

## Informační list pro zájemce o pojištění

**Z0020**

### Informace pro zájemce o pojištění ve smyslu zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, ve znění pozdějších předpisů

Tento Informační list pro zájemce o pojištění nabývá účinnosti dne 1. 10. 2012

Definice všech pojištění a všech opcí

#### A. Odvětví životních pojištění

##### 1. Pojištění pro případ smrti, pojištění pro případ dožití nebo pojištění pro případ dožití nebo smrti (dle Části A bodu I. písm. a) Přílohy č. 1 k zákonu č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví)

název pojištění
Pojištění pohřbu
Úvěrové životní pojištění HYPOTEKA (pro případ smrti) - HYS
Kapitálové životní pojištění KAPITÁL (prodej v ČR)
Kapitálové životní pojištění KAPITÁL PLUS (prodej v ČR)

##### 2. Pojištění spojená s investičními fondy (dle Části A, bodu III. Přílohy č. 1 k zákonu č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví)

název pojištění
FLEXI životní pojištění
FLEXI životní pojištění - JUNIOR
Životní pojištění FLEXI PREMIUM

##### 3. Pojištění pro případ úrazu nebo nemoci, je-li doplňkem pojištění podle bodu 1 a 2 (dle Části A bodu I. písm. c) Přílohy č. 1 k zákonu č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví)

název pojištění
Doplňkové pojištění pro případ smrti z jakýchkoli příčin
Skupinové úvěrové životní pojištění (prodej ve FSČS)
Úvěrové životní pojištění HYPOTEKA (pro případ smrti a invalidity) - HYSI
Úvěrové životní pojištění HYPOTEKA (pro případ smrti a velmi vážných onemocnění) - HYSV
Úvěrové životní pojištění HYPOTEKA (pro případ smrti, velmi vážných onemocnění a invalidity) - HYSVI
Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s jednorázovou výplatou pojistné částky - úraz, vč. připojištění k pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s jednorázovou výplatou pojistné částky
Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s jednorázovou výplatou pojistné částky - úraz nebo nemoc, vč. připojištění k pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s jednorázovou výplatou pojistné částky
Pojištění zproštění od placení pojistného
Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s výplatou doživotní renty
Pojištění doživotní kapitálové renty
Pojištění velmi vážných onemocnění
Pojištění pro případ smrti následkem úrazu
Pojištění trvalých následků úrazu - s progresí od 0,5%
Pojištění trvalých následků úrazu - s progresí od 10%
Pojištění trvalých následků úrazu s progresivním plněním (možnosti od 5,1% nebo od 0,5%)
Pojištění denního odškodnění - úraz
Pojištění hospitalizace - úraz
Pojištění hospitalizace - úraz nebo nemoc
Pojištění pracovní neschopnosti - nemoc, vč. připojištění úrazu k pracovní neschopnosti
Pojištění dlouhodobé pracovní neschopnosti z důvodu úrazu nebo nemoci (HYN29)
Pojištění pro případ velmi vážných onemocnění dítěte
Pojištění pro případ smrti následkem úrazu dítěte
Pojištění pro případ trvalých následků úrazu dítěte s progresivním plněním od 0,5% tělesného poškození
Pojištění denního odškodnění dítěte
Pojištění hospitalizace dítěte - úraz nebo nemoc

#### B. Odvětví neživotních pojištění

název pojištění
Skupinové úvěrové životní pojištění (dle rámcových pojistných smluv)
Skupinové úrazové pojištění UNI
Komplexní pojištění pro účastníky penzijního připojištění

Pojištětel si vyhrazuje právo zavést a provozovat další pojištění.

#### Doba platnosti pojistné smlouvy

- Pojištění lze sjednat buď na přesně stanovenou dobu (se sjednaným koncem pojištění), nebo na dobu neurčitou.
- Pojistná smlouva je platná od data uzavření a účinná od data počátku pojištění. Pojištění se může vztahovat i na dobu před uzavřením pojistné smlouvy. V případech, kde se sjednává pojistná smlouva ihned (bez návrhu), platí, že pojistná smlouva je platná od data uzavření a účinná nejpozději následujícím dnem po uzavření pojistné smlouvy. Počátek pojištění je stanoven na 00.00 hodin dne sjednaného jako počátek pojištění na pojistce.
- U pojištění sjednaných na přesně stanovenou dobu pojištění končí ve 24.00 hodin dne sjednaného jako konec pojištění.
- V produktech FLEXI životní pojištění a FLEXI životní pojištění - JUNIOR je u smluv, u kterých je počátek pojištění stanoven na 1. den následujícího měsíce po datu podpisu návrhu, automaticky sjednáno předběžné krytí. Předběžné krytí platí od třetího dne od podpisu návrhu do dne uvedeného na návrhu jako počátek pojištění, maximálně však po dobu 29 dnů.

Tabulka č. 1

Platí pro pojistné smlouvy s běžným příp. jednorázovým pojištěním

produkt	vstupní věk		doba trvání pojištění	
	minimální	maximální	minimální	maximální
FLEXI životní pojištění	18 let	95 let	3 roky	max. do 100 let pojištěného; od 71 let pouze v omezeném rozsahu
FLEXI životní pojištění - JUNIOR	0 let dítě, 18 let dospělý pojištěný	nedovršených 18 let dítěte, 70 let dospělý pojištěný	5 let a současně min. do 19 let dítěte, max. do 25 let dítěte a současně max. do 75 let dospělého pojištěného	
Komplexní pojištění pro účastníky penzijního připojištění	18 let	69 let	1 rok	do 70 let
Pojištění pohřbu	18 let	60 let (běžné pojištění) 80 let (jednorázové pojištění)	pojištění se sjednává na dobu neurčitou a zaniká v den vzniku pojistné události (úmrtí pojištěného)	
Úvěrové životní pojištění HYPOTEKA *	18 let	69 let (u HYS), 64 let (u HYSV) 62 let (u HYSI, HYSVI)	1 rok	35 let, max. do 75 let pojištěného (u HYS), max. do 65 let pojištěného (u HYSI, HYSV, HYSVI)
UNI úrazové pojištění	15 let dospělý 0 let dítěte	69 let dospělý 25 let dítěte (pokud studuje)	pojištění se sjednává na dobu 1 roku, s možností prodloužení na základě písemné žádosti pojistníka, max. na dobu 5 let trvání	

Lze sjednat i tzv. odložený počátek pojištění - max. 3 měsíce od data převzetí návrhu (\*max. 12 měsíců od data převzetí návrhu).

Tabulka č. 2

Platí pouze pro pojistné smlouvy s jednorázovým pojištěním

produkt	vstupní věk		doba trvání pojištění
	minimální	maximální	
KAPITÁL	18 let	97 let	3 roky, 5 let
KAPITÁL PLUS	18 let	95 let	max. do 100 let pojištěného
FLEXI PREMIUM	od 3 let věku	dle doby trvání	max. do 80 let pojištěného; stanovena pevná doba trvání limitovaná edice

#### Způsoby zániku pojistné smlouvy

- Pojištění zaniká pro neplacení pojistného dnem následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené pojistitelem v upomínce k zaplacení dlužného pojistného nebo jeho části. Lhůta uvedená v upomínce je nejméně 3 měsíce po původně stanoveném datu splatnosti (počítá se od data splatnosti počátku upomínaného období).
- Pojištění zaniká uplynutím pojistné doby.
- Pojištění může zaniknout i dohodou smluvních stran.
- Pojištětel může plnění z pojistné smlouvy odmítnout, jestliže:
  - 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 úmyslné nebo z nedbalosti nepravdivé 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
  - upravená osoba uvede při uplatňování práva na plnění z pojištění vědomě nepravdivé nebo hrubě zkrleslé údaje týkající se rozsahu pojistné události nebo podstatné údaje týkající se této události zamíří.

Dnem doručení oznámení o odmítnutí pojistného plnění pojištění zanikne. Pojištětel vrátí pojistníkovi nepotřebovanou část ze zaplaceného pojistného, není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak.
- a) Pojistník může pojištění písemně vypovědět do dvou měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy. Dnem doručení výpovědi na centrálu pojistitele počíná běžet osmidenní výpovědní lhůta, jejímž uplynutím pojištění zaniká.
  - Pojištětel může pojištění písemně vypovědět do dvou měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy. Dnem doručení výpovědi počíná běžet osmidenní výpovědní lhůta, jejímž uplynutím pojištění zaniká.

Pojištětel má v případě běžného pojistného právo na poměrnou část pojistného odpovídající délce trvání pojištění a na naklady spojené se vznikem a správou pojištění, v případě jednorázového pojistného má pojištětel právo na poplatek (viz platný přehled poplatků a parametrů produktu). Případný přeplatek pojistného bude pojistníkovi vrácen do 30 dnů po datu ukončení pojistné smlouvy.
- Pojistník i pojištětel mohou pojištění písemně vypovědět ke konci pojistného období; výpověď musí být doručena alespoň 6 týdnů před uplynutím pojistného období.

#### Způsoby a doba placení pojistného

- Pojistné se platí buď najednou za celou dobu, na kterou bylo pojištění sjednáno (jednorázové pojištění), nebo za dohodnutá pojistná období (běžné pojištění). Pojistné období je roční nebo pololetní, čtvrtletní nebo měsíční. V případě pociročních plateb je příslušné pojistné navýšeno o příplatek (viz platný přehled poplatků a parametrů produktu). Běžné pojistné se platí po sjednanou dobu pojištění.
- Za datum úhrady je považován den, kdy bylo pojistné pod správným variabilním a specifickým symbolem připsáno na účet pojistitele uvedený v pojistné smlouvě. Pojistník nehradí pojistné před doručením pojistiky a případně zaplacení pojistného v této době se nepovažuje za uzavření pojistné smlouvy. Takto uhrazené pojistné na účet pojistitele se do data počátku pojistné smlouvy nepřiznává k pojistné smlouvě ani se nezahodnocuje.
- Splátnost pojistného je určena pojistitelem a je uvedena v pojistce. Není-li v pojistce splátnost pojistného uvedena, pak platí, že běžné pojistné je splátné prvního dne pojistného období a jednorázové pojistné dnem počátku pojištění.

V pojištění FLEXI životní pojištění a FLEXI životní pojištění – JUNIOR lze platit i tzv. mimořádné pojistné. Mimořádné pojistné je pojistné uhrazené nad rámec sjednaného běžného pojistného.

Práva a povinnosti pojistitele ve vztahu k pojistnému:

1. Právo pojistitele na pojistné vzniká dnem dohodnutým v pojistné smlouvě jako počátek pojištění. Pojistitel má právo na pojistné do doby zániku pojištění.
2. Nastane-li pojistná událost, v důsledku které pojištění zaniklo, náleží pojistiteli pojistné do konce pojistného období, v němž pojistná událost nastala; jednorázové pojistné náleží v takovém případě pojistiteli za celou dobu, na kterou bylo pojištění sjednáno.

#### Způsoby výpočtu a rozdělení bonusů, pokud jsou obsahem pojistné smlouvy

Ministerstvo financí rozhodlo o udělení povolení k provozování pojišťovací činnosti, zajišťovací činnosti a činnosti souvisejících Pojišťovně České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group. Toto rozhodnutí nabylo právní moci dne 20. února 2002 pod č.j. 322/16811/2002. Nedílnou součástí tohoto rozhodnutí je Příloha č. I. f 2) 2. Metody výpočtu pojistného a Příloha č. I. f 2) 3. Metody výpočtu rezerv.

Případné přebytky pojistného použije pojistitel ke zvýhodnění pojištění formou rozšíření jeho rozsahu, zvýšení pojistných částek nebo snížení sazeb pojistného.

1. V životním pojištění jsou každoročně stanoveny pojistné technické přebytky – kapitálové navýšení hodnoty pojištění. Poměrná část těchto pojistných technických přebytků je připisována na každý měsíc ke kapitálovým hodnotám jednotlivých smluv, s výjimkou pojištění, ze kterých je již vyplácen důchod. V průběhu trvání pojištění může pojistitel na základě písemné žádosti pojistníka vyplatit kapitálové navýšení pojistné smlouvy, pokud tato částka dosáhne minimální výše stanovené pojistitelem.
2. U smluv, ze kterých je již vyplácen důchod, jsou přebytky připisovány formou valorizace důchodu.

#### Způsob určení výše odkupného

Ministerstvo financí rozhodlo o udělení povolení k provozování pojišťovací činnosti, zajišťovací činnosti a činnosti souvisejících Pojišťovně České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group. Toto rozhodnutí nabylo právní moci dne 20. února 2002 pod č.j. 322/16811/2002. Nedílnou součástí tohoto rozhodnutí je Příloha č. I. f 2) 2. Metody výpočtu pojistného a Příloha č. I. f 2) 3. Metody výpočtu rezerv.

1. Po ukončení životního pojištění vypovídací se pojistníkoví vyplácí odkupné vypočtené podle pojistně-technických zásad, pokud je nárok na odkupné do pojištění zahrnut a pokud byla vytvořena kladná hodnota pojištění (technická rezerva pojistného). V případě běžné placené pojistné vzniká nárok na výplatu odkupného po zaplacení pojistného nejmenší za dva roky trvání životního pojištění. Při jednorázově zaplaceném pojistném za životní pojištění sjednaném na dobu delší než jeden rok nebo pojištění s redukovanou pojistnou částkou má ten, kdo s pojistitelem uzavřel smlouvu, právo požádat o zrušení pojištění s výplatou odkupného kdykoliv po počátku pojištění. Pokud bylo v životním pojištění, sjednaném s běžným pojistným, zapláceno pojistné nejmenší za dva roky, nebo jde-li o pojištění za jednorázově pojistné sjednané na dobu delší než jeden rok, nebo jde-li o pojištění s redukovanou pojistnou částkou, má pojistník právo, aby mu na jeho žádost pojistitel vyplatil odkupné. Při jednorázově zaplaceném pojistném za životní pojištění sjednaném na dobu delší než jeden rok nebo pojištění s redukovanou pojistnou částkou má ten, kdo s pojistitelem uzavřel smlouvu, právo požádat o výplatu odkupného kdykoliv po počátku pojištění. Odkupné je splatné do 3 měsíců ode dne, kdy pojistitel obdržel žádost o výplatu odkupného. Výplatu odkupného pojištění zaniká.
2. Právo na výplatu odkupného není u rizikových pojištění sjednaných na přesně stanovenou dobu a u pojištění, u kterých již došlo k výplatě důchodu, pokud nebylo ve smlouvě dohodnuto jinak.
3. Odkupné neodpovídá celkovému zaplacenému pojistnému, ale snížené technické rezervě pojistného, kde výše snížení je stanovena v pojistně-technických zásadách.

Sníženou pojistnou částku, snížený důchod a výši odkupného pojistitel vypočítává podle pojistně-technických zásad schválených MF ČR.

#### Informace o výši pojistného za každé sjednané soukromé pojištění včetně doplňkového soukromého pojištění, pokud bylo požadováno

Ministerstvo financí rozhodlo o udělení povolení k provozování pojišťovací činnosti, zajišťovací činnosti a činnosti souvisejících Pojišťovně České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group. Toto rozhodnutí nabylo právní moci dne 20. února 2002 pod č.j. 322/16811/2002. Nedílnou součástí tohoto rozhodnutí je Příloha č. I. f 2) 2. Metody výpočtu pojistného a Příloha č. I. f 2) 3. Metody výpočtu rezerv.

1. Pojistník je povinen platit pojistné. Pojistné je úplatou za poskytnutou pojistnou ochranu a jeho výše je uvedena v pojistné smlouvě.
2. Na písemnou žádost pojistníka je pojistitel povinen sdělit zásady pro stanovení výše pojistného. Výše pojistného se určuje podle sazeb pro jednotlivé druhy pojištění stanovených pojistitelem.

Na požádání klienta bude předložena tabulka se sazbami úrazového pojištění pro životní a flexibilní pojištění a tabulka sazeb UNI pojištění.

V případě zájmu klienta o pojištění bude zpracována individuální nabídka pojištění s požadovaným rozsahem pojistného krytí.

#### V případě soukromého pojištění vázaného na investiční podíly definice podílů, na které je vázáno pojistné plnění

**Podílová jednotka** (dále jen „jednotka“) – identická část investičního podílového fondu představující podíl z jeho hodnoty.

**Nákupní cena jednotky** – cena, za kterou pojistitel prodává jednotky ke smlouvě. Pojistitel může stanovit několik nákupních cen jednotek v závislosti na typu alokovaného pojistného.

**Prodejní cena jednotky** – cena, za kterou pojistitel odkoupí jednotky ze smlouvy.

**Hodnota fondu u smlouvy** – počet podílových jednotek k dané smlouvě a k danému fondu vynásobený jejich prodejní cenou.

#### Uvedení povahy podkladových aktiv pro pojistné smlouvy vázané na investiční podíly (FLEXI ŽP)

Fondy – soubor finančních instrumentů a investic spravovaný pojistitelem nebo pojistitelem pověřenou osobou, sloužící k uložení kapitálových hodnot pojistných smluv.

**Garantovaný fond** – fond s garantovanou výší minimálního zhodnocení ceny jednotky. Garantovaný fond je rozdělen na garantovaný fond tvořený platbami běžného pojistného a na garantovaný fond tvořený platbami jednorázového a mimořádného pojistného.

**Investiční podílový fond** – charakter fondu se navzájem liší umístěním finančních prostředků, dosahovaným výnosem a mírou rizika. Investiční riziko nese plně pojistník.

**Program řízení investic** – investiční program, který slouží k automatickému výběru fondů pro alokovaného pojistného a převodu kapitálové hodnoty k výročnímu dni trvání pojistné smlouvy, a to v závislosti na investičním horizontu pojistné smlouvy.

#### Podmínky a lhůty týkající se možnosti odstoupení od pojistné smlouvy

1. Zodpoví-li pojistník nebo pojištěný při sjednávání pojistné smlouvy úmyslně nebo z nedbalosti nepravdivě nebo neúplně písemné dotazy pojistitele týkající se sjednávání pojištění, má pojistitel právo od pojistné smlouvy odstoupit, jestliže při pravidelném a úplném zodpovězení dotazů by pojistnou smlouvou neuzavřel. Toto právo může pojistitel uplatnit do 2 měsíců ode dne, kdy takovou skutečnost zjistil, jinak právo zanikne. To platí i v případě změny pojistné smlouvy. Odstoupením od pojistné smlouvy se smlouva od počátku ruší. Pojistitel je povinen bez zbytečného odkladu, nejpozději ve lhůtě 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 (viz platný přehled poplatků a parametrů produktu). Pojistník nebo pojištěný, který není současně pojistníkem, popřípadě oběma, je ve stejné lhůtě jako pojistitel povinen pojistiteli vrátit částku vyplaceného pojistného plnění, která přesahuje výši zaplaceného pojistného. Stejně právo odstoupit od pojistné smlouvy jako pojistitel má za podmínek

uvedených výše i pojistník, jestliže mu pojistitel nebo jím zmocněný zástupce nepravdivě nebo neúplně zodpověděl jeho písemné dotazy týkající se sjednávání pojištění.

2. Pojistitel má právo účtovat poplatek na úhradu nákladů vzniklých v souvislosti s posouzením návrhu, se zdravotním oceněním, správou a ukončením pojistné smlouvy, popř. poplatok na úhradu nákladů vzniklých při ukončení pojistné smlouvy z pojistně-technických důvodů (viz platný přehled poplatků a parametrů produktu).

#### Obecné informace o daňových právních předpisech, které se vztahují k danému soukromému pojištění

Zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů, vymezuje možné daňové úlevy pro soukromé životní pojištění a podmínky pro jejich uplatnění.

Pojistná smlouva musí splňovat tyto podmínky:

- pojistník = pojištěný = poplatník
- výplata pojistného plnění sjednána až po 60 měsících od uzavření smlouvy a současně
- nejdříve v kalendářním roce, v jehož průběhu dosáhne poplatník věku 60 let
- jestliže danová úleva je uplatňována z pojistné smlouvy s pevně sjednanou pojistnou částkou pro případ dožití, musí smlouva splňovat podmínku minimální pojistné částky. Minimální pojistná částka je stanovena pro pojistné smlouvy s pojistnou dobou od 5 do 15 let včetně na 40 000 Kč a pro pojistné smlouvy s pojistnou dobou nad 15 let na 70 000 Kč.

Daňové úlevy se vztahují pouze na částky pojistného uhrazené na soukromé životní pojištění. Za soukromé životní pojištění je považováno pojištění:

- pro případ dožití nebo
- pro případ smrti nebo dožití nebo
- důchodové pojištění

Daňové úlevy lze rozdělit do tří oblastí:

#### • Daňová úleva pro poplatníka (pojistníka = pojištěného)

Od základu daně z příjmů lze odečíst poplatníkem zaplacené pojistné ve zdaňovacím období na jeho soukromé životní pojištění. Jestliže danová úleva je uplatňována z pojistné smlouvy s pevně sjednanou pojistnou částkou pro případ dožití (KAPITÁL PLUS, KAPITÁL), musí smlouva splňovat podmínku minimální pojistné částky. Minimální pojistná částka je stanovena pro pojistné smlouvy s pojistnou dobou od 5 do 15 let včetně na 40 000 Kč a pro pojistné smlouvy s pojistnou dobou nad 15 let na 70 000 Kč. Jednorázově zaplacené pojistné se poměrně rozpočítá na zdaňovací období podle délky trvání pojištění s přesností na dny. Maximální částka, kterou lze za zdaňovací období odečíst i v případě, že poplatník má uzavřeno více smluv s více pojišťovnami, je stanovena zákonem.

Při nedodržení uvedených podmínek z důvodu zániku pojištění nebo dodatečné změny doby trvání pojištění nárok na uplatnění odpočtu nezdanitelné části základu daně zaniká a příjem podle § 10 ve zdaňovacím období, ve kterém k této skutečnosti došlo, jsou částky, o které byl poplatníkovi v příslušných letech z důvodu zaplaceného pojistného základ daně snížen.

#### • Daňová úleva pro zaměstnance

Je stanoveno společný limit maximální výše příspěvku zaměstnavatele na penzijní připojištění a soukromé životní pojištění, a to na částku dle ustanovení zákona za kalendářní rok. Do této výše je příspěvek na straně zaměstnance osvobozen od daně z příjmů a současně do tohoto maxima nevstupuje do vyměňovacího základu pro odvod sociálního a zdravotního pojištění.

Toto platí v případech, kdy má právo na pojistné plnění z těchto smluv pojištěný zaměstnanec, a je-li pojistnou událostí smrt pojištěného, osoby určené dle § 51 zákona o pojistné smlouvě, kromě zaměstnavatele, který hradil pojištění.

#### • Daňová úleva pro zaměstnavatele

Pojistné na soukromé nebo i jiné životní pojištění, které za zaměstnance hradí pojišťovně zaměstnavatel, je považováno za výdaje (náklady) vynaložené na dosažení, zajištění a udržení zdanitelných příjmů, bez omezení výše finanční částky, pokud takové právo zaměstnanec bude vyplývat z kolektivní smlouvy, vnitřního předpisu zaměstnavatele, pracovní nebo jiné smlouvy.

Zaměstnavatel tedy může přispět bez omezení svým zaměstnancům na soukromé životní pojištění, jde o plný daňový výdaj (náklad) zaměstnavatele. Z pohledu zaměstnance je výhodná výše dle ustanovení zákona pro osvobození od daně z příjmů v součtu obou produktů – jak soukromého životního pojištění, tak i penzijního připojištění.

Zároveň má zaměstnanec do částky dle ustanovení zákona v součtu příspěvku na soukromé životní pojištění a penzijní připojištění tento příspěvek osvobozen od platby sociálního a zdravotního pojištění, nad tuto částku již podléhá příspěvek plnému zdanění i odvodu sociálního a zdravotního pojištění, tak jako by šlo o standardní mzdu.

#### • Prokazování nároku poplatníka na daňové zvýhodnění

Nárok na uznání nezdanitelných částek ze základu daně prokazuje poplatník plněním daně smlouvou o soukromém životním pojištění nebo pojistkou a potvrzením pojišťovny o pojistném zaplaceném poplatníkem na jeho soukromé životní pojištění v uplynulém zdaňovacím období.

Platnost této smlouvy nebo pojistky je podmíněna tím, že poplatník musí každoročně předložit v zákonné lhůtě potvrzení pojišťovny o pojistném na jeho soukromé životní pojištění zaplaceném poplatníkem na uplynulém zdaňovacím období.

#### • Zdanění pojistného plnění:

- Pojistná plnění z pojištění pro případ smrti pojištěného, velmi vážného onemocnění, invalidity, pracovní neschopnosti z důvodu nemoci, vč. připojištění úrazu k pracovní neschopnosti, trvalých následků úrazu, hospitalizace a denního odškodného jsou osvobozena od daně z příjmů.
- Při předčasném ukončení pojistné smlouvy (výpověď pojištění v průběhu trvání pojištění) a výplatě odkupného je výnos zdaněn srážkovou daní dle ustanovení zákona (dle současné platné legislativy 15 %).
- Při dožití se sjednaného konce pojištění (ukončení pojistné smlouvy ve sjednaném termínu) je výnos zdaněn také srážkovou daní dle ustanovení zákona (dle současné platné legislativy 15 %).

#### Způsob vyřizování stížností pojistníků, pojištěných nebo oprávněných osob, včetně možnosti obrátit se se stížností na Českou národní banku

1. Pojistník, pojištěný, oprávněná osoba nebo zájemce o pojištění (dále společně „klient“) je oprávněn podat pojistiteli stížnost týkající se výkonu pojišťovací činnosti pojistitele v souvislosti s platnou nebo ukončenou pojistnou smlouvou anebo v souvislosti s jedním z uzavření pojistné smlouvy.
2. Stížnost lze podat písemně prostřednictvím pošty na adresu: Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, nám. Republiky 115, 530 02 Pardubice, prostřednictvím e-mailu na adresu [pojstovnavcs@pojstovnavcs.cz](mailto:pojstovnavcs@pojstovnavcs.cz), dále telefonicky prostřednictvím klientské linky 800 207 207, osobně na kterékoli pobočce České spořitelny či u obchodního partnera pojistitele (seznam poboček a partnerů je k dispozici na [www.pojstovnavcs.cz](http://www.pojstovnavcs.cz)).
3. Ze stížnosti musí být zřejmé, kdo stížnost podává a co je jejím obsahem nebo čeho se klient domáhá. Nevyplývají-li z ní tyto skutečnosti nebo je-li k řádnému vyřízení stížnosti třeba doložit další doklady, pojistitel vyzve klienta, aby v přiměřené lhůtě stížnost doplnil nebo doložil potřebné doklady. V případě, že klient stížnost nedoplní nebo nedoloží potřebné doklady, pojistitel stížnost odloží.
4. Lhůta na vyřízení stížnosti je 30 kalendářních dnů od data přijetí stížnosti v sídle pojistitele. O výsledku stížnosti bude klient písemně informován.
5. Klient je oprávněn obrátit se se svojí stížností na postup pojistitele na Českou národní banku, která vykonává dohled v pojišťovnictví.

#### Právo platit pro pojistnou smlouvu

1. Pojistná smlouva a právní vztahy z ní vyplývající se řídí právním řádem České republiky.
2. Pro spory z pojistné smlouvy jsou příslušné soudy České republiky.

K tomuto informačnímu listu jsou zájemci o pojištění poskytnuty i písemné doplňující informace pro zájemce o uzavření pojistné smlouvy, je-li pojistník nositelem investičního rizika, ve smyslu zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, které jsou nedílnou součástí simulace průběhu pojištění.

## Zásady Pojišťovny České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, pro nakládání a ochranu osobních údajů klientů

Z0052

Ochranu soukromí a osobních údajů považujeme za prvořadou povinnost. S osobními údaji nakládáme výhradně v souladu s platnou legislativou. Dovolujeme si Vám předložit tyto Zásady, které objasňují, co děláme pro to, abychom zajistili důvěrnost a bezpečnost osobních údajů Vás, našich klientů.

Cílem dokumentu je poskytnout Vám informace o tom, jaké osobní údaje shromažďujeme, jak s nimi nakládáme, z jakých zdrojů je získáváme, k jakým účelům je využíváme, komu je smíme poskytnout, kde můžete získat informace o Vašich osobních údajích, které zpracováváme, a jaké jsou individuální možnosti zabezpečení pro každého klienta Pojišťovny České spořitelny.

### Jaké osobní údaje klienta Pojišťovna České spořitelny shromažďuje?

- osobní údaje sloužící k jednoznačné a nezaměnitelné identifikaci klienta (identifikační údaje) a osobní údaje umožňující kontakt s klientem (kontaktní údaje). Identifikačními údaji se rozumí jméno, příjmení, titul, rodné číslo, bylo-li přiděleno, jinak datum narození, adresa trvalého pobytu, číslo průkazu totožnosti (občanského průkazu), číslo pasu nebo jiného obdobného dokumentu, IČ; kontaktními údaji se rozumí zejména klientem uvedená kontaktní adresa, číslo telefonu a jiné obdobné informace, např. e-mail.
- citlivé údaje, údaje o zdravotním stavu klienta, které jsou pro Pojišťovnu České spořitelny nezbytné k tomu, aby mohla s klientem uzavřít pojistnou smlouvu, likvidovat pojistné události; charakter a rozsah těchto citlivých údajů závisí na povaze uzavíraného pojistného produktu (pojistné smlouvy)
- s ohledem na smluvní charakter vztahů mezi Pojišťovnou České spořitelny a klientem je poskytnutí osobních a citlivých údajů zcela dobrovolné, je však podmínkou pro uzavření pojistné smlouvy

### Z jakých zdrojů Pojišťovna České spořitelny osobní údaje získává?

- přímo od klienta při jednání o uzavření pojistné smlouvy, v průběhu trvání (správy) pojištění a dále při vyřizování pojistných událostí
- z veřejně přístupných rejstříků, seznamů a evidencí (např. Obchodní rejstřík, Živnostenský rejstřík, veřejný telefonní seznam apod.)
- od dalších subjektů, pokud tak stanoví zvláštní právní předpis (např. prostřednictvím poskytovatele zdravotních služeb)

### K jakým účelům Pojišťovna České spořitelny osobní údaje využívá a zpracovává?

- pro účely v rámci činnosti v pojištnictví a činnosti související s pojišťovací a zajišťovací činností, zejména pro vyhodnocení návrhů na uzavření pojistných smluv a pro zajištění všech dalších činností souvisejících s uzavřením pojistných smluv, jejich správou a dále též při vyřizování pojistných událostí
- pro plnění zákonných povinností Pojišťovny České spořitelny jako pojišťovny, vyplývajících ze zvláštních předpisů (zejména zákona č. 277/2009 Sb., o pojištnictví, zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, ve znění pozdějších úprav, zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti)
- pro svou vnitřní potřebu, zejména pro provádění analýz a vyhodnocování možných rizik, ochranu svých práv a právem chráněných zájmů, sledování kvality služeb a spokojenosti klientů a optimalizaci poskytovaných služeb a produktů
- pro obchodní účely, např. pro vývoj nových pojistných produktů cíleně zaměřených na potřeby klientů a pro informování klientů o nových pojistných produktech a službách Pojišťovny České spořitelny i ostatních členů Finanční skupiny České spořitelny, a.s., a pojišťovací skupiny Vienna Insurance Group

### Jakým způsobem Pojišťovna České spořitelny zajišťuje ochranu osobních údajů?

- osobní a citlivé údaje jsou pod stálou fyzickou, elektronickou a procedurální kontrolou a Pojišťovna České spořitelny disponuje moderními kontrolními, technickými a bezpečnostními mechanismy zajišťujícími maximální možnou ochranu zpracovávaných údajů před neoprávněným přístupem nebo přenosem, před jejich ztrátou nebo zničením, jakož i před jiným možným zneužitím
- veškeré osoby, které s osobními a citlivými údaji klientů přicházejí do styku v rámci plnění svých pracovních či smluvně převzatých povinností, jsou vázány zákonnou nebo smluvní povinností mlčenlivosti
- veškeré klientské informace jsou rovněž chráněny povinností mlčenlivosti, vyplývající ze zákona o pojištnictví

## **Komu Pojišťovna České spořitelny osobní údaje poskytuje?**

- státním orgánům, resp. dalším subjektům v rámci plnění zákonných povinností stanovených zvláštními předpisy (např. zák. č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, zák. č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti, a další); jde zejména o orgány státní správy, soudy, orgány činné v trestním řízení, orgány dohledu, exekutory, notáře, soudní komisaře apod.
- dalším subjektům, pokud je to nezbytné pro ochranu práv Pojišťovny České spořitelny, soudům, soudním exekutorům, dražebníkům, České asociaci pojišťoven, externím agenturám k vymáhání pohledávek apod.; rozsah poskytnutých osobních údajů je omezen na údaje nezbytné pro úspěšné uplatnění nároku
- specializovaným externím subjektům, které pro Českou spořitelnu provádějí zpracování na základě příslušné smlouvy o zpracování osobních údajů (viz § 13 zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů), dále zpracovatel; za zpracovatele vybírá Pojišťovna České spořitelny po pečlivém zvážení pouze takovou osobu, která jí poskytne maximální záruky o technickém a organizačním zabezpečení ochrany předávaných osobních údajů
- ostatním subjektům podnikajícím v oblasti pojišťovnictví, bankovníctví a jiných peněžních služeb k marketingovým účelům a poskytování služeb v rámci Finanční skupiny České spořitelny, a.s., a pojišťovací skupiny Vienna Insurance Group, avšak pouze v případě, že k tomu získá příslušný souhlas klienta
- se souhlasem klienta nebo na jeho příkaz mohou být osobní údaje poskytnuty i dalším subjektům

## **Jaké jsou možnosti klienta ve vazbě na zpracování a předávání osobních údajů?**

S výjimkou zákonem stanovených případů, kdy zpracování osobních údajů nevyžaduje souhlas klienta (viz § 5 zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů), zpracovává Pojišťovna České spořitelny osobní údaje výhradně se souhlasem klienta. Je pouze na jeho svobodném rozhodnutí, zda svůj souhlas v rozsahu navrženém Pojišťovnou České spořitelny poskytne, či zda jej případně omezí nebo neposkytne. Pokud se klient s Pojišťovnou České spořitelny nedohodl jinak, může v průběhu smluvního vztahu písemně oznámit Pojišťovně České spořitelny, že rozsah souhlasu upravuje či mění nebo že souhlas odvolává. V průběhu smluvního vztahu může klient upravit nebo odvolat pouze souhlas s předáváním osobních údajů i ostatním subjektům podnikajícím v oblasti pojišťovnictví, bankovníctví a jiných peněžních služeb k marketingovým účelům a poskytování služeb v rámci Finanční skupiny České spořitelny, a.s., a pojišťovací skupiny Vienna Insurance Group, případně asociacím těchto subjektů, a souhlas s předáváním osobních údajů do jiných států. Bez písemného souhlasu se zpracováním osobních údajů nelze ve smluvním vztahu s klientem pokračovat.

Rozsahem poskytnutého souhlasu je Pojišťovna České spořitelny vázána a plně ho respektuje.

## **Jaký přístup má klient ke svým osobním údajům a jaká je povinnost Pojišťovny České spořitelny?**

Informaci o tom, jaké osobní údaje o klientovi Pojišťovna České spořitelny zpracovává, si klient může vyžádat na centrále Pojišťovny České spořitelny. Informaci v zákonem stanoveném rozsahu (viz § 12 odst. 2 zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů) vyhotoví Pojišťovna České spořitelny bez zbytečného odkladu a předá ji klientovi osobně, nebude-li výslovně dohodnut jiný způsob předání. Za poskytnutí informace náleží Pojišťovně České spořitelny úhrada nákladů spojených s jejím poskytnutím (viz § 12 zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů).

Pokud klient zjistí nebo se domnívá, že při zpracování osobních údajů došlo ze strany Pojišťovny České spořitelny nebo dalších subjektů provádějících zpracování k porušení jeho práv či k porušení povinností stanovených zákonem, může se domáhat nápravy s využitím všech prostředků, které mu k tomu platná právní úprava poskytuje (viz § 21 zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů). Se svými podněty se klient může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů.

## **Jak Pojišťovna České spořitelny informuje o zásadách a pravidlech zpracování osobních údajů a jejich ochraně?**

- tyto zásady jsou umístěny veřejně na internetových stránkách Pojišťovny České spořitelny
- s pravidly zpracování osobních údajů a jejich ochrany je klient seznámen při uzavírání pojistné smlouvy; v této souvislosti je klient také požádán, aby se vyjádřil k Pojišťovnou České spořitelny navrženému Souhlasu se zpracováním osobních údajů

Aktuální znění těchto zásad pro nakládání a ochranu osobních údajů naleznete na internetových stránkách Pojišťovny České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, <http://www.pojistovnacs.cz/>.

## Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění spojená s investičními fondy OSOINV 7

ze dne 1. října 2012

### ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro smluvní soukromé pojištění (dále jen „pojištění“) osob, které sjednává Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group (dále jen „pojistitel“), platí zákon č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě (dále jen „zákon“), zákon č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, a ostatní obecně závazné právní předpisy České republiky, tyto všeobecné pojistné podmínky pro pojištění spojená s investičními fondy, speciální pojistné podmínky uvedené v pojistné smlouvě a ostatní ujednání pojistné smlouvy.

### OBECNÁ USTANOVENÍ ČLÁNEK 1 – Základní pojmy

Pro účely sjednávání pojištění platí tento výklad pojmů (abecedně řazený):

- běžné pojistné** – pojistné stanovené za pojistné období
- čekací doba** – doba, po kterou pojistitel nevnáší povinnost poskytnout pojistné plnění z události, které by jinak pojistnými událostmi byly
- jednorázové pojistné** – pojistné stanovené na celou dobu, na kterou bylo pojištění sjednáno
- mimoriádné pojistné** – zaplacené pojistné vložené nad rámec sjednaného běžného pojistného nebo počátečního jednorázového pojistného, zvyšuje kapitálovou hodnotu smlouvy
- nahodilá skutečnost** – skutečnost, která je možná a u které není jisté, zda v době trvání pojištění vůbec nastane nebo není známa doba jejího vzniku
- obmyslený** – osoba určená pojistníkem v pojistné smlouvě, které vznikne právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného
- odkupné** – část nespotřebovaného pojistného ukládaná pojistitelem jako technická rezerva vypočtená pojistné matematickými metodami k datu zániku pojištění
- oprávněná osoba** – osoba, které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění
- počátek pojištění** – okamžik, kterým vzniká povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění v případě vzniku pojistné události a jeho právo na pojistné podle uzavřené pojistné smlouvy
- pojistitel** – právnická osoba, která je oprávněna provozovat pojišťovací činnost podle zvláštního zákona
- pojistná částka** – pojistnou smlouvou dohodnutá částka nebo důchod, kterou je pojistitel povinen vyplatit v případě pojistné události
- pojistná doba** – doba, na kterou je pojištění sjednáno
- pojistná smlouva uzavřená formou obchodu na dálku v souladu s právem Evropských společenství** – pojistná smlouva uzavřená s výhradním použitím jednoho nebo více prostředků komunikace na dálku
- pojistná událost** – nahodilá skutečnost blíže označená v pojistné smlouvě, se kterou je spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění
- pojistné období** – časové období dohodnuté v pojistné smlouvě, za které se platí pojistné
- pojistné plnění** – pojistná částka nebo důchod, které jsou podle pojistné smlouvy vyplaceny, nastane-li pojistná událost
- pojistné riziko** – míra pravděpodobnosti vzniku pojistné události vyvolaná pojistným nebezpečím
- pojistně-technické období** – časové období, ve kterém platí parametry smlouvy; pro pojištění spojená s investičními fondy je pojistně-technickým obdobím kalendářní měsíc; pojistné za sjednaná pojištění a poplatky jsou strženy podle pojistně-technických pravidel z kapitálové hodnoty smlouvy vždy na počátku pojistně-technického období
- pojistník** – fyzická nebo právnická osoba, která s pojistitelem uzavřela pojistnou smlouvu a je povinna platit stanovené pojistné
- pojištění obnosové** – pojištění, jehož účelem je získání obnosu, tj. dohodnuté finanční částky v důsledku pojistné události ve výši, která je nezávislá na vzniku nebo rozsahu škody
- pojištěný** – osoba, na jejíž život nebo zdraví se pojištění vztahuje
- renta** – částka vyplácená v dohodnutých obdobích pojištěnému, nejdéle však do data jeho úmrtí
- trvalý nosič dat** – nástroj, který umožňuje uchování informací tak, aby mohly být k dispozici během doby přiměřené účelu informace, a reprodukci těchto informací v nezměněné podobě
- výroční den** – den a měsíc z data počátku pojištění uvedeného v návrhu na uzavření pojistné smlouvy, resp. v pojistné smlouvě

### ČLÁNEK 2 – Druhy pojištění

- Pojistitel sjednává pojištění osob jako pojištění obnosové.  
V pojištění osob lze pojistit fyzickou osobu pro:
  - případ smrti,
  - případ dožití se určitého věku nebo dne stanoveného v pojistné smlouvě jako konec pojištění,
  - případ úrazu,
  - případ nemoci nebo jiné skutečnosti související se zdravím nebo se změnou osobního postavení této osoby,
  - případ vyplácení renty.
- Pojistník může uzavřít pojistnou smlouvu na pojistné riziko pojištěného, který je osobou oddělenou od pojistníka (dále jen „pojištění cizího pojistného rizika“). Pojistník je povinen seznámit pojištěného s obsahem pojistné smlouvy týkající se pojištění jeho pojistného rizika.
- Pojistnou smlouvu lze uzavřít i ve prospěch třetí osoby.

### ČLÁNEK 3 – Uzavření pojistné smlouvy

- Pojistná smlouva je smlouvou o finančních službách, ve které se pojistitel zavazuje v případě vzniku nahodilé události poskytnout ve sjednaném rozsahu plnění a pojistník se zavazuje platit pojistiteli pojistné.
- Navrhovatelem je zámec, který předkládá návrh na uzavření pojistné smlouvy pojistiteli.
- K uzavření pojistné smlouvy je třeba, aby návrh byl pojistitelem přijat ve lhůtě tří měsíců ode dne, kdy zástupce pojistitele obdržel návrh od navrhovatele. Za datum uzavření pojistné smlouvy se považuje 21. den po vystavení pojistky.
- Pojistka slouží jako písemné potvrzení o uzavření pojistné smlouvy. V případě přijetí návrhu pojistitelem obdrží pojistník pojistku do tří měsíců od data převzetí návrhu zástupcem pojistitele.
- Při nepřijetí návrhu na pojištění pojistitelem pojištění smlouva nevzniká. Pojistitel nevnáší závazek poskytnout pojistné plnění při vzniku nahodilé skutečnosti, v návrhu blíže označené, a pojistník nemá povinnost platit pojistné. V případě, že pojistník již uhradil částku (v návrhu označenou jako pojistné), bude mu vrácena do 30 dnů od data rozhodnutí o nepřijetí návrhu.

- V případech, kdy se sjednává pojistná smlouva ihned (bez návrhu), je tato současně pojistkou sloužící jako písemné potvrzení o uzavření pojistné smlouvy. Pojistná smlouva je uzavřena dnem jejího sepsání.
- V případech, že se pojištění stává z pojistně-technických či jiných důvodů nemožné, má pojistitel právo zaslat pojistníkovi do jednoho měsíce od doručení pojistné smlouvy na centrálu pojistitele oznámení o zániku pojištění.
- Každá ze smluvních stran musí obdržet alespoň jedno vyhotovení pojistné smlouvy.
- Pojištěný je kryt v rozsahu uvedeném na pojistce ode dne sjednaného jako počátek pojištění, pokud není dohodnuto jinak.
- Dojde-li ke ztrátě, poškození nebo zničení pojistky, vydá pojistitel na žádost a náklady pojistníka druhopis pojistky.
- Nedilnou součástí návrhu na uzavření pojistné smlouvy, resp. pojistné smlouvy, jsou písemné dotazy pojistitele týkající se sjednávání pojištění.
- V případě, že navrhovatel písemně odvolá návrh na uzavření pojistné smlouvy a odvolání návrhu bude doručeno na centrálu pojistitele nejpozději jeden den před datem uzavření pojistné smlouvy, má pojistitel právo na úhradu vzniklých nákladů spojených s posouzením návrhu a nákladů na zdravotní ocenění (viz platný přehled poplatků a parametrů produktu).
- Pojistník a pojištěný jsou zejména povinni:
  - umožnit pojistiteli nebo jím pověřeným osobám posoudit pojistné riziko, poskytnout údaje o zdravotním stavu, případně umožnit pojistiteli přezkoumat jejich zdravotní stav, popř. finanční situaci,
  - pravdivě a úplně odpovědět na všechny písemné dotazy pojistitele týkající se sjednávání pojištění; to platí i v případě, že jde o změnu pojištění,
  - oznámit bez zbytečného odkladu pojistiteli všechny změny týkající se skutečnosti, na které byl pojistitelem tázán nebo které jsou uvedeny v pojistné smlouvě (např. změnu korespondenční adresy nebo adresy trvalého bydliště apod.), změnu pojistného rizika (např. změnu povolání, změnu rizikové skupiny, změnu výše příjmu, odchod do invalidního nebo starobního důchodu, příp. byl-li uznán invalidním).
- Na základě souhlasu pojistníka a pojištěného s těmito všeobecnými pojistnými podmínkami, vyjádřeného podpisem na návrhu pojistné smlouvy, resp. pojistné smlouvy, je pojistitel oprávněn zjišťovat a přezkoumávat fyzický i psychologický zdravotní stav pojištěného u všech lékařů, zdravotnických zařízení a zařízení poskytujících zdravotní péči, u kterých se dosud léčil/a, léčí nebo bude léčit. Souhlas pojistníka a pojištěného uděluje za účelem uzavření pojistné smlouvy (pojistných smluv) a pro vyřizování pojistných událostí i na dobu po jeho smrti a dále zmocňuje lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči k vytvoření lékařských zpráv, výpisu ze zdravotnické dokumentace či k jejich zapůjčení. Zjišťování zdravotního stavu nebo příčiny smrti se provádí na základě zpráv a výpisů nebo kopií zdravotnické dokumentace vyžádaných od poskytovatele zdravotních služeb, kterého pověřil pojistitel, od jiných poskytovatelů zdravotních služeb, a v případě potřeby i prohlídkou nebo vyšetřením provedeným poskytovatelem zdravotních služeb, kterého pověřil pojistitel. Pojistník a pojištěný dále souhlasí s tím, že pojistitel je oprávněn v rámci šetření pojistných událostí vyžádat si podklady i od jiných institucí. Pojistník a pojištěný svým souhlasem zprůšňují od povinnosti zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, poskytovatele zdravotních služeb, zdravotnické pracovníky, jiné odborné pracovníky a další osoby poskytující zdravotní služby, které pojistitel požádá o uvedené informace. Pojistitel je též oprávněn v případě potřeby ověřovat pobírání invalidního důchodu, příp. ověřit, zda je pojištěný stále invalidní. Skutečnosti týkající se pojištění a skutečnosti, o kterých se pojistitel dozví při zjišťování zdravotního stavu, smí pojistitel použít pouze pro svou potřebu; tyto skutečnosti může pojistitel poskytnout v případě souhlasu pojištěného jiným pojišťovnám, popř. jejich společným institucím, nebo v souladu s právním předpisem.
- Pojistitel je povinen zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, které se dozví při sjednávání pojištění, jeho správe a při likvidaci pojistných událostí. Pojistitel tyto informace může jen se souhlasem osoby, které se skutečnosti týkají, nebo pokud tak stanoví právní předpis.
- Pojištění nelze sjednat pro osoby, které jsou hospitalizovány nebo jsou trvale upoutány na lůžko, není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak.

### ČLÁNEK 4 – Forma právních úkonů

Pojistná smlouva a všechny ostatní právní úkony týkající se pojištění musí mít písemnou formu, není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak.  
O ostatních právních úkonech týkajících se pojištění, vyjma uzavření pojistné smlouvy, je písemná forma zachována i v případě, je-li právní úkon učiněn elektronicky prostředky, jež umožňují zachycení obsahu právního úkonu a určení osoby, která právní úkon učinila.

### ČLÁNEK 5 – Pojistná doba, trvání pojištění a pojistné období

- Pojištění lze sjednat buď na přesně stanovenou dobu (se sjednaným koncem pojištění) nebo na dobu neurčitou.
- Pojistná smlouva je platná od data uzavření a účinná od data počátku pojištění. Pojištění se může vztahovat i na dobu před uzavřením pojistné smlouvy nebo na dobu před počátkem pojištění (předběžně krytí).  
V případech, kdy se sjednává pojistná smlouva ihned (bez návrhu), platí, že pojistná smlouva je platná od data uzavření a účinná nejdříve následujícím dnem po uzavření pojistné smlouvy. Počátek pojištění je stanoven na 00.00 hodin dne sjednaného jako počátek pojištění na pojistce.
- U pojištění sjednaných na přesně stanovenou dobu pojištění končí ve 24.00 hodin dne sjednaného jako konec pojištění.

### ČLÁNEK 6 – Pojistná částka a limit pojistného plnění

Pojistitel si vyhrazuje právo stanovit pro jednotlivé druhy pojištění osob nejnižší a nejvyšší pojistné částky, případně limity pojistného plnění.

### ČLÁNEK 7 – Pojistné a placení pojistného

- Pojistník je povinen platit pojistné. Pojistné je úplatou za poskytnutou pojistnou ochranu a jeho výše je uvedena v pojistné smlouvě.
- Právo pojistitele na pojistné vzniká dnem dohodnutým v pojistné smlouvě jako počátek pojištění. Pojistitel má právo na pojistné za dobu do zániku pojištění. Nastane-li pojistná událost, v důsledku které pojištění zaniklo, náleží pojistiteli pojistné do konce pojistného období, v němž pojistná událost nastala; jednorázové pojistné náleží v takovém případě pojistiteli za celou dobu, na kterou bylo pojištění sjednáno.
- Na písemnou žádost pojistníka je pojistitel povinen sdělit zásady pro stanovení výše pojistného. Výše pojistného se určuje podle sazeb pro jednotlivé druhy pojištění stanovených pojistitelem.
- Pojistné se platí buď najednou za celou dobu, na kterou bylo pojištění sjednáno (jednorázové pojistné), nebo za dohodnutá pojistná období (běžné pojistné). Pojistné období je roční nebo pololetní, čtvrtletní nebo měsíční. V případě měsíčního pojistného období pojistitel účtuje inkasní poplatek (viz platný přehled poplatků a parametrů produktu).

Běžné pojistné se platí po sjednanou dobu pojištění. Podle způsobu a techniky úhrady pojistného má pojistitel právo účtovat poplatek (viz platný přehled poplatků a parametrů produktu).

5. Za datum úhrady je považován den, kdy bylo pojistné pod správným variabilním a specifickým symbolem připsáno na účet pojistitele uvedený v pojistné smlouvě. Pojistník nehradí pojistné před doručení pojistky a případně zaplacení pojistného v této době se nepovažuje za uzavření pojistné smlouvy. Takto uhrazené pojistné na účet pojistitele se do data počátku pojistné smlouvy nepřiznává k pojistné smlouvě ani se nezahodnocuje.
6. Splatnost pojistného je určena pojistitelem a je uvedena v pojistce. Není-li v pojistce splatnost pojistného uvedena, pak platí, že běžné pojistné je splatné prvního dne pojistného období a jednorázové pojistné dnem počátku pojištění.
7. Pojistné je splatné v České republice v tuzemské měně, pokud není ve smlouvě dohodnuto jinak.
8. Pojistitel má právo v souladu se zákonem upravit výši běžného pojistného na další pojistné období v souvislosti se změnami podmínek rozhodných pro stanovení výše pojistného, s výjimkou změny věku a zdravotního stavu. Pokud pojistník se změnou výše pojistného nesouhlasí a svůj nesouhlas uplatní do jednoho měsíce ode dne, kdy se o navrhované změně dozvěděl, pojištění zanikne uplynutím pojistného období, na které bylo pojistné zaplacené. U jednorázové placení pojistného nelze v průběhu trvání pojištění pojistné navýšovat.
9. Výše pojistného se stanoví zejména s ohledem na zdravotní stav, vykonávané povolání, zájmovou činnost a vstupní věk pojištěného. Je-li výše pojistného závislá též na věku pojištěného, považuje se za jeho vstupní věk rozdíl mezi kalendářním rokem počátku pojištění a kalendářním rokem, v němž se pojištěný narodil. Výši pojistného dále ovlivňuje zejména rozsah pojištění, výše pojistných částek a doba trvání pojištění.
10. Pokud byly v důsledku uvedení nesprávného data narození nebo nesprávného pohlaví stanoveny chybné technické parametry pojištění (pojistné, pojistná doba, doba placení pojistného nebo pojistná částka), je pojistitel oprávněn pojistné plnění ze smlouvy snížit v poměru pojistného, které bylo placeno, k výši pojistného, které by bylo placeno, kdyby pojistník uvedl správné datum narození nebo pohlaví pojištěného.
11. Pojistitel je oprávněn započíst proti pojistnému plnění dlužné částky pojistného a jiné splatné pohledávky z pojištění; klesne-li po započtení uvedených pohledávek částka pojistného plnění určená k výplatě oprávněné osobě pod 20 Kč, není pojistitel povinen tuto částku vyplatit.
12. Pojistitel je oprávněn odečíst případné nedoplatky pojistného ze všech smluv pojistníka od výplat, které nejsou pojistným plněním (např. odkupné, pohledávky z vratek pojistného, podíly na zisku). Případné přeplatky pojistného a výplaty, které nejsou pojistným plněním, není pojistitel do částky 20 Kč povinen vyplatit.
13. V případě, že pojistník požaduje výplatu na účet, musí být na žádosti provedeno ověření identifikačních údajů pojistníka.
14. Zaplaceným pojistným uhraduje pojistitel své pohledávky na pojistné v pořadí, v jakém po sobě vznikly.
15. Nemůže-li pojistník v odůvodněných případech zaplatit pojistné v termínu dohodnutém ve smlouvě a požádá-li písemně před uplynutím této lhůty pojistitele o její prodloužení, může pojistitel na základě písemné dohody prodloužit splatnost až o tři měsíce.
16. Pokud si pojistník zvolil způsob placení běžného pojistného inkasem z účtu nebo formou SIPO a pojistitel nemohá vyinkasovat pojistné za tři po sobě jdoucí pojistná období, může pojistitel způsob placení běžného pojistného inkasem z účtu nebo formou SIPO pojistníka zrušit a pojistník je poté povinen hradit běžné pojistné jiným způsobem.

#### ČLÁNEK 8 – Pojistná událost

- A) 1. Pojistnou událostí se rozumí smrt pojištěného, dožití se určitého věku nebo dne stanoveného v pojistné smlouvě jako konec pojištění, úraz, nemoc nebo jiná skutečnost související se zdravím nebo se změnou osobního postavení pojištěného, která je sjednaná v pojistné smlouvě.
2. Pojištění se týká pojistných událostí, které nastanou v době trvání pojištění.
3. Územní platnost pojištění není omezena.
4. Oznamování pojistné události se rozumí písemně předání úplné a pravdivě vyplněného formuláře hlášení pojistné události, včetně všech požadovaných a v době nahlášení pojistné události dostupných příloh, doručení pojistiteli. Náklady spojené s vyplněním formuláře hradí oprávněná osoba. Doklady, které si pojistitel vyžádá v rámci šetření pojistné události, je oprávněná osoba povinna předávat písemně.
5. Jestliže se pojištěný dožije určitého věku nebo dne stanoveného v pojistné smlouvě, není povinen tuto skutečnost pojistiteli oznamovat. Pojištěný bude dva měsíce předem upozorněn a vyzván k určení způsobu výplaty.
6. Jestliže dojde k úmrtí pojistníka před počátkem pojištění, pojistná smlouva bude ukončena před tímto počátkem a v případě, že bylo uhrzeno pojistné, stane se součástí dědičného řízení.
- B) Nastane-li pojistná událost, je oprávněná osoba zejména povinna:
  1. bez zbytečného odkladu pojistiteli nahlásit, že pojistná událost nastala (kdy a kde pojistná událost nastala, o jakou událost se jedná, okolnosti vzniku pojistné události),
  2. podat pravdivě vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události,
  3. předložit doklady potřebné pro výplatu pojistného plnění, které si pojistitel vyžádá, a to v českém jazyce a originální dokumenty pořízené v cizím jazyce opatřené překladem úředně uznávanou osobou,
  4. řídit se pokyny pojistitele a postupovat způsobem dohodnutým v pojistné smlouvě (např. podrobit se lékařské prohlídce na vyzvání pojistitele); pojistitel hradí pouze náklady za lékařskou prohlídku, ostatní náklady hradí pojištěný sám,
  5. umožnit pojistiteli nebo jím pověřeným osobám veškerá šetření nezbytná pro posouzení nároku na pojistné plnění a jeho výši,
  6. oznámit změny, které mají vliv na výplatu pojistného plnění; je-li pojistnou událostí smrt pojištěného, má tyto povinnosti obmysleny,
  7. bez zbytečného odkladu vyhledat lékařské ošetření,
  8. řídit se pokyny lékaře, podrobit se nařízeným či doporučeným léčebným výkonům a dodržovat léčebný režim,
  9. pokud možno přispívat ke zmírnění následků pojistné události, tj. chovat se a jednat tak, aby následky pojistné události byly minimální, a vyžaduje-li to pojistitel, dát se na jeho náklad vyšetřit lékařem, kterého pojistitel určí.
- C) Důsledky porušení povinností:
  1. Porušil-li pojistník nebo pojištěný některou z povinností uvedených v článku 3 odst. 13 písm. a), b), c) a bylo-li v důsledku toho stanoveno nižší pojistné, může pojistitel pojistné plnění přiměřeně snížit. Pojistitel může pojistné plnění přiměřeně snížit i v případě uvedení nepravdivých údajů – článek 7 odst. 9 a 10.
  2. Pokud oprávněná osoba porušila povinnosti uvedené v článku 8 bodu B odst. 1, 2, 4, 7, 8, 9, je pojistitel oprávněn snížit pojistné plnění úměrně tomu, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinností plnit.
  3. Pojistitel není povinen plnit, jestliže oprávněná osoba porušila povinnost uvedenou v článku 8 bodu B odst. 3, 5 a 6; dále v případě odst. 7, pokud nemůže klient prokazatelně doložit datum vzniku pojistné události zdravotní dokumentací vyhotovenou lékařem v den prvního ošetření.

#### ČLÁNEK 9 – Pojistné plnění

1. Pojistné plnění je omezeno horní hranicí. Horní hranice se určí pojistnou částkou nebo limitem pojistného plnění.
2. V případě pojistné události je pojistitel povinen poskytnout jednorázové nebo opakované pojistné plnění nebo může na základě žádosti pojištěného poskytnout zálohu na pojistné plnění u rizik stanovených pojistitelem v SPP, a to v rozsahu a za podmínek stanovených pojistnou smlouvou.
3. Opakované pojistné plnění se vyplácí pojištěnému nebo tomu, komu vzniklo právo na výplatu pojistného plnění, v dohodnutých obdobích, nejdéle však po dobu a ve výši vypočtené podle zásad pro její stanovení.
4. a) Pojistné plnění může být použito k zajištění závazku formou vinkulace nebo zřízením zástavního práva (dále jen „zajištění závazku“). Zajištění závazku se provádí na žádost

pojistníka. O zajištění závazku může pojistník požádat vždy se souhlasem pojištěného. Účinnost zajištění závazku nebo jeho zrušení nastává dnem, kdy pojistitel potvrdil podmínky zajištění závazku, na kterých se dohodl pojistník a třetí osoba, v jejíž prospěch má být pojistné plnění zajištěno. V případě sjednaní zajištění závazku se třetí osoba, v jejíž prospěch je zajištění závazku sjednáno, stává oprávněnou osobou i obmysleným.

- b) K zániku pojištění, a tím i k ukončení zajištění závazku může dojít pouze se souhlasem třetí osoby, v jejíž prospěch bylo pojistné plnění zajištěno, nebo pokud pojistitel bylo písemně oznámeno ukončení smluvního vztahu mezi pojistníkem a třetí osobou, v jejíž prospěch bylo zajištění závazku sjednáno (např. splacením úvěrového závazku). K ukončení pojistné smlouvy dojde i zánikem pojistného rizika.
5. Pojistné plnění je splatné v České republice v tuzemské měně, pokud není ve smlouvě dohodnuto jinak.
6. Po oznámení události, se kterou je spojen požadavek na plnění z pojištění, je pojistitel povinen bez zbytečného odkladu zahájit šetření ke zjištění rozsahu jeho povinností plnit. Pojistitel je povinen ukončit šetření do tří měsíců po tom, co mu byla událost, se kterou je spojen požadavek na plnění z pojištění, oznámena. Lhůta stanovená pro ukončení šetření nebehž, je-li šetření znemožněno nebo ztíženo z viny oprávněné osoby. Pokud v takovém případě provádí pojistitel zjišťování údajů nutných k obnově šetření pojistné události na vlastní náklady, není povinen o přerušení běhu lhůty stanovené pro ukončení šetření informovat oprávněnou osobu. Šetření je skončeno, jakmile pojistitel sdělí výsledky šetření nutného ke zjištění výše pojistného plnění obyčejnou listovní zápisou na korespondenční adresu, případně elektronickou formou (např. elektronickou poštou apod.) oprávněné osobě. Nemůže-li pojistitel ukončit šetření v uvedené lhůtě, je povinen postupovat způsobem určeným v zákoně. Pojistné plnění je splatné do 15 dnů po skončení šetření nutného ke zjištění rozsahu povinností pojistitele plnit. Vyplacením pojistného plnění se rozumí odepsání finančních prostředků z účtu pojistitele na účet nebo adresu oprávněné osoby. Jestliže oprávněná osoba požaduje výplatu pojistného plnění na účet, musí být na oznámení pojistné události provedeno ověření identifikačních údajů příjemce plnění.
7. Právo na plnění ze životního pojištění (zahrnuje dožití a rizika základní pojištění pro případ smrti z jakýchkoli příčin, doplnkové pojištění pro případ smrti z jakýchkoli příčin a pojištění kapitálové hodnoty) se promlčí nejpozději za 10 let; promlčecí doba na pojistné plnění počíná běžet za jeden rok po vzniku pojistné události. Právo na plnění z ostatních pojištění doplnkové a úrazové složky se promlčí nejpozději za 3 roky; promlčecí doba na pojistné plnění počíná běžet za jeden rok po vzniku pojistné události.
8. V případě, že oprávněná osoba (v případě smrti obmyslený) nesouhlasí s výsledkem šetření nahlášené pojistné události, je povinna písemně požádat pojistitele o přešetření. V žádosti je nutné uvést číslo pojistné události, přesně specifikovat, jaká část rozhodnutí pojistitele je rozporována a případně rozporované skutečnosti doložit zdravotní dokumentací vyhotovenou lékařem v den ošetření, která tvrzení oprávněné osoby (obmysleného) prokazuje.

#### ČLÁNEK 10 – Omezení pojistného plnění

- Pojistitel může pojistné plnění snížit i v těchto dalších případech:
1. Pojistitel je oprávněn snížit, podle odůvodněných okolností případu, pojistné plnění, nejvýše však o jednu polovinu:
    - a) došlo-li k pojistné události v souvislosti s jednáním, pro které byl pojištěný soudem uznán vinným trestným činem,
    - b) zemřel-li pojištěný v souvislosti s jednáním, jímž jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt,
    - c) došlo-li k pojistné události v pojištěného po požití alkoholu nebo aplikaci návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky.
  2. Byl-li trestný čin dle odst. 1 písm. a) spáchaný pojištěným úmyslně a okolnosti případu to odůvodňují, může pojistitel snížit své pojistné plnění o více než polovinu.
  3. Byla-li pojistná událost způsobena obmysleným (nebo osobami stanovenými v článku 11 těchto VPP) z nedbalosti nebo po požití alkoholu nebo aplikaci návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky, může pojistitel snížit pojistné plnění, nejvýše však o jednu polovinu.
  4. Oprávněná osoba nemá právo na pojistné plnění, jestliže pojistnou událost způsobila úmyslně sama nebo z jejího podnětu jiná osoba.
  5. Nastane-li smrt následkem sebevraždy pojištěného:
    - a) do dvou let trvání pojištění, vyplatí pojistitel kapitálovou hodnotu smlouvy platnou ke dni nahlášení úmrtí pojištěného. Kapitálová hodnota smlouvy bude vyplacena pojistníkem. Je-li pojistník současně pojištěným, bude kapitálová hodnota smlouvy vyplacena obmysleným. Pokud nebyla vytvořena kladná kapitálová hodnota smlouvy, zaniká pojištění bez náhrady. V případě pojištění dvojice pojištěných osob a sebevraždy jedné z nich nevzniká nárok na pojistné plnění.
    - b) po dvou letech trvání pojištění, vyplatí pojistitel sjednanou pojistnou částku pro případ smrti platnou ke dni úmrtí, nebo kapitálovou hodnotu smlouvy platnou ke dni nahlášení úmrtí pojištěného, je-li vyšší. V případě, kdy došlo v průběhu posledních dvou let před sebevraždou ke zvýšení pojistné částky pro případ smrti pojištěného, vyplatí pojistitel pojistnou částku platnou před zvýšením nebo kapitálovou hodnotu smlouvy platnou ke dni nahlášení úmrtí pojištěného, je-li vyšší. Pojistné plnění bude vyplaceno obmyslenému.
  6. Pokud dojde ke smrti pojištěného a není-li ve smlouvě dohodnuto jinak, vyplatí pojistitel částku ve výši kapitálové hodnoty smlouvy v případech uvedených níže. Nebyla-li do vzniku pojistné události vytvořena kladná kapitálová hodnota smlouvy, zaniká pojištění bez náhrady. Kladná kapitálová hodnota bude vyplacena, dojde-li k pojistné události:
    - a) do doby dvou let od počátku pojištění následkem jakéhokoliv onemocnění, které nastalo nebo bylo diagnostikováno před počátkem pojištění,
    - b) způsobené přímo nebo nepřímo jadernou katastrofou nebo jaderným zářením vyvolaným vybuchem nebo závadou jaderného zařízení a přístrojů,
    - c) při aktivní účasti pojištěného na vnitrostátních nepokojích či veřejných násilnostech nebo v souvislosti s teroristickými událostmi všeho druhu (násilným jednáním motivovaným politicky, rasově, sociálně, ideologicky nebo nábožensky) na straně iniciátora,
    - d) způsobené přímo či nepřímo válečnými událostmi, vojenskými nebo bojovými akcemi všeho druhu.Omezení uvedená v tomto bodě se nevztahují na případy přímé či nepřímé účasti pojištěného na válečných událostech, vojenských nebo bojových akcích nebo vnitrostátních nepokojích všeho druhu, ke kterým došlo při plnění služby v Armádě ČR nebo u Policie ČR za předpokladu, že bezprostředně souvisí s výkonem povolání nebo pracovní činností pojištěného mimo území ČR, a zároveň jsou součástí mezinárodní mise autorizované Organizací spojených národů (např. mise International Security Assistance Force – ISAF). Uvedená omezení se dále nevztahují na případy, ke kterým došlo v souvislosti s výkonem povolání nebo pracovní činností pojištěného mimo území ČR za předpokladu, že bezprostředně souvisí s výkonem povolání nebo pracovní činností pojištěného mimo území ČR, a zároveň jsou součástí mezinárodní mise autorizované Organizací spojených národů.
7. Pojistitel má právo krátit pojistné plnění v případě, kdy pojistná částka, stanovená v závislosti na průměrném čistém měsíčním příjmu, neodpovídá skutečně vyšší tohoto příjmu v době vzniku pojistné události.
8. Pojištění se nevztahuje na dobu před počátkem pojištění (vyjma předběžného krytí) a pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění, pokud pojistník v době podání návrhu na uzavření pojistné smlouvy věděl nebo mohl vědět, že pojistná událost již nastala.

#### ČLÁNEK 11 – Oprávněné osoby

1. Oprávněnými osobami jsou:
  - a) obmyslený – fyzická osoba určená pojistníkem v pojistné smlouvě, a to přijmením, jménem a datem narození, nebo právnická osoba určená pojistníkem v pojistné smlouvě, a to obchodní firmou a IČ, které vznikne právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného (včetně smrti následkem úrazu),
  - b) pojištěný – pro pojistné plnění z doplnkové a úrazové složky pojištění.Jestliže před výplatou pojistného plnění pojištěný zemře a lze dostatečně prokázat, že vznikl nárok na pojistné plnění, a jsou k dispozici relevantní a dostatečné údaje pro prokázání výše pojistného plnění, nabývají práva na pojistné plnění dědici pojištěného.

2. Je-li pojistnou událostí smrt pojištěného, poskytne pojistitel pojistné plnění z pojistné smlouvy obmyšlenému. Nebyl-li v době pojistné události určen obmyšlený nebo nenabude-li obmyšlený práva na pojistné plnění, nabývají tohoto práva osoby v pořadí stanoveném zákonem.
3. Je-li pojistnou událostí jiná událost než smrt pojištěného, nabývá právo na pojistné plnění oprávněná osoba – pojištěný. Pojistné plnění může být poskytnuto též zastupitelé pojištěného ustanoveného v souladu se zákonem.
4. V případě pojištění cizího rizika právo na pojistné plnění může uplatnit pojistník, a to pouze tehdy, jestliže prokáže, že pojištěného seznámil s obsahem pojistné smlouvy týkající se pojištění jeho pojistného rizika a jestliže prokáže, že mu byl k přijetí pojistného plnění dán souhlas pojištěného, popřípadě zákonného zástupce takové osoby, není-li zákonným zástupcem pojistník sám.
5. Vznikne-li právo na pojistné plnění několika osobám a nejsou-li jejich podíly určeny, má každá z nich právo na stejný díl.
6. V případě, že je pojistník odlišný od pojištěného, může určit osobu obmyšleného nebo sjednat podmínky zastavení závazku jen s písemným souhlasem pojištěného.
7. Až do vzniku pojistné události může pojistník obmyšleného měnit. Změna obmyšleného je účinná dnem doručení sdělení pojistiteli. V případě, že pojistník není sám pojištěným, potřebuje ke změně obmyšleného, případně ke změně zastavení závazku, písemný souhlas pojištěného.

#### ČLÁNEK 12 – Redukce pojistné částky, přerušení pojištění

1. Pojištění spojené s investičními fondy nelze v důsledku neplacení pojistného změnit na pojištění se sníženou pojistnou částkou (redukce pojistné částky). V důsledku neplacení pojistného pojištění zaniká dnem následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené pojistitelem v úpomině k zaplacení dlužného pojistného nebo jeho části.
2. Pojištění se pro neplacení pojistného nepřerušuje, a to ani v případě, že pojistné nebylo zapláceno do dvou měsíců ode dne jeho splatnosti.

#### ČLÁNEK 13 – Zánik pojištění

1. Pojištění zaniká pro neplacení pojistného dnem následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené pojistitelem v úpomině k zaplacení dlužného pojistného nebo jeho části. Nebyla-li vytvořena kladná kapitálová hodnota smlouvy, zaniká pojištění bez náhrady. Jestliže byla vytvořena kladná kapitálová hodnota smlouvy, pojištění zaniká a pojistitel vyplácí pojistníkovi kapitálovou hodnotu smlouvy k datu ukončení pojistné smlouvy. Do doby dvou let od počátku pojištění je odkupné rovno min. 90% kapitálové hodnoty smlouvy. Maximální možné snížení kapitálové hodnoty smlouvy (poplatek za předčasné ukončení pojistné smlouvy) je stanoveno pojistitelem a je uvedeno v přehledu poplatků a parametrů produktu. Po uplynutí dvou let je odkupné rovno kapitálové hodnotě smlouvy. Lhůta uvedená v úpomině je nejméně tři měsíce po původně stanoveném datu splatnosti (počítá se od data splatnosti počátku upomínaného období).
  2. Pokud dojde k předčasnému ukončení pojistné smlouvy, je pojistník povinen uhradit dlužné pojistné. Je-li k datu ukončení absolutní hodnota záporné kapitálové hodnoty smlouvy nižší než dlužné pojistné, je pojistník povinen uhradit pouze tuto nižší částku.
  3. Pojištění zaniká uplynutím pojistné doby.
  4. Pojištění může zaniknout i dohodou smluvních stran. Do doby dvou let od počátku pojištění je odkupné rovno min. 90% kapitálové hodnoty smlouvy. Maximální možné snížení kapitálové hodnoty smlouvy (poplatek za předčasné ukončení pojistné smlouvy) je stanoveno pojistitelem a je uvedeno v přehledu poplatků a parametrů produktu. Po uplynutí dvou let je odkupné rovno kapitálové hodnotě smlouvy.
  5. Zodpoví-li pojistník nebo pojištěný při sjednávání pojistné smlouvy úmyslně nebo z nedbalosti nepravdivě nebo neúplně písemně dotazy pojistitele týkající se sjednávání pojištění, má pojistitel právo od pojistné smlouvy odstoupit, jestliže při pravidelném a úplném zodpovězení dotazů by pojistnou smlouvu neuzavřel. Toto právo může pojistitel uplatnit do dvou měsíců ode dne, kdy takovou skutečnost zjistil, jinak právo zanikne. To platí i v případě změny pojistné smlouvy. Odstoupením od pojistné smlouvy se smlouva od počátku ruší. Pojistitel je povinen bez zbytečného odkladu, nejpozději ve lhůtě 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 (viz platný přehled poplatků a parametrů produktu).
- 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. Stejně jako odstoupit od pojistné smlouvy jako pojistitel má, za podmínek uvedených v odst. 5 tohoto článku, i pojistník, jestliže mu pojistitel nebo jím zmocněný zástupce nepravdivě nebo neúplně zodpověděl jeho písemné dotazy týkající se sjednávání pojištění.
  7. Pokud pojistník v souvislosti s uzavřením pojistné smlouvy nebo v průběhu trvání pojištění svým jednáním způsobí neplatný právní úkon, je pojištění smlouva absolutně neplatná a musí dojít k vypořádání vzájemných závazků pojistitele a pojistníka (tj. zaplaceného pojistného a vyplaceného pojistného plnění).
  8. Pojistitel může plnění 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 úmyslné 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 zkráceně údaje týkající se rozsahu pojistné události nebo podstatné údaje týkající se této události zamlčí.

Dnem doručení oznámení o odmítnutí pojistného plnění pojištěný zanikne. Pojistitel vrátí pojistníkovi nespolečnou část ze zaplaceného pojistného, není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak.

9. Pojistitel má právo účtovat poplatek za správu a ukončení pojistné smlouvy. Poplatkem za správu a ukončení pojistné smlouvy se rozumí poplatek stanovený podle platných pojistně-technických zásad pojistitele na základě výše nákladů, které pojistitel vznikly v souvislosti s uzavřením, správou a ukončením pojistné smlouvy (viz platný přehled poplatků a parametrů produktu).
10. Pojistník je oprávněn odstoupit od smlouvy ve lhůtě 30 dnů ode dne, kdy obdržel sdělení o uzavření obchodu na dálku, nebo ode dne, kdy mu byly sděleny pojistné podmínky, pokud k tomuto sdělení dojde na jeho žádost po uzavření pojistné smlouvy. Pojistitel je povinen bez zbytečného odkladu, nejpozději ve lhůtě do 30 dnů ode dne odstoupení od pojistné smlouvy, vrátit pojistníkovi zaplacené pojistné, od kterého se odečte to, co již z pojištění plnil, a pojistník nebo pojištěný, který není současně pojistníkem, popřípadě obmyšlený, je ve stejné lhůtě povinen pojistiteli vrátit částku vyplaceného pojistného plnění, která přesahuje výši zaplaceného pojistného.

#### ČLÁNEK 14 – Výpověď pojištění

1. a) Pojistník může pojištění písemně vypovědět do dvou měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy. Dnem doručení výpovědi na centrálu pojistitele počíná běžet osmidenní výpovědní lhůta, jejímž uplynutím pojištění zaniká.
    - a) Pojistitel může pojištění písemně vypovědět do dvou měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy. Dnem doručení výpovědi počíná běžet osmidenní výpovědní lhůta, jejímž uplynutím pojištění zaniká.
- Pojistitel má v případě bezdůvodného pojistného práva na poměrnou část pojistného odpovídající délce trvání pojištění a na náklady spojené se vznikem a správou pojištění, v případě jednorázového pojistného má pojistitel právo na poplatek (viz platný přehled poplatků a parametrů produktu). Případný přeplatek pojistného bude pojistníkovi vrácen do 30 dnů po datu ukončení pojistné smlouvy.
2. a) Pojistitel může jednotlivá pojištění doplňková a úrazová složky s běžně placeným pojistným písemně vypovědět ke konci pojistného období.
    - a) Pojistitel může pojištění s běžně placeným pojistným písemně vypovědět ke konci pojistného období.

Výpověď musí být na centrálu pojistitele nebo na adresu pojistníka uvedenou ve smlouvě doručena alespoň šest týdnů před uplynutím pojistného období. Při běžně placeném pojistném pojištěný zanikne posledním dnem tohoto pojistného období. Při jednorázově placeném pojistném pojištění zanikne po uplynutí šesti týdnů od data doručení výpovědi na centrálu pojistitele.

3. U jednorázově hrazených pojistných smluv se doplňková a úrazová složka pojištění sjednává na dobu jednoho roku. Pokud žádá ze smluvních stran toto pojištění nevyplácí, a to nejpozději šest týdnů před uplynutím této doby, produkuje se sjednaná doba trvání těchto pojištění automaticky vždy o jeden rok, nejdelší však do doby ukončení pojistné smlouvy.
4. Pojistitel nebo pojistník mohou pojištění vypovědět do tří měsíců ode dne doručení oznámení vzniku pojistné události. Dnem doručení výpovědi na centrálu pojistitele nebo na adresu pojistníka uvedenou ve smlouvě počíná běžet výpovědní lhůta jednoho měsíce, jejímž uplynutím pojištění zaniká.
5. Po ukončení pojištění výpovědi se pojistníkovi vyplácí odkupné vypočtené podle pojistně-technických zásad, pokud nárok na odkupné vznikl. Odkupné neodpovídá celkovému zaplacenému pojistnému, ale kapitálové hodnotě smlouvy. Výplata odkupného je možná pouze za předpokladu kladné kapitálové hodnoty smlouvy. V prvním roce trvání, pokud není uloženo mimořádné pojistné nebo počáteční jednorázové pojistné, nevzniká nárok na výplatu odkupného. Do doby dvou let od počátku pojištění je odkupné rovno min. 90% kapitálové hodnoty smlouvy. Maximální možné snížení kapitálové hodnoty smlouvy (poplatek za předčasné ukončení pojistné smlouvy), je stanoveno pojistitelem a je uvedeno v přehledu poplatků a parametrů produktu. Po uplynutí dvou let je odkupné rovno kapitálové hodnotě smlouvy.
6. Pojistník má právo kdykoliv během trvání pojištění požadovat na pojistiteli sdělení o tom, kolik by činila výše odkupného. Pojistitel výše odkupného sdělí ve lhůtě jednoho měsíce ode dne obdržení žádosti pojistníka. Pojistitel je oprávněn za sdělení výše odkupného účtovat pojistníkovi poplatek (viz platný přehled poplatků a parametrů produktu).
7. Pokud bylo v životním pojištění, sjednaném s běžným pojistným, zapláceno pojistné nejméně za dva roky nebo jde-li o pojištění za jednorázové pojistné sjednané na dobu delší než jeden rok, má pojistník právo, aby mu na jeho žádost pojistitel vyplatil odkupné. Při jednorázově zaplaceném pojištění za životní pojištění sjednané na dobu delší než jeden rok, má ten, kdo s pojistitelem uzavřel smlouvu, právo požádat o výplatu odkupného kdykoliv po počátku pojištění. Odkupné je splatné do tří měsíců ode dne, kdy pojistitel obdržel žádost o výplatu odkupného. Výplatu odkupného pojištění zaniká.
8. Výši odkupného pojistitel vypočítává podle pojistně-technických zásad schválených ČNB.

#### ČLÁNEK 15 – Změna pojištění

1. Pojistník je povinen bez zbytečného odkladu písemně oznámit pojistiteli změnu nebo zánik pojistného rizika. Za změnu se považuje v tomto případě i změna povolání. V případě pojištění cizího pojistného rizika má tuto povinnost pojištěný. K přijetí žádosti o změnu pojištění se musí pojistitel vyjádřit do tří měsíců ode dne doručení žádosti na centrálu pojistitele.
2. Pokud pojistník požádá o změnu pojištění a je-li s ní spojena změna pojistného, souhlasí pojistník s jeho navýšením v nezbytně nutné výši odpovídající změnám pojištění.
3. Pokud se účastníci dohodnou o změně pojištění již sjednaného, je pojistitel povinen plnit ze změněného pojištění až z pojistných událostí, které nastanou od účinnosti vystaveného dodatku k pojistné smlouvě (vyjma čekacích dob uvedených v jednotlivých pojistných rizik v SPP). Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění, pokud pojistník v době podání návrhu na změnu pojištění věděl nebo mohl vědět, že pojistná událost již nastala.
4. Pojistitel si vyhrazuje právo v závislosti na aktuálním stavu pojistné smlouvy žádost o změnu zamítnout.

#### ČLÁNEK 16 – Doručování a sdělení

1. Písemnosti pojistitele určené pojistníkovi, pojištěnému nebo oprávněné osobě (dále jen „adresát“) se doručují prostřednictvím držitele poštovní licence (dále jen „pošta“) doporučenou zásilkou, doporučenou zásilkou s dodejkou nebo obyčejnou zásilkou na korespondenční adresu uvedenou v pojistné smlouvě. Pokud pojistník písemně pojistitele požádá výslovně o změnu korespondenční adresy, budou mu písemnosti pojistitele doručovány na takto změněnou korespondenční adresu. Písemnosti se doručují také elektronickými prostředky. Jejich okruh stanoví jednostranně pojistitel. Pojistitel při volbě formy komunikace přihlíží k povinnostem stanoveným příslušnými právními předpisy, charakteru sdělovaných informací, okolnostem, jakož i potřebám a zájmům pojistníka, pojištěného nebo oprávněné osoby.
2. Písemnosti se doručují:
  - a) **doporučenou zásilkou**

Písemnost odeslaná doporučenou zásilkou adresátovi se považuje za doručenu 21. den po datu vystavení písemnosti i v případě:

    - doručení příjemci rozdílnou od adresáta (např. rodinnému příslušníkovému), jemuž pošta doručila zásilku v souladu s právními předpisy o poštovních službách,
    - odepře-li adresát přijetí doporučené písemnosti,
    - že adresát nebyl zastížen a písemnost odeslaná doporučenou zásilkou byla uložena na poště a adresát si písemnost nevyzvedl v úložní lhůtě, i když se adresát o uložení nedozvěděl nebo se v místě doručení nezdržoval,
    - že se doporučená písemnost vrátila jako nedoručená z jiných důvodů, než je uvedeno v předchozích bodech.
  - b) **doporučenou zásilkou s dodejkou**
    - Písemnost pojistitele odeslaná adresátovi doporučenou zásilkou s dodejkou se považuje za doručenu dnem převzetí uvedeným na dodejce. Za doručenu adresátovi se považuje i zásilka doručená příjemci rozdílnou od adresáta (např. rod. příslušníkovému), jemuž pošta doručila zásilku v souladu s právními předpisy o poštovních službách.
    - Odepře-li adresát přijetí doporučené písemnosti s dodejkou, považuje se písemnost za doručenu dnem, kdy bylo její převzetí adresátem odepřeno.
    - Nebyl-li adresát zastížen a písemnost odeslaná doporučenou zásilkou s dodejkou byla uložena na poště a adresát si písemnost v úložní lhůtě nevyzvedl, považuje se písemnost za doručenu posledním dnem úložní lhůty, i když se adresát o uložení nedozvěděl nebo se v místě doručení nezdržoval.
    - Pokud se doporučená zásilka s dodejkou vrátila jako nedoručená z jiných důvodů, považuje se tato písemnost za doručenu dnem jejího vrácení pojistiteli.
    - Dojde-li ke ztrátě odeslané doporučené zásilky s dodejkou, považuje se tato písemnost za doručenu 21. den po datu vystavení písemnosti.
  - c) **obyčejnou zásilkou**

Pojistitel odesílá obyčejnou zásilkou písemnosti týkající se běžné korespondence s pojistníkem, vč. vystavení pojistky, a výsledky šetření pojistné události.
  - d) **elektronickými prostředky**

Písemná sdělení pojistitele adresovaná pojistníkovi, pojištěnému nebo oprávněné osobě a učiněná elektronickými prostředky jsou doručena okamžitě, kdy byla doručena na e-mailovou adresu uvedenou v pojistné smlouvě nebo na e-mailovou adresu písemně oznámenou pojistníkem pojistiteli, pokud došlo ke změně výše uvedené e-mailové adresy.

3. Veškerá písemná sdělení zasláná pojistiteli poštou (vyjma návrhu na uzavření pojistné smlouvy) se považují za převzatá dnem jejich doručení na centrálu pojistitele. Veškerá písemná sdělení adresovaná pojistiteli a učiněná elektronickými prostředky se považují za doručena okamžitě, kdy byla doručena na e-mailovou adresu pojistitele: [pojistovnacs@pojistovnacs.cz](mailto:pojistovnacs@pojistovnacs.cz).
4. Veškeré písemnosti budou doručovány pouze na území ČR, pokud není v pojistné smlouvě dohodnuto jinak.

#### ČLÁNEK 17 – Právní vztahy osob zúčastněných na smlouvě

1. Pokud pojištěný a pojistník není osoba totožná, dispoziční práva vyplývající ze smlouvy náleží pojistníkovi. Pojištěný je však spolu s pojistníkem odpovědný za pravdivé zodpovězení otázek týkajících se jeho zdravotního stavu.

2. Všechna ustanovení platná pro pojistníka se vztahují i na případné právní nástupce.
3. Zemře-li nebo zanikne-li bez právního nástupce pojistník, který sjednal pojištění cizího rizika, vstupují pojištěny do pojištění namísto pojistníka. Na nového pojistníka přecházejí všechna práva a povinnosti (včetně závazků) předchozího pojistníka. Není-li pojištěný plnoletý, nemůže nastoupit na místo pojistníka. V takovém případě pak pojistitel požádá jeho zákonného zástupce a v případě jeho souhlasu nastupuje do práv a povinností pojistníka tak, jak je uvedeno výše. V opačném případě dochází k ukončení pojistné smlouvy k datu úmrtí pojistníka a případně odkupné je součástí dědického řízení. U právnické osoby se postupuje obdobným způsobem.
4. Pojistník může udělit plnou moc k zastupování v jednání s pojistitelem. Plná moc musí být podepsána zmocnitelem a podpis musí být ověřen.

#### ČLÁNEK 18 – Rozhodné právo

1. Pojistná smlouva a právní vztahy z ní vyplývající se řídí právním řádem České republiky.
2. Pro spory z pojistné smlouvy jsou příslušné soudy České republiky.

#### ČLÁNEK 19 – Postup při vyřizování stížností

1. Pojistník, pojištěný, oprávněná osoba nebo záměrně o pojištění (dále společně „klient“) je oprávněn podat pojistiteli stížnost týkající se výkonu pojišťovací činnosti pojistitele v souvislosti s platnou nebo ukončenou pojistnou smlouvou anebo v souvislosti s jednáním o uzavření pojistné smlouvy.
2. Stížnost lze podat písemně prostřednictvím pošty na adresu: Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, nám. Republiky 115, 530 02 Pardubice, prostřednictvím e-mailu na adresu [pojistovnac@pojistovnac.cz](mailto:pojistovnac@pojistovnac.cz), dále telefonicky prostřednictvím klientské linky 800 207 207, osobně na kterékoli pobočce České spořitelny či u obchodního partnera pojistitele (seznam poboček a partnerů je k dispozici na [www.pojistovnac.cz](http://www.pojistovnac.cz)).
3. Ze stížnosti musí být zřejmé, kdo stížnost podává a co je jejím obsahem nebo čeho se klient domáhá. Nevyplývají-li z ní tyto skutečnosti nebo jo-li k řádnému vyřízení stížnosti třeba doložit další doklady, pojistitel vyzve klienta, aby v přiměřené lhůtě stížnost doplnil nebo doložil potřebné doklady. V případě, že klient stížnost nedoplní nebo nedoloží potřebné doklady, pojistitel stížnost odloží.
4. Lhůta na vyřízení stížnosti je 30 kalendářních dnů od data přijetí stížnosti v sídle pojistitele. O výsledku stížnosti bude klient písemně informován.
5. Klient je oprávněn obrátit se se svojí stížností na postup pojistitele na Českou národní banku, která vykonává dohled v pojišťovnictví.
6. Pojistitel nehradí za pojištěného náklady spojené s vyhotovením znaleckého posudku, které pojištěný vynaložil v souvislosti s mimosoudním projednáním nároku na pojistné plnění, pokud se na zhotovení posudku obě strany nedohodly. Pojistitel dále nehradí náklady spojené s právním zastupením, které pojištěný vynaložil v souvislosti s mimosoudním projednáním nároku na pojistné plnění.

#### ČLÁNEK 20 – Závěrečná ustanovení

1. Veškeré dokumenty a doklady týkající se pojištění musí být účastníky pojištění předkládány v českém jazyce. V případě, že by byly vystaveny v cizím jazyce, musí k nim být přiložen úředně ověřený překlad do českého jazyka.
2. Vyrovnání nákladů spojených s platbami do zahraničí a s platbami pojistného ze zahraničí se řídí příslušným právním předpisem.
3. Vyžaduje-li to účel a povaha pojištění, je možné se od ustanovení všech článků těchto všeobecných pojistných podmínek v pojistné smlouvě odchýlit, avšak pouze ve prospěch pojištěného.

#### ZVLÁŠTNÍ USTANOVENÍ I. – ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

Životní pojištění sjednává Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, je upraveno příslušnými ustanoveními zákona o pojistné smlouvě, těmito všeobecnými pojistnými podmínkami (úvodní, obecná a zvláštní ustanovení I.), příslušnými speciálními pojistnými podmínkami a ostatními ujednáními uvedenými v pojistné smlouvě. Životní pojištění lze sjednat pouze jako pojištění obnosové.

##### Kapitálové navýšení (podíl na zisku)

K životnímu pojištění se sjednáním garantovaným výnosem kapitálové hodnoty smlouvy se každoročně podle výsledků roční účetní závěrky připsuje navýšení kapitálové hodnoty o rozdíl mezi garantovaným zhodnocením sjednaným ve smlouvě a skutečně docíleným zhodnocením aktiv odpovídajícím hodnotě kapitálové hodnoty dané smlouvou (dále jen „podíl na zisku“). Tento podíl na zisku činí minimálně 85% z takto vypočtené hodnoty za sledované období.

#### ČLÁNEK 1 – Druhy pojištění

1. V rámci životního pojištění lze pojištit fyzickou osobu pro případ smrti, dožití se určitého věku nebo dne stanoveného v pojistné smlouvě jako konec pojištění anebo pro případ jiné skutečnosti související se zdravím nebo se změnou osobního postavení této osoby, vymezené pojistnou smlouvou.
2. Pojistitel může sjednávat i jiné druhy životního pojištění. Pokud takové pojištění není upraveno zvláštními právními předpisy nebo pojistnou smlouvou, platí pro ně ta ustanovení těchto všeobecných pojistných podmínek, která jsou mu povahou a účelem nejbližší.
3. V jedné pojistné smlouvě lze sjednat se životním pojištěním i další druhy pojištění osob. Pro ně pak platí speciální pojistné podmínky příslušného druhu pojištění.

#### ČLÁNEK 2 – Pojistná událost

1. Pojistnou událostí je v životním pojištění smrt pojištěného, dožití se určitého věku nebo dne stanoveného v pojistné smlouvě jako konec pojištění nebo jiné skutečnosti, související se zdravím nebo se změnou osobního postavení pojištěného.

#### ZVLÁŠTNÍ USTANOVENÍ II. – DOPLŇKOVÁ A ÚRAZOVÁ SLOŽKA POJIŠTĚNÍ

Doplňková a úrazová složka pojištění sjednává Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, je upravena příslušnými ustanoveními zákona o pojistné smlouvě, těmito všeobecnými pojistnými podmínkami (úvodní, obecná a zvláštní ustanovení II.), příslušnými speciálními pojistnými podmínkami a ostatními ujednáními uvedenými v pojistné smlouvě. Doplnkovou a úrazovou složku pojištění lze sjednat pouze jako pojištění obnosové.

#### ČLÁNEK 1 – Druhy pojištění

1. V rámci doplňkové a úrazové složky pojištění lze v souladu s Přílohou č. 1 k zákonu o pojišťovnictví v platném znění sjednat:
  - doplňkové pojištění pro případ smrti z jakýchkoli příčin,
  - pojištění velmi vážných onemocnění,
  - pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s jednorázovou výplatou pojistné částky – úraz nebo nemoc, vč. přípojištění k pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s jednorázovou výplatou pojistné částky,
  - pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s jednorázovou výplatou pojistné částky – úraz, vč. přípojištění k pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s jednorázovou výplatou pojistné částky,
  - pojištění zproštění od placení pojistného,
  - pojištění kapitálové hodnoty,
  - pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s výplatou doživotní renty,
  - pojištění doživotní kapitálové renty,

- pojištění pro případ smrti následkem úrazu,
  - pojištění trvalých následků úrazu,
  - pojištění denního odškodného – úraz,
  - pojištění hospitalizace – úraz nebo nemoc,
  - pojištění hospitalizace – úraz,
  - pojištění pracovní neschopnosti – nemoc, vč. přípojištění úrazu k pracovní neschopnosti.
2. Pojistitel může sjednávat i jiné druhy doplňkové a úrazové složky pojištění. Pokud takové pojištění není upraveno zvláštními právními předpisy nebo pojistnou smlouvou, platí pro ně ta ustanovení těchto všeobecných pojistných podmínek, která jsou mu povahou a účelem nejbližší.
  3. Rozsah pojištění je uveden v pojistné smlouvě.
  4. V jedné pojistné smlouvě lze sjednat s doplňkovou a úrazovou složkou pojištění i další druhy pojištění. Pro ně pak platí speciální pojistné podmínky příslušného druhu pojištění.

#### ČLÁNEK 2 – Pojistná událost

Pojistnou událostí je úraz nebo nemoc pojištěného. Úrazem se rozumí neočekávané a náhle působení zevních síl nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného, ke kterému došlo během trvání pojištění a kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt. Poškození zdraví musí být potvrzeno přítomností objektivních příznaků zjištěných při lékařském vyšetření.

#### ČLÁNEK 3 – Omezení pojistného plnění

1. Pojistitel má právo:
  - a) odmítnout poskytnutí pojistného plnění, došlo-li k úrazu pojištěného v souvislosti s jednáním, pro které byl uznán vinným úmyslným trestným činem nebo kterým si úmyslně poškodil zdraví,
  - b) snížit pojistné plnění až na jednu polovinu, došlo-li k úrazu následkem požití alkoholu nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky pojištěným, a okolnosti, za kterých k úrazu došlo, to odůvodňují; měl-li však takový úraz za následek smrt pojištěného, sníží pojistitel pojistné plnění jen tehdy, jestliže k tomuto úrazu došlo v souvislosti s jednáním pojištěného, jímž jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt.
2. V případech vzniklých následkem onemocnění a následkem úrazů, které nastaly, byly diagnostikovány nebo prvotně léčeny před počátkem pojištění nebo v čekací době (např. onemocnění a úrazy kloubů, páteře atd.), a za opakovanou chronickou onemocnění, která nastala, byla diagnostikována nebo léčena před počátkem pojištění nebo v čekací době, poskytne pojistitel pojistné plnění pouze za podmínky, že příznaky výše uvedených onemocnění nebo následků úrazu se za uplynulých sedm let před vznikem nahlášené pojistné události neprojeví způsobem, který by bylo nutné zaznamenat do zdravotní dokumentace, nebo způsobem, který by vyžadoval léčbu, a zároveň k pojistné události související s tímto onemocněním nebo úrazem došlo nejdříve po šesti měsících od počátku pojištění.
3. Za pojistnou událost se nepovažuje, a pojistitel tak neposkytne pojistné plnění v těchto případech:
  - a) sebevraždy, pokus o ni a úmyslné sebepoškození (neplatí pro doplňkové pojištění pro případ smrti z jakýchkoli příčin),
  - b) úraz, k němuž dojde přímo nebo nepřímo vlivem jaderného záření, jednáním nebo nedbalostí odpovědných osob, institucí nebo úřadů při dopravě, skladování nebo manipulaci s radioaktivními materiály,
  - c) úraz, k němuž dojde při událostech vzniklých při aktivní účasti pojištěného na vnitrostátních nepokojích či veřejných násilnostech nebo v souvislosti s teroristickými událostmi všeho druhu (nášilným jednáním motivovaným politicky, rasově, sociálně, ideologicky nebo nábožensky) na straně iniciátora,
  - d) událost, která byla způsobena přímo či nepřímo válečnými událostmi, vojenskými nebo bojovými akcemi všeho druhu.
4. Omezení uvedená v tomto bodě se nevztahují na případy přímé či nepřímé účasti pojištěného na válečných událostech, vojenských nebo bojových akcích nebo vnitrostátních nepokojích všeho druhu, ke kterým došlo při plnění služby v Armádě ČR nebo u Policie ČR za předpokladu, že pojištěný je zařazen ve 4. rizikové skupině, a dále za předpokladu, že služba bezprostředně souvisí s výkonem povolení nebo pracovní činnosti pojištěného mimo území ČR, a zároveň jsou součástí mezinárodní mise autorizované Organizací spojených národů (např. mise International Security Assistance Force – ISAF).
4. Z úrazové složky pojištění pojistitel neplní:
  - a) za vznik a zhoršení kýly, hernií všeho druhu, nádorů všech druhů a původů, za vznik a zhoršení aseptických zářetů puchter šlachových, úpornů svalových, tíhových vředů, epikondylitid, za natažení svalů a šlach, za plotňkové páteřní syndromy a jiné chronické páteřní syndromy, patologické zlomeniny, náhlé cévní příhody a amoné sítnice,
  - b) za tělesná poškození vzniklá v důsledku působení mikrobiálních jedů či imunotoxických látek,
  - c) za vyražení, poškození nebo ztrátu dočasných (mléčných), umělých nebo nevitálních zubů,
  - d) za otravy v důsledku požití pevných nebo kapalných látek polknutím,
  - e) za onemocnění, včetně infekčních nemocí, srdečního infarktu a mozkové mrtvice, která se dostavila jako následek úrazu nebo pokud následkem úrazu došlo k jejich rozvoji (zhoršení),
  - f) za diagnostické a preventivní zákroky a dále za léčebné zákroky, které nebyly provedeny za účelem léčení úrazu a jeho následků, ani za následky všech v tomto bodě uvedených zákroků, ani za nepříznivé následky léčebných zákroků,
  - g) při úrazech způsobených při duševních poruchách, epileptických nebo jiných záchvatech a křečích, které zachvátí celé tělo; nárok na pojistné plnění však zůstává zachován, jestliže tyto stavy byly vyvolány úrazem, na který se pojištění vztahuje,
  - h) za úraz, k němuž dojde při provozování profesionálního hojbeje či profesionálního fotbalu, vč. tréninkových aktivit.

#### ČLÁNEK 4 – Osoby se zvýšeným rizikem

Pojistitel má právo určit osoby se zvýšeným rizikem v závislosti na vykonávané pracovní, sportovní nebo jiné zájmové činnosti nebo zdravotním stavu.

#### ČLÁNEK 5 – Změna povolání, sportovní nebo zájmové činnosti

1. Veškeré změny související se změnou povolání, sportovní nebo jiné zájmové činnosti pojištěného musí být neodkladně pojistníkem, respektive pojištěným, oznámeny pojistiteli.
2. Pokud novému povolání, sportovní nebo jiné zájmové činnosti pojištěného podle seznámkou pojistitele platného v okamžiku změny odpovídá nižší pojistné, je pojistitel povinen úměrně této změně snížit pojistné, a to s účinností ode dne, kdy se o této změně dozvěděl.
3. Odpovídá-li změněnému povolání, sportovní nebo jiné zájmové činnosti pojistné vyšší, zůstává zachováno do nejbližší splatnosti pojistného následující po oznámení změny povolání, sportovní nebo jiné zájmové činnosti rozsah pojištění podle do té doby platné smlouvy. Dojde-li po uplynutí této doby k úrazu, aniž by byla oznámena změna nebo dosaženo jiné dohody o výši pojistného, snižuje se pojistné plnění v poměru pojistného, které má být placeno, a pojistného, které bylo placeno do té doby.

#### ČLÁNEK 6 – Zánik pojištění

Jedná-li se o pojistnou smlouvu uzavřenou formou obchodu na dálku v rozsahu samostatného úrazu, má pojistník právo bez udání důvodu odstoupit od pojistné smlouvy ve lhůtě čtrnácti dnů ode dne uzavření pojistné smlouvy nebo ode dne, kdy mu byly sděleny pojistné podmínky, pokud k tomuto sdělení dojde na jeho žádost po uzavření pojistné smlouvy.



## Speciální pojistné podmínky pro FLEXI životní pojištění – JUNIOR

Tyto speciální pojistné podmínky (dále jen „SPP“) se řídí zákonem o pojistné smlouvě a Všeobecnými pojistnými podmínkami pro pojištění spojená s investičními fondy OSQIN V 7 ze dne 1. října 2012 (dále jen „VP“) a jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy (dále jen „smlouvy“).

### ČLÁNEK 1 Základní pojmy

Pro účely sjednávání pojištění platí tento výklad pojmů:

a) **Alokace pojistného** (dále jen „alokace“) – rozdělení pojistného na pokrytí jednotlivých položek spojených s poskytováním finanční služby podle podmínek pojistné smlouvy.

**Počáteční alokace** – snížená alokace pojistného v prvních letech trvání pojištění určená na pokrytí počátečních nákladů (např. provize, počáteční administrativní náklady, zdravotní ocenění) – viz platný přehled poplatků a parametrů produktu.

**Běžná alokace** – průběžná alokace určená na běžné správní náklady – viz platný přehled poplatků a parametrů produktu.

b) **FLEXI životní pojištění – JUNIOR** (dále jen „JUNIOR“) – kombinace pojištění a investice do kapitálové hodnoty smlouvy sjednávána ve prospěch pojištěného dítěte. Pojistné částky jsou pevně dány smlouvou a částka určená k výplatě při dožití konce pojištění je dána aktuální výší kapitálové hodnoty smlouvy.

- V případě běžné placené pojistné může pojištění JUNIOR uzavřít dospělý pojištěný (pojistník) ve vstupním věku od dovršených 18 let do 70 let, pro pojištěné dítě se vstupním věkem od 0 let do nedovršených 18 let, na dobu minimálně 5 let; maximální doba trvání pojištění může být do roku, ve kterém se pojištěné dítě dožije minimálně 19 let a maximálně 25 let, při zachování maximálního výstupního věku pojistníka 75 let.

- V případě jednorázově placené pojistné může pojištění JUNIOR uzavřít dospělý pojištěný (pojistník) se vstupním věkem od dovršených 18 let (horní hranice není omezena), pro pojištěné dítě se vstupním věkem od 0 let do nedovršených 18 let, na dobu minimálně 5 let; maximální doba trvání pojištění může být do roku, ve kterém se pojištěné dítě dožije minimálně 19 let a maximálně 25 let.

c) **Garantovaný fond** – fond s garantovanou výší minimálního zhodnocení ceny jednotky.

d) **Hodnota fondu u smlouvy** – počet podílových jednotek k dané pojistné smlouvě a k danému fondu vynásobený jejich prodejní cenou.

e) **Hotovost** – částka určená k vyrovnání zaokrouhlovacích rozdílů při převodu na podílové jednotky, případně k držení záporné kapitálové hodnoty.

f) **Kapitálová hodnota pojistné smlouvy** – pojistná rezerva stanovená platnými pojistně-technickými postupy pro jednotlivou smlouvu, vyjádřená v Kč. Garantovaná výše pravidelného růstu kapitálové hodnoty (zhodnocení) je uvedena v pojistce a v přehledu poplatků a parametrů produktu.

g) **Nákupní cena jednotky** – cena, za kterou pojistitel prodává jednotky k pojistné smlouvě (v okamžiku úhrady pojistného). Pojistitel může stanovit několik nákupních cen jednotek v závislosti na typu akciového pojištěného (poplatek „marže“).

h) **Oceňovací den** – den, ke kterému pojistitel stanoví nákupní a prodejní cenu podílových jednotek jednotlivých fondů.

i) **Odkupní hodnota** – kapitálová hodnota pojistné smlouvy upravená o možné poplatky a srážky.

j) **Podílová jednotka** (dále jen „jednotka“) – identická část fondu představující podíl z jeho hodnoty.

k) **Pojištěné riziko** – riziko, které je definováno typem pojištění a pojistnou částkou.

l) **Prodejní cena jednotky** – cena, za kterou pojistitel odkupí jednotky z pojistné smlouvy (v okamžiku ukončení pojistné smlouvy nebo výplaty části kapitálové hodnoty).

m) **Predběžné krytí** – pojištění, které je sjednané na pojistnou dobu od 00:00 hodin třetího dne od podpisu návrhu do 24:00 hodin dne předcházejícího dni uvedenému v pojistné smlouvě jako počátek pojištění, nejvýše však na dobu 29 dnů (prvním dnem se rozumí den podpisu).

n) **Změny**

**Technické změny** – změny na smlouvě s vlivem na alokace, odkupy, výši pojistného, pojištěné riziko apod.  
**Netechnické změny** – změny na smlouvě nemající vliv na alokace, odkupy, pojistné (např. změna adresy).

### ČLÁNEK 2

#### Pojistné plnění pro pojištěné dítě

a) Při dožití se sjednaného konce pojištění bude pojištěnému dítěti vyplacena kapitálová hodnota smlouvy.

b) V případě úmrtí pojištěného dítěte pojištění zaniká a pojistníkovi bude vyplacena kapitálová hodnota smlouvy platná ke dni nahlášení pojistné události,

snížená o částečné výplaty provedené po nahlášení úmrtí. V případě úmrtí pojištěného dítěte, které se stalo v průběhu trvání pojištění pojistníkem, vyplátí pojistitel kapitálovou hodnotu smlouvy platnou ke dni nahlášení pojistné události, sníženou o částečné výplaty provedené po nahlášení úmrtí dle ustanovení článku 11 odst. 2 VPP.

### ČLÁNEK 3 Pojistné

a) Pojistné lze zaplatit najednou za celou dobu, na kterou bylo pojištění sjednáno (jednorázové pojistné).

b) Pojistné lze platit za dohodnutá pojistná období (běžné pojistné).

c) Pojistník může kdykoliv v době trvání pojištění zaplatit mimořádné pojistné, tj. jednorázově zaplatit pojistné nad rámec sjednaného běžného pojistného nebo počátečního jednorázového pojistného.

d) Pojistník si může kdykoliv v době trvání smlouvy předplatit pojistné, tj. zaplatit najednou jednu nebo více plateb běžného pojistného před datem jejich splatnosti. K předplacení plateb běžného pojistného slouží účet, variabilní symbol a specifický symbol, který je určen k platbám běžného pojistného.

e) Pojistník může kdykoliv v době trvání smlouvy zaplatit mimořádné pojistné v minimální výši stanovené pojistitelem. Mimořádné pojistné zvyšuje kapitálovou hodnotu smlouvy. Zaplacení mimořádného pojistného nemá vliv na povinnost pojistníka platit sjednané běžné pojistné. Pojistitel je oprávněn použít část mimořádného pojistného na pokrytí dlužného běžného pojistného k datu připsání mimořádného pojistného na účet pojistitele. Mimořádné pojistné je možno uhradit na základě pokynů uvedených v pojistce. K úhradě mimořádného pojistného je určen zvláštní variabilní symbol. Pojistitel je oprávněn odmítnout mimořádné pojistné zaplacené pod stanovenou minimální hranici.

f) Běžné pojistné, jednorázové pojistné i mimořádné pojistné se používá podle platných pojistně-technických pravidel k navyšování kapitálové hodnoty smlouvy.

g) Pojistitel zaúčtuje jednorázové, běžné a mimořádné pojistné bez zbytečného odkladu, nejdříve však v den, kdy jsou peníze připsány a identifikovány na účtu pojistitele. Pojistitel není zodpovědný za zpoždění identifikace platby (za škodu vzniklou uvedením chybného čísla účtu a/nebo variabilního symbolu a/nebo specifického symbolu), kterou zavinit pojistník nebo jiná osoba.

### ČLÁNEK 4

#### Náklady, poplatky a cena pojištění

Pojistitel má právo stanovit výši nákladů, poplatků a ceny pojištění:

a) **Cena pojištění (pojistné)** – za každé pojistně-technické období je snižována kapitálová hodnota pojistné smlouvy o částku potřebnou ke krytí sjednaného rozsahu pojištěného rizika a o níže uvedené poplatky, kalkulačně podle platných pojistně-technických zásad pojistitele. Snižení kapitálové hodnoty pojistné smlouvy je prováděno na počátku každého pojistně-technického období v ceně jednotky platné v den, kdy byly poplatky a rizikové pojistné strženy.

V odůvodněných případech se může pojistitel od těchto pravidel odchýlit.

b) **Alokace** – pojistitel snižuje běžné pojistné v prvních letech trvání pojistné smlouvy o poplatek na pokrytí počátečních nákladů spojených se vznikem pojistné smlouvy, vč. nákladů na akvizici v prvních letech trvání pojištění (počáteční alokace). V průběhu trvání pojistné smlouvy snižuje pojistitel kapitálovou hodnotu o poplatek na pokrytí běžných správních nákladů (běžná alokace). V případě navyšování běžné placené pojistného má právo pojistitel z navyšované části pojistného (rozdíl mezi novou a původní výší pojistného) účtovat poplatek na pokrytí nákladů spojených s úpravou a změnou pojistné smlouvy.

c) **Marže** – poplatek z pojistného při připsování pojistného do kapitálové hodnoty smlouvy.

d) **Poplatek z pojistné částky** – snížení kapitálové hodnoty na počátku pojistné smlouvy o poplatek stanovený z výše pojistné částky pro případ smrti. V případě navyšování pojistné částky pro případ smrti má pojistitel právo účtovat poplatek z navyšované pojistné částky (rozdíl mezi novou a původní výší pojistné částky) na pokrytí nákladů spojených s úpravou a změnou pojistné smlouvy.

e) **Administrativní poplatek** – poplatek za správu a vedení pojistné smlouvy; poplatek se účtuje stržením částky z kapitálové hodnoty pojistné smlouvy.

f) **Poplatek za správu kapitálové hodnoty (management fee)** – použití části hodnoty fondu na pokrytí nákladů spojených s provozováním tohoto fondu.

g) **Inkasní poplatky** – poplatky účtované v závislosti na způsobu a technice úhrady pojistného z uhrazené platby; poplatek se účtuje stržením příslušné částky z kapitálové hodnoty pojistné smlouvy.

h) **Poplatek za zrušení pojistné smlouvy** – snížení výplaty odkupného v prvních dvou letech trvání pojistné smlouvy.

i) **Za provedení změny do smlouvy** – poplatek stržený z kapitálové hodnoty pojistné smlouvy v případě vystavení dodatku k pojistné smlouvě.

j) **Za výplatu části kapitálové hodnoty** – pojistitel má právo v případě požadavku (realizovaného i nerealizovaného) na výplatu části kapitálové hodnoty účtovat poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy.

k) **Za vyštavení druhopisu** – za vystavení druhopisu pojistníkem požadovaného dokumentu (např. pojistky, dodatku) účtovat poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy.

l) **Za sdělení aktuální výše kapitálové hodnoty smlouvy** – v případě požadavku na sdělení aktuální výše kapitálové hodnoty smlouvy účtovat poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy.

m) **Za sdělení výše odkupného** – v případě požadavku na sdělení výše odkupného účtovat poplatek stržením částky z kapitálové hodnoty smlouvy.

Výše a rozsah poplatků se řídí platným přehledem poplatků a parametrů produktu. Platný přehled poplatků a parametrů produktu je k dispozici na Internetových stránkách pojistitele a na všech jeho obchodních místech.

### ČLÁNEK 5

#### Volitelné parametry v průběhu trvání pojištění

#### Změny v pojistné smlouvě

a) Pojistník může požádat o zvýšení nebo snížení běžného pojistného.

b) Pojistník může požádat o změnu v technice a frekvenci placení pojistného.

c) Pojistník může požádat o zvýšení, popř. snížení pojistné částky. Při zvýšení pojistné částky má pojistitel právo provést dodatečně zdravotní posouzení pojištěného.

d) Pojistník může v případě běžné placené pojistného požádat pojistitele o dočasné přerušení placení pojistného. K dočasnému přerušení placení pojistného může dojít pouze v případě takového stavu kapitálové hodnoty smlouvy, která bude postačovat na pokrytí poplatků (viz článek 4 těchto SPP) a rizikového pojistného po dobu přerušení placení pojistného. Dočasné přerušení placení pojistného vstupuje v platnost prvním dnem pojistného období následujícího po pojistném období, za které bylo naposledy zaplacené běžné pojistné.

e) K pojištění JUNIOR si v případě běžné placené pojistného může pojistník dodatečně sjednat, popř. z něho vyloučit, pojištění pro případ smrti nebo pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky, pokud není zároveň pojištěným dítětem.

f) V pojištění JUNIOR může pojistník pro pojištěné dítě dodatečně sjednat, popř. z něho vyloučit, pojištění velmi vážných onemocnění, pojištění denního odškodného – úraz a hospitalizací – úraz nebo nemoc.

g) V pojištění JUNIOR lze požádat o změnu pojistníka, vyjma v době trvání fixace. V době žádosti o změnu pojistníka musí mít osoba, která se má stát novým pojistníkem, dovršených 18 let a se změnou musí souhlasit. Pojištěné dítě se může stát novým pojistníkem pouze v případě jednorázově zaplaceného pojistného.

h) Pojistník může kdykoliv požádat o změnu doby trvání pojištění (konec trvání pojištění pro pojištěné dítě je 19 let – 25 let).

i) Všechny změny provedené na základě písemné žádosti pojistníka vstupují v platnost dnem uvedeným na dodatku (zpravidla prvním dnem následujícího pojistně-technického období po vystavení dodatku ke smlouvě).

j) V souvislosti s výše uvedenými změnami má pojistitel právo zvýšit, popř. snížit, výši pojistné částky (platí pro pojištění pro případ smrti a pojištění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky). Dále má právo zvýšit běžné pojistné na úroveň danou platnými pojistně-technickými pravidly.

k) Pojistitel má právo za provedené změny (vystavení dodatku) účtovat pojistníkovi poplatek (viz platný přehled poplatků a parametrů produktu).

l) Při jakémkoliv provedené technické změně, která může ovlivnit výši pojistného, pojistitel vzhledem k charakteru pojištění pojistné automaticky nesené na minimální výši postačitelnosti. Ke snížení pojistného může dojít výhradně na základě písemné žádosti pojistníka.

m) Pojistník je povinen seznámit zákonného zástupce pojištěného dítěte (resp. pojištěné dítě po dosažení jeho zletlosti) s obsahem pojistné smlouvy.

#### Výplata kapitálové hodnoty smlouvy

Pojistník může požádat pojistitele o výplatu části kapitálové hodnoty smlouvy, pokud tato částka dosáhne minimální výše stanovené pojistitelem. K uskutečnění této výplaty může dojít nejdříve v roce, ve kterém pojištěné dítě dosáhne 19 let. Další podmínkou uskutečnění této výplaty je postačitelnost výše běžné placené pojistného a zůstatku kapitálové hodnoty smlouvy pro pokrytí sjednaného rizikového pojistného a poplatků za správu smlouvy do konce trvání smlouvy. Při splnění výše uvedených podmínek bude provedena výplata části kapitálové hodnoty nejdříve po dvou pracovních dnech a současně nejpozději do čtyř týdnů ode dne doručení žádosti

na centrálu pojistitele. Pojistitel je oprávněn při vyřízení žádosti o výplatu části kapitálové hodnoty účtovat pojistníkovi poplatek (viz platný přehled poplatků a parametrů produktu). Pokud pojistník požaduje výplatu části kapitálové hodnoty smlouvy na účet, musí být na žádosti provedeno ověření identifikačních údajů pojistníka.

## ČLÁNEK 6

### Fixace pojistné smlouvy

V případě jednorázového pojistného, pokud dojde k úmrtí pojistníka a jednorázové pojistné bylo uhrazeno, bude pojistná smlouva zafixována.

V případě běžného pojistného, pokud dojde k úmrtí dospělého pojistného (pojistníka) a byly splněny podmínky pro zproštění od placení běžného pojistného, bude pojistná smlouva zafixována.

Pojistná smlouva bude zafixována k datu nahlášení úmrtí dospělého pojistného (pojistníka) do předem sjednaného konce pojistění.

- Pojistné smlouvě nebude možné provádět technické změny.
- Pojistnou smlouvu nelze pojistníkem vypovědět.
- Nelze požadovat o výplatu odkupného dle zákona o pojistné smlouvě.
- O výplatu části kapitálové hodnoty smlouvy může požádat pouze pojistěné dítě, které se stalo pojistníkem. Podmínky pro výplatu části kapitálové hodnoty smlouvy jsou uvedeny v článku 5 těchto SPP.
- Odhlyně od článku 16 VPP bude veškerá písemná komunikace po dobu fixace pojistné smlouvy adresována pojistěnému dítěti. Zákoný zástupce je povinen hlásit každou změnu adresy pojistěného dítěte.
- V pojistění JUNIOR neplatí článek 17 odst. 3 VPP.

## ČLÁNEK 7

### Rozsah pojistění

V případě jednorázové zaplacené pojistného pro dospělého pojistěného (pojistníka) nelze sjednat žádné pojistění. Pro pojistěné dítě se povinně sjednává pojistění trvalých následků úrazu a dále lze volitelně sjednat pojistění velmi vážných onemocnění, pojistění denního odškodného a pojistění hospitalizace.

V případě běžně placeného pojistného se pro dospělou pojistěnou osobu (pojistníka) sjednává pojistění zproštění od placení pojistného v případě smrti dospělé pojistěné osoby dle bodu A tohoto článku. A dále lze sjednat pojistění pro případ smrti a pojistění invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky. Pro pojistěné dítě se povinně sjednává pojistění trvalých následků úrazu a dále lze sjednat pojistění velmi vážných onemocnění, pojistění denního odškodného a pojistění hospitalizace.

### A. POJISTĚNÍ ZPROŠTĚNÍ OD PLACENÍ POJISTNÉHO PRO PŘÍPAD SMRTI DOSPĚLÉ POJISTĚNÉ OSOBY (POJISTNÍKA)

Pojistění je sjednáno pro osobu ve věku od 18 let do 70 let. Pojistné krytí končí nejpozději v roce, ve kterém se dospělý pojistěný dožije 75 let.

- Pokud v průběhu trvání pojistění dojde k úmrtí dospělého pojistěného, dochází ke zproštění od povinnosti platit běžné pojistné. Povinnost platit běžné pojistné ve sjednané výši přechází v případě zproštění na pojistitele v rozsahu aktuálně platném na pojistné smlouvě do původně sjednaného konce pojistění.
- Zproštění od placení běžného pojistného se nevztahuje na případy, kdy dospělý pojistěný zemře do doby dvou let od počátku pojistění následkem jakéhokoli onemocnění, které nastalo, bylo diagnostikováno nebo léčeno před počátkem pojistění nebo v případě sebevraždy. Pojistná smlouva bude ukončena a pojistitel vyplatí pojistěnému dítěti kapitálovou hodnotu smlouvy platnou ke dni nahlášení úmrtí. Pokud nebyla vytvořena kladná kapitálová hodnota smlouvy, zaniká pojistění bez náhrady.
- Zproštění od placení běžného pojistného počíná ode dne nejbližší splatnosti pojistného po datu úmrtí dospělého pojistěného. Zproštění od placení běžného pojistného končí nejpozději uplynutím doby, na kterou bylo pojistění zproštěno od placení běžného pojistného sjednáno.

### B. POJISTĚNÍ PRO PŘÍPAD SMRTI DOSPĚLÉ POJISTĚNÉ OSOBY (POJISTNÍKA)

Pojistění může být sjednáno pro osobu ve věku od 18 let do 70 let. Pojistné krytí končí nejpozději v roce, ve kterém se dospělý pojistěný dožije 75 let.

- Při úmrtí dospělého pojistěného z jakýchkoli příčin vyplatí pojistitel pojistěnému dítěti pojistné plnění ve výši 30% pojistné částky platné ke dni úmrtí dospělého pojistěného. Pojistné plnění ve výši 70% pojistné částky, platné ke dni úmrtí dospělého pojistěného, bude převedeno do kapitálové hodnoty smlouvy.

V případě zjištění dlužného pojistného na pojistné smlouvě před výplatou pojistného plnění bude toto dlužné pojistné strženo ještě před rozdělením pojistného plnění na 30% a 70%. Před výplatou pojistného plnění budou strženy zjištěné dluhy u dospělého pojistěného (pojistníka) a zjištěné dluhy pojistěného na jiných pojistných smlouvách u pojistěného dítěte (příjemce pojistného plnění).

- Smrtí dospělého pojistěného končí všechna jeho sjednaná pojistění.
- Pokud k úmrtí pojistníka dojde před počátkem pojistění, pojistná smlouva bude ukončena před tímto počátkem, a v případě, že bylo uhrazeno pojistné, bude toto pojistné nahlášeno do dědického řízení.

### C. POJISTĚNÍ INVALIDITY NEBO DLOUHODOBĚ PĚČE S JEDNORÁZOVOU VÝPLATOU POJISTNÉ ČÁSTKY DOSPĚLÉ POJISTĚNÉ OSOBY (POJISTNÍKA)

Pojistění může být sjednáno pro osobu ve věku od dovršených 18 do 62 let, je-li současně sjednáno pojistění pro případ

smrti. Pojistné krytí končí nejpozději poslední den měsíce předcházejícího pojistně-technického období, ve kterém se pojistěný dožije 65 let.

### 1. Předmět a rozsah pojistění

#### Předpoklady pro přiznání invalidity:

Pojistěný je ve smyslu tohoto pojistění invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 70% (jedná se o invaliditu 3. stupně).

Pracovní schopnosti se rozumí schopnost pojistěného vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlídnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem. Poklesem pracovní schopnosti se rozumí pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových a duševních schopností ve srovnání se stavem, který byl u pojistěného před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

Při určování poklesu pracovní schopnosti se vychází ze zdravotního stavu pojistěného doloženého výsledky funkčních šetření; přitom se bere v úvahu, zda jde o zdravotní postižení trvale ovlivňující pracovní schopnost, zda se jedná o stabilizovaný zdravotní stav, zda a jak je pojistěný na své zdravotní postižení adaptován, schopnost rekvalifikace pojistěného na jiný druh výdělečné činnosti, než dosud vykonával, a v případě poklesu pracovní schopnosti nejméně o 70% též to, zda je pojistěný schopen výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek.

Za zdravotní postižení se pro účely posouzení poklesu pracovní schopnosti považuje soubor všech funkčních poruch, které s ním souvisejí.

#### Definování schopnosti samostatně vykonávat aktivity běžného života:

Osoba se ve smyslu zákona o sociálních službách považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve

- stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat tři nebo čtyři základní životní potřeby,
  - stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat pět nebo šest základních životních potřeb,
  - stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat sedm nebo osm základních životních potřeb,
  - stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat devět nebo deset základních životních potřeb, a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby.
- Osoba se ve smyslu těchto speciálních pojistných podmínek považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby (tj. není schopna samostatně dlouhodobě vykonávat aktivity běžného života), jestliže je zařazena do stupně závislosti II a vyššího.

#### Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto základní životní potřeby:

- mobilita (zvládat vstávání, usedání, chůze)
- orientace (orientovat se zrakem, sluchem, pomocí přiměřené duševní kompetence)
- komunikace (dorozumět se a porozumět – mluvenou řečí i psanou zprávu)
- stravování (stravu naporcovat, najíst se a napít se, dodržovat dietní režim – dietu)
- oblékání a obouvání (vybrat si oblečení a obutí, oblékat se, obouvat se, svlékat se a zouvat se)
- tělesná hygiena (umývat si obličej, ruce a celé tělo, česat se, péče o ústní hygienu)
- vykonání fyziologické potřeby (používat WC, vyprázdnit se, provést očistu, používat hygienické pomůcky)
- péče o zdraví (dodržování stanoveného léčebného režimu, ošetrovatelská opatření)
- osobní aktivita (stanovit si a dodržet denní režim, zapojit se do aktivit odpovídající věku a prostředí)
- péče o domácnost (nakládat s penězi, obstarat si nákup potravin, nosit běžné předměty)

Schopnost zvládat základní životní potřeby uvedenou pod písm. h) se hodnotí ve vztahu ke konkrétnímu zdravotnímu postižení a režimu stanovenému ošetřujícím lékařem. Při hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby se hodnotí funkční dopad dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na schopnost zvládat základní životní potřeby; přitom se nepřihlíží k pomoci, dohledu nebo péči, která nevyplyvá z funkčního dopadu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

Pro uznání závislosti v příslušné základní životní potřebě musí existovat příčinná souvislost mezi poruchou funkčních schopností z důvodu nepříznivého zdravotního stavu a pozbýváním schopnosti zvládat základní životní potřeby v přijatelném standardu. Funkční schopnosti se hodnotí s využitím zachovaných potenciálů a kompetencí fyzické osoby a využíváním běžně dostupných pomůcek, prostředků, předmětů denní potřeby nebo vybavení v domácnosti, veřejných prostor nebo s využitím zdravotnického prostředku. Bližší vymezení schopnosti zvládat základní životní potřeby a způsob jejich hodnocení stanoví vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

#### 2. Pojistná událost

Pojistitel poskytne pojistné plnění, dojde-li ke splnění následujících podmínek:

- V případě invalidity** (invaliditou se pro toto pojistění rozumí výhradně a pouze invalidita 3. stupně):
- dospělý pojistěný se stal trvale a nezvratně neschopným a tímto nezpůsobilým k výkonu práce nebo jiné výdělečné činnosti; o splnění této podmínky rozhodne pojistitel na základě odborné lékařské expertizy zpracované a získané od smluvního lékaře pojistitele; a současně
  - dospělý pojistěný byl uznán invalidním 3. stupně, a to ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení a těchto pojistných podmínek.

#### V případě dlouhodobé péče

- pojistěný není schopen samostatně (tzn. bez pomoci jiné fyzické osoby) dlouhodobě vykonávat aktivity běžného života (pečovat o vlastní osobu), a to ve stupni závislosti II a vyšším (v rozsahu uvedeném v bodu C, odst. 1); o splnění této podmínky a v konečné fázi o zahájení výplaty renty rozhodne pojistitel na základě odborné lékařské expertizy zpracované a získané od smluvního lékaře pojistitele; a současně
- byl pojistěnému přiznán příspěvek na péči z důvodu přiznání stupně závislosti II a vyššího (dále jen „příspěvek na péči“) v souladu se zákonem o sociálních službách. Pojistitel může poskytnout pojistné plnění i v případě, že pojistěnému nebyl přiznán příspěvek na péči, ale pojistěný není schopen samostatně dlouhodobě vykonávat aktivity běžného života, a to ve stupni závislosti II a vyšším.

K přiznání invalidity nebo příspěvku na péči dojde v průběhu trvání pojistění, nejříve však po dvou letech od počátku pojistění. Splnění podmínky dvou let se nevztahuje, pokud k přiznání invalidity nebo příspěvku na péči došlo výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo v době trvání pojistění.

V případě, kdy došlo v posledních dvou letech před uznáním pojistěného invalidním ke zvýšení pojistné částky pro případ invalidity, vyplatí pojistitel pojistnou částku platnou před jejím zvýšením. Jestliže byl pojistěný uznán invalidním výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo v době trvání pojistění, vyplatí pojistitel pojistnou částku platnou po jejím zvýšení. Pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky pro případ invalidity nebo dlouhodobé péče bude vyplaceno dospělému pojistěnému (pojistníkovi).

Dospělý pojistěný je povinen na požádání pojistitele vyvinout přiměřenou a potřebnou součinnost.

Vyplacením sjednané pojistné částky z pojistění invalidity nebo dlouhodobé péče pojistění zaniká. Ostatní pojistění, pokud byla sjednána, zůstávají v platnosti.

#### 3. Výluky z pojistného plnění

Pojistitel neplní v případě poruchy duševní a poruchy chování – MKN 10 (mezinárodní klasifikace nemocí) – diagnózy F00 – F99.

#### DETSKÁ POJISTĚNÍ

V pojistění JUNIOR se pro pojistěné dítě sjednává jako povinné pojistění trvalých následků úrazu. K pojistění trvalých následků úrazu lze u pojistěného dítěte dále volitelně sjednat tato pojistění:

- pojistění velmi vážných onemocnění
- pojistění denního odškodného – úraz
- pojistění hospitalizace – úraz nebo nemoc

- Pojistění se sjednává pro dítě ve věku od 0 let do nedovršených 18 let. Pojistné krytí končí ve 24.00 hodin dne předcházejícího výročním dni trvání pojistění v kalendářním roce, ve kterém se pojistěné dítě dožije věku stanoveného v pojistné smlouvě, minimálně 19 let věku a maximálně 25 let věku.
- V pojistné smlouvě je automaticky sjednáno předběžné krytí na pojistnou dobu od třetího dne od podpisu návrhu do dne uvedeného na návrhu jako počátek pojistění, maximálně však na dobu 29 dnů. Předběžné krytí je sjednáno pouze pro smlouvy, u kterých je počátek pojistění stanoven na 1. den následujícího měsíce po datu podpisu návrhu.

Predběžné krytí se vztahuje pouze na úrazový děj a na ta z následujících dětských pojistění, která jsou sjednána v pojistné smlouvě: pojistění trvalých následků úrazu, pojistění denního odškodného – úraz, pojistění hospitalizace.

Predběžné krytí se sjednává za stejných podmínek a se stejnými parametry, jaké jsou u jednotlivých pojistění sjednaných v pojistné smlouvě, s výjimkou pojistných částek, jejichž výše je omezena hodnotami uvedenými v přehledu poplatků a parametrů produktu ke dni, kdy pojistná událost nastala. Pojistné plnění z predběžného krytí bude poskytnuto pouze v případě, že návrh byl pojistitelem přijat.

Pojistné plnění vyplatí pojistitel na základě hlášení pojistné události pojistěnému dítěti, v případě nezletilosti pojistěného dítěte jeho zákonnému zástupci, který je zároveň pojistníkem. Pokud není zákonný zástupce pojistníkem na pojistné smlouvě, pak jen když pojistnou událost nahlásí a uvedl správné číslo pojistné smlouvy.

#### A. POJISTĚNÍ TRVALÝCH NÁSLEDKŮ ÚRAZU DÍTĚTE

Utrpí-li pojistěné dítě úraz, jehož trvalé následky dosáhnou minimálně 0,5 % trvalého tělesného poškození podle „Oceňovací tabulky plnění za trvalé následky úrazu“, vyplatí pojistitel po ustálení těchto následků příslušné procento ze sjednané pojistné částky pro případ trvalých následků úrazu, se zahrnutím progresivního plnění, v závislosti na rozsahu trvalého tělesného poškození. K ustálení trvalých následků úrazu dochází obvykle nejříve po jednom roce ode dne úrazu, s výjimkou případů, kdy je rozsah trvalého tělesného poškození jednoznačně zřejmý před uplynutím této doby. Se zahrnutím progresu je pojistné plnění vypláceno takto:

- od 0,5% do 25% včetně – příslušné % z jednonásobku pojistné částky,
- nad 25% do 50% včetně – příslušné % z dvojnásobku pojistné částky,
- nad 50% do 75% včetně – příslušné % z trojnásobku pojistné částky,
- nad 75% do 100% včetně – příslušné % z čtyřnásobku pojistné částky.

Po ustálení trvalých následků (nejpozději však před uplynutím promlčecí doby) je pojistěné dítě (v případě nezletilosti pojistěného dítěte jeho zákonný zástupce) povinně nahlásit pojistnou událost pojistiteli, termín ohodnocení rozsahu trvalých následků stanoví pojistitel. Pojistěné dítě (resp. zákonný zástupce) je povinně o zajištění ohodnocení požádat pojistitele v termínu určeném pojistitelem.

- a) Výši pojistného plnění za trvalé následky úrazu určuje pojistitel podle dále uvedených zásad a podle „Oceňovací tabulky plnění za trvalé následky úrazu“ (dále jen „oceňovací tabulka“) platné v době vzniku pojistné události (úrazu). Oceňovací tabulka, kterou má pojistitel právo doplňovat a měnit, je k dispozici na internetových stránkách pojistitele. Nejsou-li jakékoliv trvalé následky úrazu obsaženy v oceňovací tabulce, je pojistitel oprávněn stanovit výši pojistného plnění v souladu se smluvním lékařem pojistitele. K určení celkové výplaty pojistného plnění použije pojistitel hodnoty uvedené v oceňovací tabulce pro trvalé následky, které jsou daným trvalým následkem svou povahou nejbližší. Opakované ohodnocení trvalých následků lze provést pouze u smluvního lékaře, kterého určí pojistitel, a to na náklady zákonného zástupce (resp. pojistného dítěte) po dosažení své zletilosti). Pokud je to nezbytné, získává pojistitel relevantní informace na základě odborné lékařské expertizy od smluvního lékaře. Smluvní lékař vyhotoví odbornou lékařskou expertizu, tj. zjištění zdravotního stavu na základě dodaných lékařských zpráv nebo zdravotnické dokumentace od ošetřujících lékařů a v případě potřeby prohlídkou nebo vyšetřením. Konečná výše rozsahu trvalých následků úrazu je stanovena pojistitelem.
- b) Zanechal-li úraz pojistnému dítěti trvalé následky, vyplátí pojistitel z pojistné částky (se zahrnutím progresu) tolik procent, kolika procentům odpovídá pro jednotlivé tělesné poškození podle oceňovací tabulky rozsah trvalých následků po jejich ustálení, a v případě, že se neustálily do tří let ode dne úrazu, kolika procentům odpovídá jejich stav ke konci této tříleté lhůty. Pojistitel nezhodnotí další změny ve zdravotním stavu pojistného dítěte, které nastanou po ukončení této tříleté lhůty s výjimkou případů, kdy pojistné dítě (resp. jeho zákonný zástupce) porušilo ustanovení VPP v článku 8 bodu B odst. 8 a 9. Stanoví-li oceňovací tabulka procentní rozpětí, určí pojistitel výši plnění tak, aby v rámci daného rozpětí odpovídalo plnění povaze a rozsahu tělesného poškození způsobeného úrazem.
- c) Nemůže-li pojistitel plnit proto, že trvalé následky úrazu nejsou po uplynutí jednoho roku ode dne úrazu ještě ustáleny, avšak je již znám jejich minimální rozsah po ustálení a tento odpovídá min. 0,5%, může pojistitel poskytnout pojistnému dítěti na základě jeho písemné žádosti přiměřenou zálohu; pojistitel poskytne k jedné pojistné události maximálně jednu zálohu.
- d) Týká-li se trvalé následky úrazu části těla nebo orgánů, které byly poškozeny již před úrazem, sniží pojistitel své pojistné plnění za trvalé následky o tolik procent, kolika procentům odpovídalo předcházející poškození, určené též podle oceňovací tabulky.
- e) Způsobí-li jediný úraz pojistnému dítěti několik trvalých následků, hodnotí pojistitel celkové trvalé následky součtem procent pro jednotlivé následky, nejvýše však do výše 100%.
- f) Týká-li se jednotlivé trvalé následky po jednom nebo více úrazech téhož údu, orgánu nebo jejich části, hodnotí je pojistitel jako celek, a to nejvýše procentem stanoveným v oceňovací tabulce pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného údu, orgánu nebo jejich části.
- g) Jestliže pojistné dítě zemře následkem úrazu do jednoho roku ode dne, kdy k úrazu došlo, zaniká nárok na plnění za trvalé následky úrazu. Pojistění zaniká ke dni úmrtí pojistného dítěte a pojistitel vyplátí pojistníkovi kapitálovou hodnotu smlouvy platnou ke dni nahlášení pojistné události sníženou o částečné výplaty provedené po nahlášení úmrtí.
- h) Jestliže před výplatou pojistného plnění za trvalé následky úrazu pojistné dítě zemře, nikoliv však na následky tohoto úrazu, nebo pokud zemře po uplynutí jednoho roku od úrazu z jakéhokoli příčiny a pokud vznikl nárok na plnění za trvalé následky úrazu, vyplátí pojistitel částku, která odpovídá rozsahu trvalých následků úrazu pojistného dítěte v době jeho smrti. Není-li možno zpětně získat relevantní informace nutné k posouzení trvalých následků, nárok na pojistné plnění za trvalé následky úrazu nevzniká.
- i) Pojistitel je oprávněn upravit výši pojistné částky v průběhu trvání pojistění až na minimum stanovené pojistitelem.

## B. POJISTĚNÍ VELMI VÁŽNÝCH ONEMOCNĚNÍ DÍTĚTE

### 1. Předmět a rozsah pojistění

Předmětem pojistění velmi vážných onemocnění jsou tyto diagnózy:

- a) **rakovina** – přítomnost nekontrolovaného růstu a rozšiřování maligních buňek a jejich invaze do tkáně, termín „rakovina“ také zahrnuje leukémii, maligní lymfomy a Hodgkinovu chorobu.  
Vyloučeny jsou:  
- neinvazivní karcinomy in situ;  
- lokalizované neinvazivní tumory vykazující jen rané maligní změny (dysplazie cervixu, rakovina cervixu klasifikace CIN-1-3, rakovina prostaty klasifikace T1a nebo T1b);  
- všechny typy rakoviny kůže včetně maligního melanomu klasifikace 1A;  
- všechny typy rakoviny za přítomnosti HIV infekce.  
Diagnóza maligního růstu nebo tvorby metastáz musí být potvrzena histologickým vyšetřením.
- b) **nitrolební (intrakraniální) nádor** – nitrolební (intrakraniální) nádory s klinickou symptomatologií, které je nutno řešit chirurgicky otevřeným přístupem (z kraniotomie), eventuálně stereotaktickým zákrokem. Přítomnost nádoru musí ohrožovat životní funkce a v případě, že je neoperabilní, musí způsobovat trvalé neurologické poškození. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem rozhodnutí odborného lékaře (neurologa, neurochirurga) o nutnosti (indikaci) operativního zákroku, eventuálně rozhodnutí o inoperabilitě nitrolebního nádorového procesu, případně prokázání již provedené operační léčby, chemoterapie nebo ozařování. Požaduje se průkaz nádoru na CT, MRI, EEG nebo PET.

- c) **transplantace životně důležitých orgánů** – nezbytně nutná a lékařským náležením indikovaná transplantace srdce, srdce a plic, jater, ledvin, střeva, kdy je příjemcem pojistné dítě. Operace musí být provedena na území členských států Evropské unie lékařským pracovníkem, které je oprávněno tyto operace provádět. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem provedení operace, pokud k ní došlo po uplynutí tříměsíční čekací doby od počátku pojistění a zahrnuje pouze transplantace výše uvedených orgánů. Mezi kritéria plnění patří také přijetí do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci. Transplantace musí být z lékařského hlediska nezbytná a musí být objektivně potvrzeno selhání funkce příslušného orgánu.
- d) **totální ledvinové selhání** – konečné stadium ledvinového selhání následkem chronického a nezvratného selhání funkce obou ledvin; pojistné dítě musí podstupovat pravidelnou dialýzu nebo být po transplantaci ledviny. Za pojistnou událost se považuje také zařazení pojistného dítěte do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci. Vyloučena je pouze jednostranná nefrektomie a přechodná dialýza z důvodu akutního ledvinového selhání.
- e) **operace aorty** – operační výkon na aortě provedený v důsledku jejího roztržení, vzniku výdutě; vyloučeny jsou operace na větvích aorty nebo bypassy vystupující z aorty a vedoucí krev do periferního řečiště a operační výkony na aortě provedené v důsledku úrazu. Povinnost pojistitele plnit vzniká dnem provedení operace, pokud k ní došlo na území členských států Evropské unie a po uplynutí tříměsíční čekací doby od počátku pojistění.
- f) **slépotá** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta zraku obou očí v důsledku onemocnění nebo úrazu; patří sem i téměř úplná ztráta zraku s minimálním zbytkovým viděním (max. 3/60) nebo omezení zorného pole (pod 10 stupňů).  
Diagnóza musí být klinicky potvrzena odborným lékařem. Povinnost události není snížení visu (zraku) nižšího stupně. Stav nelze změnit lékařským zákrokem.
- g) **hluchotá** – úplná, trvalá a nenávratná ztráta sluchu obou uší v důsledku onemocnění nebo úrazu; diagnóza musí být klinicky potvrzena audiometrickým vyšetřením, tympanometrií a vyšetřením akustického reflexu odborným lékařem pojistitele. Povinnost události není snížení sluchu nižšího stupně. Stav nelze změnit lékařským zákrokem.
- h) **paraplegie, tetraplegie, hemiplegie** – úplná a trvalá ochrnutí obou dolních, obou horních nebo všech končetin nebo poloviny těla s úplným a trvalým přerušením vodivosti míchy pro vlákná zajišťující hybnost. Povinnost pojistitele plnit vzniká nejdříve 6 měsíců od počátku onemocnění po stanovení diagnózy paraplegie, tetraplegie nebo hemiplegie příslušným klinickým pracovníkem. Vyloučena jsou částečná a vrozená ochrnutí končetin.
- i) **kóma** – stav hlubokého bezvědomí bez reakce na vnější či vnitřní podněty, který trvá nepřetržitě nejméně 96 hodin (do 8 bodů na Glasgowské stupnici kómatu). Během této doby musí být uměle udržována některá ze základních životních funkcí. Následkem musí být trvale prokazatelné poškození v klinickém neurologickém nálezu. Povinnost pojistitele plnit začíná dnem potvrzení diagnózy z trvalého neurologického poškození příslušným klinickým pracovníkem. Vyloučeno je kóma vzniklé následkem zneužívání alkoholu nebo aplikace návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky. Dále pojistitel neplní za kóma vzniklé na podkladě úrazu v souvislosti s požitím alkoholu nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky. Vyloučeno je též umělé kóma (dlouhodobá narkóza) navozené medikamentózně pro léčebné účely.
- j) **mozková obrna (poliomyelitida)** – akutní infekce virem poliomyelitidy způsobující trvalé zdravotní postižení a vedoucí k trvalé paralýze projevující se poruchou pohybových funkcí nebo respirační nedostatečností; diagnóza musí být klinicky potvrzena neurologem a doložena průkazem infekce v séru a v likvoru (mozkomíšním moku). Pojistnou událostí není paralýza trvající méně než tři měsíce a případy Guillain-Barrého syndromu.
- k) **meningitida, encefalitida** – zánět mozkových blan nebo mozkové tkáně vyvolaný virem nebo bakteriální infekcí; onemocnění může být prvotní nebo součástí jiného infekčního onemocnění (post infekční a parainfekční). Pojistnou událostí jsou pouze onemocnění vedoucí k závažným komplikacím trvajícím minimálně tři měsíce a trvalému neurologickému defektu se současně klinicky potvrzeným náležením neurologa. Pojistitel dále plní za získané psychiatrické nemoci vedoucí k týmu nebo podobným následkům jako organická onemocnění mozku uvedená pod tímto písmenem. Podkladem pro poskytnutí plnění je lékařská zpráva a podrobný popis postižení. Vyloučeno je postižení vzniklé následkem infekce způsobené virem HIV. Podmínkou vzniku pojistné události u onemocněním definovaných pod tímto písmenem je mimo uvedené nezbytné podmínky také detailní zpráva ošetřujícího lékaře pojistného dítěte potvrzující splnění alespoň jedné z následujících podmínek po dobu minimálně šesti po sobě následujících měsíců či obsahující písemné vyjádření lékaře o očekávaném nezlepšování se současného stavu:  
- pojistné dítě dosáhlo věku tří let,  
- ohrožuje samo sebe a/nebo své okolí v důsledku svého duševního postižení,  
- potřebuje trvalý celodenní dohled,  
- je trvale upoutáno na lůžko nebo židli, nemůže vstát bez asistence další osoby.  
Nedosažlo-li pojistné dítě, v případě onemocnění definovaných pod tímto písmenem, věku tří let, vzniká nárok na pojistné plnění prokázáním splnění (včetně písemného vyjádření lékaře o očekávaném nezlepšování se současného stavu) alespoň jedné z podmínek uvedených v tomto bodě a po uplynutí doby minimálně šesti po sobě následujících měsíců, která začala běžet dnem, kdy se pojistné dítě dožilo tří let věku.
- l) **virová hepatitida** – virový zánět jaterní tkáně způsobený virem hepatitidy. Vyloučeno je infekční onemocnění virem hepatitidy typu A. Pro doložení onemocnění a podmínkou vzniku pojistné události je splnění těchto požadavků:

- pojistné dítě je v době oznámení pojistné události infikováno virem hepatitidy, průkaz viru hepatitidy metodou PCR,
- jaterní testy (ALT, AST) jsou zvýšeny nejméně čtyřikrát nad standardní fyziologickou hladinu v důsledku zánětu jater,
- zvýšená hladina jaterních enzymů musí být zjištěná v séru alespoň šest měsíců po skončení léčby virového zánětu jater a zároveň v době oznámení pojistné události.

Onemocnění je doloženo také v případech, kdy byla hepatitida léčena interferonem, léčba skončila, k vyčlění dosud nešlo a virus hepatitidy přetrvává v těle i po jednom roce od ukončení léčby interferonem.

- m) **aplastická anémie** – selhání funkce kostní dřeně (porucha krvetvorby), v jejím důsledku je v cirkulaci krvi neustatek červených i bílých krvinek a krvních destiček. Podmínkou vzniku pojistné události je splnění všech následujících požadavků:

- diagnóza aplastické anémie je potvrzena na základě výsledku punkce kostní dřeně,
- počet granulocytů (bílé krvinky s vyzrálými granulami v cytoplasmě) v krvi je nižší než 500/mm<sup>3</sup> (t.j. 0,5 x 10<sup>9</sup>/l) a krvních destiček nižší než 20 000/mm<sup>3</sup> (t.j. 20 x 10<sup>9</sup>/l),
- je prokázána anémie a retikulocytopenie,
- léčeni je prováděno minimálně jedním z následujících způsobů:
  - pravidelné krevní transfúze opakující se alespoň tři měsíce,
  - pravidelná aplikace imunosupresivních látek opakující se alespoň tři měsíce,
  - transplantace kostní dřeně.

Pojistná událost nenastává, jedná-li se o aplastickou anémii, která je následkem terapie (např. antibiotiky, nesteroidními antirevmatiky, zlatem, radiačním zářením nebo chemoterapií), o některou z forem vrozené aplastické anémie nebo o aplastickou anémii, pokud bylo u pojistného dítěte diagnostikováno nádorové onemocnění před uzavřením tohoto pojistění. Pojistná událost také nenastává v případě, že diagnóza aplastické anémie byla poprvé stanovena během prvních dvou let od sjednání pojistění a současně toto onemocnění souviselo s chronickou anémií, které si byl pojistné dítě nebo jeho zákonný zástupce vědomí před uzavřením tohoto pojistění.

- n) **diabetes mellitus I. typu s intenzifikovaným inzulinovým režimem (závislý na inzulinu)** – diabetem se pro účely pojistění rozumí získané chronické onemocnění, v jehož důsledku vznikne stav chronické hyperglykémie. Podmínkou vzniku pojistné události je doložení lékařské zprávy pojistitele s potvrzenou diagnózou diabetes mellitus I. typu, která pro svou závažnost vyžaduje léčbu pravidelnými aplikacemi inzulinových injekcí, přičemž tato léčba již trvá po dobu minimálně tří měsíců. Vyloučen je diabetes mellitus II. typu vzniklý na podkladě obezity.

- o) **stavy vedoucí k syndromu krátkého střeva** – syndrom krátkého střeva souvisí s nedostatečnou délkou zaživého traktu vzniklou po opakovaných resekcích (chirurgických výkonech na střevě s oddělením části střeva). Důsledky pro organismus jsou různé podle odňatého segmentu střeva a podle zbylé části tenkého střeva. Nedochozí ke správnému vstřebávání živin. Následně vzniká podvýživa, kterou není možno řešit jinak než umělou parenterální výživou. Podmínkou pro poskytnutí pojistného plnění je, že podávaná umělá parenterální výživa trvá alespoň 1 rok nebo je trvalá. Další podmínkou je doložení lékařské zprávy s popisem postižení (základní dg) a odůvodněním nutnosti podávání umělé parenterální výživy.

- p) **operace srdeční chlopně** – pro účely pojistění se podle těchto SPP rozumí operace srdeční chlopně provedená přes otevřený hrudník za účelem léčebného zákroku na srdeční chlopně. Operace srdeční chlopně musí být lékařsky nezbytná a musí být v lékařské dokumentaci řádně zdůvodněna. Pojistná událost nenastává v případě, že k operaci došlo v důsledku získaného onemocnění zapříčiněného požíváním alkoholu a/nebo aplikací omamných či návykových látek. Výše pojistného plnění je rovna 100% pojistné částky pro pojistění velmi vážných onemocnění.

- r) **získané chronické srdeční onemocnění** – pro účely pojistění se podle těchto SPP rozumí získané onemocnění srdce, které se projevuje trvalou funkční a/nebo morfologickou patologií srdeční tkáně (srdeční chlopně, endokard, myokard a/nebo perikard). Podmínkou vzniku pojistné události je, aby náležitá léčba získaného chronického srdečního onemocnění probíhala po dobu nejméně šesti měsíců, po celou tuto dobu dosahovala onemocněním stupně II nebo vyššího podle NYHA klasifikace a přes náležitou léčbu nelze očekávat zlepšení. Pojistná událost nenastává, jedná-li se o získané chronické srdeční onemocnění:

- vzniklé v důsledku požívání alkoholu nebo aplikace omamných či návykových látek,
  - vzniklé v důsledku defektu v srdečním septu,
  - pokud byla u pojistného dítěte diagnostikována revmatická horečka před počátkem pojistění velmi vážných onemocnění.
- Výše pojistného plnění je závislá na stupni postižení dle NYHA klasifikace:
- stupeň IV dle NYHA klasifikace: 100% pojistné částky pro poskytnutí velmi vážných onemocnění,
  - stupeň II nebo III dle NYHA klasifikace: 50% pojistné částky pro poskytnutí velmi vážných onemocnění.
- s) **astma bronchiale** – je závažným onemocněním v případě současného splnění všech tří následujících kritérií trvajících déle než dvacet měsíců:
- trvalé klinické příznaky (těžké a středně těžké perzistující astma) či záchvat více než jedenkrát týdně (lehké perzistující astma); časté noční příznaky;

- trvalá potřeba léčby bronchodilatačními léky (betamimetika, aminofylin) či trvalé podávání inhalčních kortikoidů;
  - odchylky v plicním funkčním vyšetření - FEV<sub>1</sub> ≤60% náležité hodnoty.
- t) **epilepsie** – pro účely pojistění se podle těchto SPP rozumí záchvatovitá přechodná porucha mozkové činnosti, která se projevuje poruchou vědomí. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby provedené EEG vyšetření vykazovalo patologickou epileptickou aktivitu mozku a zároveň byl splněn jeden z následujících požadavků:
- více než jeden záchvat tonicko-klonických křečí postihující všechny kosterní svaly a současná porucha vědomí (grand mal) častěji než jedenkrát za sedm dní po dobu více než dvanáct měsíců. V případě takové pojistné události je výše pojistného plnění rovna 100% pojistné částky pro pojistění velmi vážných onemocnění.
  - více než jeden záchvat tonicko-klonických křečí postihující všechny kosterní svaly a současná porucha vědomí (grand mal) častěji než jedenkrát za třicet dnů po dobu více než dvanáct měsíců. Po celou dobu musí být pojistné dítě odpovídajícím způsobem léčeno a záchvaty musí být dokumentovány lékařskými zprávami.

V případě takové pojistné události je výše pojistného plnění rovna 25% pojistné částky pro pojistění velmi vážných onemocnění.

Pojistná událost nenastává v případě, že diagnóza epilepsie byla poprvé stanovena během prvních dvou let od počátku pojistění a současně toto onemocnění souviselo s níže uvedenými příčinami a symptomy, kterých si byli pojistěné dítě a/nebo jeho rodiče vědomi před počátkem pojistění:

- úraz hlavy,
- zánětlivé onemocnění a/nebo infekce mozku,
- chirurgický zákrok na mozku,
- nádor mozku,
- hypoxie během porodu pojistěného dítěte.

u) **revmatická horečka** – pro účely pojistění se podle těchto SPP rozumí revmatická horečka s přetrvávajícími srdečními komplikacemi. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby onemocnění vedlo k trvalému chronickému srdečnímu selhání, které dosahuje stupně II nebo vyššího podle NYHA klasifikace po dobu nejméně 8ti měsíců, a přes náležitou léčbu nelze očekávat zlepšení. Diagnóza revmatické horečky musí být potvrzena kardiologem a musí být prokázáno splnění všech diagnostických kritérií podle Jonese. Pojistná událost nenastává, trpělo-li pojistěné dítě chlopienní vadou jakéhokoliv původu před počátkem pojistění.

Výše pojistného plnění je závislá na stupni postižení dle NYHA klasifikace:

- stupeň IV dle NYHA klasifikace: 100% pojistné částky pro pojistění velmi vážných onemocnění,
- stupeň II nebo III dle NYHA klasifikace: 50% pojistné částky pro pojistění velmi vážných onemocnění.

v) **tetanus** – pro účely pojistění se podle těchto SPP rozumí akutní infekce způsobená bakterií Clostridium tetani. Podmínkou vzniku pojistné události je, aby onemocnění vedlo ke svalové ochablosti a respirační nedostatečnosti trvajících po dobu nejméně čtyř týdnů potvrzené odborným lékařem a byla nutná léčba pojistěného dítěte za hospitalizace. Pojistná událost nenastává, pokud pojistěné dítě nebylo řádně očkováno dle platného očkovacího kalendáře. Výše pojistného plnění je rovna 25% pojistné částky pro pojistění velmi vážných onemocnění.

x) **závažná onemocnění způsobená přisátím klíštěte** – rozumí se závažná forma klíšťové meningoencefalitidy nebo lymeské nemoci, která je způsobena přisátím klíštěte. Závažná forma meningoencefalitidy nebo chronické formy lymeské boreliózy způsobují trvalé následky. Příznaky onemocnění se musí projevit v období tří měsíců následujících po přisátí klíštěte a diagnóza musí být doložena v závislosti na onemocnění níže uvedeným způsobem.

**Klíšťovou meningoencefalitidou (KE)** se rozumí encefalitida a/nebo meningitida způsobená specifickými ARBO viry, které jsou klíštětem obvykle přeneseny. Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria:

- pojistěný doložil anamnézu přisátí klíštěte s uvedením data, zaznamenanou v lékařské dokumentaci,
- KE je řádně léčena během hospitalizace nebo ambulantně,
- pojistěný doložil přítomnost protilátek proti klíšťové meningoencefalitidě v séru a/nebo v mozkomíšním moku s zvýšením hladiny IgM protilátek prokazující akutní infekci,
- závažné trvalé neurologické a/nebo psychiatrické následky klíšťové meningoencefalitidy jsou potvrzeny příslušným odborným lékařem.

**Lymeskou nemocí** se rozumí bakteriální zánětlivá infekční onemocnění s kožními, neurologickými, kardiologickými a kloubními příznaky. Chronická pozdní forma nemoci má nervové a kloubní projevy.

Onemocnění musí splňovat všechna následující kritéria:

- pojistěný doložil anamnézu přisátí klíštěte s uvedením data zaznamenanou v lékařské dokumentaci,
- pojistěný jednoznačně doložil přítomnost bakterie Borrelia burgdorferi (vyšetření z laboratoře molekulární biologie pomocí metody PCR),
- pojistěný doložil přítomnost specifických protilátek proti lymeské nemoci v organismu (IgM a IgG prokazujících akutní infekci),
- pojistěný byl řádně dlouhodobě léčen,
- příznaky způsobené jednoznačně lymeskou nemocí a závažnost jejich následků jsou potvrzeny příslušným odborným lékařem (psycho syndrom, parézy periferních i hlavových nervů, dysartrie, ataxie, poruchy kognitivních a paměťových funkcí, periferní neuropatie apod., těžké invalidizující postižení kloubů).

Pojistnou událostí při neurologických komplikacích jsou onemocnění s trvalým neurologickým defektem a současně klinicky potvrzeným nálezem neurologa.

Postižení kloubů a invalidizace musí být potvrzena příslušným odborným lékařem.

Podrobná kritéria pro vznik a plnění pojistné události jsou shodná s parametry popsanými v písmeně k) meningitida a encefalitida.

## 2. Pojistná událost

a) Není-li u vyjmenovaných velmi vážných onemocnění v těchto podmínkách uvedeno jinak, pojistitel poskytnout pojistné plnění i za velmi vážné onemocnění (potvrzení lékařské diagnózy), pokud vznikne v důsledku úrazu v době trvání pojistění.

b) Bylo-li ve smlouvě sjednáno pojistění velmi vážných onemocnění, je pojistitel povinen vyplatit, v případě splnění podmínek a vzniku pojistné události uvedených v části Dětská pojistění, bodu B tohoto článku, pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky pojistění velmi vážných onemocnění, nezávisle na případném dalším plnění z jakéhokoliv jiného pojistění sjednaného ve smlouvě.

c) Pojistné plnění bude vyplaceno pouze za předpokladu přežití pojistěného dítěte alespoň 30 kalendářních dnů od potvrzení lékařské diagnózy, případně data provedení operačního nebo lékařského výkonu jednoho z velmi vážných onemocnění uvedených v části Dětská pojistění, bodu B tohoto článku.

d) Z pojistění velmi vážných onemocnění je pojistitel povinen na základě písemné žádosti vyplatit, pokud pojistěnému dítěti onemocněním vzniklo právo na plnění, smluvně dohodnutou pojistnou částku, došlo-li u pojistěného dítěte v době trvání pojistění k potvrzení lékařské diagnózy jednoho z velmi vážných onemocnění, vyjmenovaných v pojistné smlouvě, respektive k provedení některého z operačních zákroků vyjmenovaných a definovaných v pojistné smlouvě.

e) V pojistění velmi vážných onemocnění není pojistitel povinen plnit v případě potvrzené lékařské diagnózy, případně data provedení operačního nebo lékařského výkonu, jednoho z velmi vážných onemocnění u pojistěného dítěte do doby tří měsíců ode dne počátku tohoto pojistění a v případě souvisejících vrozených symptomů vzniklých před uzavřením pojistění. Pojistěné dítě (v případě nezletilosti pojistěného dítěte jeho zákonný zástupce) je povinnou onemocněním bez zbytečného odkladu nahlásit, a to nejdříve do jednoho měsíce od data potvrzení lékařské diagnózy onemocnění. Dojde-li k potvrzení výše diagnóz velmi vážných onemocnění podle ustanovení části Dětská pojistění, bodu B tohoto článku současně, vyplatí pojistitel z těchto pojistných událostí pouze pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky pouze jednou, a to do maximální výše pojistné částky sjednané smlouvou.

f) Dojde-li k potvrzení lékařské diagnózy jednoho z velmi vážných onemocnění u pojistěného dítěte, vyplatí pojistitel pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky. Vyplacením pojistného plnění z pojistění velmi vážných onemocnění toto pojistění zaniká.

g) V případě, kdy došlo v posledních třech měsících před stanovením diagnózy, příp. operace, velmi vážného onemocnění ke zvýšení pojistné částky pro případ velmi vážných onemocnění, vyplatí pojistitel pojistnou částku platnou před jejím zvýšením.

## C. POJISTĚNÍ DENNÍHO ODŠKODNĚNÍ – ÚRAZ

a) Výši a rozsah pojistného plnění určuje pojistitel podle dále uvedených zásad.

b) Úrazy, za které pojistitel poskytuje pojistné plnění, jsou přesně specifikovány v tabulce „Maximální hodnoty plnění denního odškodného za dobu léčby úrazu“ (dále jen „oceňovací tabulka DO“) platné v době vzniku pojistné události (úrazu). Oceňovací tabulka DO, kterou má pojistitel právo doplňovat a měnit, je k dispozici na internetových stránkách pojistitele.

c) V oceňovací tabulce DO je uveden maximální počet dnů, za které bude sjednané denní odškodné pro příslušnou diagnózu vyplaceno v rámci jedné pojistné události. Celkový počet dnů, za které bude pojistné plnění vyplaceno v rámci jedné pojistné události, se stanoví na základě lékařské zprávy o úrazu, maximálně však v počtu dnů uvedených v oceňovací tabulce DO.

Pokud je celková doba léčby kratší než 8 dnů, pojistné plnění za dobu nezbytného léčení úrazu (dále jen „doba léčení“) se nevyplácí.

Pokud je celková doba léčby alespoň 8 dnů, vyplatí se denní odškodné za dobu léčení dle skutečného počtu dnů léčení, maximálně však do výše dle oceňovací tabulky DO. Není-li jakékoliv tělesné poškození obsaženo v oceňovací tabulce DO, je pojistitel oprávněn stanovit výši pojistného plnění v součinnosti se smluvním lékařem pojistitele. K určení celkové výplaty pojistného plnění použije pojistitel hodnoty uvedené v oceňovací tabulce DO, které jsou danému poškození svou povahou nejbližší.

d) Maximální počet dnů, za které poskytnout pojistitel pojistné plnění v rámci jedné pojistné události, je 365 dnů.

e) V případě souběžné doby léčby více úrazů se započítává souběžná doba léčby pouze jednou.

f) Bylo-li pojistěnému dítěti způsobeno jedním úrazem několik tělesných poškození různých druhů, plní pojistitel pouze za dobu léčby u nejzávažnějšího úrazu dle oceňovací tabulky DO.

g) V případě dlouhodobého léčení úrazu, lze-li jednoznačně určit, že vznikne nárok na pojistné plnění, a lze-li určit jeho minimální výši, může pojistitel na základě písemné žádosti pojistěného dítěte (resp. jeho zákonného zástupce) poskytnout přiměřenou zálohu. O zálohu je možné požádat nejdříve po jednom měsíci od vzniku pojistné události. Pojistitel může poskytnout zálohu za každý ukončený měsíc léčení úrazu, záloha bude vyplacena do maximálního počtu dnů, za které má pojistěné dítě nárok na pojistné plnění v souladu s ostatními ustanoveními SPP. Spolu s každou žádostí musí být doloženy kopie lékařských zpráv okládajících průběh léčení úrazu. Pojistitel má právo za každou vyplacenou zálohu na pojistné plnění účtovat

pojistěnému dítěti poplatek (viz platný přehled poplatků a parametrů produktu).

h) Do posledního dne roku, ve kterém dítě dovrší 10 let věku, platí odchýlně od Zvláštních ustanovení II., článku 3, odst. 4, písm. d) VPP, že pojistitel může poskytnout pojistné plnění z úrazové složky i za otravy v důsledku požití pevných nebo kapalných látek polknutím.

i) Děu nejsou zařazovány do rizikových skupin.

j) Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojistění.

## D. POJISTĚNÍ HOSPITALIZACE – ÚRAZ NEBO NEMOC

### 1. Předmět a rozsah pojistění, pojistná událost

a) Pojistění hospitalizace (pobyty v nemocnici) zahrnuje v případě pojistné události výplatu pojistného plnění za každý započatý den z lékařského hlediska nutné hospitalizace z důvodu úrazu nebo nemoci. Podmínkou výplaty je hospitalizace dosahující minimálně 24 hodin.

b) Pojistitel vyplatí od prvního dne léčby (vč. sobot, nedělí a svátků) za každý den hospitalizace pojistné plnění ve smluvně stanoveném rozsahu. Dále pojistitel vyplatí pojistné plnění za každý den hospitalizace, která nastane v prvních třech letech ode dne zahájení léčby úrazu nebo nemoci.

c) Maximální počet dnů, za které pojistitel poskytne pojistné plnění v rámci jedné pojistné události, je 365 dnů.

d) V případě dlouhodobého pobytu v nemocnici, lze-li jednoznačně určit, že vznikne nárok na pojistné plnění, a lze-li určit jeho minimální výši, může pojistitel na základě písemné žádosti pojistěného dítěte (resp. jeho zákonného zástupce) poskytnout přiměřenou zálohu. O zálohu je možné požádat nejdříve po jednom měsíci od vzniku pojistné události. Pojistitel může poskytnout zálohu za každý ukončený měsíc pobytu v nemocnici, záloha bude vyplacena do maximálního počtu dnů, za které má pojistěné dítě nárok na pojistné plnění v souladu s ostatními ustanoveními SPP. Spolu s každou žádostí musí být doloženo potvrzení lékaře o trvání pobytu v nemocnici z důvodu léčení a důvod hospitalizace. Pojistitel má právo za každou vyplacenou zálohu na pojistné plnění účtovat pojistěnému dítěti poplatek (viz platný přehled poplatků a parametrů produktu).

e) Pojistnou událostí je nemoc, která nastala po sjednané čekací době a jejím důsledkem je z lékařského hlediska nutné hospitalizace pojistěného dítěte. Čekací doba začíná běžet dnem počátku pojistění. Základní čekací doba pro hospitalizaci z důvodu nemoci je dva měsíce od počátku tohoto pojistění. Zvláštní čekací doba v délce osmi měsíců je stanovena pro případ hospitalizace výlučně z důvodu:

- těhotenství nebo porodu,
- zubního ošetření, zhotovení zubních náhrad a úkonů chirurgie a ortopedie Čelisti.

f) Pokud dojde ke zvýšení pojistné částky tohoto pojistění, platí ode dne změny ustanovení o nové dvouměsíční (osmiměsíční) čekací době pro dodatečnou část zvýšeného pojistného krytí. V případě navýšení pojistné částky bude za onemocnění, které nastalo, bylo diagnostikováno nebo prvotně léčeno již před tímto navýšením, plněno ve výši původně sjednané pojistné částky.

g) Nemocnicí se ve smyslu těchto podmínek rozumí státní, popř. soukromé zařízení s platnou registrací zabývající se péčí a ošetřováním nemocných a zraněných osob, disponující dostatečnými diagnostickými, chirurgickými a terapeutickými zařízeními, nepřetržitou ošetrovatelskou službou a pracující dle všeobecně uznávaných poznatků vědy.

h) Pojistěné dítě (v případě nezletilosti pojistěného dítěte jeho zákonný zástupce) je povinnou předložit pojistiteli řádně vyplněné hlášení pojistné události, včetně kopie dokladu s potvrzením doby hospitalizace. Pojistěné dítě (v případě nezletilosti pojistěného dítěte jeho zákonný zástupce) je povinnou zabezpečit a postarat se, aby všechny doklady vyžádané pojistitelem byly výtahově a zaslány co možná nejdříve v českém jazyce (originální dokumenty pořízené v cizím jazyce, aby byly opatřené překladem úředně uznávanou osobou); je povinnou dodržovat stanovený léčebný režim, rady lékaře a všemi způsoby napomáhat svému celkovému uzdravení.

Pojistěné dítě je povinnou se na požádání podrobit dodatečnému vyšetření u smluvního lékaře pojistitele.

i) Do posledního dne roku, ve kterém dítě dovrší 10 let věku, platí odchýlně od Zvláštních ustanovení II., článku 3, odst. 4, písm. d) VPP, že pojistitel může poskytnout pojistné plnění z úrazové složky i za otravy v důsledku požití pevných nebo kapalných látek polknutím.

j) Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojistění.

### 2. Výluky z pojistného plnění

Pojistitel neplní v případě:

- a) léčebných pobytů v lázních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, psychiatrických léčebnách nebo zařízeních, zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie nebo závislosti, s výjimkou případů, kdy pojistitel s tímto typem léčby vyjádřil předem písemně souhlas, a dále pobytů v zařízeních souvisejících s pečovatelskou péčí, jakož i ve speciálních dětských zařízeních a ústavech sociální péče,
- b) poruchy duševní a poruchy chování z důvodu nemoci – MKN 10 (mezinárodní klasifikace nemoci) – diagnózy F00 – F99,
- c) zákroků a zásahů z lékařského hlediska ne nezbytných, které si pojistěný nechal provést na svém těle, jako např. zubní ošetření, chirurgie či ortopedie Čelisti, kosmetické zákroky,
- d) hospitalizace z důvodu vrozených vad.

e) V případě hospitalizace při porodu je pojistné plnění omezeno na 7 dnů, v důsledku těhotenských komplikací v průběhu jednoho těhotenství na max. 28 dnů.