



více než / standard

Pojistné podmínky pro skupinové pojištění

1008

HLAVA I.

OBECNÁ ČÁST

Článek 1.1.

Úvodní ustanovení

Pro skupinové pojištění, které sjednává AXA životní pojišťovna a.s., platí příslušná ustanovení zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, v platném znění, tyto Pojistné podmínky pro skupinové pojištění 0808 (dále jen „pojistné podmínky“) a ujednání pojistné smlouvy o skupinovém pojištění (dále jen „pojistná smlouva“ nebo jen také „smlouva“). Pojistné podmínky jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy, za předpokladu, že na ně smlouva odkazuje a jsou ke smlouvě přiloženy nebo pojistník byl s nimi před uzavřením smlouvy prokazatelně seznámen.

Článek 1.2.

Vymezení pojmů

Pro účely těchto pojistných podmínek se užívají následující pojmy v těchto významech:

- **obmyslený** – osoba určená pojistníkem v pojistné smlouvě, které vznikne právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného,
- **obnosové pojištění** – pojištění, jehož účelem je získání obnosu, tj. dohodnuté finanční (pojistné) částky v důsledku pojistné události ve výši, která je nezávislá na vzniku nebo rozsahu škody,
- **oprávněná osoba** – osoba, které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění,
- **plná pracovní schopnost** – schopnost zaměstnance, který není ve stavu pracovní neschopnosti ani nemá změněnou pracovní schopnost, plnit všechny své pracovní úkoly a povinnosti,
- **pojistitel** – AXA životní pojišťovna a.s., se sídlem Lazarská 13/8, 120 00 Praha 2, Česká republika,
- **pojistník** – osoba, která s pojistitelem uzavírá pojistnou smlouvu,
- **pojištělá osoba** – osoba, která je navržena pojistníkem jako pojištěný a splňuje požadavky pojistitelnosti pro účast v skupinovém pojištění stanovené v pojistných podmínkách a v pojistné smlouvě,
- **pojištěný** – osoba, na jejíž život, zdraví nebo jiné hodnoty pojistného zájmu se sjednává pojištění vztahuje,
- **pojistná doba** – doba, na kterou bylo pojištění sjednáno,
- **pojistná částka** – částka sjednaná v pojistné smlouvě pro účely stanovení výše pojistného plnění,
- **pojistná událost** – nahodilá skutečnost blíže označená u jednotlivého pojištění v pojistných podmínkách nebo ve smlouvě, se kterou je spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění,
- **pojistný rok** – roční období začínající dnem počátku pojištění nebo dnem výročí smlouvy, na která se dělí pojistná doba,
- **pojistné nebezpečí** – možná příčina vzniku pojistné události,
- **pojistné riziko** – míra pravděpodobnosti vzniku pojistné události vyvolané pojistným nebezpečím,
- **přípojištění** – pojištění, které má doplňkový charakter k hlavnímu pojištění a nelze sjednat samostatně,
- **skupinové pojištění** – soubor pojištění, které se vztahuje na skupinu jednotlivých pojištěných blíže vymezených v pojistné smlouvě, jejichž totožnost v době uzavření této smlouvy není obvykle známa,
- **tarif** – pojištění nebo přípojištění uvedené ve zvláštní části pojistných podmínek,
- **účastník pojištění** – pojistitel a pojistník jakožto smluvní strany a dále pojištěný a každá další osoba, které z pojištění vzniklo právo nebo povinnost,
- **vyročí smlouvy** – den pojistné doby, který se datem (dnem a měsícem) shoduje se dnem počátku pojištění. Není-li takový den v měsíci, případně výročí smlouvy na poslední den tohoto měsíce,
- **zájemce** – osoba, která má zájem o uzavření pojistné smlouvy s pojistitelem,
- **FCL (fre cover limit)** – horní hranice pojistného plnění pro jednotlivá pojištění, u kterých pojistitel nepožaduje zkoumání zdravotního stavu.

Článek 1.3.

Rozsah pojištění

(1) Pojistitel sjednává skupinové pojištění jako pojištění obnosové. V rámci skupinového pojištění je možno sjednat následující druhy pojištění:

- pojištění pro případ smrti
- pojištění pro případ smrti následkem úrazu
- přípojištění pro případ trvalého tělesného poškození následkem úrazu s lineárním nebo progresivním plněním
- přípojištění denní dávky pro případ pracovní neschopnosti
- přípojištění denní dávky při pobytu v nemocnici
- přípojištění pro případ závažných onemocnění
- přípojištění denního odškodného za dobu nezbytného léčení úrazu
- přípojištění denního odškodného za dobu nezbytného léčení vyjmenovaných drobných úrazů
- přípojištění denní dávky při pobytu v nemocnici v důsledku úrazu

(2) Pojistitel může sjednávat i jiné druhy pojištění. Pokud takové pojištění není upraveno jinak zvláštními pojistnými podmínkami nebo pojistnou smlouvou, platí pro ně ustanovení těchto pojistných podmínek.

(3) V jedné smlouvě lze současně sjednat několik druhů pojištění.

(4) Pojistná smlouva se řídí právním řádem České republiky.

(5) Územní platnost pojištění není omezena, není-li v pojistných podmínkách stanoveno nebo ve smlouvě dohodnuto jinak.

(6) Uzavřením pojistné smlouvy o skupinovém pojištění vzniká soubor pojištění jednotlivých pojištěných. Není-li v pojistných podmínkách dále stanoveno jinak, lze konat právní úkon týkající se pouze jednotlivého pojištění jednotlivého pojištěného.

Článek 1.4.

Uzavření a změna pojistné smlouvy skupinového pojištění

- (1) Pojistná smlouva a všechny právní úkony týkající se pojištění musí mít písemnou formu, pokud není v pojistné smlouvě o skupinovém pojištění stanoveno jinak.
- (2) Návrh na uzavření pojistné smlouvy podává pojistitel. Vzhledem k požadavku písemné formy pojistné smlouvy nelze návrh pojistitele přijmout zaplacením pojistného.
- (3) Pojistná smlouva je uzavřena dnem podpisu pojistníka a pojistitele.
- (4) Při sjednávání pojistné smlouvy jsou pojistník a pojištěný povinni pravdivě a úplně zodpovědět písemné dotazy pojistitele týkající se sjednáváného pojištění a zdravotního stavu pojištěného.
- (5) Pojistitel je oprávněn zabezpečit identifikaci pojistníka a pojištěného, pokud je jeho totožnost známa, při uzavírání pojistné smlouvy a jejich identifikační údaje vést ve své evidenci. Pojistník a pojištěný se zavazují pojistiteli bezodkladně oznámit změnu identifikačních a dalších údajů, které poskytli pojistiteli.

Článek 1.5.

Počátek, konec a přerušení pojištění

- (1) Pojistná smlouva se uzavírá na sjednanou pojistnou dobu. Počátek a konec pojistné doby je stanoven v pojistné smlouvě. Pojištění vzniká v 0:00 hodin dne sjednaného jako počátek pojištění.
- (2) Pojištění jednotlivého pojištěného vzniká v 0:00 hodin dne sjednaného jako počátek pojištění.
- (3) Pojištění zaniká uplynutím stanovené doby pojištění, a to ve 24.00 hodin dne sjednaného jako konec pojištění, pokud nedojde k prodloužení pojistné doby ve smyslu pojistné smlouvy o skupinovém pojištění.
- (4) Doba stanovená lhůtou podle týdnů, měsíců nebo let končí dnem, který předchází dni, který se pojmenováním nebo číslem shoduje se dnem, na který připadá počátek pojištění. Není-li takový den v měsíci, případně konec lhůty na jeho poslední den.
- (5) Pojištění lze přerušit pouze na žádost pojistníka se souhlasem pojistitele, není-li v pojistných podmínkách stanoveno jinak. Pojištění se nepřerušuje v případě nezaplacení pojistného do 2 měsíců ode dne jeho splatnosti.

Článek 1.6.

Souhlas pojistníka a pojištěného

- (1) Pojistitel v rámci pojišťovací činnosti zpracovává osobní údaje účastníků pojištění v souladu se zákonem č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví, v platném znění, a se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění, které tyto osoby uvedly v pojistné smlouvě nebo v jiném dokumentu předaném pojistiteli v souvislosti s uzavřením pojistné smlouvy nebo v době trvání pojištění. Zpracování těchto osobních údajů je nezbytné pro plnění pojistné smlouvy. Pojistitel je oprávněn zpracovávat osobní údaje po dobu existence vzájemných závazků vyplývajících nebo souvisejících s pojistnou smlouvou.
- (2) Pojistitel je oprávněn požadovat údaje o zdravotním stavu a zjištění zdravotního stavu nebo příčiny smrti pojištěného, a to na základě souhlasu pojištěného a pojištěný je povinen tento souhlas pojistiteli udělit. Zjišťování zdravotního stavu nebo příčiny smrti se provádí na základě zpráv a zdravotnické dokumentace vyžádaných pojistitelem pověřeným zdravotnickým zařízením od ošetřujících lékařů a v případě potřeby i prohlídkou nebo vyšetřením provedeným zdravotnickým zařízením.
- (3) Souhlas s poskytnutím údajů o zdravotním stavu, se zjišťováním zdravotního stavu nebo příčiny smrti a dalších citlivých údajů (např. biometrický nebo genetický údaj) a jejich zpracováním dává pojistník a pojištěný pojištění podpisem pojistné smlouvy nebo jiného dokumentu předaného pojistiteli v souvislosti s uzavřením pojistné smlouvy nebo v době trvání pojištění. Pojistník a pojištěný dále souhlasí s nahlédnutím pojistitele do jejich zdravotnické dokumentace za účelem zjišťování jejich zdravotního stavu nebo příčiny smrti. Tento souhlas uvedené osoby poskytují pojištění za účelem zjištění jejich zdravotního stavu nebo příčiny smrti, jsou-li pro to důvody související se stanovením výše pojistného rizika, výše pojistného a setřením pojistné události. Tento souhlas udělují na celou dobu existence vzájemných závazků vyplývajících nebo souvisejících s pojistnou smlouvou. Tento souhlas udělují uvedené osoby i zpracovatelům, se kterými pojistitel uzavřel smlouvu o zpracování osobních údajů. Jestliže pojistník nebo pojištěný tento souhlas odvolá, pojištění jednotlivého pojištěného, který souhlas odvolal, zaniká dnem doručení odvolání souhlasu pojistiteli, není-li v pojistných podmínkách stanoveno jinak.
- (4) Pojistník podpisem pojistné smlouvy souhlasí s tím, aby pojistitel zpracovával osobní údaje, které získal v rámci pojišťovací činnosti, s výjimkou citlivých údajů, za účelem nabízení obchodu a služeb a z kvalitativní péče o klienta, poskytl je osobám, které pojistitel ve smyslu obchodního zákoníku ovládá, a dále osobě, která ovládá pojistitele, a osobám, které tato osoba ovládá (členové AXA koncern). Tento souhlas udělují pojištění na celou dobu existence vzájemných závazků vyplývajících nebo souvisejících s pojistnou smlouvou. Tento souhlas udělují uvedené osoby i zpracovatelům, se kterými pojistitel uzavřel smlouvu o zpracování osobních údajů.
- (5) Osobní údaje pojistníka i pojištěného osoby mohou být předány zajištělům do jiných států, v nichž právní úprava odpovídá požadavkům stanoveným právními předpisy České republiky, za předpokladu, že předání údajů je nezbytné pro jednání o uzavření nebo změně smlouvy, uskutečněné z podnětu subjektu údajů, nebo pro plnění smlouvy, jejíž smluvní stranou je subjekt údajů, nebo je předání nezbytné pro plnění smlouvy uzavřené v zájmu subjektu údajů mezi pojistitelem a třetí stranou, nebo pro uplatnění jiných právních nároků.
- (6) Pojistitel v souladu se zákonem č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, v platném znění, a se zákonem č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel, v platném znění, zpracovává údaj o rodném čísle pojistníka a pojištěného pro zajištění nezáměnitelné identifikace těchto osob. Poskytnutím rodného čísla pojištění, jeho uvedením v pojistné smlouvě nebo v jiném dokumentu předaném pojistiteli v souvislosti s uzavřením pojistné smlouvy nebo v době trvání pojištění a podepsaním pojistníkem a pojištěným tyto osoby výslovně souhlasí s využitím svého rodného čísla pojištěním. Pojistitel se zavazuje využívat rodné číslo pojistníka a pojištěného výhradně pro identifikační účely a při nakládání s rodným číslem plnit a dodržovat povinnosti stanovené právními předpisy. Tento bod platí obdobně i pro jiné účelové úkoly pojištění, který pojištění poskytl své rodné číslo.
- (7) Je-li pojistník odlišný od pojištěného, může určit nebo změnit osobu obmysleného nebo pohledávky z pojištění postoupit nebo zastavit jen se souhlasem pojištěného.

Článek 1.7.

Pojistné

- (1) Pojistné je úplatou za pojištění. Způsob určení výše pojistného je uveden v pojistné smlouvě.
- (2) Žádost pojistníka je pojištění povinen sdělit zásady pro určení výše pojistného.
- (3) Platby zájemce zaplacené pojistiteli před uzavřením pojistné smlouvy se považují za zálohu na pojistné.
- (4) Jednorázové pojistné se platí za celou dobu pojištění a je splatné dnem počátku pojištění, není-li v pojistné smlouvě o skupinovém pojištění stanoveno jinak.
- (5) Nastala-li pojistná událost, náleží pojištění pojistné za jednotlivého pojištěného za celou pojistnou dobu. Zaniklo-li pojištění jednotlivého pojištěného jinak, jako pojistnou událostí, náleží pojištění poměrná část zaplaceného pojistného do konce měsíce, ve kterém došlo k zániku pojištění.
- (6) Pojistné se platí v české měně, není-li ve smlouvě dohodnuto jinak. Pojistné je zaplaceno dnem, kdy je pojistné připsáno na účet stanovený pojistitelem nebo dnem vyplacení částky v hotovosti pojistiteli. Platba musí být identifikována způsobem stanoveným pojistitelem. Pojistitel nezodpovídá za škodu, která vznikla v případě porušení této povinnosti pojistníkem.
- (7) Pokud pojistné nebylo zaplaceno včas nebo ve sjednané výši, má pojištění právo na úrok z prodlení a úhradu nákladů, které vynaložil v důsledku prodlení pojistníka.
- (8) Pokud se výše pojistného určuje s přihlédnutím k věku pojištěného, stanoví se vstupní věk pojištěného rozdílem kalendářního roku počátku pojištění a kalendářního roku narození pojištěného.

Článek 1.8.

Oprávněná osoba, obmyslený

- (1) Oprávněnou osobou je pojištěný, není-li v pojistných podmínkách stanoveno nebo v pojistné smlouvě dohodnuto jinak.



(2) Je-li pojistnou událostí smrt pojištěného, může pojistník určit obmysleného jako oprávněnou osobu, a to jménem nebo vztahem k pojištěnému. Až do vzniku pojistné události může pojistník obmysleného měnit. Není-li pojistník sám pojištěným, může obmysleného určit či změnit jen se souhlasem pojištěného. Změna obmysleného je účinná dnem doručení sdělení pojistiteli.

(3) Nebyl-li v době pojistné události určen obmyslený nebo nenabude-li obmyslený práva na plnění, nabývají tohoto práva manžel pojištěného, a není-li ho, děti pojištěného. Není-li těchto osob, nabývají práva na plnění rodiče pojištěného, a není-li jich, nabývají práva na plnění osoby, které žily s pojištěným po dobu nejméně jednoho roku před jeho smrtí ve společné domácnosti a které z tohoto důvodu pečovaly o společnou domácnost nebo byly odkázány výživou na pojištěného; není-li ani těchto osob, nabývají tohoto práva dědici pojištěného.

(4) Vznikne-li právo na plnění podle bodu (2) a (3) několika osobám a nejsou-li jejich podíly určeny, má každá z nich právo na stejný díl.

Článek 1.9. Pojistné plnění

(1) Pojistitel poskytuje jednorázové pojistné plnění ve výši určené pojistnými podmínkami a pojistnou smlouvou. Pojistitel vyplácí pojistné plnění (dále také jako „plnění“) na základě písemné žádosti oprávněné osoby.

(2) Pojistitel je povinen po oznámení události, se kterou je spojen požadavek na plnění, bez zbytečného odkladu zahájit šetření nutné ke zjištění rozsahu jeho povinnosti plnit. Plnění je splatné do 15 dnů po skončení šetření. Šetření je skončeno, jakmile pojistitel sdělí jeho výsledky oprávněné osobě.

(3) Pojistitel je povinen ukončit šetření do 3 měsíců po tom, co mu byla událost podle bodu (2) oznámena. Nemůže-li ukončit šetření v této lhůtě, je povinen sdělit osobě, které má vzniknout nebo vzniklo právo na plnění, důvody, pro které nelze šetření ukončit, a poskytnout jí na její žádost přiměřenou zálohu. Tato lhůta neběží, je-li šetření znemožněno nebo ztíženo z viny oprávněné osoby, pojistníka nebo pojištěného.

(4) Plnění je splatné v České republice v české měně, pokud není v pojistné smlouvě dohodnuto jinak. Plnění je zapláceno dnem, kdy je poukázáno prostřednictvím peněžního ústavu nebo provozovatele poštovních služeb na účet oprávněné osoby, nebo dnem převzetí plnění vyplaceného v hotovosti oprávněnou osobou.

(5) Pojistitel je oprávněn identifikovat oprávněnou osobu při výplatě plnění. Pojistitel je oprávněn požadovat úřední ověření žádosti o plnění a dalších dokumentů stanovených pojistitelem. Smrt pojištěného musí být pojistiteli neprodleně oznámena. Pojistiteli musí být předloženo úředně ověřený úmrtí list a podrobné lékařské nebo úřední osvědčení o příčině smrti jakož i o počátku a průběhu nemoci, jež vedla ke smrti pojištěného.

(6) Náklady spojené s uplatněním nároku na plnění hradí ten, kdo nárok uplatňuje. K objasnění povinnosti poskytnout plnění může pojistitel požadovat další potřebné doklady a sám provést potřebná šetření. Vyžaduje-li to pojistitel, je pojištěný povinen dát se na náklad pojistitele vyšetřit lékařem, kterého pojistitel určí.

(7) V případě odvolání souhlasu pojistníka nebo pojištěného s poskytnutím údajů o zdravotním stavu, se zjišťováním zdravotního stavu nebo příčiny smrti a dalších citlivých údajů a s nahlédnutím pojistitele do zdravotnické dokumentace pojistitel není povinen poskytnout plnění, a to i z pojistných událostí, které nastaly před odvoláním souhlasu.

(8) Pokud byly náklady šetření vynaloženy pojistitelem vyvolány nebo zvýšeny porušením povinností účastníka pojištění, má pojistitel právo požadovat na tom, kdo povinnost porušil, přiměřenou náhradu.

Článek 1.10. Omezení plnění

(1) Pojistitel neposkytuje plnění za pojistné události, které nastaly v přímé nebo nepřímé souvislosti s válečnými událostmi, invazí, vnitřními nepokoji nebo jadernou katastrofou. Tato uvedená omezení plnění se nevztahují na pojistné události, které nastaly v souvislosti s vnitřními nepokoji na území České republiky, a oprávněná osoba prokáže, že se pojištěný na těchto událostech aktivně nepodílel a straně organizátorů nepokojů.

(2) Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění až na jednu polovinu v případech, kdy pojistná událost nastala v souvislosti s jedním, kterým pojištěný jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt. Pokud takové jednání bylo úmyslné, pojistitel je oprávněn snížit plnění o více než jednu polovinu.

(3) Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění až na jednu polovinu, pokud došlo k pojistné události následkem požití alkoholu nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky pojištěným, a okolnosti, za kterých k pojistné události došlo, to odůvodňují; měla-li však taková pojistná událost za následek smrt pojištěného, sníží pojistitel plnění jen tehdy, jestliže k pojistné události došlo v souvislosti s jedním pojištěným, jímž jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt.

(4) Oprávněná osoba nemá právo na plnění, jestliže pojistnou událost způsobila úmyslně sama nebo z jejího podnětu jiná osoba.

(5) Pojistitel není povinen plnit za pojistné události, které nastaly do dne zaplacení jednorázového pojistného. Pojistitel však poskytne pojistné plnění za pojistné události, které nastaly do data splatnosti pojistného za pojistnou dobu, která začala v důsledku automatického prodloužení, jestliže pojistné bylo zapláceno do dne splatnosti příslušného pojistného.

(6) Pojistitel nebude poskytnuto v případě, kdy pojištěný zemře v průběhu dvanácti měsíců od vzniku jeho prvního pojištění, jestliže smrt nastala v přímé či nepřímé souvislosti s úrazem nebo nemocí, pro které před datem počátku pojištění nesplňoval podmínky pojistitelnosti. Toto omezení neplatí, jestliže pojištěný podstoupil hodnocení zdravotních rizik v rozsahu stanoveném pojistitelem a pojistitel pojištění bez omezení akceptoval.

Článek 1.11. Zánik pojištění

(1) Pokud pojistník nezaplácí pojistné za pojistnou dobu do 1 měsíce od data splatnosti pojistného, pojistná smlouva o skupinovém pojištění pozbyvá od počátku své účinnosti a zaniká. V případě, že se jedná o pojistnou dobu, jejíž běh počal v důsledku automatického prodloužení die pojistné smlouvy o skupinovém pojištění a pojistník nezaplácí pojistné za tuto pojistnou dobu do 1 měsíce od data splatnosti pojistného, pojistná smlouva o skupinovém pojištění pozbyvá k datu bezprostředně předcházejícího výročí smlouvy své účinnosti a k tomuto datu zaniká. Tato jednání se sjednávají jako rozvazovací podmínka dle § 36 odst. 2 občanského zákoníku.

(2) Pojistitel a pojistník se mohou na zániku pojištění dohodnout. V této dohodě musí být určen okamžik zániku pojištění a dohodnut způsob vzájemného vyrovnání závazků.

(3) Pojistitel nebo pojistník mohou pojištění vypovědět do 2 měsíců ode dne uzavření pojištění. Dnem doručení výpovědi počíná běžet osmidenáti výpovědní lhůta, jejímž uplynutím pojištění zaniká.

(4) Pojistitel nebo pojistník mohou pojištění jednotlivého pojištěného vypovědět do 3 měsíců ode dne doručení oznámení vzniku pojistné události tohoto pojištěného. Dnem doručení výpovědi počíná běžet výpovědní lhůta 1 měsíce, jejímž uplynutím pojištění jednotlivého pojištěného zaniká. Pojistitel nemůže takto vypovědět životní pojištění.

(5) Pojištění zaniká dnem následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené pojistitelem v upomínce k zaplacení pojistného nebo jeho části, doručené pojistníkovi; tato lhůta nesmí být kratší než 1 měsíc. Upomínka pojistitele musí obsahovat upozornění na zánik pojištění v případě nezaplacení dlužného pojistného.

(6) Pojištění jednotlivého pojištěného zaniká dnem, kdy došlo ke smrti pojištěné osoby, není-li ve smlouvě dohodnuto jinak, a dále v případech uvedených v pojistné smlouvě o skupinovém pojištění.

(7) Zodpověli pojistník nebo jednotlivý 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 nebo od pojištění jednotlivého pojištěného odstoupit, jestliže při pravdivém a úplném zodpovězení dotazů by pojistnou smlouvou nebo pojištěním jednotlivého pojištěného 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.

(8) Stejně právo odstoupit od pojistné smlouvy jako pojistitel má, za podmínek podle bodu (7), i pojistník, jestliže mu pojistitel nepravdivě nebo neúplně zodpověděl jeho písemné dotazy týkající se sjednávání pojištění. Písemné dotazy pojistníka je oprávněn zodpovídat pouze pojistitel.

(9) Odstoupením od pojistné smlouvy se smlouva od počátku ruší. Odstoupením od pojištění jednotlivého pojištěného se pojištění jednotlivého pojištěného od počátku ruší. Pojistitel je povinen bez zbytečného odkladu, nejpozději ve lhůtě do 30 dnů ode dne odstoupení od pojistné smlouvy, vrátit zaplacené pojistné, od kterého se odečte to, co již z pojištění plnil. V případě odstoupení pojistitele se od zaplaceného pojistného odečítají i náklady spojené se vznikem a správou pojištění. Pojistník, pojištěný nebo oprávněná osoba, včetně obmysleného jsou ve stejné lhůtě jako pojistitel povinni pojistiteli vrátit částku vyplaceného plnění, která přesahuje výši zaplaceného pojistného. Pro odstoupení od pojištění jednotlivého pojištěného platí věta druhá a třetí tohoto odstavce přiměřeně.

(10) Pojistitel může plnění z pojištění jednotlivého pojištěného 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 nepravdivě nebo neúplně zodpovězených písemných dotazů, a jestliže by při znalosti této skutečnosti v době uzavření pojištění jednotlivého pojištěného toto pojištění neuzavřel, nebo jej uzavřel za jiných podmínek, nebo oprávněná osoba uvede při uplatňování práva na plnění vědomě nepravdivě nebo hrubě zkreslené údaje týkající se rozsahu pojistné události nebo podstatné údaje týkající se této události zamíci. Dnem doručení oznámení o odmítnutí pojistného plnění pojištění jednotlivého pojištěného zanikne.

(11) Pripojení zániká také zánikem pojištění, k němuž bylo sjednáno jako přípojení.

(12) Zemře-li nebo zanikne-li bez právního nástupce pojistník, pojištění zaniká.

Článek 1.12. Povinnosti pojistníka, pojištěného a oprávněné osoby

(1) Pojistník a pojištěný jsou povinni pravdivě a úplně odpovědět na všechny písemné dotazy pojistitele týkající se sjednávání pojištění. To platí i v případě, že jde o změnu pojištění.

(2) Pojistník je povinen seznámit pojištěného s obsahem pojistné smlouvy týkající se pojištění jeho pojistného rizika.

(3) Oprávněná osoba je povinna bez zbytečného odkladu pojistiteli oznámit, že nastala pojistná událost, podat pravdivě vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události, předložit k tomu potřebné doklady a postupovat způsobem stanoveným v pojistných podmínkách a pojistné smlouvě.

(4) Porušil-li při sjednávání pojištění nebo při změně pojistné smlouvy pojistník nebo pojištěný některou z povinností uvedených v zákoně o pojistné smlouvě nebo v pojistné smlouvě a bylo-li v důsledku toho stanoveno nižší pojistné, může pojistitel plnění přiměřeně snížit.

(5) Pokud mělo porušení povinností uvedených v zákoně o pojistné smlouvě, pojistných podmínkách nebo smlouvě podstatný vliv na vznik pojistné události, její průběh nebo na zvětšení rozsahu jejich následků anebo na zjištění nebo určení výše plnění, může pojistitel plnění snížit úměrně tomu, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinnosti plnit.

Článek 1.13. Adresy a doručování

(1) Pojistník je povinen si určit korespondenční adresu na území České republiky, na níž mu pojistitel doručuje písemnosti týkající se pojištění, jinak se pojistníkovi doručuje na adresu uvedenou v pojistné smlouvě. Jinému účastníkovi pojištění doručuje pojistitel písemnosti na poslední známou adresu, není-li taková adresa, doručuje pojistitel písemnosti pojistníkovi. Změna korespondenční adresy je účinná dnem doručení sdělení pojistiteli.

(2) Pojistitel doručuje účastníkům pojištění písemnosti zpravidla prostřednictvím držitele poštovní licence na korespondenční adresu, není-li v pojistné smlouvě uvedené jinak.

(3) Nebyl-li adresát zastížen, doručovatel držitele poštovní licence uloží písemnost pojistitele v místně příslušné provozovně držitele poštovní licence a vhodným způsobem vyzve adresáta, aby si písemnost vyzvedl. Nevyzvedne-li si adresát písemnost do 15 dnů od jejího uložení, považuje se poslední den této lhůty za den doručení, i když se adresát o uložení písemnosti nedozvěděl. Odmítl-li adresát přijetí písemnosti, považuje se písemnost za doručenu dnem, kdy adresát její přijetí odmítl. Písemnost může být doručena i prostřednictvím osoby pověřené pojistitelem.

(4) Odmítl-li adresát týkající se pojištění určené pojistiteli se doručující písemně v českém nebo slovenském jazyce na adresu pojistitele, není-li v pojistné smlouvě o skupinovém pojištění stanoveno jinak.

HLAVA II. ZVLÁŠTNÍ ČÁST

Díl 1. Životní pojištění

Článek 2.1. Pojištění pro případ smrti

(1) Tarif 605 je pojištěním pro případ smrti pojištěného během trvání pojištění. Plnění se sjednává ve formě jednorázového plnění ve výši sjednané pojistné částky.

(2) Pojistnou událostí je smrt pojištěného.

(3) Smrtí pojištěného pojištění zaniká. Dožije-li se pojištěný sjednaného konce pojištění, zaniká pojištění tímto dnem.

Článek 2.2. Výjimky

(1) Při smrti pojištěného následkem sebevraždy pojistitel plnění neposkytuje.

Článek 2.3. Nesprávný údaj o datu narození nebo pohlaví pojištěného

(1) Při nesprávných údajích o datu narození nebo pohlaví pojištěného se plnění snižuje nebo zvyšuje v poměru pojistného, které bylo zapláceno, k pojistnému, které by bylo placeno na základě správných údajů.

(2) Bylo-li v důsledku nesprávných údajů o datu narození nebo pohlaví pojištěného placeno vyšší pojistné, je pojistitel povinen upravit jeho výši počínaje pojistným obdobím následujícím po pojistném období, ve kterém se správné údaje dozvěděly. Pojistné placené za následující pojistná období se snižuje o přeplatek pojistného, v případě jednorázového pojistného je pojistitel povinen přeplatek pojistného pojistníkovi bez zbytečného odkladu vrátit.

(3) Zjistil-li pojistitel v době trvání pojištění, že pojistník uvedl nesprávné datum narození pojištěného, je oprávněn odstoupit od pojištění jednotlivého pojištěného, jestliže by s pojistníkem v případě správně uvedeného data narození tohoto pojištěného v době uzavření pojištění za daných podmínek pojištění neuzavřel.

Díl 2. Úrazové pojištění

Článek 3.1. Pojistná událost

(1) Pojistnou událostí je úraz pojištěného v době trvání pojištění, který způsobí smrt nebo pracovní neschopnost nebo zanechá trvalé tělesné poškození, přičemž tělesným poškozením se rozumí omezení tělesných nebo duševních funkcí, které již nejsou schopny zlepšení.

(2) Úrazem se rozumí neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle

na vůli pojištěného nebo neočekávané a nepřerušené působení vysokých nebo nízkých zevních teplot, plynů, par, záření, elektrického proudu a jedů (s výjimkou jedů mikrobiálních a látek imunotoxických), které způsobilo poškození zdraví pojištěného nebo jeho smrt.

(3) Za úraz se považuje také utonutí, nákaza tetanem nebo vztéklinou při úrazu.

(4) Za úraz se nepovažuje zhoršení nemoci následkem úrazu, náhlá cévní příhoda a amoce sítnice, poškození zdraví způsobené pojištěnému diagnostickým, léčebným nebo preventivním opatřením, které neslouží k vyléčení následků úrazu, nebo neodborným zásahem, který si pojištěný provede nebo nechá provést na svém těle.

(5) Za úraz se nepovažují také:

- aseptické záněty těhových včáček, šlachových pochev a svalových úponů,
- přerušení degenerativně změněných orgánů (např. Achillova šlacha, meniskus) malým nepřímým násilím,
- tělesné poškození vzniklé v důsledku zvedání nebo přesouvání břemen,
- organicky podmíněné poruchy nervového systému, vyjma těch, které jsou způsobeny poškozením při úrazu.

(6) Případy vymknutí končetin, stejně jako natržení nebo odtržení části končetin a svalů na páteři, šlach, vaziva a pouzder kloubů, jsou považovány za úraz pouze v případě jejich vzniku v důsledku náhlé odchylky od běžného pohybu.

Článek 3.2.

Pojištění pro případ smrti následkem úrazu

(1) Tarif 710 je pojištěním pro případ smrti následkem úrazu, ke kterému došlo během trvání pojištění, pokud smrt pojištěného nastala do jednoho roku od data úrazu pojištěného v příčinné souvislosti s uvedeným úrazem.

(2) Plnění se sjednává ve formě jednorázového plnění ve výši sjednané pojistné částky.

Článek 3.3.

Přípojištění pro případ trvalého tělesného poškození následkem úrazu

(1) Tarif 720 je přípojištěním pro případ trvalého tělesného poškození následkem úrazu, ke kterému došlo v průběhu trvání pojištění. Tento tarif je možné sjednat pouze společně alespoň s jedním z tarifů 605 nebo 710. Jestliže dojde v průběhu pojištění zánikem některého z tarifů 605 nebo 710 k porušení této podmínky, tarif 720 automaticky zaniká.

(2) Plnění se sjednává ve formě jednorázového plnění ve výši příslušného procenta z dohodnuté pojistné částky, které odpovídá stupni trvalého tělesného poškození. Stupeň poškození se stanoví na základě Oceňovací tabulky pro trvalé tělesné poškození. Pojistné plnění je vypláceno, pokud celkový stupeň trvalého tělesného poškození stanovený podle pravidel bodu (6) dosáhne pro danou pojistnou událost alespoň 5 %.

(3) Pokud šetření vedoucí ke zjištění rozsahu trvalého poškození nemůže být skončeno ve lhůtě dle článku 1.9. bod (3), je pojistitel povinen poskytnout přiměřenou zálohu. Přiměřenou zálohu se rozumí částka odpovídající minimálnímu již prokazanému stupni trvalého poškození.

(4) Při částečné ztrátě nebo při částečném omezení funkční schopnosti se sazby stanovené v oceňovací tabulce úměrně sníží.

(5) Pokud stupeň trvalého tělesného poškození nelze stanovit podle bodu (2), je rozhodující celkové tělesné poškození podle lékařského hlediska.

(6) Pokud úraz zanechá více následků, příslušné sazby se sčítají. Celkový stupeň trvalého tělesného poškození přitom nemůže přesáhnout 100 % při jedné pojistné události. Od takto určeného stupně poškození se odečítá stupeň poškození pojištěného před pojistnou událostí, stanovený podle stejných pravidel.

(7) Pokud není jednoznačně určen stupeň tělesného poškození, jsou pojištěný i pojistitel oprávněni dát stupeň poškození každoročně po dobu čtyř let ode dne úrazu nově vyměřit.

Článek 3.4.

Přípojištění pro případ trvalého tělesného poškození následkem úrazu s progresivním plněním

(1) Tarif 722 je přípojištěním pro případ trvalého tělesného poškození následkem úrazu, ke kterému došlo v průběhu trvání pojištění, s progresivním plněním. Tento tarif je možné sjednat pouze společně alespoň s jedním z tarifů 605 nebo 710. Jestliže dojde v průběhu pojištění zánikem některého z tarifů 605 nebo 710 k porušení této podmínky, tarif 722 automaticky zaniká. Tarif 722 není možné sjednat současně s tarifem 720.

(2) V pojištění pro případ trvalého tělesného poškození následkem úrazu s progresivním plněním se sjednává jednorázové pojistné plnění ve výši příslušného procenta ze sjednané pojistné částky, které odpovídá stupni trvalého tělesného poškození (dále jen „SP“). Stupeň poškození se stanoví na základě Oceňovací tabulky pro trvalé tělesné poškození. Pojistné plnění je vypláceno, pokud celkový stupeň trvalého tělesného poškození stanovený podle pravidel bodu (6) článku 3.3. dosáhne pro danou pojistnou událost alespoň 5 %.

V případě, že úraz, ke kterému došlo v průběhu pojištění způsobí trvalé tělesné poškození, vyplatí pojistitel jednorázové plnění ve výši procenta ze sjednané pojistné částky podle následující tabulky.

Tabulka – výška pojistného plnění pro tarif 722

Stupeň poškození „SP“ v %	Výše plnění v % pojistné částky
5-25	1 x SP
26-50	3 x SP – 50
51-75	5 x SP – 150
76-100	7 x SP – 300

(3) Body (3), (4), (5), (6) a (7) článku 3.3. platí pro tarif 722 obdobně.

Článek 3.5.

Přípojištění denního odškodného za dobu nezbytného léčení úrazu

(1) Tarif 730 je přípojištěním denního odškodného za dobu nezbytně nutného léčení úrazu, kdy doba nezbytného léčení úrazu je delší než 21 dní. Tento tarif je možné sjednat pouze společně alespoň s jedním z tarifů 605 nebo 710. Jestliže dojde v průběhu pojištění zánikem některého z tarifů 605 nebo 710 k porušení této podmínky, tarif 730 automaticky zaniká.

(2) Dojde-li k úrazu, vyplatí pojistitel formou jednorázového plnění denní odškodné za dobu nezbytného léčení úrazu, nejvýše však za dobu léčení uvedenou v Oceňovací tabulce pro denní odškodné. Tato tabulka zároveň určuje diagnózy, za které pojistitel pojistné plnění neposkytuje. Doba, za kterou je vypláceno denní odškodné, činí maximálně jeden rok a počítá se vždy od 1. dne léčení úrazu. Pojistitel je oprávněn doplňovat a měnit oceňovací tabulku v závislosti na vývoji lékařské vědy a praxe.

(3) Pojistné plnění se určuje jako součin sjednané pojistné částky a přiznaného počtu dnů nezbytného léčení daného úrazu. Není-li tělesné poškození v oceňovací tabulce uvedeno, stanoví smluvní lékař pojistitele výši plnění podle doby nezbytného léčení, která odpovídá průměrné době nezbytného léčení dle povahy a rozsahu poškození. Průměrnou dobu léčení je doba, která je dle poznatků vědy obvykle třeba ke zhojení nebo ustálení tělesného poškození způsobeného úrazem.

Článek 3.6.

Přípojištění denního odškodného za dobu nezbytného léčení vyjmenovaných drobných úrazů

(1) Tarif 735 je přípojištěním denního odškodného za dobu nezbytného léčení vyjmenovaných drobných úrazů, ke kterým došlo během trvání pojištění. Tento tarif je možné sjednat pouze společně s tarifem 730. Jestliže dojde v průběhu pojištění zánikem tarifu 730 k porušení této podmínky, tarif 735 automaticky zaniká.

(2) Dojde-li k úrazu, vyplatí pojistitel formou jednorázového plnění denní odškodné za dobu nezbytného léčení úrazu, nejvýše za dobu léčení uvedenou v Oceňovací tabulce pro denní odškodné vyjmenovaných drobných úrazů. Výše plnění se stanoví jako součin sjednané pojistné částky a počtu dní léčení. Pojistitel je oprávněn doplňovat a měnit oceňovací tabulku v závislosti na vývoji lékařské vědy a praxe.

(3) V případě souběhu několika diagnóz při jedné pojistné události poskytuje pojistitel plnění pouze za diagnózu s největším počtem dní léčení.

Článek 3.7.

Přípojištění denní dávky při pobytu v nemocnici v důsledku úrazu

(1) Tarif 755 je přípojištěním denní dávky při pobytu v nemocnici v důsledku úrazu. Tento tarif je možné sjednat pouze společně alespoň s jedním z tarifů 605 nebo 710. Jestliže dojde v průběhu pojištění zánikem některého z tarifů 605 nebo 710 k porušení této podmínky, tarif 755 automaticky zaniká.

(2) Pojistnou událostí je z lékařského pohledu nezbytná hospitalizace pojištěného, ke které došlo v příčinné souvislosti s uvedeným úrazem do 24 hodin od úrazu a která trvala déle než 24 hodin.

(3) Za nezbytnou hospitalizaci se nepovažuje hospitalizace zapříčiněná výhradně nemožností poskytnout domácí péči či jinými osobními důvody ze strany pojištěného.

(4) Pojistitel plnění se vyplácí formou jednorázového plnění ve výši částky odpovídající počtu dní, za který je denní dávka přiznána, násobeného výší sjednané denní dávky. Počet dnů pobytu v nemocnici stanoví pojistitel podle počtu půlnoci, které pojištěný v nemocnici stráví.

Článek 3.8.

Vyluky z pojištění

(1) Při smrti nebo trvalém tělesném poškození pojištěného následkem sebevraždy, pokusu o sebevraždu, jakož i úmyslného poškození vlastního zdraví pojistitel plnění neposkytuje.

(2) Pojistitel neposkytuje plnění při smrti nebo trvalém tělesném poškození pojištěného následkem radioaktivního záření.

(3) Z pojištění jsou vyloučeny úrazy:

- vzniklé při registrované sportovní činnosti,
- vzniklé při řízení motorového vozidla pojištěným bez odpovídajícího řídičského oprávnění,
- vzniklé při jízdě odcizeným motorovým vozidlem,
- vzniklé při použití leteckých prostředků všeho druhu (včetně létání na bezmotorovém či motorovém rogalu, v kluzáku či balonu),
- vzniklé při seskocích z letadel (parašutismu), paraglidingu a při bungee jumpingu,
- vzniklé při účasti na motoristických závodech včetně přípravných jízd,
- vzniklé při účasti na soutěžích v lyžování a snowboardingu, ve skocích na lyžích, v jízdě na bobech a skeletoech včetně přípravných skoků a jízd,
- vzniklé při výkonu horolezeckého sportu, nebo lezení po cvičných stěnách,
- vzniklé následkem duševních poruch, všech poruch vědomí, které jsou způsobeny chorobami nebo krátkodobou neúrazovou změnou zdravotního stavu s ovlivněným vědomím; to však neplatí, pokud tyto stavy byly vyvolány úrazem, na který se pojištění vztahuje.

(4) Z pojistné ochrany nejsou vyloučeny úrazy, které pojištěný utrpí jako osoba dopravovaná letadlem určeným pro přepravu osob; za dopravovanou osobu se nepovažuje člen posádky letadla ani jiná osoba profesně činná při obsluze nebo provozu letadla.

(5) Za následky úrazu se nepovažují duševní choroby a poruchy, a to i když se dostaví v souvislosti s úrazem.

(6) Pojistitel neposkytuje plnění za:

- vznik a zhoršení kýly (hernií), nádorů všeho druhu a původu, bérčových vředů, diabetických gangrén, epikondylit,
- infekční nemoci, i když byly přeneseny v důsledku úrazu (kromě nákazy tetanem nebo vztéklinou při úrazu),
- výhřez meziobratlové ploténky, ploténkové páteřní syndromy a jiné dorzopatie (diagnózy M40 až M54 podle mezinárodní klasifikace nemoci).

Článek 3.9.

Plnění

(1) Pojištěný je povinen po úrazu vyhledat bez zbytečného odkladu lékařské ošetření a léčit se dle pokynů lékaře. V případě nedodržení léčebného režimu je pojistitel oprávněn plnění přiměřeně snížit.

(2) Pojistitel má právo odmítnout poskytnutí plnění, došlo-li k úrazu pojištěného v souvislosti s jedním, pro které byl uznán vinným úmyslným trestným činem, nebo kterým si úmyslně poškodil zdraví.

(3) Pokud pojištěný zemře na následky úrazu během jednoho roku ode dne úrazu, zaniká nárok na plnění za trvalé tělesné poškození. Pokud již bylo plnění za trvalé tělesné poškození vyplaceno, započte se na plnění pro případ smrti; pojistitel přitom nemá právo na vrácení případného zaplátku.

Článek 3.10.

Změna rizika

(1) Změna povolání, oboru činnosti, sportovní, zájmové či jiné činnosti pojištěného, která má za následek změnu v zařazení pojištěného do rizikové skupiny podle obchodních podmínek, je považována za změnu rizika. Změna místa pobytu pojištěného mimo území států Evropského hospodářského prostoru a Švýcarska po dobu delší než 3 měsíce je považována za změnu rizika.

(2) Při nesprávných údajích o povolání, oboru činnosti, sportovní, zájmové či jiné činnosti, státu pobytu pojištěného se plnění snižuje v poměru pojistného, které bylo zapláceno, k pojistnému, které bylo placeno na základě správných údajů.

Díl 3

Pojištění pro případ nemoci

Oddíl 1

Přípojištění denní dávky pro případ pracovní neschopnosti

Článek 4.1.

Pojistná událost

(1) Pojistnou událostí je lékařsky zjištěná pracovní neschopnost pojištěného, která nastala v době trvání pojištění v důsledku nemoci nebo úrazu. Pojistným nebezpečím je úraz nebo nemoc.

(2) Článek 3.1. a 3.8. těchto pojistných podmínek, včetně omezení a vyluknutí uvedených, se vztahuje i na určení nebo vyloučení pojistné události v důsledku úrazu dle tohoto článku.

(3) Pracovní neschopnost ve smyslu těchto podmínek nastane, pokud pojištěný nemůže podle lékařského rozhodnutí žádným způsobem vykonávat a nevykonává své zaměstnání nebo svou samostatnou výdělečnou činnost, a to ani po omezenou část dne, ani nevykonává řídicí a (nebo) kontrolní činnost.

(4) Pojistná událost začíná dnem, kdy je vystavena pracovní neschopnost, a končí dnem, kdy je pracovní neschopnost podle lékařského rozhodnutí ukončena.

(5) Počátek a konec pracovní neschopnosti je třeba prokázat doklady o pracovní neschopnosti a vyplněným formulářem pojistitele. Doklad o pracovní neschopnosti vystavený lékařem, který je manželem, rodičem, dítětem pojištěného nebo jinou osobou pojištěnému blízkou ve smyslu práva občanského, nestačí k doložení pracovní neschopnosti.

(6) Pokud je současně vystavena pracovní neschopnost pro více nemocí nebo úrazů, považuje se za jednu pojistnou událost.

(7) Pojištění se sjednává na území České republiky. Při zahraničním pobytu v zemích Evropského hospodářského prostoru a Švýcarska se vyplácí sjednaná denní dávka ve sjednaném rozsahu pouze za dobu lékařsky nezbytné hospitalizace při akutních onemocněních a úrazech vzniklých



více než / standard

v zahraničí. Dobu nezbytné hospitalizace stanoví specializovaný lékař. Při zahraničním pobytu mimo země Evropského hospodářského prostoru a Švýcarska se za dobu pracovní neschopnosti denní dávka nevyplácí.

Článek 4.2. **Připojištění denní dávky při pracovní neschopnosti**

(1) Tarif 763 je připojištěním denní dávky při pracovní neschopnosti od 29. dne. Jako den počátku plnění se stanoví 29. den pracovní neschopnosti, pokud tyto pojistné podmínky neurčí jinak. Tento tarif je možné sjednat pouze společně alespoň s jedním z tarifů 605 nebo 710. Jestliže dojde v průběhu pojistění zánikem některého z tarifů 605 nebo 710 k porušení této podmínky, tarif 763 automaticky zaniká.

(2) Pojistitel poskytuje v případě pojistné události nastalé v době trvání připojištění sjednanou denní dávku při ztrátě na výděleku v důsledku pracovní neschopnosti, která vznikla z důvodu nemoci nebo úrazu.

Článek 4.3. **Plnění pojistitele**

(1) Pojistitel poskytuje jednorázové plnění po ukončení pracovní neschopnosti.

(2) Pojistitel plní ve výši denní dávky dohodnuté v pojistné smlouvě.

(3) Denní dávka při pracovní neschopnosti se vyplácí za kalendářní dny pracovní neschopnosti, počínaje smluvně určeným dnem počátku plnění. Výplata denní dávky při pracovní neschopnosti je časově omezena na 12 měsíců pro každou pojistnou událost.

(4) V případě pojistné události je pojištěný povinen předložit pojistiteli formulář, na kterém ošetřující lékař potvrdí začátek a trvání pracovní neschopnosti. Případné náklady na vystavení tohoto formuláře nese pojištěný. Vyplněný formulář musí být pojistiteli předložen bez zbytečného odkladu po počátku pracovní neschopnosti, nejspíše však ve smluvně určený den počátku plnění. Při opožděném předložení plní pojistitel teprve ode dne, kdy formulář obdrží.

(5) Ukončení pracovní neschopnosti lékař potvrdí na formuláři pojistitele. Trvá-li pracovní neschopnost déle než 14 dnů, je pojištěný povinen si nechat tuto skutečnost po každých dalších 14 dnech potvrdit od ošetřujícího lékaře a doklad o trvání pracovní neschopnosti předložit pojistiteli. Pokud pojistitel neobdrží do 30 dnů od doručení posledního potvrzení o dalším trvání pracovní neschopnosti, je oprávněn výplatu pojistného plnění zastavit a pokud neobdrží tyto doklady ve lhůtě stanovené v písemné výzvě adresované pojištěnému, není povinen pojistné plnění za další dny pracovní neschopnosti poskytnout.

(6) Pokud pojistitel požaduje přezkoumání zdravotního stavu pojištěného lékařem, kterého sám určí, a pokud pojištěný toto přezkoumání odmítne (vyšetření nepodstoupí), pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění.

(7) V případě, kdy délka pracovní neschopnosti pro danou diagnózu je neúměrně delší než průměrná doba léčby nemoci nebo následků úrazu a toto prodloužení není v lékařské dokumentaci dostatečně odborně odůvodněno, stanoví délku pracovní neschopnosti nutnou k vylčení nemoci nebo následků úrazu lékař příslušné specializace.

Článek 4.4. **Výluky z pojistění**

(1) Pojistitel neposkytuje plnění při pracovní neschopnosti:

- následkem úrazu při účasti na motoristických závodech, včetně přípravných jízd, při účasti na soutěžích v lyžování a snowboardingu, ve skocích na lyžích, v jízdě na bobech a skeletozech, včetně přípravných skoků a jízd, a při provozování horolezeckého sportu,
- následkem úrazu při profesionálním provozování sportu včetně tréninku,
- v souvislosti s psychiatrickým nebo psychologickým nálezem,
- v souvislosti s léčebným pobytem v lázeňských zařízeních a sanatoriích, v rehabilitačních zařízeních kromě případů, kdy je pobyt v nich z lékařského hlediska nezbytnou součástí léčby nemoci nebo úrazu, a pojistitel s tímto léčebným pobytem vyjádřil předem písemně souhlas.

(2) Při pracovní neschopnosti v souvislosti s těhotenstvím, hrozícím potratem, potratem, předčasným porodem nebo porodem se pojistné plnění neposkytuje.

(3) Pojistitel neposkytuje pojistné plnění za dobu, kdy pojištěná osoba pobírá peněžitou pomoc v mateřství (přip. peněžitou pomoc zaměstnanci) a po dobu mateřské dovolené.

(4) Pojistitel neposkytuje pojistné plnění, pokud se pojištěný nezdržuje v místě trvalého bydliště, s výjimkou případů, kdy:

- je v lékařsky nutném nemocničním ošetření,
- se zdržuje mimo místo trvalého bydliště se souhlasem ošetřujícího lékaře,
- je během přechodného pobytu mimo místo trvalého bydliště práce neschopen z důvodu akutního onemocnění nebo z důvodu zde nastalého úrazu, pokud je z lékařského hlediska vyloučen návrat.

Článek 4.5. **Povinnosti pojištěného a pojistníka**

(1) Pojištěný je povinen postarat se o znovunabytí své pracovní schopnosti. Musí zejména svědomitě dodržovat rady lékaře, léčebný režim a vyloučit veškeré jednání, které brání uzdravení. Pojištěný je povinen vyvinout potřebnou součinnost při kontrole dodržování léčebného režimu.

(2) Oprávněná osoba je povinna v případě lékařsky zjištěné pracovní neschopnosti bez zbytečného odkladu, nejspíše však ke dni dohodnutého počátku plnění, pojistiteli písemně oznámit, že nastala pojistná událost, a předložit potřebné doklady, které si pojistitel vyžádá. Pokud ze závažných důvodů nemůže uvedenou povinnost dodržet, pak je povinna učinit tak co nejdříve poté, jakmile uvedené důvody pominou.

Článek 4.6. **Zánik pojistění**

(1) Pojištění zaniká uplynutím tříměsíční lhůty, která počíná běžet prvního dne měsíce následujícího po měsíci, ve kterém pojištěný přestane vykonávat zaměstnání v návrhu na uzavření pojistění, pokud nebylo dohodnuto jinak.

(2) Pojištění zaniká dnem přiznání starobního důchodu, popř. mimořádného starobního důchodu, nejspíše však koncem pojistného roku, ve kterém pojištěný dosáhne věku 60 let.

(3) Pojištění zaniká vyplacením pojistného plnění za dobu 12 měsíců z jedné pojistné události. Pro účely tohoto ustanovení se jednotlivé pracovní neschopnosti způsobené stejnou diagnózou sčítají, pokud přestávka mezi nimi nepřesahuje 6 měsíců, a považují se tak za jednu pojistnou událost.

Oddíl 2. **Připojištění denní dávky při pobytu v nemocnici**

Článek 5.1. **Pojistná událost**

(1) Pojistnou událostí pro pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici je poskytnutí nemocniční lůžkové péče (dále jen „hospitalizace“) pojištěnému v době trvání pojistění, která je z lékařského hlediska nezbytná v důsledku onemocnění či úrazu. Pojistnou událostí je rovněž hospitalizace v souvislosti s těhotenstvím a porodem, a to za dále stanovených podmínek. Pojistným nebezpečím je úraz nebo nemoc.

(2) Článek 3.1. těchto pojistných podmínek, včetně omezení a výluk tam uvedených, se vztahuje i na určitý nebo vyloučený pojistné události v důsledku úrazu dle tohoto článku.

(3) O hospitalizaci z lékařského hlediska nezbytnou se jedná tehdy, jestliže ošetření pojištěného musí být provedeno v nemocnici na lůžkové části vzhledem k závažnosti onemocnění nebo charakteru ošetření.

(4) Pojistná událost začíná okamžikem hospitalizace pojištěného, která je z lékařského hlediska nezbytná, a končí okamžikem, kdy hospitalizace již není z lékařského hlediska nezbytná.

(5) Pojistná ochrana se vztahuje na hospitalizaci poskytnutou na území Evropského hospodářského prostoru a Švýcarska.

Článek 5.2. **Připojištění denní dávky při pobytu v nemocnici**

(1) Tarif 750 je připojištěním denní dávky při pobytu v nemocnici. Tento tarif je možné sjednat pouze společně alespoň s jedním z tarifů 605 nebo 710. Jestliže dojde v průběhu pojistění zánikem některého z tarifů 605 nebo 710 k porušení této podmínky, tarif 750 automaticky zaniká.

(2) Pojistné plnění za pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici stanoví pojistitel jako součinný sjednané pojistné částky a počtu dnů pobytu v nemocnici. Počet dnů pobytu v nemocnici stanoví pojistitel podle počtu půlnocí, které pojištěný v nemocnici stráví.

Článek 5.3. **Plnění pojistitele**

(1) Pojistitel poskytuje jednorázové plnění.

(2) Pojistitel plní ve výši denní dávky dohodnuté v pojistné smlouvě.

(3) Hospitalizaci je nutno oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu, a to nejpozději do 10 dnů od jejího počátku, nebrání-li tomu závažné okolnosti. Po jejím skončení je třeba hospitalizaci bez zbytečného odkladu doložit potvrzením o poskytnutí nemocniční péče na formuláři pojistitele. V případě dlouhodobé hospitalizace mohou být pojistiteli předloženy dílčí doklady o jejím trvání. Na základě těchto dokladů pojistitel vyplatí odpovídající dílčí plnění.

(4) Plnění se poskytuje v případě hospitalizace na lůžkovém oddělení nemocnice, které je pod stálým lékařským dozorem, pracuje v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a jeho provozování je v souladu s příslušnými platnými právními předpisy.

(5) Nárok na poskytnutí denní dávky při pobytu v nemocnici nevzniká za dny, kdy se pojištěný v nemocnici vůbec nezdržoval nebo pokud nemocniční ošetření trvalo méně než 24 hodin.

Článek 5.4 **Výluky z pojistění**

(1) Pojistitel neposkytuje plnění při pojistné události vzniklé:

- v souvislosti s duševní poruchou,
- při hospitalizaci v souvislosti pouze s potřebou pečovatelské a opatrovnické péče, v léčebně pro dlouhodobě nemocné, v léčebně tuberkulózy a respiračních nemocí a při pobytu pojištěného v ústavu sociální péče a na ošetrovně vojenského útvaru,
- při hospitalizaci v psychiatrické léčebně a jiném zdravotnickém zařízení v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu,
- při hospitalizaci v rámci léčebného pobytu v lázeňském zařízení a sanatoriu a v rehabilitačním zařízení,
- při hospitalizaci, jako doprovod dítěte,

(2) V případě hospitalizace v souvislosti s těhotenstvím pojistitel poskytuje plnění celkem maximálně za 14 dní pro jedno těhotenství, lhostejno zda jde o vícečetné těhotenství či nikoli. Plnění v případě hospitalizace v souvislosti s porodem je poskytováno maximálně za 7 dní.

Oddíl 3. **Společná ustanovení pro pojištění denní dávky pro případ pracovní neschopnosti a pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici**

Článek 6.1. **Doba pojistění**

(1) Pojistná smlouva se uzavírá na dobu jednoho roku. Uplynutím sjednané pojistné doby pojištění nezaniká, pokud pojistitel nebo pojistník nejméně 6 týdnů před uplynutím pojistné doby nesdělí druhé straně, že na dalším trvání pojištění nemá zájem. Pokud pojištění nezanikne, prodlužuje se za stejných podmínek o další rok.

Článek 6.2. **Čekací doba**

(1) Nárok na plnění vzniká pouze u pojistné události, která nastane po uplynutí čekací doby.

(2) Čekací doba se počítá od počátku pojistění. Základní čekací doba jsou 3 měsíce.

(3) V případě pojistné události následkem úrazu, ke kterému došlo v době trvání pojistění, se čekací doba neuplatňuje.

(4) Zvláštní čekací doba v trvání 8 měsíců se stanoví pro případ hospitalizace v souvislosti s těhotenstvím a porodem a pro případ hospitalizace v souvislosti se stomatologickým ošetřením, zhotovením stomatologických náhrad a s úkony čelistní chirurgie a čelistní ortopedie.

(5) Při změně pojistné smlouvy z důvodu navýšení pojistné částky se u navýšené části počítá čekací doba od data změny pojištění dle výše uvedených pravidel.

Článek 6.3. **Výluky z pojistění**

(1) Pojistitel neposkytuje plnění při pojistné události vzniklé:

- následkem úrazu při řízení motorového vozidla pojištěným bez odpovídajícího řídičského oprávnění, jakož i při jízdě odcizeným motorovým vozidlem,
- následkem úrazu vzniklého při použití leteckých prostředků všeho druhu (včetně létání na bezmotorovém či motorovém rogalu, v kluzáku či balonu) s výjimkou úrazu, který pojištěný utrpí jako osoba dopravovaná letadlem určeným pro přepravu osob; za dopravovanou osobu se nepovažuje člen posádky letadla ani jiná osoba profesně činná při obsluze nebo provozu letadla,
- následkem úrazu při seskocích z letadel (parašutismu), paraglidingu a při bungee jumpingu,
- následkem použití diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznávány,
- v souvislosti s kosmetickými úkony, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné,
- v souvislosti s pobytem v léčebnách alkoholismu, toxikomanie a hráčské závislosti,
- z důvodu umělého oplodnění nebo léčení sterility,
- v souvislosti s operací, jejíž výkon byl stanoven příslušným odborným lékařem před počátkem pojištění a pojištěný při uzavření pojistné smlouvy o této skutečnosti věděl nebo vědět mohl.

(2) Pojistitel je oprávněn přiměřeně snížit plnění v případě nedodržení léčebného režimu. Tím se rozumí zejména nerespektování pokynů lékaře při léčbě nebo zbytečný odklad vyhledání lékařského ošetření při vzniku nemoci či úrazu.

Díl 4

Článek 7.1. **Pojištění pro případ závažných onemocnění**

(1) Tarif 791 je pojištěním pro případ závažných onemocnění. Pojistným nebezpečím je možnost vzniku nemoci nebo úrazu nebo jiné skutečnosti se zdravotním stavem pojištěného uvedené v pojistné smlouvě. Tento tarif je možné sjednat pouze společně alespoň s jedním z tarifů 605 nebo 710. Jestliže dojde v průběhu pojistění zánikem některého z tarifů 605 nebo 710 k porušení této podmínky, tarif 791 automaticky zaniká.

(2) Pojistnou událostí je diagnostikování některého z onemocnění uvedených v příloze těchto pojistných podmínek nebo podstoupení některé z operací uvedených v příloze těchto pojistných podmínek v průběhu pojistné doby. Dnem pojistné události je den prvního stanovení diagnózy, která splňuje podmínky definice pojistné události uvedené v článku 7.4, nebo den provedení operace, která splňuje podmínky uvedené v článku 7.4.

(3) Pojistné plnění bude vyplaceno pouze jedenkrát v případě přítomnosti jedné nebo více nemocí najednou.

(4) Nárok na plnění nevznikne, pokud je pojištěnou osobou nepojistitelná osoba podle těchto pojistných podmínek.

(5) Pojistitel vyplatí v případě pojistné události pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky. Pojistnou událostí připojištění zaniká.
 (6) Pokud dojde k pojistné události podle odst. 2 do 6 měsíců od zvýšení pojistné částky, je pojišťovna oprávněna snížit pojistné plnění na pojistnou částku platnou 6 měsíců před datem pojistné události.

Článek 7.2. Omezení pojistného plnění

(1) Pojistitel vyplatí pojistné plnění:
 – nastane-li pojistná událost po uplynutí 6 měsíců od počátku pojištění.
 – dožije-li se pojištěný 30. kalendářního dne po stanovení diagnózy nebo 30. kalendářního dne po provedení operace dle článku 7.1. odst. 2.

Článek 7.3. Nepojištělné osoby pro připojištění závažných onemocnění

Pro připojištění pro případ závažných onemocnění (dále jen „připojištění závažných onemocnění“) jsou nepojištělné osoby, u kterých bylo před počátkem pojištění diagnostikováno některé z onemocnění uvedených v příloze pojistných podmínek nebo před počátkem pojištění podstoupily nebo plánovaly podstoupit některou z operací uvedenou v článku 7.4.

Článek 7.4. Definice závažných onemocnění a vymezení pojistné události

1. Rakovina

Choroba je charakterizována přítomností zhoubného nádoru, pro který je příznačný výskyt nekontrolované rostoucí maligních buněk, šíření maligních buněk s následným napadnutím tkání. Diagnózu musí potvrdit specialista na základě výsledku konečného histologického vyšetření. Pod pojem „rakovina“ spadá také leukémie a zhoubné onemocnění lymfatického systému.

Pojistnou událostí nejsou:

- Jakékoli stadium cervikální intraepitální neoplasie (neoplázie děložního čípku)
- Jakékoli prekancerózy
- Jakékoli formy rakoviny bez šíření (rakovina in situ)
- Rakovina prostaty I. stupně (T 1a, 1b, 1c)
- Bazaliom a rakovina dlaždicových buněk
- Zhoubný (maligní) melanom, stupeň IA (T1a N0 M0)
- Jakýkoliv zhoubný (maligní) nádor při výskytu HIV (Kaposi sarkom)
- Hodgkinova choroba prvního stadia

2. Operace věnčitých (koronárních) tepen (bypass)

Uskutečněná operace na otevřeném hrudníku dvou nebo více věnčitých tepen, které jsou zúžené nebo ucpané, pomocí přemostění štepem (bypass CABG). Nutnost operace je třeba prokázat koronární angiografií a realizací chirurgického výkonu potvrdit specialistou.

Pojistnou událostí nejsou:

- Angioplastiky
- Jiné intra-arteriální výkony
- Miniinvasivní nitrohrudní výkon na jedné věnčité tepně bez použití mimotělního oběhu

3. Infarkt myokardu

Odumření (nekróza) části srdečního svalu následkem nedostatečného krevního zásobení příslušné oblasti. Diagnóza musí být potvrzena specialistou a podložena všemi následnými kritérii:
 • Anamnesticky typická bolest v oblasti hrudníku
 • Nové charakteristické elektrokardiografické (EKG) změny
 • Zvýšení specifických enzymů příznačných pro infarkt myokardu, troponiny nebo jiné biochemické markery (ukazatele)

Pojistnou událostí nejsou:

- Elektrokardiografické změny bez elevace ST segmentu (úseku) na EKG křivce (NSTEMI), pouze se zvýšením troponinu nebo T
- Jiné akutní koronární syndromy (např. stabilizovaná/nestabilizovaná angína pectoris)
- Tichý infarkt myokardu

4. Selhání ledvin (konečné stadium ledvinového onemocnění)

Konečné stadium ledvinového onemocnění projevující se nevratným selháním funkce obou ledvin, přičemž řešením je buď pravidelná dialýza (hemodialýza nebo peritoneální dialýza), nebo transplantace. Diagnóza musí být potvrzena specialistou.

5. Mozková příhoda

Jakákoli mozková příhoda s trvalými neurologickými následky, při které došlo k odumření mozkové tkáně (infarktu), krvácení nebo embolii z extrakraniálního zdroje. Diagnóza musí být potvrzena specialistou. Podmínkou je i přítomnost typických klinických příznaků a typické nálezy s použitím zobrazovacích metod (CT nebo MRI mozku). Neurologické postižení musí trvat nejméně tři měsíce. Pojistnou událostí nejsou:

- Přechodné ischemické mozkové příhody (TIA)
- Úrazové poranění mozku
- Neurologické projevy vyvolané migrénou
- Lakunární stav mozku bez neurologické výpovědní symptomatologie

6. Aorta (operace aorty)

Operace pro řešení chronického onemocnění aorty, při které je třeba chirurgicky provést excizi a nahradit postiženou aortu štepem. Aortou je zde míněna aorta hrudní a břišní, nikoliv její větve. Realizace operace musí být potvrzena specialistou.

7. Slepota (ztráta zraku)

Úplná, trvalá a nevratná ztráta zraku u obou očí následkem choroby nebo úrazu. Diagnóza musí být potvrzena očním specialistou a doložena výsledky specifických očních vyšetření.

8. Náhrada srdeční chlopně

Chirurgické provedení náhrady jedné nebo více srdečních chlopní chlopněmi umělými pro zúžení (stenózu), nedostatečnost nebo kombinaci těchto faktorů. Výkon zahrnuje náhradu aortální, mitrální, plicní nebo trikuspidální chlopně chlopní umělou. Provedení náhrady musí být potvrzeno specialistou.

Pojistnou událostí nejsou:

- Úpravy srdeční chlopně
- Valvulotomie
- Plastiky chlopně

9. Transplantace životně důležitých orgánů

Provedená transplantace srdce, plic, jater, slinivky, tenkého střeva, ledviny nebo kostní dřeně od dárců. Provedení transplantace musí být potvrzeno specialistou.

10. Roztroušená skleróza (Sklerosis multiplex)

Jednoznačně stanovená diagnóza roztroušené sklerózy specialistou, nejlépe neurologem. Stav musí vykazovat typické klinické příznaky poškození myelinu a poškození motorických

a senzorických funkcí, čemuž musí odpovídat i typické nálezy zjištěné magnetickou resonancí (MRI). Pro jednoznačný průkaz diagnózy musí pojištěný trpět patologickým neurologickým nálezem trvajícím nepřetržitě minimálně šest měsíců nebo musí mít anamnézu alespoň dvou klinicky evidovaných příhod v rozmezí minimálně jednoho měsíce nebo musí mít jednu klinicky evidovanou příhodu doloženou charakteristickým nálezem v mozkomíšním moku a specifickým nálezem na MRI.

11. Obrna (ochrnutí)

Úplná a nevratná ztráta funkce dvou nebo více končetin následkem úrazu nebo onemocnění páteře. Tento stav musí být evidován specialistou po dobu nejméně 3 měsíců.

Pojistnou událostí nejsou:

- Obrna při syndromu Guillain-Baré

12. AIDS: HIV následkem krevní transfuze

Nákaza virem HIV nebo diagnóza AIDS následkem krevní transfuze za předpokladu splnění následujících podmínek:

- Nákaza virem HIV je důsledkem, z medicinského hlediska nutného krevního převodu, uskutečněného po zavedení bezpečnostních opatření
- Instituce, která transfuzi provedla, přiznává zodpovědnost
- Pojištěný není hemofilik

13. AIDS: Profesní onemocnění HIV (u zdravotnického personálu)

Nákaza HIV následkem nehody při provádění běžných pracovních povinností. Jakákoli příhoda dávající důvod pro budoucí šetření musí být ohlášena pojišťovací společnosti do sedmi dnů a doplněna podrobnou zprávou o tom, jak k události došlo, a musí být doložena výsledkem negativních titrů HIV protilátek v krvi z odběru uskutečněného okamžitě po události. K sérokonverzi (vzniku protilátek proti viru HIV) musí dojít do 6 měsíců po události (s laboratorním průkazem).

14. Alzheimerova choroba ve věku mladším než 65 let

Nepochybná diagnóza Alzheimerovy choroby (presenilní demence) ve věku mladším než 65 let. Diagnóza musí být potvrzena specialistou a doložena odpovídajícími patologickými nálezy poznávacích funkcí a myšlení (kognitivní funkce) a neuroradiologickými vyšetřeními (např. CT, MRI, PET mozku). Nemoc musí mít za následek trvalou neschopnost provádět tři nebo více činností běžného života:

- mytí (schopnost koupání ve vaně nebo sprchování),
- oblékání (schopnost obléknout, svléknout, zapnout a rozepnout oděv),
- osobní hygienu (užití WC a udržování přiměřené čistoty),
- pohyblivost (schopnost pohybu v úrovni ve vnitřních prostorech),
- schopnost ovládat vyměšování moči a stolice,
- stravování (sám se krmit – nikoliv připravovat stravu),
- nebo nemocný musí potřebovat neustálý dozor a přítomnost ošetřovatele.

Tento stav musí být potvrzen lékařským sledováním nejméně po dobu 3 měsíců.

15. Bakteriální meningitida

Zánět mozkových plen nebo míchy musí být potvrzen specialistou a doložen specifickými nálezy vyšetření (např. krve a mozkomíšního moku, CT, MRI mozku). Následkem zánětu musí dojít k trvalé neschopnosti vykonávat bez pomoci tři nebo více činností běžného života:

- mytí (schopnost koupání ve vaně nebo sprchování),
- oblékání (schopnost obléknout, svléknout, zapnout a rozepnout oděv),
- osobní hygienu (užití WC a udržování přiměřené čistoty),
- pohyblivost (schopnost pohybu v úrovni ve vnitřních prostorech),
- schopnost ovládat vyměšování moči a stolice,
- stravování (sám se krmit - nikoliv připravovat stravu),
- nebo musí být trvale upoután na lůžko bez schopnosti vstát bez cizí pomoci.

Tento stav musí být potvrzen lékařským sledováním po dobu nejméně 3 měsíců.

16. Nezhooubný (benigní) mozkový nádor

Odstranění nezhooubného nádoru mozku v celkovém znečitivění s následkem trvalého neurologického poškození, nebo v případě neoperability stav vykazující trvalé neurologické poškození. Diagnóza musí být potvrzena specialistou a doložena nálezy z CT nebo MRI mozku. Trvalým neurologickým postižením se rozumí stav trvajícím po dobu minimálně 6 měsíců potvrzeným lékařským sledováním. Pojistnou událostí nejsou cysty všeho druhu, granulomy, deformace cév nebo žil v mozku, krevní výrony (hematomy) a nádory podvěšku mozкового (hypofýzy) nebo páteře.

17. Kóma

Stav bezvědomí přetrvávající souvisle po dobu minimálně 96 hodin bez reakce na vnější podněty nebo vnitřní potřeby, přičemž jsou použity přístroje k zajištění podpory základních životních funkcí, s následkem trvalého neurologického poškození. Diagnóza musí být potvrzena specialistou a neurologické poškození musí být medicínsky sledováno po dobu nejméně tří měsíců. Pojistnou událostí není kóma následkem nadměrného požití alkoholu nebo následkem drog.

18. Hluchota

Úplná oboustranná trvalá nevratná ztráta sluchu následkem nemoci nebo úrazu. Diagnóza musí být potvrzena specialistou (nejlépe ORL) a doložena audiometrickými vyšetřeními.

19. Konečné stadium plicního onemocnění

Těžké a trvalé poškození dýchacích funkcí musí být potvrzeno specialistou a splňovat všechny následující podmínky:

- trvalé snížení FEV 1 (usilovný jednovteřinový objem) na méně než 1 litr za vteřinu
- trvalé snížení parciálního arteriálního tlaku O2 pod 55 mmHg
- nutnost trvalé inhalace kyslíku

20. Ztráta řeči

Úplná a nevratná ztráta schopnosti mluvení následkem úrazu nebo onemocnění hlasivek. Stav musí být potvrzen a evidován specialistou (nejlépe ORL) po dobu nejméně 6 měsíců. Pojistnou událostí není psychogenní ztráta řeči.

21. Parkinsonova choroba ve věku mladším než 65 let

Nepochybná diagnóza idiopatické nebo primární formy Parkinsonovy choroby (nevztahuje se na žádné z ostatních forem Parkinsonismu) u pacienta mladšího než 65 let. Diagnóza musí být potvrzena specialistou. Nemoc má za následek trvalou neschopnost vykonávat samostatně nejméně tři činnosti běžného života:

- mytí (schopnost koupání ve vaně nebo sprchování),
- oblékání (schopnost obléknout, svléknout, zapnout a rozepnout oděv),
- osobní hygienu (užití WC a udržování přiměřené čistoty),
- pohyblivost (schopnost pohybu v úrovni ve vnitřních prostorech),
- schopnost ovládat vyměšování moči a stolice,
- stravování (sám se krmit – nikoliv připravovat stravu),
- nebo musí být trvale upoután na lůžko bez schopnosti vstát bez cizí pomoci.

Tento stav musí být potvrzen lékařským sledováním po dobu nejméně 3 měsíců.



HLAVA III. ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

Článek 8.1.

Informace pro zájemce o pojištění

- (1) V souladu s ustanovením § 65 zákona o pojistné smlouvě poskytuje pojistitel níže uvedené informace.
- (2) Pojistná smlouva je tvořena těmito dokumenty:
 - smlouvou skupinového pojištění,
 - těmito pojistnými podmínkami, příp. dalšími zvláštními pojistnými podmínkami pojistitele,
 - seznamem pojištěných osob s uvedením individuálních pojistných částek a ročního pojistného pro jednotlivá pojištění,
 - seznamem osob navržených pro skupinové pojištění s prohlášením pojistníka o splnění podmínek pojistitelnosti.

Tyto pojistné podmínky a Zvláštní pojistné podmínky pojistitele vztahující se k požadovanému pojištění musí být zájemci o pojištění sděleny před uzavřením pojistné smlouvy a jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy. Zájemce o pojištění si může výše uvedené dokumenty vyžádat od zprostředkovatele pojištění nebo přímo od pojistitele.

- (3) V pojistné smlouvě, zejména v pojistných podmínkách, jsou uvedeny informace o obsahu požadovaného pojištění, zejména:
 - definice všech pojištění a nároků z pojištění
 - doba platnosti pojistné smlouvy
 - způsoby zániku pojistné smlouvy
 - způsoby placení pojistného a vymezení pojistné doby
 - výše pojistného
 - podmínky a lhůty týkající se možnosti odstoupení od pojistné smlouvy a způsob určení odečitatelných částek
 - právo platné pro pojistnou smlouvu.
- (4) Stížnosti pojistníků, pojištěných a oprávněných osob vyřizuje Specialista vnitřní kontroly Právního úseku pojistitele. Stížnosti je možné podávat ústně nebo písemně. Zápis ústní stížnosti je povinen sepsat každý pracovník pojistitele nebo zprostředkovatel pojištění. Se stížností je možné se obrátit také na Českou národní banku.

Článek 8.2.

Informace o daňových předpisech

- (1) K pojištění se vztahuje především zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, který zejména upravuje:
 - osvobození plnění z pojištění osob od daně z příjmů (§ 4),
 - zdanění příjmů z pojištění osob (§ 8) a výši sazby daně (§ 36), a dále zákon č. 535/2004 Sb., o dani z přidané hodnoty, zejména ust. jeho § 51.
- (2) Tyto informace o daňových předpisech jsou platné ke dni 1. 10. 2008. Pojistitel není odpovědný

za možné budoucí změny zákona o daních z příjmů a zákona o dani z přidané hodnoty týkajících se pojištění osob. Daňové předpisy jsou měněny zákonodárcem i několikrát ročně, v jednotlivých konkrétních případech je nutno konzultovat odborníka – daňového poradce.

Článek 8.3.

Oceňovací tabulky

- (1) Oceňovací tabulky pojistitele příslušné pro sjednané pojištění jsou k nahlédnutí v jednatelstvích a regionálních ředitelstvích pojišťovny.
- (2) Plnění z pojištění pro případ trvalého tělesného poškození následkem úrazu se stanoví na základě Oceňovací tabulky pro trvalé tělesné poškození.
- (3) Plnění z pojištění denního odškodného za dobu nezbytného léčení následkem úrazu se stanoví na základě Oceňovací tabulky pro denní odškodné.
- (4) Plnění z pojištění denního odškodného za dobu nezbytného léčení vyjmenovaných drobných úrazů se stanoví na základě Oceňovací tabulky pro denní odškodné vyjmenovaných drobných úrazů.

Článek 8.4.

Poučení v souvislosti se zpracováním osobních údajů

- (1) Poskytnutí osobních údajů pojistníka a pojištěného uvedených v pojistné smlouvě nebo v dokumentu předaném pojistiteli v souvislosti s uzavřením pojistné smlouvy je dobrovolné, je však nezbytné pro uzavření pojistné smlouvy.
- (2) Požádá-li pojistník nebo pojištěný o informaci o zpracování svých osobních údajů, pojistitel je povinen informaci této osobě bez zbytečného odkladu předat. Pojistitel má právo za poskytnutí informace požadovat přiměřenou úhradu nepřevyšující náklady nezbytné na poskytnutí informace, výše úhrady je stanovena v obchodních podmínkách. Obsahem informace je vždy sdělení o:
 - a) účelu zpracování osobních údajů,
 - b) osobních údajích, případně kategoriích osobních údajů, které jsou předmětem zpracování, včetně veškerých dostupných informací o jejich zdroji,
 - c) povaze automatizovaného zpracování v souvislosti s jeho využitím pro rozhodování, jestliže jsou na základě tohoto zpracování činěny úkony nebo rozhodnutí, jejichž obsahem je zásah do práva a oprávněných zájmů pojistníka a pojištěného,
 - d) příjemci, případně kategoriích příjemců.
- (3) Pojistník nebo pojištěný, který zjistí nebo se domnívá, že pojistitel provádí zpracování jeho osobních údajů, které je v rozporu s ochranou soukromého a osobního života nebo v rozporu se zákonem o ochraně osobních údajů, zejména jsou-li osobní údaje nepřesné s ohledem na účel jejich zpracování, může
 - a) požádat pojistitele o vysvětlení,
 - b) požadovat, aby pojistitel odstranil takto vzniklý stav. Zejména se může jednat o blokování, provedení opravy, doplnění nebo likvidaci osobních údajů. Nevyhoví-li pojistitel této žádosti, pojistník nebo pojištěný má právo obrátit se na Úřad pro ochranu osobních údajů. Na tento úřad se tyto osoby mohou obrátit i před podáním žádosti pojistiteli.

Článek 8.5.

Účinnost

- (1) Tyto pojistné podmínky jsou účinné od 01. 10. 2008.