porušení povinností uvedených v právních předpisech nebo v pojistné smlouvě podstatný vliv na vznik pojistné události, její průběh nebo na zvětšení rozsahu jejích následků anebo na zjištění nebo určení výše pojistného plnění, může pojistitel pojistné plně-

ní snížit úměrně tomu, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinnosti plnit.

- 8.3. V případě, že nebyla splněna povinnost oznámit zvýšení pojistného rizika a pojistitel na základě svého zjištění pojistnou smlouvu vypověděl, náleží mu pojistné až do konce pojistného období, ve kterém došlo k zániku soukromého pojištění.

Článek 9

Pojistné plnění

Pojistné plnění je splatné do 15 dnů po skončení šetření pojistitelem. Povinnosti a práva pojistitele v souvislosti s šetřením dále upravuje zákon o pojistné smlouvě.

Článek 10

Postup při rozdílných názorech

- 10.1. Při neshodě o výši pojistného plnění stanoveném pojistitelem lze dohodnout řízení znalců.
- 10.2. Každá smluvní strana určí vždy na vlastní náklady po jednom znalci a písemně o něm informuje druhou stranu. Nejmenuje-li jedna smluvní strana písemně znalce během 2 týdnů od okamžiku, kdy se obě strany dohodnou na zavedení řízení, platí tato skutečnost jako uznání názoru druhé strany.
- 10.3. Znalci nesmí mít k žádné ze smluvních stran závazky. Námitku proti osobě znalce lze vznést před zahájením jeho činnosti.
- 10.4. Znalecký posudek zpracovaný znalci obou stran bude předán pojistiteli i pojištěnému.
- 10.5. Oba určené znalci se dohodnou na osobě třetího znalce jako předsedy, který má rozhodující hlas v případě neshody; ten své rozhodnutí předá oběma smluvním stranám.
- 10.6. Náklady na činnost předsedy řízení hradí obě smluvní strany rovným dílem.

Článek 11

Doručování

- 11.1. Písemnosti doručuje pojistitel na adresu v České republice prostřednictvím pošty jako obyčejné či doporučené základy, případně jiným vhodným způsobem, není-li dohodnuto jinak.
- 11.2. Není-li adresát doporučené základy zastížen, ačkoliv se v místě doručení zdržuje, doručí se jiné dospělé osobě bydlící v téže bytě nebo v téže domě, působící v téže místě podnikání anebo zaměstnané na téže pracovišti, je-li ochotna obstarat odevzdání písemnosti. Není-li možno ani takto doručit, písemnost se uloží u pošty, jež adresáta vhodným způsobem vyzve, aby si písemnost vyzvedl. Nevyzvedne-li si adresát základy do 10 dnů od uložení, považuje se poslední den této lhůty za den doručení, i když se adresát o uložení nedozvěděl. Není-li zjištěn opak, má se za to, že se adresát v místě doručení zdržoval.

Článek 12

Tyto VPP nabývají účinnosti dnem 1. 1. 2007.

Úvodní ustanovení

Pojištění je upraveno touto zvláštní částí pojistných podmínek, všeobecnými pojistnými podmínkami – obecnou částí - UCZ/05, které tvoří nedílnou součást. Toto pojištění se sjednává jako pojištění obnosové.

Článek 1

Předmět a rozsah pojištění

- 1.1. Pojistnou událostí je smrt pojištěného nebo skutečnost, že se pojištěný dožil dne uvedeného v pojistné smlouvě jako konec pojištění nebo nastala-li jiná skutečnost, uvedená v těchto pojistných podmínkách nebo v pojistné smlouvě (dále jen „pojistná událost“).
- 1.2. Životní pojištění lze sjednat zejména jako:
 - a) pojištění pro případ smrti nebo
 - b) pojištění pro případ dožití se sjednaného konce pojištění nebo
 - c) pojištění pro případ smrti nebo dožití se sjednaného konce pojištění.
- 1.3. V jedné pojistné smlouvě lze uzavřít se životním pojištěním i další druhy pojištění, které se řídí příslušnými všeobecnými nebo doplňkovými pojistnými podmínkami pro příslušný druh pojištění.
- 1.4. Pojištění se vztahuje na pojistné události, které nastanou v době trvání pojištění na celém světě, není-li ve smlouvě dohodnuto jinak.

Článek 2

Pojistné

- 2.1. Výše pojistného se stanoví zejména s ohledem na vstupní věk, pohlaví a délku pojištění a na zdravotní stav pojištěného, jakož i s ohledem na vykonávanou pracovní, zájmovou a sportovní činnost pojištěného.
- 2.2. Je-li výše pojistného závislá na věku pojištěného, pak se vstupní věk stanoví jako rozdíl mezi kalendářním rokem počátku pojištění a kalendářním rokem narození pojištěného.
- 2.3. Pojistitel je oprávněn zvýšit pojistné nebo snížit navrhované pojistné částky nebo dohodnout zvláštní podmínky pojištění u osob, které jsou vystaveny zvýšenému pojistnému riziku.
- 2.4. Pokud pojištník uvedl nesprávné datum narození nebo pohlaví pojištěného a v důsledku toho bylo pojistitelem chybně stanoveno pojistné, pojistná doba, doba placení pojistného nebo pojistná částka, je pojistitel oprávněn pojistné plnění z této smlouvy snížit v poměru výše pojistného, které bylo placeno, k výši pojistného, které by bylo placeno, kdyby pojištník uvedl správné datum narození nebo pohlaví pojištěného.
- 2.5. Zjistí-li pojistitel v době trvání soukromého pojištění, že pojištník uvedl nesprávné datum narození pojištěného, je oprávněn odstoupit od pojistné smlouvy, jestliže by s pojištníkem v případě správně uvedeného data narození pojištěného v době uzavření pojistné smlouvy za daných podmínek pojistnou smlouvu neuzavřel.

Článek 3

Zproštění od placení pojistného

- 3.1. Pokud je pojištníkovi, který je současně pojištěným, v průběhu pojištění pro případ dožití podle článku 1.2.b) nebo v průběhu pojištění pro případ smrti nebo dožití podle článku 1.2.c) této zvláštní části všeobecných pojistných podmínek přiznána podle předpisů o sociálním zabezpečení invalidita třetího stupně, nejdříve však po 2 letech od počátku pojištění, pak je pojištník zproštěn od placení po-

jistného (pokud ve smlouvě není stanoveno jinak) po dobu, po kterou pobírá invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně a povinnost platit pojistné po tuto dobu přebírá pojistitel.

- 3.2. Splnění podmínky 2 let se nevyžaduje, pokud byla invalidita třetího stupně přiznána výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo nejdříve po sjednaném počátku pojištění. Úraz musí splňovat požadavky uvedené ve všeobecných nebo doplňkových pojistných podmínkách pojistitele pro úrazové pojištění platných v době sepsání návrhu na uzavření pojištění, které jsou součástí pojistné smlouvy.
- 3.3. Pojistitel však nezproští pojištníka povinnosti platit pojistné, je-li příčinou přiznání invalidity třetího stupně u pojištníka nemoc či úraz a jejich důsledky, které vznikly před počátkem nebo po datu navýšení pojistného a pro něž byl pojištník před počátkem nebo před datem navýšení pojistného léčen či lékařsky sledován nebo byly v tomto období přítomny či diagnostikovány jejich příznaky.
- 3.4. Dnem přiznání invalidity třetího stupně se rozumí den uvedený ve výroku rozhodnutí oprávněného orgánu jako den, od něhož se přiznává invalidita třetího stupně. Pojištník je zproštěn od placení běžného pojistného ode dne nejbližší splatnosti pojistného po přiznání invalidity třetího stupně a končí nejpозději uplynutím doby, na kterou bylo sjednáno placení pojistného. Bylo-li pojištění sjednáno na dobu přesahující věk 60 let pojištěného, končí zproštění od placení pojistného nejpозději uplynutím pojistného období, ve kterém pojištěný dosáhl věku 60 let. Toto neplatí, pokud byla invalidita třetího stupně přiznána výlučně podle odstavce 3.2.
- 3.5. Pojištník je povinen prokázat, že je mu invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně dále vyplácen, a to předložením potvrzení příslušného orgánu o pobírání invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně vždy k výročnímu dni uplynutí ročního období, ve kterém bylo zproštění naposledy přiznáno.
- 3.6. Pojištěný je povinen podrobit se na vyžádání pojistitele a na jeho náklady lékařskému vyšetření lékařem pověřeným pojistitelem.
- 3.7. Na žádost pojistitele je pojištěný povinen předložit další podklady, které jsou nezbytné pro šetření pojistné události. V případě pochybností je pojištěný povinen zmocnit pojistitele k tomu, aby byl oprávněn si vyžádat od příslušné správy sociálního zabezpečení nezbytné informace. V případě, že pojištěný nedodá nezbytné informace a požadované doklady nebo odmítne zmocnit pojistitele, může pojištník nárok na zproštění od placení pojistného odmítnout.
- 3.8. Pojištník, který je zproštěn od placení pojistného, je povinen neprodleně informovat pojistitele o případném odnětí invalidity třetího stupně.
- 3.9. Pojištník je povinen opět platit pojistné, a to k datu první splatnosti pojistného, následujícím po dni odnětí invalidity třetího stupně. Neuhradí-li pojištník pojistné do 3 měsíců od splatnosti pojistného po odnětí invalidity třetího stupně, pojištění k datu splatnosti pojistného zaniká nebo se mění podle článku 4 této zvláštní části všeobecných pojistných podmínek.
- 3.10. Pojistitel nepřebere placení pojistného, je-li invalidita třetího stupně přiznána pojištěnému v důsledku úrazu či onemocnění vzniklých následkem:
 - a) pokusu o sebevraždu před uplynutím 3 let od sjednaného počátku, změny nebo obnovy pojištění;
 - b) přímé nebo nepřímé souvislosti s nukleární katastrofou;
 - c) přímé nebo nepřímé souvislosti s bojovými akcemi nebo válečnými událostmi všeho druhu;
 - d) účasti na vzpouře, povstání nebo jiných hromadných násilných nepokojích;
 - e) aktivní účasti na závodech či exhibicích nebo s nimi bezprostředně

souvisejících tréninkových jízdách v motorových vozidlech, v motorových plavidlech a letadlech;

- f) letecké přepravy při které byl pojištěný členem leteckého personálu dopravce na palubě havarovaného letadla;
- g) úmyslného jednání pojištěného nebo jiné osoby z podnětu pojištěného;
- h) požívání alkoholu nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky.

3.11. Dnem zproštění od placení pojistného za životního pojištění zanikají všechna sjednaná doplňková pojištění a připojištění.

Článek 4

Redukce pojistné částky

- 4.1. Pokud bylo v životním pojištění sjednaném s běžným pojistným zapláceno pojistné nejméně za 2 roky a nebylo-li zapláceno běžné pojistné za následné pojistné období po marném uplynutí lhůty stanovené pojistitelem v upomínce podle článku 6 odstavce 6.1. obecné části všeobecných pojistných podmínek, mění se pojištění na pojištění se sníženou pojistnou částkou bez povinnosti dále platit pojistné (dále jen „redukce pojistné částky“). K redukcí pojistné částky dojde v 0.00 hod. prvního dne po uplynutí lhůty, jejímž uplynutím by jinak soukromé pojištění zaniklo pro neplacení pojistného. Je-li redukována pojistná částka nižší než 10.000 Kč, vyplatí pojistitel odkupné.
- 4.2. Pojistitel má nárok na pojistné do dne, kdy došlo ke změně pojištění na pojištění s redukovanou pojistnou částkou.
- 4.3. Pojistník se může s pojistitelem dohodnout, aby redukována pojistná částka byla opět zvýšena na původní výši.
- 4.4. Pojištění pro případ smrti, které bylo sjednáno na přesně stanovenou dobu za běžné pojistné, zaniká pro neplacení pojistného bez nároku na redukcí pojistné částky.

Článek 5

Odkupné

- 5.1. Pokud bylo v životním pojištění sjednaném s běžným pojistným zapláceno pojistné nejméně za 2 roky nebo jde-li o soukromé pojištění za jednorázové pojistné sjednané na dobu delší než 1 rok nebo jde-li o soukromé pojištění s redukovanou pojistnou částkou, má pojistník právo, aby mu na jeho písemnou žádost pojistitel pojištění ukončil a vyplatil mu odkupné.
- 5.2. Není-li ujednáno jinak, pojištění zaniká dohodou k prvnímu dni v měsíci následujícím po datu, kdy pojistitel písemnou žádost obdržel.
- 5.3. Právo na odkupné nevzniká u pojištění pro případ smrti podle článku 1.2.a) této zvláštní části všeobecných pojistných podmínek s dobou placení běžného pojistného do 10 let včetně nebo u pojištění s výplatou důchodu, ze kterého se důchod už vyplácí, pokud nebylo ve smlouvě ujednáno jinak.
- 5.4. Není-li ujednáno jinak, právo na odkupné nevzniká u pojištění pro případ dožití podle článku 1.2.b) této zvláštní části všeobecných pojistných podmínek.
- 5.5. K žádosti o výplatu odkupného je nutno předložit pojistku, doklad o posledním zaplacení pojistného a úřední doklad o datu narození pojištěného.
- 5.6. Odkupné neodpovídá celkovému zaplacenému pojistnému, ale rezervě pojistného podle článku 3.x) obecné části těchto všeobecných pojistných podmínek snížené o krácíci faktor, navýšené o podíl na zisku. Hodnota krácíciho faktoru může činit maximálně 10% rezervy pojistného.

Článek 6

Pojistné plnění

- 6.1. Bylo-li sjednáno pojištění pro případ dožití se sjednaného konce pojištění, poskytuje pojistitel pojistné plnění pojištěnému.

6.2. Bylo-li sjednáno pojistné plnění pro případ smrti pojištěného, vyplatí pojistitel v případě smrti pojištěného pojistné plnění osobám podle článku 7 této zvláštní části všeobecných pojistných podmínek.

6.3. Pojistné plnění vyplatí pojistitel buď formou jednorázového plnění nebo formou pravidelně vypláceného důchodu.

6.4. Plnění z pojistné smlouvy v případě dožití poskytne pojistitel pojištěnému na jeho písemnou žádost po předložení nezbytných dokladů.

Pojistitel je oprávněn požadovat i doklad o posledním zaplacení pojistného.

6.5. V případě smrti pojištěného je povinen pojistník nebo osoba oprávněná k přijetí pojistného plnění tuto skutečnost bez zbytečného odkladu písemně pojistiteli oznámit a zároveň pojistiteli předložit tyto podklady:

- úřední doklad o úmrtí pojištěného;
- podrobnou zprávu lékaře, který zemřelého naposledy léčil, nebo pokud se takové léčení neuskutečnilo, jiné lékařské nebo úřední osvědčení. Osvědčení musí obsahovat příčinu smrti, počátek a průběh smrtelného onemocnění pojištěného nebo bližší okolnosti jeho smrti.

6.6. Na žádost pojistitele je třeba rovněž předložit i další doklady, které jsou nezbytné pro šetření pojistitele ve věci pojistné události. Pojistitel může rovněž provést šetření sám.

6.7. Náklady spojené s výše uvedenými ustanoveními hradí ten, kdo uplatňuje nárok vůči pojistiteli.

6.8. Pojistné plnění lze vinkulovat. Vinkulace se provádí se souhlasem pojištěného. Zrušení se provádí pouze se souhlasem toho, v jehož prospěch bylo pojistné plnění vinkulováno. Uvedené změny nabývají účinnosti doručením příslušných souhlasů pojistiteli.

Článek 7

Právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného

7.1. Je-li pojistnou událostí smrt pojištěného, může pojistník určit obmyšleného jako oprávněnou osobu, a to jménem nebo vztahem k pojištěnému. Až do vzniku pojistné události může pojistník obmyšleného měnit. Změna obmyšleného je účinná dnem doručení sdělení pojistiteli.

7.2. Nebyl-li v době pojistné události určen obmyšlený nebo nenabudeli obmyšlený práva na pojistné plnění, nabývají tohoto práva manžel pojištěného, a není-li ho, děti pojištěného.

7.3. Není-li osob uvedených v odstavcích 7.1. a 7.2., nabývají práva na pojistné plnění rodiče pojištěného, a není-li jich, nabývají práva na pojistné plnění osoby, které žily s pojištěným po dobu nejméně jednoho roku před jeho smrtí ve společné domácnosti a které z tohoto důvodu pečovaly o společnou domácnost nebo byly odkázány výživou na pojištěného; není-li ani těchto osob, nabývají tohoto práva dědici pojištěného. V případě zjištění, že dědicem je někdo jiný nebo je dědiců více, použije se obdobně ustanovení občanského zákoníku o ochraně oprávněného dědice.

7.4. Vznikne-li právo na pojistné plnění několika osobám a nejsou-li jejich podíly určeny, má každá z nich právo na stejný díl.

Článek 8

Omezení plnění pojistitele

8.1. Nebylo-li ujednáno jinak, vyplatí pojistitel pojistné plnění do výše rezervy pojistného, nastane-li smrt pojištěného:

- a) při sebevraždě nebo při pokusu o sebevraždu před uplynutím 3 let od sjednaného počátku pojištění, změny nebo od obnovení pojistné smlouvy;
- b) v přímé nebo nepřímé souvislosti s nukleární katastrofou;
- c) následkem přímé nebo nepřímé souvislosti s bojovými akcemi nebo válečnými událostmi všeho druhu;
- d) v souvislosti se vzpourou, povstáním nebo jinými hromadnými násilnými nepokoji;
- e) v důsledku aktivní účasti na závodech nebo s nimi bezprostředně

souvisejících tréninkových jízdách v motorových vozidlech, v motorových plavidlech a letadlech;

- f) při letecké přepravě a pojištěný byl členem leteckého personálu dopravce na palubě havarovaného letadla.
V případě, že nebyla do vzniku pojistné události podle tohoto odstavce vytvořena kladná rezerva pojistného, zaniká pojištění bez náhrady.
- 8.2. Pojistitel je oprávněn snížit své plnění až o jednu polovinu, došlo-li k smrti pojištěného následkem požití alkoholu nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky pojištěným, a okolnosti, za kterých ke smrti došlo, to odůvodňují.
- 8.3. Snížené plnění podle tohoto článku nesmí klesnout pod výši rezervy pojistného.
- 8.4. Oprávněná osoba, která má v případě smrti pojištěného právo na plnění pojistitele, tohoto práva nenabude, způsobí-li pojištěnému smrt úmyslným trestným činem, pro který byla soudem uznána vinnou.

Článek 9

Právo volby důchodu

- 9.1. Pojištěný může v případě dožití zvolit místo jednorázové výplaty pojistného plnění vyplácení důchodu (doživotního nebo po stanovenou dobu), avšak pouze v případě, že jednorázové plnění ještě nebylo vyplaceno.
- 9.2. Výše důchodu se vypočítává ke dni splatnosti pojistného plnění. Pro výpočet výše důchodu je rozhodující věk pojištěného v den splatnosti pojistného plnění.

Článek 10

Povinnosti pojistníka a pojištěného

Pojistník i pojištěný jsou povinni sdělit bez prodlení pojistiteli všechny změny skutečností uvedených v pojistné smlouvě (s výjimkou změn věku a zdravotního stavu), které nastanou během trvání pojištění.

Článek 11

Právo pojistitele související se zjišťováním a přezkoumáním zdravotního stavu

- 11.1. Pojistitel je oprávněn zjišťovat a přezkoumávat při sjednání pojištění i při jeho změně jakož i v souvislosti se šetřením pojistné události, v souladu s příslušnou legislativou, zdravotní stav pojištěného a další skutečnosti, týkající se předmětného pojištění, a to na základě souhlasu pojištěného uvedeném v návrhu na uzavření pojistné smlouvy či příslušném tiskopisu, kterým oznamuje pojistnou událost. Pojistitel může požadovat lékařskou prohlídku pojištěného lékařem, kterého sám určí.
- 11.2. Za tímto účelem je pojištěný povinen zmocnit pojistitele k jednání s ošetřujícími lékaři a zdravotnickými zařízeními a zprostit je mlčenlivosti.
- 11.3. Pojistitel smí použít veškeré získané informace při zjišťování zdravotního stavu pouze pro svou potřebu, jinak pouze se souhlasem pojištěného, nebo v souladu s platnými zákony.
- 11.4. Kromě způsobů zániku pojištění upravených příslušnými ustanoveními VPP UCZ/05 zanikne pojištění též v důsledku odvolání souhlasu pojistníka nebo pojištěného ke zpracování údajů o svém zdravotním stavu, který pojistitelé dal ve smyslu zákona o ochraně osobních údajů. Pojištění zanikne dnem, ve kterém pojistitel obdrží písemné oznámení pojistníka nebo pojištěného o odvolání souhlasu.

Článek 12

Souhlas pojištěného

- 12.1. Je-li pojistník odlišný od pojištěného, může určit nebo změnit osobu obmyšleného nebo pohledávky ze soukromého pojištění postoupit nebo vinkulovat nebo zastavit jen se souhlasem pojištěného.

12.2. Uzavírá-li pojistník pojistnou smlouvu ve prospěch obmyšleného, je k uzavření takové pojistné smlouvy třeba souhlasu pojištěného, popřípadě zákonného zástupce takové osoby, není-li zákonným zástupcem pojistník sám. Souhlas pojištěného nebo zákonného zástupce se vyžaduje i v případě změny obmyšleného, změny podílů na pojistném plnění, bylo-li určeno více obmyšlených, a k vyplacení odkupného.

Článek 13

Indexová doložka

V pojistné smlouvě lze ujednat, že bude prováděno zvýšení pojistného a tím i jemu odpovídající navýšení pojistných částek v závislosti na vývoji indexu spotřebitelských cen. V tom případě bude indexová doložka nedílnou součástí pojistné smlouvy.

Článek 14

Podíl na zisku

Pojištěný se u pojištění podle článku 1.2.b) a 1.2.c) této zvláštní části všeobecných pojistných podmínek podílí na výnosech z technických rezerv. Výsledek podílu na výnosech nelze předem stanovit a jeho rozdělení na jednotlivé pojistné smlouvy se stanovuje rozhodnutím představenstva společnosti. Rozhodujícím pro stanovení podílu na výnosech z technických rezerv je stav technických rezerv na začátku období, za něž se podíl na výnosech z technických rezerv přiznává. Podíl na zisku je vytvářen podílem na výnosech z technických rezerv, podíly ze správních nákladů a zisku z podúmrtnosti. Pokud je ujednáno, že podíl na zisku bude použit k navýšení pojistných částek, jsou od okamžiku připsání podílu na zisku navýšené pojistné částky garantovány. Rezerva na již připsané podíly na zisku je vedena odděleně od rezervy pojistného soukromého pojištění a je součástí základu pro výpočet podílu na výnosech technických rezerv v letech následujících. Výsledek výnosů z technických rezerv, podílu ze správních nákladů a zisku z podúmrtnosti v jednotlivých letech nevytváří závazek pro jejich výši v letech následujících. Pojistník může požádat o vyplacení rezervy podílu na zisku nebo její části, a to tehdy, vznikl-li mu nárok na výplatu odkupného podle článku 6 této zvláštní části všeobecných pojistných podmínek ve výši alespoň 3.000 Kč. Za každý výběr pojistitel účtuje správní poplatek.

Článek 15

Předběžné pojištění

1. Pojistitel poskytuje dle čl.4, odst.4.7 až 4.11. VPP UCZ/05 předběžné pojištění.
2. Odchylně od čl.4, odst.4.7 VPP UCZ/05 platí, že v případě úhrady zálohy na pojistné podle předloženého návrhu na uzavření pojistné smlouvy před počátkem uvedeným v návrhu začíná předběžné pojištění pro případ smrti úrazem již v 0.00 hodin dne následujícího po dni úhrady pojistného a nikoliv až dnem uvedeného počátku pojištění.
3. Pro předpěžné pojištění, pokud není v pojistné smlouvě ujednáno jinak, platí následující omezení výše pojistného plnění.
 - pojistitel poskytuje pojištěnému předběžné pojištění pro případ smrti, která byla vyvolána úrazovým dějem, a to do výše sjednané pojistné částky životního pojištění pro případ smrti, maximálně však do částky 500.000,- Kč,
 - je-li pojištěnému poskytnuto předběžné pojištění u více pojistných smluv životního pojištění, je pojistitel povinen v případě smrti úrazem pojištěného plnit do výše sjednaných pojistných částek pro případ smrti, maximálně však do částky 500.000,- Kč

Článek 16

Závěrečné ustanovení

Tyto všeobecné pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1. 1. 2010.

Úvodní ustanovení

Pojištění je upraveno touto zvláštní částí pojistných podmínek a Všeobecnými pojistnými podmínkami - obecná část - UCZ/05, které spolu tvoří nedílnou součást.

Článek 1 Základní ustanovení

1. Pojištění se vztahuje na pojistné události, které nastanou v době trvání pojištění na celém světě, není-li ve smlouvě dohodnuto jinak.
2. Pokud je přijetí návrhu závislé na poskytnutí výpisů ze zdravotní dokumentace nebo na výsledku zdravotní prohlídky, náklady s tím spojené nese navrhovatel.
3. Pojištěny mohou být osoby do věku 75 let.
4. Osoby představující pro pojistitele zvýšené pojistné riziko mohou být pojištěny za zvláštních podmínek.
5. Pro sjednané úrazové pojištění se za dítě považuje dítě do věku 18 let, respektive do věku 26 let, pokud se soustavně připravuje na budoucí povolání. Ukončí-li dítě soustavnou přípravu na budoucí povolání nebo dosáhne-li věku 26 let, zaniká úrazové pojištění dítěte v nejbližší výroční den pojištění. Za seniora se pro sjednané úrazové pojištění považuje osoba ve věku 70 let a více.

Článek 2 Předmět a rozsah pojištění, pojistné nebezpečí, škodná a pojistná událost

1. Pojištění se sjednává pro případ úrazu pojištěné osoby.
2. Pojistným nebezpečím je možná příčina úrazového děje, v jehož důsledku dojde k poškození zdraví nebo smrti pojištěného.
3. Škodnou událostí je úraz pojištěného. Škodná událost se stává pojistnou událostí v okamžiku, kdy pojistitel může z doložených podkladů jednoznačně určit, že pojištěné osobě vznikl nárok na pojistné plnění. Seřazení škodné události pojistitel zahájí ihned po doručení vyplněného oznámení o škodě včetně přiložené lékařské zprávy; pro seřazení ve věci nároků z pojištění trvalých následků úrazu je rozhodující předání písemného rozhodnutí lékaře pojistiteli o jejich existenci.
4. Úrazové pojištění může být sjednáno pro:
 - a) případ trvalého tělesného poškození pojištěného následkem úrazu (dále jen „trvalé následky“), které se sjednává jako pojištění obnosové;
 - b) případ smrti pojištěného následkem úrazu (dále jen „smrt úrazem“), které se sjednává jako pojištění obnosové;
 - c) dobu léčení úrazu (dále jen „denní odškodné“), které se sjednává jako pojištění obnosové;
 - d) dobu hospitalizace v důsledku úrazu (dále jen „nemocniční odškodné“), které se sjednává jako pojištění obnosové;
 - e) případ vzniku nákladů spojených s úrazem (dále jen „úrazové náklady“), které se sjednává jako pojištění škodové;
 - f) případ vzniku zlomenin v důsledku úrazu (dále jen „zlomeniny“), které se sjednává jako pojištění obnosové;
 - g) případ vzniku popálenin v důsledku úrazu (dále jen „popáleniny“), které se sjednává jako pojištění obnosové;
 - h) případ kosmetické operace v důsledku úrazu (dále jen „kosmetické operace“), které se sjednává jako pojištění škodové;
 - i) případ hospitalizace v důsledku úrazu (dále jen „nemocniční paušál“), které se sjednává jako pojištění obnosové.
5. Rozsah pojištění je určen v pojistné smlouvě.

Článek 3 Pojistné

1. Výše pojistného se stanoví zejména s ohledem na vykonávané zaměst-

nání, zájmovou a sportovní činnost, jakož i s ohledem na zdravotní stav a věk pojištěného. Výši pojistného dále ovlivňuje rozsah pojistné ochrany, výše pojistných částek a doba trvání pojištění. Pojistné se na základě změn upravuje i během trvání pojistné smlouvy.

2. Dle povolání (profese) a zájmové či sportovní činnosti se pojištění zařazuje do rizikových skupin. Popis rizikových skupin je pojištěnému k dispozici na webových stránkách pojistitele, konečné rozhodnutí o zařazení pojištěného do rizikové skupiny je plně v kompetenci pojistitele.
3. Určuje-li se výše pojistného s přihlédnutím k věku pojištěného, pak se věk stanoví jako rozdíl mezi kalendářním rokem vstupu do pojištění a kalendářním rokem narození pojištěného.

Článek 4 Změny pojištění

1. S ohledem na dosažený věk pojištěného (dítě, dospělý, senior) má pojistitel nárok na vyšší pojistné. Pokud nebyla provedena příslušná změna pojistné smlouvy, plní pojistitel v případě pojistné události z průměrně snížených pojistných částek (v poměru pojistného, které bylo sjednáno, k pojistnému, které pojistiteli náleží podle věku pojištěného a platných sazeb).
2. Při provádění změny pojistné smlouvy na žádost pojistníka, stanoví pojistitel počátek její platnosti k datu nejbližší splatnosti pojistného, není-li dohodnuto jinak.
3. Pokud vznikne při změně zaměstnání nebo zájmové činnosti pojištěného nárok na nižší pojistné, sníží pojistitel toto pojistné od okamžiku doručení oznámení o změně pojistiteli.

Článek 5 Zánik pojištění

Kromě způsobů zániku pojištění upravených příslušnými ustanoveními VPP UCZ/05 zanikne pojištění též v důsledku odvolání souhlasu pojistníka nebo pojištěného ke zpracování údajů o svém zdravotním stavu, který pojistiteli dal ve smyslu zákona o ochraně osobních údajů. Pojištění zanikne dnem, ve kterém pojistitel obdrží písemné oznámení pojistníka nebo pojištěného o odvolání souhlasu.

Článek 6 Úraz

1. Úrazem se pro účely tohoto pojištění rozumí neočekávané a náhlé působení vnějších sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného, ke kterému došlo během trvání pojištění a kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt. Za úraz se též považuje stav, kdy v důsledku zvýšené svalové síly vyvinuté na končetiny nebo páteř dojde k vymknutí kloubu nebo k přetržení nebo natržení svalů, šlach, vazů nebo pouzder.
2. Za úraz se považují i následující události nezávislé na vůli pojištěného:
 - a) smrt utonutím;
 - b) tělesná poškození způsobená popálením, opařením, působením úderu blesku, elektrickým proudem, plyny nebo parami, požitím jedovatých nebo leptavých látek, vyjma případů, kdy jejich působení probíhá postupně a dlouhodobě;
 - c) nákaza tetanem nebo vzteklinou při úrazu.
3. Za úraz se považuje pouze takové poškození páteře vč. výhřezů (hernií) plotének, ke kterému došlo přímým mechanickým působením na páteř a nejedná-li se pouze o zhoršení projevu nemoci, která již existovala před úrazem. Poruchy hybnosti páteře v důsledku obvykle vykonávaných pohybů nebo zvedání břemene nejsou považovány za úraz.
4. Břišní nebo tříselná kýla jakéhokoliv druhu se považuje za úraz pouze tehdy, pokud byla způsobena přímým mechanickým působením zvenčí a nebyla-li dispozičně podmíněna.
5. Za úraz se nepovažují
 - a) psychické nebo duševní nemoci (chorobné stavy), i když k nim došlo v důsledku tělesného poškození nebo v důsledku psychického traumatu;

- b) nemoci vč. infekčních onemocnění, srdeční infarkt a mozková mrtvice, i když nastaly jako následek úrazu;
- c) sociální nebo psychická nepohoda, i když vznikla jako následek úrazu;
- d) sebevražda, pokus o ni, ani úmyslné sebepoškození nebo způsobení úrazu jinou osobou z podnětu pojištěného.

Článek 7

Plnění z úrazového pojištění

A. Trvalé následky úrazu

1. Pokud bylo v pojistné smlouvě sjednáno pojištění trvalých následků úrazu a tento úraz zanechá trvalé následky, tj. omezení funkce tělesných orgánů nebo jejich ztrátu, vzniká pojištěnému nárok na pojistné plnění. Rozsah trvalých následků určuje lékař pojistitele v procentech dle příslušné oceňovací tabulky, se kterou je pojistitel povinen pojištěného seznámit. Jestliže však pojištěný v důsledku úrazu během jednoho roku od vzniku úrazu zemře, nárok na pojistné plnění za trvalé následky nevzniká.
2. Pokud stanoví příslušná oceňovací tabulka procentuální rozpětí, určí pojistitel výši plnění tak, aby v rámci daného rozpětí odpovídalo rozsahu a povaze tělesného poškození vzniklého následkem úrazu. Pokud rozsah trvalých následků podle příslušné oceňovací tabulky není možné stanovit, je rozhodující, do jaké míry je z lékařského hlediska ovlivněna tělesná funkce poškozeného orgánu.
3. Zemře-li pojištěný během jednoho roku po úrazu z jiné příčiny, která nesouvisí s úrazem, vyplátí pojistitel pojistné plnění podle stupně trvalých následků, který je možno určit na základě naposledy vystavených lékařských nálezů.
4. V důsledku jedné pojistné události je pojistitel povinen plnit nejvýše do 100% sjednané pojistné částky, resp. jejího násobku dle odst. 5 tohoto článku pro případ trvalých následků, a to i v případě, kdy součet procent pro jednotlivé trvalé následky hranici 100% překročí.

5. Pokud je v pojistné smlouvě sjednáno progresivní plnění PROG4 za trvalé následky úrazu, stanoví se výše plnění podle jejich rozsahu stanoveném v procentech dle příslušné oceňovací tabulky takto:

Rozsah trvalých následků úrazu v %	Výpočet pojistného plnění
do 25% včetně	z 1x pojistné částky
nad 25% do 50% včetně	z 2x pojistné částky
nad 50% do 75% včetně	z 3x pojistné částky
nad 75% do 100% včetně	z 4x pojistné částky

Pokud je v pojistné smlouvě sjednáno progresivní plnění PROG6 za trvalé následky úrazu, stanoví se výše plnění podle jejich rozsahu stanoveném v procentech dle příslušné oceňovací tabulky takto:

Rozsah trvalých následků úrazu v %	Výpočet pojistného plnění
do 25% včetně	z 1x pojistné částky
nad 25% do 50% včetně	z 2x pojistné částky
nad 50% do 75% včetně	z 3x pojistné částky
nad 75% do 95% včetně	z 4x pojistné částky
nad 95% do 100% včetně	z 6x pojistné částky

6. V prvním roce po úrazu poskytne pojistitel plnění pouze v tom případě, lze-li z lékařského hlediska jednoznačně stanovit konečný rozsah trvalých následků úrazu.
7. Pokud procento trvalých následků není možno jednoznačně určit jeden rok od data úrazu, je oprávněn jak pojistitel, tak pojištěný nechat rozsah trvalých následků každoročně po dobu čtyř let ode dne úrazu prověřit lékařem.
8. Při určení procenta trvalých následků se odečítá procento předchozích trvalých následků, které měl pojištěný ještě před úrazem. Předchozí následky se stanoví podle příslušné oceňovací tabulky pro určování rozsahu trvalých následků.
9. Pokud je v pojistné smlouvě sjednána procentuální výše hodnocení trvalých následků úrazu, od které poskytne pojistitel pojistné plnění, má pojištěný nárok na pojistné plnění pouze tehdy, když celkové hodnocení trvalých následků dosáhne alespoň tuto sjednanou procentuální výši. Tato procentuální výše platí samostatně pro každou pojistnou událost.

B. Smrt úrazem

1. Pokud bylo ve smlouvě sjednáno pojištění pro případ smrti úrazem a pojištěný zemře na následky úrazu, nejpozději však do tří let ode dne úrazu, vyplátí pojistitel pojistnou částku pro případ smrti úrazem sjednanou v pojistné smlouvě k datu úrazu.
2. Pojistné plnění v důsledku smrti úrazem se snižuje o plnění, které bylo

již vyplaceno pojištěnému za trvalé následky tohoto úrazu. Pokud již bylo pojistitelem vyplaceno vyšší pojistné plnění za trvalé následky tohoto úrazu než je pojistná částka sjednaná pro případ smrti úrazem, nemá pojistitel právo požadovat vrácení rozdílu těchto dvou plnění.

3. Plnění je poskytnuto tomu, kdo je v pojistné smlouvě určen jako obmyšlená osoba nebo obmyšleným osobám v uvedeném podílu. Není-li uvedena obmyšlená osoba nebo nenabyla-li práva na plnění, je pojistné plnění vyplaceno osobám určeným dle §51 odst.2 a 3 zákona o pojistné smlouvě.

C. Přiměřená doba léčení úrazu - denní odškodné

1. Denním odškodným se rozumí v pojistné smlouvě sjednaná částka, která se vyplácí za přiměřenou dobu léčení úrazu.
2. Přiměřená doba léčení úrazu je uvedena v příslušné oceňovací tabulce, se kterou je pojistitel povinen pojištěného seznámit. Přiměřenou dobu léčení stanoví pojistitel na základě diagnózy uvedené ošetřujícím odborným lékařem v dokumentaci, kterou přeloží pojištěný k prokázání svého nároku.
3. V případě komplikací při léčení může uznat lékař pojistitele prodloužení přiměřené doby léčení max. o 20%.
4. Pokud je v pojistné smlouvě sjednáno denní odškodné, vzniká nárok na výplatu pojistného plnění až ode dne, který je uveden v pojistné smlouvě jako den počátku plnění denního odškodného. Pokud je v pojistné smlouvě sjednáno denní odškodné zpětně, vzniká nárok na výplatu pojistného plnění již od 1. dne léčení, a to pokud přiměřená doba léčení úrazu dosáhne minimálně počtu dnů uvedeného v pojistné smlouvě.
5. Pokud je v pojistné smlouvě sjednáno progresivní plnění za denní odškodné, stanoví se výše plnění načítaně v závislosti na délce doby přiměřené doby léčení násobené příslušným přepočtovým koeficientem D takto:

Přiměřená doba léčení	Přepočtový koeficient D	Přepočtový koeficient N
od 1.dne do 120.dne včetně	1	2
od 121.dne do 240.dne včetně	2	3
od 241.dne do 365.dne včetně	3	4

V případě, kdy si léčení úrazu do 24 hodin od okamžiku úrazu vyžádá hospitalizaci dle bodu D2) tohoto článku, použije se po dobu hospitalizace násobení přepočtovým koeficientem N, pro ostatní dny léčení násobení přepočtovým koeficientem D. Pokud bude délka hospitalizace neúměrně delší než je pro daný úraz obvyklé, určí výši plnění lékař pojistitele.

6. Denní odškodné v důsledku jednoho úrazu se vyplácí max. za 365 dnů nezbytného léčení v období dvou let od vzniku úrazu. Na případné další léčení se nebere zřetel.
7. Utrpí-li pojištěný v době léčení úrazu, za který je pojistitel povinen vyplatit pojistné plnění další úraz, vzniká nárok na výplatu denního odškodného pouze jednou.
8. Pokud je léčení úrazu prodlouženo v důsledku předchozích úrazů či již dříve diagnostikovaných onemocnění, vyplátí pojistitel pojistné plnění za přiměřenou dobu léčení podle diagnózy úrazu v souladu s příslušnou oceňovací tabulkou - viz odst.2 tohoto článku.

D. Nemocniční odškodné – hospitalizace následkem úrazu

1. Nemocničním odškodným se rozumí v pojistné smlouvě sjednaná částka za den hospitalizace pojištěného v nemocnici v důsledku úrazu.
2. Hospitalizací se rozumí z lékařského hlediska nezbytné poskytnutí nemocniční lůžkové péče, která trvá minimálně 24 hodin a kdy musí být ošetření a léčení provedeno v lůžkové části nemocnice.
3. Nemocniční odškodné se plní za každý den hospitalizace v důsledku léčení úrazu s tím, že se den, kdy byl pojištěný přijat k hospitalizaci a den, kdy byl z tohoto ošetření propuštěn, sčítají a považují za jeden den hospitalizace. Pojistné plnění se vyplácí po předložení lékařského potvrzení o době trvání a termínu hospitalizace, nejdéle však za 365 dnů v průběhu dvou let od data úrazu.
4. Pojistné plnění se neposkytuje za pobyt v léčebných, pečovatelských či kosmetických ústavech, v léčebnách pro dlouhodobé a chronicky nemocné, v ozdravovnách a zotavovnách, v lázeňských zařízeních, v rehabilitačních zařízeních, v dietetických zařízeních, v domovech důchodců apod.

E. Úrazové náklady

1. Pokud jsou v pojistné smlouvě sjednány úrazové náklady hradí pojistitel

pojištěnému níže uvedené náklady spojené s úrazem až do výše sjednané pojistné částky po dobu dvou let ode dne úrazu za předpokladu, že není poskytnuta úhrada nákladů ze zdravotního či jiného pojištění.

2. Pojistitel hradí tyto dle lékařského hlediska nezbytné nutné náklady:
 - a) náklady léčení, které byly nezbytné vynaloženy na odstranění následků úrazu a nehrazené ze zdravotního či jiného pojištění. Patří k nim první pořízení umělých končetin a náhrady zubů, jakož i náklady na jiné potřebné první pořízení náhrad dle lékařského předpisu. Regulační poplatky, náklady na opravu nebo znovupořízení náhrady zubů, umělých končetin nebo jiných pomůcek nejsou hrazeny. Za nezbytné náklady spojené s léčením úrazu se nepovažuje např. pobyt v lázních, ozdravovnách, léčebných a pečovatelských ústavech, v léčebnách dlouhodobě nemocných, domovech důchodců a pod.;
 - b) náklady na lékařsky doporučenou dopravu z místa úrazu, který pojištěný utrpěl, event. z nemocnice, do které byl pojištěný po úraze dopraven
 - do místa jeho trvalého bydliště v ČR nebo
 - do nemocnice, která je místu bydliště nejbližší;v případě smrti v důsledku úrazu budou uhrazeny též náklady na přepravu ostatků pojištěného do místa bydliště;
 - c) náklady na záchranu pojištěného, který se ocitl v důsledku úrazu ve stavu nouze a musel být vyproštěn; pojistitel hradí rovněž náklady na vyproštění pojištěného v případě smrti následkem úrazu; do pojistného plnění se zahrnují i doložené náklady na pátrání po pojištěném jeho dopravu na nejbližší sjízdnu silnici.
3. V rámci sjednané pojistné částky pojistitel uhradí účelné vynaložené záchraňovací náklady na odvrácení vzniku bezprostředně hrozící pojistné události nebo zmírnění následků již nastalé pojistné události. Úhrada záchraňovacích nákladů, které byly vynaloženy na záchranu života nebo zdraví, se omezuje výší sjednané pojistné částky. Úhrada ostatních vynaložených záchraňovacích nákladů se omezuje výší 5% ze sjednané pojistné částky. Záchraňovací náklady, které pojistník vynaložil na základě písemného souhlasu pojistitele, uhradí pojistitel bez omezení.

F. Zlomeniny

1. Pokud bylo ve smlouvě sjednáno pojištění zlomenin a pojištěný následkem úrazu utrpí zlomeninu ve smyslu tohoto článku, vyplatí pojistitel pojistnou částku sjednanou v pojistné smlouvě k datu úrazu.
2. Zlomeninou se rozumí traumatická zlomenina kosti (porušení celistvosti kosti) vzniklá následkem úrazu a nezávisle na jiných příčinách, a to bez ohledu na to, zda zanechá trvalé následky nebo nikoli.
3. Pojistnou událostí není zlomenina vzniklá jako následek nebo v souvislosti s následujícími okolnostmi:
 - a) vrozené vady a stavy z nich vyplývající;
 - b) jakákoli nemoc nebo postupně působící přirozená příčina;
 - c) patologická zlomenina tj. zlomenina vzniklá v místě, ve kterém předchozí nemoc způsobila oslabení (prořídnutí) nebo jinou změnu kosti včetně zlomenin zaviněných osteoporózou;
 - d) stresová (únavová) zlomenina tj. porušení celistvosti kosti vzniklé opakovaným přetížením.
4. Jestliže způsobí úraz více zlomenin, vzniká pojištěnému nárok na pojistné plnění pouze za jednu zlomeninu.

G. Popáleniny

1. Pokud bylo ve smlouvě sjednáno pojištění popálenin a pojištěný následkem úrazu utrpí popáleninu ve smyslu tohoto článku, vyplatí pojistitel pojistnou částku sjednanou v pojistné smlouvě k datu úrazu.
2. Popáleninou se rozumí částečná či úplná destrukce kůže popř. i hlubších tkání, vzniklá působením nadprahové hodnoty tepelné energie na lidský organismus, a to úrazovým dějem.
3. Pojistnou událostí není popálenina
 - a) I. stupně
 - b) II. stupně menší než 100 cm²
 - c) III. stupně menší než 100 cm²
4. Jestliže způsobí úraz více nezávislých popálenin, vzniká pojištěnému nárok na pojistné plnění pouze za jednu popáleninu.

H. Kosmetické operace

1. Pokud bylo ve smlouvě sjednáno pojištění kosmetických operací a pojištěný ji podstoupí, nejpozději však do tří let ode dne úrazu, uhradí po-

jistitel ty náklady na zákrok a klinické léčení včetně léků, které nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění, a to až do výše pojistné částky sjednané v pojistné smlouvě.

2. Nárok na plnění za kosmetickou operaci, která řeší následky pojištěného úrazu, vznikne, jestliže je po úrazu povrch těla poškozen nebo deformován takovým způsobem, že by po skončení léčení vzhled pojištěného trvale utrpěl, zejména se jedná o následky popálenin, polcptání apod. a současně k tomuto zákroku dojde na doporučení odborného lékaře.
3. Pojistné plnění se proplácí na základě kopie doporučení lékaře k zákroku a originálů dokladů o úhradě operace, klinického léčení, předepsaných léků, kopie hospitalizační zprávy nebo operačního protokolu a předpisu na léky.

I. Nemocniční paušál

1. Nemocničním paušálem se rozumí v pojistné smlouvě sjednaná částka za hospitalizaci pojištěného v nemocnici v důsledku úrazu.
2. Hospitalizací se rozumí z lékařského hlediska nezbytné poskytnutí nemocniční lůžkové péče, která trvá minimálně 24 hodin a kdy musí být ošetření a léčení provedeno v lůžkové části nemocnice.
3. Nemocniční paušál se plní za hospitalizaci v důsledku léčení úrazu, která trvala nepřetržitě alespoň počet dnů stanovený v pojistné smlouvě s tím, že se den, kdy byl pojištěný přijat k hospitalizaci a den, kdy byl z tohoto ošetření propuštěn, sčítají a považují za jeden den hospitalizace. Jednorázové pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky se vyplácí nejdéle do dvou let od data úrazu.
4. Pojištěný má nárok na pojistné plnění pouze jednou v souvislosti s jednou pojistnou událostí.
5. Pojistné plnění se neposkytuje za pobyt v léčebných, pečovatelských či kosmetických ústavech, v léčebnách pro dlouhodobě a chronicky nemocné, v ozdravovnách a zotavovnách, v lázeňských zařízeních, v rehabilitačních zařízeních, v dietetických zařízeních, v domovech důchodců apod.

Článek 8

Práva a povinnosti pojistitele, pojistníka a pojištěného

1. Pojistitel je oprávněn zjišťovat a přezkoumávat zdravotní stav pojištěného. Zjišťování zdravotního stavu se provádí na základě zpráv a zdravotnické dokumentace vyžádaných pojistitelem pověřeným zdravotnickým zařízením od ošetřujících lékařů, a v případě potřeby i prohlídkou nebo vyšetřením provedeným zdravotnickým zařízením. I v případě smrti pojištěného je pojistitel oprávněn vyžadovat lékařské zprávy potřebné k šetření. Pojištěný je povinen těmto požadavkům pojistitele vyhovět.
2. Pojištěný je povinen zmocnit pojistitele k jednání s ošetřujícími lékaři a zdravotnickými zařízeními a zprostit je mlčenlivosti. Souhlas se zjišťováním a přezkoumáváním svého zdravotního stavu dává pojištěný zejména podpisem smlouvy, na jejímž základě vzniká pojištění, a také podpisem na příslušném tiskopisu, kterým škodu oznamuje.
3. Pojištěný je povinen bez zbytečného odkladu vyhledat po úrazu lékařské ošetření, léčit se podle pokynů lékaře a vyžaduje-li to pojistitel, dát se na jeho náklady vyšetřit lékařem, kterého pojistitel určí.
4. Pojištěný je povinen nejpozději do 10 dnů písemně nahlásit úraz. Výjimky jsou možné pouze v případě, kdy vzhledem k zdravotnímu stavu nebylo možné tuto zprávu odeslat.
5. Ihned po obdržení formuláře oznámení o škodě je pojištěný povinen podrobně a pravdivě ho vyplnit a zaslat pojistiteli. Po ukončení léčení je dále povinen nechat vyplnit příslušnou lékařskou zprávu, přiložit případně další související zprávy a podklady a zaslat neprodleně pojistiteli.
6. Pokud je pojištěno nemocniční odškodné nebo nemocniční paušál, musí pojištěný zaslat ihned po propuštění z nemocnice doklad o hospitalizaci s uvedením jména, rodného čísla, data přijetí a propuštění, jakož i diagnózy.
7. Pokud jsou pojištěny úrazové náklady, musí pojištěný pojistiteli zaslat originály účtů s uvedením, u které zdravotní pojišťovny je pojištěn, a zda již u ní uplatnil své nároky. Dále je pojištěný povinen uvést i pojištění u dalších pojišťoven.
8. Pojistitel je povinen v případě pojistné události poskytnout pojistné plnění v rozsahu stanoveném pojistnou smlouvou. Výši plnění stanoví pojistitel dle zásad uvedených v Čl.7 a příslušných oceňovacích tabulek platných ke dni, kdy bylo pojistiteli doručeno oznámení pojistné udá-

14 losti. Pojistitel má právo doplňovat a měnit příslušné oceňovací tabulky v závislosti na vývoji lékařské vědy a praxe. Aktuální oceňovací tabulky jsou pojistěncům k dispozici na webových stránkách pojistitele.

9. V případě rozdílných názorů je pojištěný povinen nechat se vyšetřit znalci nebo jimi určenými lékaři a podrobit se takovým opatřením, která znalci pokládají za nutná.

10. Vedle povinností, které jsou stanoveny zákonem, je pojistník a pojištěný povinen:

- a) odpovědět pravdivě a úplně na všechny písemné dotazy pojistitele, týkající se sjednávání pojištění, a to zejména na dotazy, které se týkají zdravotního stavu pojištěného;
- b) nahlásit pojistiteli neprodleně veškeré změny oproti údajům, uvedeným v Návrhu na uzavření pojistné smlouvy, např. změnu jména, bydliště, změnu zaměstnání, zájmové činnosti a rovněž změny zdravotního stavu, apod;
- c) plnit další specifické povinnosti vyplývající z pojištění, které byly smluvně ujednány v pojistné smlouvě.

Článek 9 Vyluky

1. Z pojištění jsou, pokud není v pojistné smlouvě uvedeno jinak, vyloučeny úrazy, které vznikly:

- a) při použití prostředků k létání (paragliding, balonové létání, letecké sporty, atd.), parašutismu a bungee jumpingu;
- b) při horolezeckém sportu;
- c) při aktivní účasti na motoristických závodech či exhibicích a s tím souvisejících tréninkových jízdách;
- d) při aktivní účasti na celostátních nebo mezinárodních závodech v lyžování, skocích na lyžích, závodech na snowbordech, bobech, skibobech a saních, jakož i při účasti na trénincích pro tyto závody.

2. Pojištění se nevztahuje na úrazy, které vznikly:

- a) v souvislosti s jednáním, pro které byl pojištěný uznán vinným úmyslným trestným činem, nebo při kterém si úmyslně poškodil zdraví;
- b) pojištěnému při řízení motorového vozidla bez toho, že by vlastnil příslušné platné řidičské oprávnění;
- c) válečnými událostmi, teroristickými činy, stávkami nebo jinými ozbrojenými konflikty;
- d) při vnitřních nepokojích, pokud se jich pojištěný zúčastnil na straně organizátora;
- e) jakýmkoliv působením nukleárních, chemických nebo biologických zbraní;
- f) přímo či nepřímo působením jaderné energie nebo vlivem ionizovaného záření;
- g) tělesným poškozením při léčebných opatřeních a zákrocích, které pojištěný provede nebo nechá provést na svém těle, pokud důvodem těchto zákroků nebyla pojistná událost.

Článek 10 Odmítnutí nebo snížení pojistného plnění

1. Pojistitel může snížit pojistné plnění, došlo-li k úrazu následkem požití

alkoholu nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky pojištěným. Pokud to okolnosti, za kterých k úrazu došlo, odůvodňují, může pojistitel pojistné plnění odmítnout.

2. Pojistitel má právo snížit pojistné plnění:

- a) ovlivnily-li následky úrazů nebo onemocnění existující již před úrazem vznik úrazu, následky úrazu nebo délku léčení, a to v poměru, v jakém je negativní působení nemocí a tělesných poškození k následkům úrazu;
- b) došlo-li k úrazu pojištěného s následkem smrti v souvislosti s úmyslným jednáním, jímž jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt;
- c) došlo-li k úrazu pojištěného pobírajícího invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně nebo starobní důchod nebo pojištěného, který byl nebo se v průběhu pojištění stal nezaměstnaným, sníží pojistitel pojistné plnění z denního odškodného na maximálně 100,-Kč/den;
- d) jestliže měl být pojištěný v době úrazu zařazen vzhledem k výkonávajícímu povolání do vyšší rizikové skupiny nebo provozoval sport, kterému nevedl při sjednání smlouvy a kvůli kterému by byl zařazen do vyšší rizikové skupiny. Pojistitel sníží plnění (s výjimkou pojistného plnění z smrti úrazem) v poměru výše pojistného, které bylo placeno, ke správné výši pojistného.

3. Pojistitel má právo snížit pojistné plnění pro nesplnění povinností pojistníka, resp. pojištěného zejména v těchto případech:

- a) pojištěný nevyhledal neodkladně lékařské ošetření;
- b) pojištěný nedodržel léčebný režim;
- c) pojištěný nepodstoupil vyšetření smluvním lékařem pojistitele;
- d) pojištěný porušil povinnost včasného nahlášení pojistné události.

4. Způsobila-li pojištěnému smrt osoba, která je podezřelá ze spáchání úmyslného trestného činu s následkem smrti pojištěného a která podle smlouvy má nárok na plnění v případě smrti pojištěného, pak pojistitel vyplatí pojistné plnění až po nabytí právní moci osvobozujícího rozsudku. V opačném případě nárok na pojistné plnění této osobě nevzniká.

Článek 11 Předběžné pojištění

1. Pojistitel poskytuje dle čl. 4, odst. 4.7 až 4.11. VPP UCZ/05 předběžné pojištění.

2. Pro předběžné pojištění, pokud není v pojistné smlouvě sjednáno jinak, platí následující omezení výše pojistného plnění:

– z pojištění trvalých následků úrazu i z pojištění smrti úrazem činí maximálně 600.000,-Kč,

z pojištění denního odškodného i z pojištění nemocničního odškodného činí maximálně 500,- Kč/den,

a to i pro případ, kdy má pojištěný nárok na pojistné plnění z předběžného pojištění u více podaných návrhů na pojištění.

Článek 12 Závěrečná ustanovení

Tyto všeobecné pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1. 1. 2010.

Článek

1.

2.

3.

4.

a)

b)

c)

d)

e)

f)

g)

h)

i)

j)

k)

l)

m)

n)

o)

p)

q)

r)

s)

t)

u)

v)

w)

x)

y)

z)

aa)

ab)

ac)

ad)

ae)

af)

ag)

ah)

ai)

aj)

ak)

al)

Článek
Vyluky

1. Pojist

Úvodní ustanovení

Pojištění je upraveno touto zvláštní částí pojistných podmínek a Všeobecnými pojistnými podmínkami – obecná část – UCZ/05, které spolu tvoří nedílný celek. Toto pojištění lze sjednat jako pojištění obnosové nebo pojištění škodové.

Článek 1

Všobecná ustanovení

1. Pojistná ochrana platí na území České republiky, není-li ujednáno jinak.
2. Pojištěný musí mít trvalé bydliště v České republice, není-li dohodnuto jinak.
3. Je-li přijetí návrhu závislé na poskytnutí výpisů ze zdravotní dokumentace nebo na výsledku lékařské prohlídky, náklady s tím spojené nese navrhovatel.
4. Pojistit lze osoby ve věku od 18 let.
5. Pojištění lze sjednat pro fyzické osoby, které mají ve smyslu zákona o dani z příjmu příjem ze závislé činnosti a funkční požitky („zaměstnanci“), a dále pro osoby, které mají pravidelný příjem z podnikání nebo jiné samostatné výdělečné činnosti („osoby samostatně výdělečně činné“).

Článek 2

Předmět a rozsah pojištění, pojistné nebezpečí

1. Pojištění se sjednává pro pojistné nebezpečí vzniku nahodilé skutečnosti, související se zdravotním stavem fyzické osoby, na jejíž zdraví se soukromé pojištění vztahuje (dále jen „pojištěný“) a které může být příčinou pojistné události definované v těchto pojistných podmínkách.
2. Je-li pojištění sjednáno jako škodové, je v případě pojistné události pojistitel povinen poskytnout náhradu škody způsobenou snížením nebo ztrátou příjmu pojištěného v důsledku pracovní neschopnosti, a to výplatou denní dávky od určeného dne pracovní neschopnosti po uplynutí karenční lhůty. Výše denní dávky je v pojistné smlouvě stanovena pojistnou částkou. Pojistitel je povinen poskytnout náhradu škody jen ve výši prokázané skutečné ztráty příjmu pojištěného, a to ve výši pojistitelné denní dávky ve smyslu těchto pojistných podmínek (pojistitelná denní dávka).
3. Je-li pojištění sjednáno jako obnosové, je v případě pojistné události pojistitel povinen vyplatit od určeného dne pracovní neschopnosti po uplynutí karenční lhůty denní dávku při pracovní neschopnosti, a to v rozsahu vymezeném pojistnou smlouvou.
4. Podmínky přijetí do pojištění určuje pojistitel.

Článek 3

Stanovení pojistného

1. Pojistné stanoví pojistitel zejména s ohledem na sjednanou výši denní dávky a příslušnou sazbu (danou vstupním věkem, pohlavím, sjednanou karenční lhůtou a způsobem výdělečné činnosti) a na zdravotní stav pojištěného, jakož i s ohledem na vykonávanou pracovní, zájmovou a sportovní činnost.
2. Určuje-li pojistitel výši pojistného s přihlédnutím k věku pojištěného, pak se vstupní věk pojištěného vypočte jako rozdíl mezi kalendářním rokem počátku pojištění a kalendářním rokem narození pojištěného.

3. Pojistitel je oprávněn zvýšit pojistné nebo upravit navrhovanou výši denní dávky nebo dohodnout zvláštní podmínky pojištění u osob, které jsou vystaveny zvýšenému pojistnému riziku.
4. Platnost ustanovení VPP – obecná část – UCZ/05 se rozšiřuje i pro toto obnosové pojištění

Článek 4

Pojistná událost a pojistné plnění

1. Pojistnou událostí je pracovní neschopnost pojištěného, při které dochází ke ztrátě příjmu pojištěného ze zaměstnání či výdělečné činnosti a která nastala v době trvání pojištění.
2. Škodná událost se stává pojistnou událostí v okamžiku, kdy pojistitel může z předložených dokladů jednoznačně určit, že pojištěné osobě vznikl nárok na pojistné plnění.
3. Pracovní neschopností se pro účely tohoto pojištění rozumí stav, kdy pojištěný nemůže z lékařského rozhodnutí pro nemoc nebo úraz žádným způsobem vykonávat a ani nevykonává své zaměstnání či výdělečnou činnost (uvedené v návrhu na pojištění), vč. řídicí a kontrolní činnosti, a to ani po omezenou část dne.
4. Pracovní neschopnost pojištěný dokládá vystaveným potvrzením – dokladem o pracovní neschopnosti vystaveným příslušným zdravotnickým zařízením (ošetřujícím lékařem) a dalšími k likvidaci potřebnými doklady.
5. Opodstatněnost pracovní neschopnosti uzná zdravotnické zařízení určené pojistitelem (lékař určený pojistitelem), a to návazně na revizní lékařské vyšetření provedené lékařem určeným pojistitelem nebo na základě předložené zdravotní dokumentace.
6. Pokud pojistná událost končí dnem, který stanoví lékař určený pojistitelem (neopodstatněnost trvání pracovní neschopnosti), končí tímto dnem i povinnost pojistitele poskytnout plnění, tj. vyplácet denní dávku.
7. Pojistitel poskytne pojistné plnění až po předložení veškerých dokladů. Nebylo-li ujednáno jinak, případné náklady spojené s vystavením požadovaných dokladů hradí pojištěný. Doklady vystavené manželem, manželkou, rodičem, dítětem či jinou pojištěnému blízkou či příbuznou osobou pojistitel neuznává.
8. Pojistné plnění pojistitel poskytne za kalendářní dny pracovní neschopnosti.
9. Pojistitel vyplatí pojistné plnění maximálně za 365 dnů pracovní neschopnosti v časovém intervalu tří let.
10. Pojistnou událostí se pro toto pojištění rozumí i změna diagnózy. Trvá-li pracovní neschopnost pro další, jinou diagnózu (za předpokladu ukončení léčení kvůli diagnóze, pro kterou byla původně pracovní neschopnost vystavena), dnem změny diagnózy počíná nová pojistná událost (plnění se poskytne po uplynutí nové karenční lhůty).
11. Je-li pracovní neschopnost vystavena pro souběh více diagnóz, jedná se o jednu pojistnou událost.
12. Při pojistné události, kdy pracovní neschopnost přesahuje okamžik zániku pojištění, náleží pojistné plnění pouze za období do zániku pojištění.
13. Dojde-li k pojistné události mimo území České republiky, plní pojistitel pouze za dobu z lékařského hlediska nezbytně nutné hospitalizace, vznikne-li nárok podle ostatních ustanovení těchto pojistných podmínek (např. pokud je vystavena pracovní neschopnost i zpětně).

14. Pojistitel může snížit pojistné plnění až o jednu polovinu, došlo-li k pojistné události následkem požití alkoholu nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykovou látku pojištěným. To neplatí, pokud uvedené látky obsahovaly léky, které pojištěný užil způsobem předepsaným lékařem, a nebyl-li lékařem nebo výrobcem upozorněn, že v době aplikace těchto léků nelze vykonávat činnost, v jejímž důsledku došlo k pojistné události.

Článek 5

Čekací doba a předběžné pojištění

1. Nárok na pojistné plnění z titulu uzavřené pojistné smlouvy vzniká až po uplynutí čekací doby. Čekací doba začíná běžet od počátku pojištění a činí 3 měsíce, není-li ujednáno jinak.
2. V době předběžného pojištění běží čekací doba od počátku pojištění uvedeného v návrhu.
3. Pro pojistné události, které vzniknou během čekací doby, náleží pojistné plnění pouze za období po uplynutí čekací doby.
4. Čekací doba se nevztahuje na pojistnou událost vzniklou:
 - a) následkem úrazu, ke kterému došlo v době trvání pojištění
 - b) vyjmenovaným akutním infekčním onemocněním – zarděnky, spalničky, plané neštovice, neštovice, spála, záškrt, černý kašel, příušnice, spinální dětská obrna, meningitida, úplavice, paratyfus, skvrnitý tyfus, tyfus, cholera, febris recurrens (návrtná horečka), malárie, sněž slezinná, růže, žlutá zimnice, mor, tularémie a psitakóza.
5. Při změně pojistné smlouvy z důvodu navýšení sjednané denní dávky se na navýšenou část vztahuje opětovně čekací doba uvedená v bodě 1 tohoto článku. Dokud není pojistná smlouva uzavřena, poskytuje pojistitel pojistné plnění z předběžného pojištění v navrhovaném rozsahu s tím, že jeho maximální výše je omezena způsobem uvedeným na návrhu.
6. Pojistitel poskytuje předběžné pojištění dle čl. 4, odst. 4.7. až 4.11. VPP UCZ/05. Pokud není pojistná smlouva uzavřena, poskytuje pojistitel pojistné plnění z předběžného pojištění v navrhovaném rozsahu: pro výpočet pojistného plnění z pojištění denních dávek při pracovní neschopnosti se použije na nejvyšší částka 300 Kč/den.

Článek 6

Pojistná částka

1. V případě obnosového pojištění je pojistnou částkou výše denní dávky stanovená v pojistné smlouvě.
2. V případě škodového pojištění se výše pojistné částky stanoví z dosaženého čistého příjmu pojištěného za poslední zdaňovací období před vznikem, případně změnou pojištění. Pojistitel je oprávněn při uzavření pojištění i při likvidaci pojistných událostí zkoumat výši příjmu pojištěného.
3. V případě škodového pojištění za každý den pracovní neschopnosti, za který pojištěnému vzniká právo na pojistné plnění, plní pojistitel výši sjednané denní dávky, nejvýše však do výše pojistitelné denní dávky.
4. Pojistitelnou denní dávkou se rozumí skutečná ztráta na výděлку pojištěného připadající na jeden kalendářní den. Ztráta se vypočítá ze součtu čistých příjmů pojištěného za posledních 12 měsíců, resp. za poslední účetní rok před vznikem pojištění nebo pojistné události sníženého o nároky náležející pojištěnému z důvodu pracovní neschopnosti. Jedná se např. o dávky sociálního pojištění, platby od zaměstnavatele nebo od všech pojistitelů, odškodnění pro pracovní úraz nebo nemoc z povolání, apod.
5. Přesáhne-li v případě škodového pojištění pojistná částka pojistitelnou denní dávku, je pojistitel oprávněn pojistnou částku upravit (snížit) dle skutečných poměrů.

Článek 7

Výluky

1. Pojistitel neposkytne pojistné plnění za škodné události, které vznikly:

- a) jako důsledek pracovního úrazu nebo nemoci z povolání;
- b) v souvislosti s jednáním, pro které byl pojištěný uznán vinným úmyslným trestním činem, nebo při kterém si úmyslně poškodil zdraví;
- c) v souvislosti s válečnými událostmi, teroristickými činy, stávkami nebo jinými ozbrojenými konflikty;
- d) při vnitřních nepokojích, pokud se jich pojištěným účastnil na straně organizátora;
- e) jakýmkoliv působením nukleárních, chemických nebo biologických zbraní;
- f) přímo či nepřímo působením jaderné energie nebo vlivem ionizujícího záření;
- g) poškozením zdraví při léčebných opatřeních a zákrocích, které pojištěný provede nebo si nechá provést na svém těle;
- h) při profesionálním provozování sportu;
- i) při používání diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznávány;
- j) pro léčení v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu, poruchy duševní a poruchy chování;
- k) z důvodu léčení alkoholismu nebo toxikomanie;
- l) z důvodu léčebné péče v souvislosti s kosmetickými úkony, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné a neslouží-li tyto zákroky k odstranění následků úrazu;
- m) v souvislosti s léčením v léčebnách dlouhodobě nemocných či hospitalizací pouze s potřebou pečovatelské a opatrovnické péče, s bytem v lázeňských zařízeních či sanatoriích a v rehabilitačních zařízeních, s pracovní neschopností vystavenou z důvodu doprovodu či ošetřování osoby blízké;
- n) pro pracovní neschopnost vystavenou v souvislosti s normálním, abnormálním a předčasným porodem, rizikovým těhotenstvím, potratem, léčením neplodnosti vč. umělého oplodnění, při těhotenských vyšetřeních a onemocněních souvisejících s těhotenstvím (gestózy);
- o) v souvislosti s úrazem, který pojištěný utrpěl při řízení motorového vozidla bez platného řídičského oprávnění.

2. Pojistiteli dále nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění:

- a) za dobu pracovní neschopnosti pojištěného do oznámení škodné události (čl.10.7);
- b) za dobu pracovní neschopnosti počínaje dnem, kdy pojištěný odmítl lékařské vyšetření lékařem, kterého pojistitel určil, nebo se k tomuto vyšetření bez předchozí omluvy a uvedení důvodu nedostavil nebo se nenechal lékařem vyšetřit;
- c) za dobu pracovní neschopnosti počínaje dnem, kdy pojistitel nebo příslušný orgán státní správy zjistil porušení léčebného režimu pojištěným, zvláště pak pokud se prokázalo, že pojištěný v době pracovní neschopnosti vykonává zaměstnání či jinou výdělečnou činnost (i činnost řídicí nebo kontrolní) či nedodržuje léčebný režim;
- d) za dobu pracovní neschopnosti počínaje dnem, kdy pojistitel zjistil, že se pojištěný v době pracovní neschopnosti nezdržuje v místě určeném lékařem na potvrzení o pracovní neschopnosti;
- e) za dobu pracovní neschopnosti v souvislosti s léčením nemocí či úrazů, které pojistitel uvedl ve svém výslovném prohlášení (výluky – smluvní ujednání).

Článek 8

Zánik pojištění

Kromě případů uvedených v obecné části VPP UCZ/05 pojištění zaniká:

1. K 1. dni v měsíci následujícím po datu, ve kterém došlo k zániku příjmu pojištěného z výkonu povolání nebo výdělečné činnosti, na jejímž základě bylo sjednáno pojištění.
2. Uplynutím pojistného období, ve kterém vzniká pojištěnému nárok na starobní důchod dle platných předpisů, nejpozději však dosažením 65 let věku pojištěného, není-li ujednáno jinak.
3. K 1. dni v měsíci následujícím po datu přiznání invalidního důchodu na základě pravomocného rozhodnutí orgánu sociálního zabezpečení.

4. K 1. dni v měsíci následujícím po datu, ve kterém pojištěný přestane vykonávat zaměstnání nebo výdělečnou činnost uvedenou na návrhu pojištění. Při změně zaměstnání nebo podnikání, případně změně způsobu výdělečné činnosti, může pojistník požádat o pokračování pojištění. Pojištění může pokračovat pouze na základě písemného vyjádření pojistitele.
5. Smrtí pojistníka, neprojeví-li pojištěná osoba zájem o pokračování pojištění.
6. Změní-li pojištěný v době trvání pojištění trvalé bydliště mimo území České republiky.

Článek 9

Změny pojištění

1. Účastníci se mohou dohodnout na změně pojištění. Všechny navrhované změny mohou být provedeny pouze na základě písemné žádosti pojistníka, případně pojistníka i pojištěného. Pojistitel akceptuje navrhované změny písemným potvrzením.
2. Vznikne-li při změně zaměstnání nebo zájmové činnosti pojištěného nárok na nižší pojistné, sníží pojistitel pojistné k datu nejbližší splatnosti, pokud nebylo ujednáno jinak.
3. Je-li v případě škodového pojištění denní dávka na základě skutečností zjištěných při likvidaci škodné události přizpůsobena (snížena) podle skutečných poměrů a pojistné plnění poskytováno v této výši, upraví pojistitel pojistné k datu nejbližší splatnosti pojistného, nebylo-li ujednáno jinak.
4. Změny pojištění jsou platné ode dne stanoveného pojistitelem v jeho písemném vyjádření.

Článek 10

Práva a povinnosti účastníků pojištění

Vedle povinností stanovených zákonem je pojistník a pojištěný povinen:

1. Nahlásit pojistiteli neprodleně veškeré změny oproti údajům uvedeným v návrhu na uzavření pojistné smlouvy, např. změnu jména, bydliště, zaměstnání, zájmové či sportovní činnosti, zdravotního stavu, apod. V případě poklesu příjmů oproti příjmům, na základě kterých bylo pojištění sjednáno, v posledních 12 měsících o více jak 20 %, oznámit tuto skutečnost pojistiteli.
2. Pojištěný je povinen léčit se podle pokynů lékaře, dodržovat léčebný režim a vyloučit veškerá jednání, která brání uzdravení a vyžaduje-li to pojistitel, dát se na jeho náklady vyšetřit pojistitelem určeným lékařem.
3. Požaduje-li pojištěný kontrolní vyšetření, je povinen nést náklady spojené s tímto vyšetřením. Pokud na základě kontrolního vyšetření pojistitel poskytne další pojistné plnění, náklady na kontrolní vyšetření pojištěnému uhradí.
4. Pojistitel je oprávněn zjišťovat a přezkoumávat zdravotní stav pojištěného. Zjišťování zdravotního stavu se provádí na základě zpráv a zdravotní dokumentace vyžádaných pojistitelem pověřeným zdravotnickým zařízením od lékařů pojištěného, v případě potřeby i vyšetřením provedeným pojistitelem určeným lékařem. I v případě smrti pojištěného je pojistitel oprávněn vyžadovat lékařské zprávy potřebné k šetření.
5. Souhlas se zjišťováním a přezkoumáváním svého zdravotního stavu dává pojištěný zejména svým podpisem návrhu, na jehož základě vzniká pojištění a akceptováním návrhu pojistitele, jakož i svým podpisem na příslušném tiskopisu, kterým škodnou událost oznamuje. Tímto souhlasem současně zbavuje lékaře a zdravotnická zařízení mlčenlivosti. Odvoláním tohoto souhlasu pojištění zaniká.

6. Při pojistné události v případě škodového pojištění musí pojištěný doložit výši čistého příjmu, a to způsobem určeným pojistitelem. Dále je na výzvu pojistitele pojištěný povinen předložit další požadované doklady (např. doklad o plnění od jiných pojistitelů, zaměstnavatele, nemocenského či důchodového pojištění apod.).
7. Pojištěný je povinen do poloviny karenční lhůty od počátku trvání pracovní neschopnosti předložit pojistiteli lékařem vyplněný doklad o pracovní neschopnosti se stanovením diagnózy. Je-li ohlášení škodné události provedeno po uplynutí této lhůty, pak se za první den pracovní neschopnosti považuje ve smyslu těchto podmínek den, kdy bylo ohlášení pojistiteli prokazatelně doručeno.
8. Při pracovní neschopnosti delší než tři týdny je pojištěný povinen v pravidelných 14-ti denních intervalech předkládat pojistiteli lékařem potvrzený příslušný tiskopis o trvání pracovní neschopnosti, pokud pojistitel nestanoví jinak.
9. Pojištěný je povinen zdržovat se v době pracovní neschopnosti, kromě odůvodněných případů (např. hospitalizace či za výslovného souhlasu svého ošetřujícího lékaře), v místě určeném lékařem na potvrzení o pracovní neschopnosti, a to na území ČR, nedohodne-li se s pojistitelem jinak.
10. Pojištěný je povinen dostavit se ve stanoveném termínu k lékařskému vyšetření k pojistitelem určenému lékařem a nechat se vyšetřit.
11. Pojistitel je oprávněn kontrolovat plnění povinností pojistníka i pojištěného a při porušení povinností je oprávněn snížit či neposkytnout pojistné plnění.

Článek 11

Výklad pojmů

1. Nemocí se rozumí podle všeobecně uznávaného stavu lékařských věd anomální tělesný nebo duševní stav.
2. Hospitalizací se rozumí pobyt pojištěného v nemocnici, jestliže jeho ošetření musí být podle obecně uznávaného stavu lékařské vědy provedeno v nemocnici na lůžkové části vzhledem k závažnosti nemoci či úrazu nebo vzhledem k charakteru prováděného ošetření.
3. Léčebnou péčí se rozumí lékařské ošetření, které se podle obecně uznávaného stavu lékařské vědy jeví vhodným k obnovení zdraví, ke zlepšení zdravotního stavu nebo k zamezení jeho zhoršení.
4. Karenční lhůtou se rozumí v pojistné smlouvě sjednané období započítávané od vzniku pojistné události, za které pojistitel neposkytuje plnění.
5. Úrazem se pro účely tohoto pojištění rozumí neočekávané a náhlé působení vnějších sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného, ke kterému došlo během trvání pojištění a kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví.
6. Za úraz se považuje pouze takové poškození páteře, vč. hernií (výhřezů) meziobratlových plotének, ke kterému došlo přímým mechanickým působením na páteř a nejedná-li se pouze o zhoršení projevu nemoci, která již existovala před úrazem. Poruchy hybnosti páteře v důsledku obvykle vykonávaných pohybů nebo zvedání břemene nejsou považovány za úraz.
7. Břišní nebo tříselná kýla jakéhokoliv druhu se považuje za úraz pouze tehdy, byla-li způsobena přímým mechanickým působením zvenčí a nebyla-li dispozičně podmíněna.

Článek 12

Závěrečná ustanovení

Tyto všeobecné pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1.1.2010.

Úvodní ustanovení

Pojištění je upraveno touto zvláštní částí pojistných podmínek a Všeobecnými pojistnými podmínkami – obecná část – UCZ/05, které spolu tvoří nedílný celek. Toto pojištění lze sjednat výlučně jako pojištění obnosové.

Článek 1

Všeobecná ustanovení

- 1.1. Pojištěný musí mít trvalé bydliště v České republice, není-li ujednáno jinak.
- 1.2. Pojistná ochrana platí na území celé Evropy.
- 1.3. Je-li přijetí návrhu závislé na poskytnutí výpisů ze zdravotní dokumentace nebo na výsledku lékařské prohlídky, náklady s tím spojené nese navrhovatel, není-li ujednáno jinak.
- 1.4. Pojistit lze osoby ve věku do 65 let.

Článek 2

Předmět a rozsah pojištění, pojistné nebezpečí

- 2.1. Pojištění se sjednává pro případ pobytu pojištěného v nemocnici (dále jen „hospitalizace“) po dobu minimálně 24 hodin za účelem poskytování lékařské péče.
- 2.2. Pojištění se sjednává pro pojistné nebezpečí vzniku nahodilé skutečnosti související se zdravotním stavem fyzické osoby, na jejíž zdraví se soukromé zdravotní pojištění vztahuje (dále jen „pojištěný“) a které může být příčinou pojistné události definované v těchto pojistných podmínkách.
- 2.3. Škodná událost začíná dnem, kdy je pojištěný z lékařského rozhodnutí umístěn na lůžkovou část nemocničního zařízení, a končí dnem, kdy je z lůžkové části propuštěn.
- 2.4. V případě pojistné události je pojistitel povinen vyplatit denní dávku, a to v rozsahu vymezeném pojistnou smlouvou.

Článek 3

Stanovení pojistného

- 3.1. Pojistné stanoví pojistitel zejména s ohledem na sjednanou výši denní dávky a příslušnou sazbu (danou vstupním věkem a pohlavím) a na zdravotní stav pojištěného, jakož i s ohledem na vykonávanou pracovní, zájmovou a sportovní činnost.
- 3.2. Určuje-li pojistitel výši pojistného s přihlédnutím k věku pojištěného, pak se vstupní věk pojištěného vypočte jako rozdíl mezi kalendářním rokem počátku pojištění a kalendářním rokem narození pojištěného.
- 3.3. Osoby, které jsou pojištěny jako nezletilé, jsou od roku dosažení zletilosti povinny platit pojistné stanovené pro tuto věkovou kategorii, a to počínaje výročním dnem počátku pojištění.
- 3.4. Osoby představující pro pojistitele zvýšené pojistné riziko mohou být pojištěny za zvláštních podmínek.
- 3.5. Platnost ustanovení VPP – obecná část – UCZ/05 se rozšiřuje i pro toto obnosové pojištění.

Článek 4

Pojistná událost a pojistné plnění

- 4.1. Pojistnou událostí je hospitalizace pojištěného a poskytnutí lůžkové

základní a specializované diagnostické a léčebné péče ve zdravotnickém zařízení (nemocnici), která je z lékařského hlediska nezbytná z důvodu nemoci nebo úrazu pojištěného, dále v souvislosti s těhotenstvím a porodem, nemohla-li být tato péče poskytnuta ambulantně, a to pouze v případě hospitalizace na lůžkové části zdravotnického zařízení, které má stálý lékařský dohled a jeho provozování je v souladu s platnými právními předpisy.

- 4.2. Škodná událost se stává pojistnou událostí v okamžiku, kdy pojistitel může z předložených dokladů jednoznačně určit, že pojištěné osobě vznikl nárok na pojistné plnění.
- 4.3. Nemocniční denní dávkou se rozumí obnos náležející pojištěnému za jeden den hospitalizace s tím, že pro účely poskytnutí denní dávky se den, kdy byl pojištěný přijat k hospitalizaci a den, kdy byl (z tohoto ošetření) propuštěn, sčítají a považují se za jeden den hospitalizace.
- 4.4. Je-li pojištěný hospitalizován v jiných zdravotnických zařízeních, než je uvedeno v bodě 1 tohoto článku nebo je-li hospitalizován v lékařských zařízeních či ústavech uvedených ve vylukách těchto podmínek, poskytne pojistitel pojistné plnění jen za předpokladu, že s tímto léčebným pobytem vyjádřil předem písemný souhlas.
- 4.5. V průběhu jednoho pojistného období se pojistné plnění vyplácí maximálně za 180 dní hospitalizace v souvislosti s onemocněním. V průběhu jednoho pojistného období pro úraz není časové omezení.
- 4.6. Nárok na pojistné plnění pojištěnému nevzniká za dny, kdy se pojištěný v nemocnici vůbec nezdržoval (např. na základě tzv. propustky).
- 4.7. Pojistitel poskytuje plnění maximálně za 30 dní hospitalizace během jednoho těhotenství v souvislosti s těhotenským onemocněním, vyšetřením a jejich následky, potratem, rizikovým těhotenstvím, léčením neplodnosti, vč. umělého oplodnění.
- 4.8. V případě hospitalizace z důvodu porodu pojistitel vyplácí pojistné plnění maximálně za 10 dní hospitalizace. Nastane-li pojistná událost v 9.- 12. měsíci trvání pojištění náleží pojištěnému pojistné plnění ve výši 20 % sjednané denní dávky, v 13. – 24. měsíci trvání pojištění ve výši 50 % sjednané denní dávky a od 25. měsíce trvání pojištění ve výši 100 % sjednané denní dávky.
- 4.9. V případě hospitalizace v souvislosti výhradně s léčením úrazu, ke kterému došlo v době trvání pojištění a jeho následků, náleží pojištěnému za každý den hospitalizace dvojnásobek sjednané denní dávky.
- 4.10. Pojistné plnění nelze poskytnout za pobyt ve zdravotnickém zařízení z důvodu nedostatku domácí péče, osobních poměrů pojištěného, v souvislosti s doprovodem osoby blízké apod.
- 4.11. Pojištění se nevztahuje na hospitalizace v zahraničí v souvislosti s:
 - a) chronickými chorobami pojištěného (kromě následků akutních záchvatů nebo relapsů);
 - b) léčením zubů, které neslouží k akutnímu ošetření pro zmírnění bolesti;
 - c) přerušením těhotenství a porodem, s výjimkou neočekávaných interupcí vynucených ohrožením života nebo zdraví matky nebo plodu a předčasných porodů, které nastaly minimálně dva měsíce před přirozeným a plánovaným termínem porodu;
 - d) preventivním očkováním, s výjimkou mimořádných akcí pro eliminaci vzniku nebo šíření epidemií.
- 4.12. Pojistitel poskytne plnění až po doložení všech potřebných dokladů. Nebylo-li dohodnuto jinak, případné náklady s jejich pořízením hradí pojištěný. Doklady vydané manželem, manželkou, rodičem, dítětem či jinou blízkou či příbuznou osobou pojistitel neuznává.

4.13. Při pojistné události, kdy hospitalizace přesahuje okamžik zániku pojištění, náleží pojistné plnění pouze za období do zániku pojištění.

4.14. Pojistitel může snížit pojistné plnění až o jednu polovinu, došlo-li k pojistné události následkem požití alkoholu nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky pojištěným. To neplatí, pokud uvedené látky obsahovaly léky, které pojištěný užil způsobem předepsaným lékařem, a nebyl-li lékařem nebo výrobcem upozorněn, že v době aplikace těchto léků nelze vykonávat činnost, v jejímž důsledku došlo k pojistné události.

Článek 5

Čekací doba a předběžné pojištění

5.1. Nárok na pojistné plnění z titulu uzavřené pojistné smlouvy vzniká až po uplynutí čekací doby. Čekací doba začíná běžet od počátku pojištění a činí 3 měsíce, pokud není ujednáno jinak.

5.2. Pro pojistné události, které vzniknou během čekací doby, náleží pojistné plnění pouze za období po uplynutí čekací doby.

5.3. Čekací doba se nevztahuje na pojistnou událost vzniklou:

- následkem úrazu, ke kterému došlo v době trvání pojištění;
- vyjmenovaným akutním infekčním onemocněním: zarděnky, spalničky, plané neštovice, neštovice, spála, záškrt, černý kašel, příušnice, spinální dětská obrna, meningitida, úplavice, paratyfus, skvrnitý tyfus, tyfus, cholera, febris recurrens (návrtná horečka), malárie, sněž slezinná, růže, žlutá zimnice, mor, tularémie a psitakóza.

5.4. Čekací doba 8 měsíců je stanovena pro porody, potraty, těhotenskou onemocnění a vyšetření, rizikové těhotenství, léčení neplodnosti, včetně umělého oplodnění, a jejich následky.

5.5. Při změně pojistné smlouvy z důvodu navýšení sjednané denní dávky se na navýšenou část vztahuje opětovně čekací doba uvedená v bodě 1 tohoto článku. Dokud není pojistná smlouva uzavřena, poskytuje pojistitel pojistné plnění z předběžného pojištění.

5.6. Pojistitel poskytuje předběžné pojištění dle čl. 4, odst. 4.7. až 4.11 VPP UCZ/05. Pokud není pojistná smlouva uzavřena, poskytuje pojistitel pojistné plnění z předběžného pojištění v navrhovaném rozsahu: pro výpočet pojistného plnění z pojištění nemocničních denních dávek se použije max. částka 300 Kč/den.

Článek 6

Výluky

Pojistitel neposkytne pojistné plnění za škodné události, které vznikly:

- za dobu hospitalizace v souvislosti s léčením nemocí či úrazů, které pojistitel uvedl ve svém výslovném prohlášení (výluky – smluvní ujednání);
- v souvislosti s jednáním, pro které byl pojištěný uznán vinným úmyslným trestným činem, nebo při kterém si úmyslně poškodil zdraví;
- v souvislosti s válečnými událostmi, teroristickými činy, stávkami nebo jinými ozbrojenými konflikty;
- při vnitřních nepokojích, pokud se jich pojištěným účastnil na straně organizátora;
- jakýmkoliv působením nukleárních, chemických nebo biologických zbraní;
- přímo či nepřímo působením jaderné energie nebo vlivem ionizovaného záření;
- poškozením zdraví při léčebných opatřeních a zákrocích, které pojištěný provede nebo si nechá provést na svém těle;
- při profesionálním provozování sportu;

ch) při používání diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznávány;

i) při léčení v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu, poruchy duševní a poruchy chování;

j) při léčení z důvodu alkoholismu nebo toxikomanie;

k) při léčebné péči z důvodu kosmetických úkonů, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné a neslouží-li tyto zákroky k odstranění následků úrazu;

l) v souvislosti s léčením v léčebnách dlouhodobě nemocných či hospitalizací pouze s potřebou pečovatelské a opatrovníkové péče, s pobytem v lázeňských zařízeních či sanatoriích a v rehabilitačních zařízeních, s hospitalizací z důvodu doprovodu či ošetřování osoby blízké;

m) v souvislosti s hospitalizací ve vězeňských nemocnicích a ošetrovnách, ošetrovnách vojenských útvarů a obdobných zařízeních;

n) v nemocnicích pro nemocné plicní chorobou a tuberkulózu;

o) v souvislosti s úrazem, který pojištěný utrpěl při řízení motorového vozidla bez platného řidičského oprávnění;

p) v souvislosti s hospitalizací, která byla plánována, očekávána nebo doporučena před sjednáním pojištění.

Článek 7

Zánik pojištění

7.1. Kromě případů uvedených v obecné části VPP UCZ/05 pojištění zaniká i smrtí pojistníka, neprojeví-li pojištěná osoba zájem o pokračování pojištění.

7.2. Změní-li pojištěný v době trvání pojištění trvalé bydliště mimo území České republiky, pojištění zaniká.

Článek 8

Změny pojištění

8.1. Účastníci se mohou dohodnout na změně pojištění. Všechny navrhované změny mohou být provedeny pouze na základě písemné žádosti pojistníka, případně pojistníka i pojištěného. Pojistitel akceptuje navrhované změny písemným potvrzením.

8.2. Vznikne-li při změně zaměstnání nebo zájmové činnosti pojištěného nárok na nižší pojistné, sníží pojistitel pojistné k datu nejbližší splatnosti, pokud nebylo ujednáno jinak.

8.3. Je-li denní dávka na základě skutečností zjištěných při likvidaci škodné události přizpůsobena (snížena) skutečným poměrům a je-li pojistné plnění poskytováno v této výši, pojistné pojistitel upraví k datu jeho nejbližší splatnosti, pokud nebylo ujednáno jinak.

8.4. S ohledem na dosažený věk pojištěného (děti od 18 let) má pojistitel právo na vyšší pojistné. Nebyla-li provedena změna pojistné smlouvy k datu pojistné události, pojistné plnění je poskytnuto z přiměřeně snížených pojistných částek (v poměru pojistného, které bylo sjednáno, k pojistnému, které pojistiteli náleží podle věku pojištěného a platných sazeb).

8.5. Změny pojištění jsou platné ode dne stanoveného pojistitelem v jeho písemném vyjádření.

Článek 9

Práva a povinnosti účastníků pojištění

Vedle povinností stanovených zákonem je pojistník a pojištěný povinen:

- Nahlásit pojistiteli neprodleně veškeré změny oproti údajům uvedeným v návrhu na uzavření pojistné smlouvy, např. změnu jména, bydliště, zaměstnání, zájmové či sportovní činnosti, zdravotního stavu apod.

- b) Pojištěný je povinen léčit se podle pokynů lékaře, dodržovat léčebný režim a vyloučit veškerá jednání, která brání uzdravení či uzdravení prodlužují a vyžaduje-li to pojistitel, dát se na jeho náklady vyšetřit pojistitelem určeným lékařem.
- c) Pojistitel je oprávněn zjišťovat a přezkoumávat zdravotní stav pojištěného. Zjišťování zdravotního stavu se provádí na základě zpráv a zdravotní dokumentace vyžádaných pojistitelem pověřeným zdravotnickým zařízením od lékařů pojištěného, v případě potřeby i vyšetřením provedeným pojistitelem určeným lékařem. I v případě smrti pojištěného je pojistitel oprávněn vyžadovat lékařské zprávy potřebné k šetření.
- d) Souhlas se zjišťováním a přezkoumáváním svého zdravotního stavu dává pojištěný zejména svým podpisem návrhu, na jehož základě vzniká pojištění, a akceptováním návrhu pojistitele, jakož i svým podpisem na příslušném tiskopisu, kterým škodnou událost oznamuje. Tímto souhlasem současně zbavuje lékaře a zdravotnická zařízení mlčenlivosti. Odvoláním tohoto souhlasu pojištění zaniká.
- e) Pojistitel je oprávněn kontrolovat plnění povinností pojistníka i pojištěného a při porušení povinností je oprávněn snížit či neposkytnout pojistné plnění.

Článek 10

Výklad pojmů

- 10.1. Nemocí se rozumí podle všeobecně uznávaného stavu lékařských věd anomální tělesný nebo duševní stav.

- 10.2. Hospitalizací se rozumí pobyt pojištěného v nemocnici, jestliže jeho ošetření musí být podle obecně uznávaného stavu lékařské vědy provedeno v nemocnici na lůžkové části vzhledem k závažnosti nemoci či úrazu nebo vzhledem k charakteru prováděného ošetření.
- 10.3. Léčebnou péčí se rozumí lékařské ošetření, které se podle obecně uznávaného stavu lékařské vědy jeví vhodným k obnovení zdraví, ke zlepšení zdravotního stavu nebo k zamezení jeho zhoršení.
- 10.4. Úrazem se pro účely tohoto pojištění rozumí neočekávané a náhlé působení vnějších sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného, ke kterému došlo během trvání pojištění a kterým bylo pojištěnému poškozeno zdraví.
- 10.5. Za úraz se považuje pouze takové poškození páteře, vč. hernií (výhřezů) meziobratlových plotének, ke kterému došlo přímým mechanickým působením na páteř a nejedná-li se pouze o zhoršení projevu nemoci, která již existovala před úrazem. Poruchy hybnosti páteře v důsledku obvykle vykonávaných pohybů nebo zvedání břemene nejsou považovány za úraz.
- 10.6. Břišní nebo tříselná kýla jakéhokoliv druhu se považuje za úraz pouze tehdy, byla-li způsobena přímým mechanickým působením zvenčí a nebyla-li dispozičně podmíněna.

Článek 11

Závěrečná ustanovení

- 11.1. Tyto všeobecné pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1.1.2010.

Úvodní ustanovení

Připojištění je upraveno těmito doplňkovými pojistnými podmínkami, všeobecnými pojistnými podmínkami – obecnou částí – UCZ/05, dále všeobecnými pojistnými podmínkami – zvláštní částí – UCZ/Ž/10 nebo doplňkovými pojistnými podmínkami – Ž/ŽP/10 nebo všeobecnými pojistnými podmínkami pro pojištění nemocničních denních dávek – zvláštní částí – UCZ/NDD/10, které tvoří nedílnou součást. Toto připojištění se sjednává jako pojištění obnosové.

Článek 1

Doba trvání pojištění

- 1.1. Připojištění velmi závažných onemocnění lze sjednat s životním pojištěním po dobu jeho platnosti nebo s pojištěním nemocničních denních dávek po dobu jeho platnosti.
- 1.2. Dojde-li k zániku životního pojištění nebo pojištění nemocničních denních dávek podle všeobecných pojistných podmínek, zaniká rovněž připojištění velmi závažných onemocnění.
- 1.3. Připojištění velmi závažných onemocnění zaniká bez nároků na pojistné plnění okamžikem změny životního pojištění na pojištění s redukovanou pojistnou částkou nebo na pojištění bez placení pojistného.
- 1.4. Připojištění velmi závažných onemocnění zaniká pojistnou událostí podle článku 6 těchto doplňkových pojistných podmínek.
- 1.5. Připojištění velmi závažných onemocnění zanikne též v důsledku odvolání souhlasu pojistníka nebo pojištěného ke zpracování údajů o svém zdravotním stavu, který pojistitelé dal ve smyslu zákona o ochraně osobních údajů. Pojištění zanikne dnem, ve kterém pojistitel obdrží písemné oznámení pojistníka nebo pojištěného o odvolání souhlasu.
- 1.6. Pojistné pro připojištění velmi závažných onemocnění se stanoví pro stejné pojistné období jako u životního pojištění nebo jako u pojištění nemocničních denních dávek a je splatné spolu s pojistným životního pojištění nebo s pojistným pojištěním nemocničních denních dávek.
- 1.7. Pojistník může písemně vypovědět připojištění velmi závažných onemocnění ke konci každého pojistného období; výpověď musí být doručena alespoň 6 týdnů před uplynutím pojistného období, jinak je výpověď neplatná.

Článek 2

Pojistné plnění z připojištění velmi závažných onemocnění

- 2.1. Nárok na pojistné plnění vzniká, nastane-li pojistná událost po uplynutí čekací doby.
- 2.2. Čekací doba je 6 měsíců od počátku tohoto připojištění.
- 2.3. Dojde-li k pojistné události podle článku 6 těchto doplňkových pojistných podmínek v čekací době, nevzniká nárok na pojistné plnění. Připojištění velmi závažných onemocnění se zruší od počátku a pojistné zaplacené za toto připojištění bude vráceno pojistníkovi.
- 2.4. Nastane-li pojistná událost podle článku 6 těchto doplňkových pojistných podmínek, vyplátí pojistitel pojistné plnění pro případ velmi závažných onemocnění sjednané v pojistné smlouvě. Pojistné plnění bude vyplaceno pouze za předpokladu, že pojištěný bude naživu nejméně 30 dní po datu stanovení diagnózy jednoho z velmi závažných onemocnění.
- 2.5. Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění, je-li hlavní příči-

nou pojistné události nemoc či úraz nebo jejich důsledky, které vznikly před počátkem připojištění velmi závažných onemocnění a pro něž byl pojištěný před počátkem připojištění velmi závažných onemocnění lékařsky sledován nebo byly v tomto období přítomny či diagnostikovány jejich příznaky.

Článek 3

Pojistná částka

- 3.1. Výše pojistné částky pro případ velmi závažných onemocnění je uvedena v pojistné smlouvě.
- 3.2. Dojde-li během trvání připojištění velmi závažných onemocnění ke snížení pojistné částky pro případ velmi závažných onemocnění, vzniká právo na pojistné plnění ve výši takto snížené pojistné částky nejdříve ode dne účinnosti této změny stanoveného pojistitelem v jeho písemném vyjádření.
- 3.3. Dojde-li během trvání připojištění velmi závažných onemocnění ke zvýšení pojistné částky pro případ velmi závažných onemocnění, vzniká právo na pojistné plnění ve výši takto zvýšené pojistné částky nejdříve po uplynutí 6 měsíců ode dne účinnosti této změny stanoveného pojistitelem v jeho písemném vyjádření.

Článek 4

Omezení plnění pojistitele

- 4.1. Není-li ujednáno jinak, připojištění se nevztahuje na velmi závažná onemocnění nebo operace v důsledku:
 - a) úmyslného jednání za účelem vyvolání onemocnění, sebepoškození nebo sebevraždy;
 - b) přímého nebo nepřímého působení ionizačního záření nebo účinků jaderné energie. Je-li tomuto riziku vystaven lékař nebo zdravotnický personál při výkonu svého povolání, nebo je-li ionizujícímu záření nebo účinkům jaderné energie vystaven pojištěný v rámci léčebného procesu pod lékařským dohledem, poskytuje pojistitel plnou pojistnou ochranu;
 - c) onemocnění AIDS nebo HIV infekce (vyjma článku 6.9. těchto doplňkových pojistných podmínek).
- 4.2. Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění, dojde-li k pojistné události v důsledku požití alkoholu, návykových nebo toxických látek.

Článek 5

Povinnosti pojištěného při pojistné události

- 5.1. V případě velmi závažného onemocnění je pojištěný povinen:
 - a) bez zbytečného odkladu, nejdéle však do 1 měsíce od data potvrzené lékařské diagnózy daného onemocnění, oznámit písemně tuto skutečnost pojistiteli, a to na příslušném tiskopisu pojistitele;
 - b) doložit lékařské zprávy vztahující se k jeho zdravotnímu stavu před i po vzniku pojistné události.
- 5.2. Pojištěný je povinen na žádost pojistitele:
 - a) předložit i další doklady, které jsou nezbytné pro šetření pojistitele ve věci pojistné události;
 - b) zmocnit ošetřující lékaře k poskytnutí informací pojistiteli;
 - c) podrobit se na vyžádání pojistitele a na jeho náklady lékařskému vyšetření lékařem pověřeným pojistitelem.
- 5.3. V případě, že pojištěný odmítne vyšetření nebo nedodá požadova-

né informace a požadované doklady ve stanovené lhůtě, pojistitel likvidaci škodné události odloží.

Článek 6

Pojistná událost a definice velmi závažných onemocnění

6.1. Pojistnou událostí se rozumí provedení některé z operací nebo onemocnění některou z chorob uvedených v tomto článku v době trvání pojištění, nejdříve však po uplynutí čekací doby od počátku nebo zvýšení pojistné částky či reaktivace tohoto připojištění.

Velmi závažná onemocnění – definice

1. Rakovina

Onemocnění zhoubným nádorem charakterizované nekontrolovatelným a invazivním růstem nádorových buněk s tendencí ke vzniku metastáz. Pojistná ochrana se vztahuje také na leukémie a veškeré zhoubné nádory mízního systému (např. Hodgkinovu nemoc). Pojistná ochrana se naopak neposkytuje při výskytu nezhoubných (benigních) nádorů, předrakovinných stavů (prekanceróz) a neinvazivních stádií nádorových chorob (tzv. carcinoma in situ), karcinomu prostaty klinického stádia I dle systému TNM (T1a, 1b, 1cN0M0), všech kožních tumorů včetně maligních melanomů stádia IA dle systému TNM (T1aN0M0) a jakýchkoliv nádorových onemocnění při současné přítomnosti HIV infekce.

Povinnost pojistitele plnit (pojistná událost) vzniká dnem, ke kterému byla stanovena diagnóza zhoubného nádoru lékařem na základě histologického nebo jiného nezpochybnitelného vyšetření svědčícího pro zhoubné postupující onemocnění a jeho zařazením dle mezinárodní klasifikace nádorů TNM.

2. Srdeční infarkt

Nevratný zánik části srdečního svalu způsobený náhlým přerušením krevního zásobení jednou nebo více věnčitými tepnami. Diagnóza musí být potvrzena splněním všech následujících kritérií současně:

1. bezprostředně předcházející typické bolesti na hrudi;
2. nově se objevující změny na EKG typické pro STEMI (dříve Q/transmurální) infarkt myokardu;
3. jednoznačné zvýšení kardioprotektivních enzymů, troponinů nebo jiných specifických biochemických ukazatelů.

Pojistná ochrana se nevztahuje na NSTEMI (dříve nonQ/netransmurální) infarkt myokardu a na ostatní akutní koronární syndromy.

Povinnost pojistitele plnit (pojistná událost) vzniká dnem, ke kterému byla stanovena diagnóza akutního STEMI infarktu myokardu lékařem.

3. Operace „bypass“

Chirurgický zákrok na otevřeném hrudníku, kterým se řeší zúžení nebo uzavěr dvou nebo více věnčitých tepen přemostěním (bypassem). Nezbytnost chirurgického výkonu musí být předem potvrzena kontrastním rentgenovým vyšetřením věnčitých tepen (koronarografií). Pojistná ochrana se nevztahuje na lékařské zákroky prováděné bez mimotělního oběhu na bijícím srdci (tzv. minimálně invazivní výkony), na výkony uvnitř věnčitých cév, jako je například perkutánní transluminální koronární angioplastika (PTCA), laserové výkony a jiné neoperativní postupy.

Povinnost pojistitele plnit (pojistná událost) vzniká dnem provedení operace.

4. Mrtvice

Jakákoliv nahodilá mozková cévní příhoda způsobená krvácením do mozkové tkáně v důsledku ruptury cévy, nebo mozkovým infarktem v důsledku ucpání mozkové cévy. Mrtvice musí přitom vést k náhlému výskytu trvalých a objektivně prokazatelných neurologických výpadků, které přetrvávají nejméně 12 týdnů po mozkové příhodě. Pojistná ochrana se nevztahuje na cévní mozkové příhody s přechodnými neurologickými výpadky (tzv. tranzitorní ischemické ataky, TIA), cévní mozkové příhody úrazové etiologie a na neurologické poruchy v souvislosti s migrénou.

Povinnost pojistitele plnit (pojistná událost) vzniká dnem, ke kterému byla stanovena diagnóza mrtvice, a to na základě lékařem potvrzené trvalosti objektivně prokazatelného neurologického nálezu nejdříve 12 týdnů po mozkové příhodě.

5. Selhání ledvin

Konečné a nevratné selhání funkce obou ledvin, které vyžaduje zařazení do trvalého dialyzačního programu nebo transplantaci ledviny. Povinnost pojistitele plnit (pojistná událost) vzniká dnem provedení transplantace ledviny, nebo dnem zahájení trvalého dialyzačního programu, a to na základě potvrzení o nejméně 3 měsíce trvající dialyzační léčbě doložené pracovištěm, které tuto léčbu provádí.

6. Transplantace orgánů

Životně nezbytná transplantace srdce, plic, jater, slinivky břišní, ledviny, tenkého střeva nebo kostní dřeně, kdy příjemcem orgánu je pojištěný.

Povinnost pojistitele plnit (pojistná událost) vzniká dnem provedení operace.

7. Ochrnutí

Úplné a trvalé ochrnutí dvou nebo více končetin následkem úrazu nebo onemocnění míchy. Pojistná ochrana se nevztahuje na syndrom Guillain-Barré.

Povinnost pojistitele plnit (pojistná událost) vzniká dnem, ke kterému byla stanovena diagnóza úplného a trvalého ochrnutí dvou nebo více končetin, a to na základě lékařem potvrzené trvalosti neurologického nálezu nejdříve 6 měsíců od vzniku ochrnutí.

8. Oslepnutí

Úplná, trvalá a nevratná ztráta zraku obou očí, která vznikla v důsledku úrazu nebo onemocnění a byla klinicky prokázána.

Povinnost pojistitele plnit (pojistná událost) vzniká dnem, ke kterému byla stanovena diagnóza slepoty. Slepoty musí být doložena zprávou očního lékaře a musí přetrvávat nejméně 3 měsíce bez přerušení.

9. Infekce virem HIV při krevní transfuzi

Infekce virem lidské imunodeficiencie (HIV) za předpokladu, že jsou splněna všechna následující kritéria:

1. Infekce prokazatelně vznikla v důsledku medicínsky nezbytné krevní transfuze, kterou pojištěný obdržel v době trvání pojištění.
2. Zdravotnické zařízení, které provedlo transfuzi, musí písemně uznat svoji odpovědnost za podání infikované krve.
3. Pojištěný není hemofilik.

Povinnost pojistitele plnit (pojistná událost) vzniká dnem, ke kterému byl pojištěný prokazatelně infikován HIV virem při krevní transfuzi.

10. Nezhoubné nádory mozku

Odstranění nezhoubného nádoru mozku v celkové anestézii vedoucí k trvalému a objektivně prokazatelnému neurologickému výpadku, nebo přítomnost inoperabilního nezhoubného nádoru mozku vedoucí k trvalému a objektivně prokazatelnému neurologickému výpadku. Pojistná ochrana se nevztahuje na cysty, granulomy, cévní malformace, krevní výrony (hematomy) a na nádory podvěsku mozkového (hypofýzy) a páteře.

Povinnost pojistitele plnit (pojistná událost) vzniká dnem, ke kterému došlo po odstranění nezhoubného nádoru mozku, nebo v důsledku inoperabilního nezhoubného nádoru mozku, k poklesu schopnosti vředělečné činnosti pojištěného dle vyhlášky č. 284/1995 Sb. ve znění pozdějších předpisů alespoň o 50%. Pokles vředělečné schopnosti musí být doložen Záznamem o jednání OSS s posudkovým zhodnocením.

11. Creutzfeldtova-Jakobova choroba

Diagnóza musí být jednoznačně stanovena a potvrzena odborným neurologickým pracovištěm na základě přetrvávajících neurologických a psychických příznaků pojištěného. Symptomy musí bez přerušování přetrvávat po dobu alespoň 3 měsíců. Pojistná ochrana se nevztahuje na variantní formu Creutzfeldtova-Jakobovy choroby.

Povinnost pojistitele plnit (pojistná událost) vzniká dnem, ke kterému byla jednoznačně stanovena diagnóza sporadické Creutzfeldtova-Jakobovy choroby.

12. Operace aorty

Aktuálně podstoupená operace z důvodu chronického onemocnění

aorty vyžadující excizi (vyříznutí, odstranění) a chirurgickou náhradu nemocí postižené aorty umělou náhradou.

Pro účely definice se aortou rozumí hrudní a břišní aorta, ale nikoliv její větve. Pojistné krytí se rovněž nevztahuje na by-passy vystupující z aorty a vedoucí krev do periferního řečiště.

Diagnóza a provedení operace musí být doložena zprávou odborného lékaře.

Povinnost pojistitele plnit (pojistná událost) vzniká dnem provedení operace.

13. Náhrada srdečních chlopní

Chirurgické nahrazení jedné nebo více srdečních chlopní chlopní protézou.

Toto zahrnuje náhradu aortální (srdečnicové), mitrální (dvoucípé), pulmonální (plicnicové) nebo trikuspidální (trojcípé) chlopně postižené stenozou (zúžením), inkompetencí (nedostatečností) nebo kombinací těchto faktorů chlopní protézou.

Pojistné krytí nezahrnuje opravy chlopně, valvulotomii (chirurgické protěti (oddělení) patologicky zrostlých cípů srdečních chlopní), valvuloplastiku (chirurgická rekonstrukce chlopně).

Diagnóza a provedení operace musí být doloženo zprávou odborného lékaře.

Povinnost pojistitele plnit (pojistná událost) vzniká dnem provedení operace.

14. Roztroušená skleroza (sclerosis multiplex)

Chronické onemocnění centrálního nervového systému vyvolané úbytkem myelinu.

Jednoznačná (nezpochybnitelná) diagnóza roztroušené sklerozy musí být stanovena lékařem s odbornou specializovanou způsobilostí v oboru neurologie. Musí být přítomny typické klinické symptomy (příznaky) demyelinizačního onemocnění a poškození motorických (pohybových) a senzorických (smyslových) funkcí stejně tak jako musí být přítomen typický nálezy při vyšetření centrální nervové soustavy magnetickou rezonancí MRI.

Pro průkaz diagnózy musí pojištěný buď jevit typické neurologické abnormality trvající po dobu nejméně 6 měsíců nebo musí prodělat nejméně dvě klinicky dokumentované samostatné ataky onemocnění oddělené obdobím remise trvajícím nejméně jeden měsíc nebo musí mít nejméně jednu klinicky dokumentovanou ataku provázenou charakteristickými nálezy v cerebrospinálním moku současně s prokázanými specifickými mozkovými lézemi (poškozením) na MRI.

Povinnost pojistitele plnit (pojistná událost) vzniká dnem, ke kterému byla stanovena diagnóza roztroušené sklerozy a za předpokladu splnění výše uvedených podmínek.

15. Hluchota (ztráta sluchu)

Úplná, trvalá a nevratná oboustranná ztráta sluchu v důsledku nemoci nebo úrazu.

Diagnóza musí být potvrzena nálezem odborného lékaře (specialista otorinolaryngologie – ORL) a musí být doložena audiometrickým nálezem.

Povinnost pojistitele plnit (pojistná událost) vzniká dnem, ke kterému byla stanovena diagnóza hluchoty. Hluchota musí být doložena zprávou očního lékaře a musí přetrvávat nejméně 3 měsíce bez přerušení.

16. Encefalitida (zánět mozku)

Zánět mozku (mozkových polokoulí, mozkového kmene nebo mozečku) v souvislosti s virovou nebo bakteriální infekcí.

Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem a doložena výsledky specifických vyšetření (např. vyšetření krve a mozkomíšního moku, CT nebo MRI mozku).

Onemocnění musí mít za následek trvalou neschopnost samostatně vykonávat tři nebo více dále uvedených činností denního života – koupel (schopnost koupat se nebo sprchovat), oblékání (schopnost obléci, svléci oděv), osobní hygiena (schopnost použít toaletu a udržovat osobní čistotu), mobilita (schopnost pohybovat se v bytě po rovné ploše), kontinence (schopnost ovládat činnost střev a močového měchýře ve smyslu udržet stolici a moč), příjem potravy/tekutin (schopnost jíst/pít s vlastní pomocí (nevztahuje se na schopnost přípravy jídla) anebo musí mít za následek trvalé upoutání na lůžko a neschopnost z něj vstát bez cizí pomoci. Tento stav musí trvat nejméně po dobu 3 měsíců a musí být lékařsky dokumentován.

Povinnost pojistitele plnit (pojistná událost) vzniká dnem, ke kterému byla stanovena diagnóza encefalitidy a za předpokladu splnění výše uvedených podmínek.

17. Ztráta končetin

Úplná a nevratná ztráta dvou nebo více končetin nad loketním/zápěstním kloubem nebo nad kolenním/hlezenním kloubem následkem úrazu nebo amputace indikovaná lékařem ze zdravotních důvodů.

Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem. Následné (opakované) amputace na téže končetině nejsou považovány za amputaci dvou končetin a tudíž jsou pro potřeby pojištění považovány za ztrátu jedné končetiny. Diagnóza musí být doložena zprávou odborného lékaře s přesným popisem rozsahu poškození.

Povinnost pojistitele plnit (pojistná událost) vzniká dnem, ke kterému byla stanovena diagnóza ztráty končetin.

Článek 7

Závěrečné ustanovení

7.1. Tyto doplňkové pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1.1.2010.

Úvodní ustanovení

Připojištění je upraveno těmito doplňkovými pojistnými podmínkami, všeobecnými pojistnými podmínkami – obecnou částí – UCZ/05, všeobecnými pojistnými podmínkami pro úrazové pojištění – zvláštní částí – UCZ/U/10, dále všeobecnými pojistnými podmínkami pro životní pojištění – zvláštní částí – UCZ/Ž/10 nebo doplňkovými pojistnými podmínkami pro investiční životní pojištění – Ž/IŽP/10 nebo všeobecnými pojistnými podmínkami pro pojištění nemocničních denních dávek – zvláštní částí – UCZ/NDD/10, které tvoří nedílnou součást. Toto připojištění se sjednává jako pojištění obnosové.

Článek 1

Obecná ustanovení

- 1.1. Pojistné pro připojištění invalidity třetího stupně (dále jen „připojištění“) se stanoví pro stejné pojistné období jako u životního pojištění nebo u pojištění nemocničních denních dávek a je splatné spolu s pojistným životního pojištění nebo s pojistným pojištěním nemocničních denních dávek.
- 1.2. Připojištění zaniká pojistnou událostí podle článku 2 těchto doplňkových pojistných podmínek, zánikem životního pojištění nebo pojištění nemocničních denních dávek podle obecné části všeobecných pojistných podmínek UCZ/05, okamžikem změny životního pojištění na pojištění s redukovanou pojistnou částkou nebo po převedení životního pojištění na pojištění bez placení pojistného, nejpozději však ke konci pojistného období, ve kterém pojištěný dosáhl věku 60 let.
- 1.3. Změny připojištění jsou platné ode dne stanoveného pojistitelem v jeho písemném vyjádření.

Článek 2

Pojistná událost

- 2.1. Pojistnou událostí je den přiznání invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně, kterým se rozumí den uvedený ve výroku rozhodnutí oprávněného orgánu jako den, od něhož se přiznává invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně. Invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně musí být přiznán pojištěnému nejdéle do konce pojistného období, ve kterém pojištěný dosáhl věku 60 let.
- 2.2. Z připojištění invalidity třetího stupně vyplácí pojistitel pojistné plnění, pokud v době trvání připojištění, nejdříve však po dvou letech od počátku tohoto připojištění, byl pojištěnému přiznán a pojištěný pobírá invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně podle platných předpisů o sociálním zabezpečení.
- 2.3. Splnění podmínky dvou let se nevyžaduje, pokud byl invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně přiznán výlučně v důsledku úrazu pojištěného, ke kterému došlo nejdříve po sjednaném počátku připojištění. Úraz musí splňovat požadavky uvedené ve všeobecných nebo doplňkových pojistných podmínkách pojistitele pro úrazové pojištění nebo ve všeobecných pojistných podmínkách pojistitele pro pojištění nemocničních denních dávek.
- 2.4. Přiznání invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně pojištěný prokazuje předložením pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu o přiznání invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně. Za další nezbytné podklady k prokázání nároku se považují zejména ty podklady, z nichž vyplývá důvod pobírání invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně.
- 2.5. Na žádost pojistitele je pojištěný povinen předložit další podklady, které jsou nezbytné pro šetření pojistné události. V případě pochybností je pojištěný povinen zmocnit pojistitele k tomu, aby byl

oprávněn si vyžádat od příslušné správy sociálního zabezpečení nezbytné informace. V případě, že pojištěný nedodá nezbytné informace a požadované doklady nebo odmítne zmocnit pojistitele, je pojistitel oprávněn likvidaci odložit.

- 2.6. Pojištěný je povinen podrobit se na vyžádání pojistitele a na jeho náklady lékařskému vyšetření lékařem pověřeným pojistitelem.
- 2.7. Pojištěný je povinen neprodleně informovat pojistitele o případném odnětí invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně.
- 2.8. Pojistitel si vyhrazuje právo vypovědět připojištění v případě, že se změní podmínky sociálního zabezpečení pro přiznávání invalidních důchodů, a to ke dni, od kterého vstoupí tyto podmínky v účinnost.
- 2.9. Za pojistnou událost se nepovažuje přiznání invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně z důvodu nemoci či úrazu pojištěného (vč. jejich důsledků), které vznikly před počátkem/změnou připojištění a pro něž byl pojištěný před počátkem/změnou připojištění léčen či lékařsky sledován nebo byly v tomto období přítomny či diagnostikovány jejich příznaky.
- 2.10. Za pojistnou událost se rovněž nepovažuje, je-li invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně přiznán pojištěnému v důsledku úrazu či onemocnění vzniklých následkem:
 - a) pokusu o sebevraždu před uplynutím 3 let od sjednaného počátku/změny připojištění nebo od obnovení pojistné smlouvy;
 - b) přímé nebo nepřímé souvislosti s nukleární katastrofou;
 - c) přímé nebo nepřímé souvislosti s bojovými akcemi nebo válečnými událostmi všeho druhu;
 - d) účasti na vzpouře, povstání nebo jiných hromadných násilných nepokojích;
 - e) aktivní účasti na závodech či exhibicích nebo s nimi bezprostředně souvisejících tréninkových jízdách v motorových vozidlech, v motorových plavidlech a letadlech;
 - f) letecké přepravy, při které byl pojištěný členem leteckého personálu dopravce na palubě havarovaného letadla;
 - g) úmyslného jednání pojištěného nebo jiné osoby z podnětu pojištěného;
 - h) požívání alkoholu nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky.

Článek 3

Pojistné plnění v případě přiznání invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně

- 3.1. V případě pojistné události vzniká nárok na výplatu pojistného plnění ode dne nejbližší splatnosti pojistného po přiznání invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně, a to vždy za jeden rok připojištění.
- 3.2. Pojistné plnění se vyplácí pojištěnému ve formě ročního důchodu (dále jen důchod) nebo formou jednorázového plnění dle ujednání v pojistné smlouvě. Pojistné plnění se vyplácí ve výši dohodnuté v pojistné smlouvě. Pokud je roční důchod vyšší než 60 000 Kč, může být na žádost pojištěného důchod vyplácen měsíčně. V případě smrti pojištěného před splatností ročního důchodu nárok na pojistné plnění nevzniká.
- 3.3. Pokud byla sjednána výplata pojistného plnění formou důchodu, je pojištěný povinen v průběhu pojistného plnění prokázat, že je mu i nadále invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně vyplácen, a to předložením potvrzení příslušného orgánu o pobírání invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně vždy k výročnímu dni

uplynutí ročního období pobírání důchodu. Prokáže-li pojištěný, že je mu invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně i nadále vyplácen, pojistitel prodlouží vyplácení důchodu o další rok. V případě, že je pojištěnému invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně vyplácen nepřetržitě 5 let, nemusí pojistitel každoročně prokazování pobírání invalidního důchodu již požadovat.

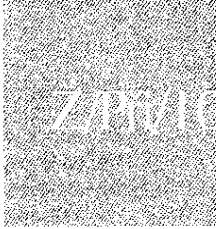
- 3.4. Odebráním invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně pojištěnému vyplácení důchodu končí, a to k nejbližšímu výročnímu dni ročního vyplácení důchodu po odebrání invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně.
- 3.5. Nesplněním povinnosti pojištěného podle bodu 3.3. tohoto článku pojistitel důchod za další rok připojištění nevyplatí, popřípadě vyplácení až do splnění povinnosti pozastaví.

- 3.6. Při splnění povinnosti pojištěného podle bodu 3.3. tohoto článku pojistitel důchod vyplatí do uplynutí posledního dne měsíce, ve kterém uplynula doba, na kterou bylo hlavní životní pojištění sjednáno, nejdéle však do konce pojistného období, ve kterém se pojištěný dožije 65 let. Pokud je hlavním pojištěním pojištění nemocničních denních dávek, vyplatí pojistitel důchod do konce období, ve kterém se pojištěný dožije 65 let, a to bez ohledu na sjednanou pojistnou dobu pojištění nemocničních denních dávek.

Článek 4

Závěrečná ustanovení

- 4.1. Tyto doplňkové pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1.1.2010.



Doplňkové pojistné podmínky pro režim mimořádného pojistného

Úvodní ustanovení

Režim mimořádného pojistného je upraven těmito doplňkovými pojistnými podmínkami, všeobecnými pojistnými podmínkami - zvláštní částí - UCZ/Ž/10, všeobecnými pojistnými podmínkami - obecnou částí - UCZ/05, které tvoří nedílnou součást. Toto pojištění se sjednává jako pojištění obnosové.

Článek 1

Mimořádné pojistné

- 1.1. Mimořádné jednorázové pojistné lze uhradit kdykoliv v průběhu sjednaného základního životního pojištění.
- 1.2. Minimální výše mimořádného jednorázového pojistného je 3.000 Kč.
- 1.3. Mimořádné pojistné lze uhradit přímo poukázáním finanční částky na zvláštní účet, který sdělí pojistitel. Za variabilní symbol se použije číslo příslušné pojistné smlouvy.
- 1.4. Za škodu vzniklou uvedením chybného variabilního symbolu nebo poukázáním mimořádného pojistného na chybný účet nenese pojistitel odpovědnost.
- 1.5. Úhradou mimořádného pojistného vzniká v rámci smlouvy nové životní pojištění pro případ smrti nebo dožití se sjednaného konce pojištění ve smyslu VPP UCZ/Ž/10 článku 1.2.c). Počátkem pojištění je datum připsání mimořádného pojistného na účet pojistitele a koncem pojištění je datum sjednaného konce základního životního pojištění.

Článek 2

Rezerva mimořádného pojistného a hospodaření s ní

- 2.1. Pojistitel vytváří na základě přijatého mimořádného pojistného pro vzniklé pojištění rezervu pojistného (dále jen „rezerva mimořádného

pojistného“). Rezerva mimořádného pojistného odpovídá přijatému mimořádnému pojistnému sníženému o vstupní náklady ve výši 1,5% přijatého mimořádného pojistného.

- 2.2. Pojistitel vede rezervu mimořádného pojistného odděleně od rezervy ostatních pojištění sjednaných v rámci smlouvy. Rezerva mimořádného pojistného je zhodnocována aktuální úrokovou sazbou, která je závislá na dosažených výnosech z investování rezerv mimořádného pojistného.
- 2.3. Odchylně od VPP UCZ/Ž/10 článku 14 nevzniká pro toto pojištění nárok na podíl ze správních nákladů a zisku z podúmrtnosti.
- 2.4. Odchylně od VPP UCZ/Ž/10 článku 14 není vedena rezerva podílu na zisku pro mimořádné pojistné odděleně od rezervy pojistného tohoto pojištění, ale okamžikem připsání se stává její součástí.

Článek 3

Výběry z rezervy mimořádného pojistného

- 3.1. Pojistník může požádat o vyplacení rezerv mimořádného pojistného nebo jejich části (dále jen „výběr“) a to tehdy, vznikl-li mu již nárok na výplatu odkupného dle čl. 5 VPP UCZ/Ž/10 ve výši alespoň 3.000 Kč.
- 3.2. O výběr pojistník žádá na příslušném formuláři pojistitele.
- 3.3. Při splnění uvedených podmínek bude výplata provedena nejpozději do dvou týdnů od doručení žádosti. Za každý výběr si pojistitel účtuje správní poplatek ve výši 70 Kč.

Článek 4

Závěrečné ustanovení

- 4.1. Tyto doplňkové pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1.1.2010.