

Praktické rady klientům

1. Příklady změn, které je v pojistné smlouvě možné provést?

S případnými změnami Vaší pojistné smlouvy Vám doporučujeme kontaktovat Vašeho pojišťovacího poradce.

- zvýšení/snížení pojistné částky
- zvýšení/snížení pojistného
- změna pojistné doby
- zavedení/zrušení pojištění zproštění od placení pojistného
- zavedení, změna nebo zrušení pojištění závažných onemocnění dítěte
- zavedení/zrušení pojištění denní podpory při pobytu dítěte ve zdravotnickém zařízení
- přerušení placení pojistného
- mimořádné výběry
- mimořádné pojistné
- pravidelný mimořádný výběr z kapitálové hodnoty
- změna alokačního poměru
- převod podílových jednotek
- dodatečné sjednání, zrušení nebo změna parametrů úrazového pojištění dítěte i dospělého
- změna dospělých pojištěných podle aktuální situace v rodině

2. Jaké změny je třeba hlásit?

Informujte svého pojišťovacího poradce nebo přímo pojišťovnu o změnách veškerých údajů uvedených v pojistné smlouvě (adresa, jméno). Nahlášením těchto změn urychlíte vyřízení případné pojistné události a omezíte možnost vzniku nedorozumění. Doporučujeme Vám proto oznámit je co nejdříve.

3. Jak postupovat při hlášení změny?

Změny údajů v pojistné smlouvě je třeba hlásit na jakékoli přepážce ČP nebo u pojišťovacího poradce. Některé změny pojištění v bodě 1 budou potvrzeny písemným dodatkem k pojistné smlouvě. Pojišťovna je oprávněna požadavky na některé změny zamítnout na základě změn v legislativě a aktuálního stavu pojistné smlouvy. Pojistník může provést změny (jména, adresy, formy placení, odmítnutí indexace) po telefonu na lince Klientského servisu.

4. Jak postupovat při platbě běžného pojistného?

Zašlete pojistné na účet číslo 246000/5500 (variabilní symbol: číslo pojistné smlouvy).

5. Jak postupovat při platbě mimořádného pojistného?

Zašlete pojistné, které chcete investovat v rámci sjednaného pojištění, na účet číslo 123246/5500 (variabilní symbol: číslo pojistné smlouvy). Finanční prostředky můžete zasílat bez předchozího nahlášení.

6. Podmínky pravidelného mimořádného výběru

Pravidelný mimořádný výběr z kapitálové hodnoty negarantované se řídí následujícími pravidly:

- pravidelný mimořádný výběr slouží k úhradě běžného pojistného
- pravidelný mimořádný výběr se provádí ke splatnosti běžného pojistného
- odchýlně od ustanovení upravujícího mimořádné výběry se na pravidelný mimořádný výběr nevztahuje omezení na 1 mimořádný výběr ročně
- četnost placení pojistného dohodnutou v pojistné smlouvě
- je-li pravidelný mimořádný výběr ve výši celkového lhůtního pojistného a dojde ke změně výše celkového lhůtního pojistného, výše pravidelného mimořádného výběru se upraví na novou výši celkového lhůtního pojistného. Není-li pravidelný mimořádný výběr ve výši celkového lhůtního pojistného, výše pravidelného mimořádného výběru se nemění

delný mimořádný výběr ve výši celkového lhůtního pojistného a dojde-li ke změně výše celkového lhůtního pojistného, výše pravidelného mimořádného výběru se nemění

- není-li možné provést pravidelný mimořádný výběr, dochází k automatickému ukončení pravidelného mimořádného výběru z kapitálové hodnoty negarantované

7. Kdy mi bude vyplacen mimořádný výběr?

Jednorázový mimořádný výběr lze provést na základě vyplněné žádanky a jeho výplata bude provedena do 2 měsíců od data podání žádosti.

8. Kdy pojištění končí?

Pojistná smlouva je sjednána do 26 let věku dítěte. V případě potřeby ukončit pojištění dříve, můžete po dovršení 18 let věku dítěte pojištění předčasně ukončit, bez jakékoli sankce (podmínkou je pouze trvání pojištění minimálně 5 let). Pro více informací kontaktujte svého pojišťovacího poradce nebo nejbližší obchodní místo České pojišťovny.

9. Kdo hlásí pojistnou událost?

Pojistnou událost hlásí vždy osoba, která má nárok na pojistné plnění (u nezletilých dětí zákonný zástupce).

10. Co je třeba předložit v případě pojistné události?

V případě dožití se konce pojištění předložte svému pojišťovacímu poradci nebo na přepážce ČP:

- písemnou žádost obsahující: datum žádosti, jméno, adresu a rodné číslo pojištěného, číslo pojistné smlouvy, číslo občanského průkazu pojištěného a informaci o tom, jakým způsobem má být pojistné plnění vyplaceno (číslo účtu, příp. adresa); žádost je třeba opatřit vlastnoručním podpisem pojištěného (žádost se rozumí i vyplnění tzv. avíza dožití).

V případě úmrtí pojištěného předložte:

- písemnou žádost obsahující: datum žádosti, jméno, adresu a rodné číslo pojištěného, číslo pojistné smlouvy, jméno, adresu, rodné číslo, číslo občanského průkazu a vlastnoruční podpis zadatele, informaci o tom, jakým způsobem má být pojistné plnění vyplaceno (číslo účtu, příp. adresa), kopii úmrtního listu pojištěného.
- kopii potvrzení o příčině smrti (pouze v případě, že k úmrtí došlo do 3 let od uzavření pojištění).
- vyplněný formulář „Oznámení pojistné události Úraz“ (pouze v případě smrti následkem úrazu).
- pokud okolnosti úmrtí šetřila Policie ČR – usnesení nebo relací policie o šetření okolností úmrtí, případně rozsudek soudu.

V případě trvalé invalidity pojištěného (zproštění od placení pojistného) předložte:

- písemnou žádost obsahující: datum žádosti, jméno, adresu a rodné číslo pojištěného, číslo pojistné smlouvy, číslo občanského průkazu a vlastnoruční podpis pojištěného.
- kopii rozhodnutí České správy sociálního zabezpečení o přiznání plného invalidního důchodu.

V případě závažného onemocnění pojištěného dítěte předložte:

- tiskopis „Oznámení pojistné události závažná onemocnění“, vyplněný a vlastnoručně podepsaný pojištěným dítětem, příp. zákonným zástupcem – tiskopis musí obsahovat vyplněnou zprávu lékaře (2. strana oznámení).

11. Co dělat v případě úrazu?

Vyhleďte neprodleně lékařské ošetření a při léčení dodržujte

pokyny lékaře.

V případě hlášení pojistné události z úrazového pojištění předložte:

- tiskopis „Oznámení pojistné události Úraz“, vyplněný a vlastnoručně podepsaný
- v případě hlášení hospitalizace předložte tiskopis „Oznámení pojistné události Úraz“ a propouštěcí zprávu z nemocnice

V případě hlášení trvalých následků úrazu nebo trvalé invalidity předložte:

- vyplněný tiskopis „Oznámení pojistné události Trvalé následky úrazu“. Stav trvalých následků se posuzuje po jejich ustálení. Pokud nejsou ustáleny do tří let od data úrazu, hodnotí pojistitel jejich stav ke konci této lhůty
- v případě hlášení trvalé invalidity předložte tiskopis „Oznámení pojistné události Trvalá invalidita následkem úrazu“

12. Jak hlásit pojistnou událost u pojištění pro případ nemoci?

Pojistnou událost nahlaste co nejdříve po jejím vzniku, nejpozději však do smluvně daného dne, na centrálu ČP ZDRAVÍ nebo svému pojišťovacímu poradci nebo na kterémkoli obchodním místě České pojišťovny.

13. Jak získat denní podporu při pobytu dítěte nebo dospělého v nemocnici či jiném zdravotnickém zařízení?

Po ukončení hospitalizace požádejte nemocnici, příp. jiné zdravotnické zařízení o vyplnění formuláře „Potvrzení pobytu v nemocnici“ (zašle Vám jej na Vaši žádost ČP ZDRAVÍ) a odešlete do 30 dní spolu s propouštěcí zprávu z nemocnice, příp. jiného zdravotnického zařízení na centrálu ČP ZDRAVÍ nebo jej odevzdejte svému pojišťovacímu poradci nebo na obchodním místě České pojišťovny.

14. Co dělat v případě pracovní neschopnosti?

Nejpozději do 29. dne trvání pracovní neschopnosti zašlete kopii „Potvrzení pracovní neschopnosti“, tzv. „státní neschopenky“, vystavené ošetřujícím lékařem, na centrálu ČP ZDRAVÍ nebo ji odevzdejte svému pojišťovacímu poradci nebo na obchodním místě České pojišťovny. V případě dlouhodobé pracovní neschopnosti je nutné každých 14 dnů zaslat ČP ZDRAVÍ nebo předložit svému pojišťovacímu poradci nebo na obchodním místě České pojišťovny kopii „státní neschopenky“ s vyznačením pokračujících návštěv u ošetřujícího lékaře.

15. Kde hlásit změny v pojištění a pojistné události?

Žádost o změny v pojištění nebo doklady k vyřízení pojistné události můžete zaslat na adresu centrální podatelny: Česká pojišťovna a.s., P. O. Box 305, Brno, PSČ 601 01, nebo předložit na kterémkoli obchodním místě České pojišťovny a.s.

V případě pojistné události z pojištění pro případ nemoci kontaktujte centrálu České pojišťovny ZDRAVÍ, Litevská 1174/8, Praha 10, PSČ 100 05, fax: 267 222 936, nebo Zákaznické centrum ČP ZDRAVÍ na telefonním čísle 267 222 515. Infolinka: 841 111 132.

Tiskopisy Žádost o provedení změny pojistné smlouvy – univerzální Žádanka, Žádost o provedení investičního úkonu/mimořádného výběru nebo příslušné oznámení pojistné události naleznete jak na obchodních místech ČP, tak na www.ceskapojistovna.cz.

Bližší informace získáte od svého pojišťovacího poradce, na čísle Klientského servisu České pojišťovny **841 114 114** každý pracovní den od 7 do 19 hodin nebo na www.ceskapojistovna.cz.

Bod 1 Úvodní ustanovení

- 1.1. Pokud pojistnou smlouvou není stanoveno jinak, platí pro toto pojištění ustanovení zákona o pojistné smlouvě a Všeobecné pojistné podmínky pro životní pojištění schválené představenstvem České pojišťovny a.s. ze dne 14. 9. 2004 pod číslem jednacím 4 (dále jen „VPP ŽP“). Bylo-li pojistnou smlouvou připojištěno i úrazové pojištění, platí pro ně ustanovení zákona o pojistné smlouvě a Všeobecné pojistné podmínky pro úrazové pojištění schválené představenstvem České pojišťovny a.s. ze dne 10. 6. 2008 pod číslem jednacím 2 (dále jen „VPP ÚP“). Pokud bylo pojistnou smlouvou připojištěno i pojištění pro případ nemoci, platí pro ně ustanovení zákona o pojistné smlouvě, Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti č. j. 01/2005, Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění denní podpory při pobytu v nemocnici č. j. 02/2005 a Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění plateb pojistného při pracovní neschopnosti č. j. 01/2007, Zvláštní pojistné podmínky pro obnosové pojištění denní podpory při pobytu dítěte ve zdravotnickém zařízení č. j. 05/2008. Všeobecné pojistné podmínky, zvláštní pojistné podmínky a doplňkové pojistné podmínky, které se na pojistnou smlouvu vztahují a které byly pojistníkovi při uzavření pojistné smlouvy předány, jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.
- 1.2. Pojistná smlouva obsahuje pojištění pro případ smrti nebo dožití dítěte. Dále pojistná smlouva obsahuje pojištění pro případ smrti dospělých, bylo-li sjednáno, pojištění závažných onemocnění dítěte, bylo-li sjednáno, pojištění zproštění od placení pojistného, bylo-li sjednáno, úrazové pojištění, bylo-li sjednáno, a pojištění pro případ nemoci, bylo-li sjednáno.

Bod 2 Definice pojmů

- 2.1. **Běžným pojistným** se rozumí pojistné placené pojistníkem pravidelně v dohodnuté výši za dohodnutou pojistnou období.
- 2.2. **Mimořádným běžným pojistným (též „mimořádné pojistné“)** se rozumí pojistné uhrazené v průběhu trvání pojištění nad rámec dohodnutého placení běžného pojistného podle čl. 6 VPP ŽP. Dohodnutým pojistným obdobím u mimořádného pojistného se rozumí pojistné období, ve kterém bylo mimořádné pojistné zaplacené.
- 2.3. **Rizikovým pojistným** se rozumí úplata za pojištění rizika smrti nebo jiného rizika pojištěného pojištěním sjednaným pojistnou smlouvou.
- 2.4. **Zúčtovacím obdobím** se rozumí jeden měsíc. Počátek zúčtovacího období se stanoví na den v měsíci, který se číslem shoduje se dnem, který byl dohodnut jako den počátku pojištění. Není-li takový den v měsíci, připadne počátek lhůty na jeho poslední den. Zúčtovací období končí v den předcházející dni v měsíci, který se číslem shoduje se dnem, který byl dohodnut jako den počátku pojištění. Není-li takový den v měsíci, připadne konec zúčtovacího období na den předcházející poslednímu dni měsíce.
- 2.5. **Kapitálovou hodnotou se rozumí aktuální hodnota pojištění a člení se na kapitálovou hodnotu s garantovanou technickou úrokovou mírou a kapitálovou hodnotu negarantovanou.** Kapitálová hodnota se snižuje k 1. dni každého zúčtovacího období o rizikové pojistné za základní pojištění, počáteční a správní náklady a poplatky. Kapitálová hodnota se zvyšuje o zaplacené pojistné. Kapitálová hodnota se může měnit s ohledem na vývoj cen podílových jednotek jednotlivých vnitřních fondů. Dále se kapitálová hodnota může snižovat o mimořádné výběry.

Výplata kapitálové hodnoty pojištění

Dojde-li k zániku pojištění nebo k pojistné události s výplatou kapitálové hodnoty pojištění, stanoví pojistitel výši kapitálové hodnoty pojištění. Výše kapitálové hodnoty se stanovuje odlišně od výše kapitálové hodnoty s garantovanou technickou úrokovou mírou a výše kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou. Stanovení výše kapitálové hodnoty tvořených podílovými jednotkami vnitřního fondu je investičním úkonem, při kterém dochází k odkupu všech podílových jednotek vnitřního fondu. V souladu s bodem 9.1.11. pojistitel stanoví výši kapitálové hodnoty pojištění tvořených podílovými jednotkami vnitřního fondu na základě ceny podílových jednotek vnitřního fondu k datu odkupu všech podílových jednotek.

- 2.6. **Kapitálová hodnota s garantovanou technickou úrokovou mírou** se zvyšuje o část zaplaceného běžného pojistného určenou na závazky vyplývající ze sjednaného základního pojištění a o část zaplaceného běžného pojistného alokovanou pojistníkem do této kapitálové hodnoty. Dále se zvyšuje k 1. dni každého zúčtovacího období o úrok odpovídající ročnímu úročení 2,4 %.
- 2.7. **Kapitálová hodnota negarantovaná se skládá z kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou a kapitálových hodnot tvořených podílovými jednotkami vnitřních fondů. Kapitálová hodnota negarantovaná se zvyšuje o část zaplaceného běžného pojistného alokovanou pojistníkem do jednotlivých složek kapitálové hodnoty negarantované. Kapitálová hodnota negarantovaná se zvyšuje o zaplacené mimořádné pojistné.**
 - 2.7.1. **Kapitálová hodnota s vyhlášenou úrokovou mírou** se zvyšuje o zaplacené pojistné do ní alokované a dále se zvyšuje k 1. dni každého zúčtovacího období o měsíční úrok odpovídající ročnímu úročení ve výši uvedené v Přehledu poplatků.
 - 2.7.2. **Kapitálová hodnota tvořená podílovými jednotkami vnitřního fondu** se zvyšuje o podílové jednotky nakoupené za zaplacené pojistné do ní alokované.
- 2.8. **Pojistným rokem** se rozumí běžný rok, který počíná běžet v den počátku pojištění a dále vždy ve výroční den pojištění a který končí jeden den před výročním dnem pojištění.
- 2.9. **Vyročním dnem pojištění** se rozumí den, který se datem (dnem a měsícem) shoduje s datem uvedeným v pojistné smlouvě jako den počátku pojištění (též výroční den počátku pojištění). Není-li takový den v měsíci, připadne výroční den na poslední den takového měsíce. V případě změny pojištění, při níž dojde ke změně pojistné doby, se rozumí výročním dnem pojištění den, který se shoduje s datem účinnosti takové změny uvedeným jako datum účinnosti v dodatku k pojistné smlouvě.

ČLÁNEK 1 SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

Bod 1 Pojistné Běžné pojištění

- 1.1. První běžné pojistné je splatné v den počátku pojištění.
- 1.2. Další běžné pojistné je splatné prvního dne sjednaného pojistného období.
- 1.3. Dlužní-li pojistník pojistné za více pojistných období a naposledy zaplacené pojistné nepostačuje na uhrazení pojistného, je vyrovnáno dlužné pojistné za nejdříve splatné období bez ohledu na to, za jaké období mělo být pojistné skutečně zaplacené.
- 1.4. Pojistitel má právo na náhradu nákladů na upomínání o zaplacení pojistného, které nebylo včas a řádně zaplacené.

Rizikové pojištění

- 1.5. Pojistitel je oprávněn od data počátku pojištění první den každého zúčtovacího období snižovat kapitálovou hodnotu pojištění o rizikové pojistné za základní pojištění.
- 1.6. Rizikové pojistné za základní pojištění stanoví pojistitel podle pojistné technických zásad pojistitele, především s ohledem na pohlaví a věk pojištěného, pojistnou částku platnou pro aktuální zúčtovací období a na zdravotní stav pojištěného k datu sjednání pojištění nebo k datu poslední změny pojistné částky nebo pojistného.

Bod 2 Indexace pojištění (zvyšování pojistného se současným zvýšením pojistné částky)

- 2.1. Je-li sjednána (zahrnuta) indexace pojištění, pak pojištění se sjednanou pojistnou dobou 10 let a více zahrnuje indexaci pojištění. S výjimkou případů uvedených pod body 2.6., 2.7., 2.8., 2.9. a 2.10 se pojistné za základní pojištění zvyšuje o procento z pojistného (dále indexační procento) stanovené pojistitelem s ohledem na index růstu spotřebitelských cen publikovaný ČSÚ a růst nominálních mezd publikovaný ČSÚ za minulý rok. Pojistná částka pro případ dožití dítěte, je-li sjednána; pojistná částka pro případ smrti 1. pojištěného, resp. 2. pojištěného, je-li sjednána; pojistná částka důchodu vyplaceného v případě smrti 1. pojištěného, resp. 2. pojištěného, je-li sjednána; se zvyšují podle pojistné technických zásad pojistitele. Ostatní pojistné částky základního pojištění se nezvyšují. Při výpočtu pojistné částky pojistitel vychází zejména z aktuální pojistné částky, nového pojistného a pojistné doby zbývajících do konce pojištění. Je-li sjednáno úrazové pojištění, zvyšuje se o stanovené indexační procento pojistné i sjednané pojistné částky tohoto pojištění. Pojistitel nemusí stanovit indexační procento každý rok. V případě, že je indexační procento pojištěm stanoveno, platí vždy od 1. července běžného roku do 30. června následujícího roku. Výše indexačního procenta je zveřejňována na internetových stránkách pojistitele a současně na obchodních místech pojistitele. Pojistitel rovněž umožní pojistníkovi dostupnost informace o výši indexačního procenta komunikačními prostředky, např. písemně zaslaním obyčejnou zásilkou na adresu pojistníka uvedenou v pojistné smlouvě nebo některým z prostředků komunikace na dálku.
- 2.2. Pojistné a pojistná částka se zvyšují vždy od výročního dne pojištění, pokud stanoví pojistitel indexační procento a zároveň pojistník neodmítne zvýšení pojistného a pojistné částky způsobem uvedeným v bodě 2.3.
- 2.3. Odmítnutí zvýšení pojistného a pojistných částek může pojistník provést kdykoliv v průběhu kalendářního roku. Odmítnutí musí být učiněno prokazatelně a doručeno pojistiteli. Odmítnutí se vztahuje vždy k nejbližšímu výročnímu dni pojištění následujícímu po doručení odmítnutí pojistiteli. Je-li sjednáno úrazové pojištění, odmítnutí zvýšení pojistného a pojistné částky je současně odmítnutím za základní i úrazové pojištění. Pokud pojistník odmítne dvě po sobě následující zvýšení pojistného a pojistné částky, nebude pojistitel provádět indexaci pojištění po dobu 5 let od posledního odmítnutí indexace podle bodu 2.1. Po uplynutí této lhůty je pojistitel oprávněn provádět indexaci obnovit. Pojistník je oprávněn požádat o obnovení indexace před uplynutím této lhůty.
- 2.4. Zvyšování pojistného a pojistné částky se provádí bez dalšího došetřování zdravotního stavu.
- 2.5. Zvyšování pojistného za základní pojištění i úrazové pojištění nemá vliv na výši pojistného a rozsah nároků z pojištění pro případ nemoci, s výjimkou pojištění plateb pojistného při pracovní neschopnosti T644, je-li sjednáno.
- 2.6. Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění po dobu trvání zproštění od placení pojistného, bylo-li sjednáno pojištění zproštění od placení pojistného.
- 2.7. Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění po tu dobu, kdy bylo ocenění rizika hodnoceno jako nadstandardní a bylo stanoveno nadstandardní pojistné.
- 2.8. Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění u pojistných smluv, u nichž došlo k redukci pojištění.
- 2.9. Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění u pojistných smluv, u nichž došlo k zániku povinnosti platit běžné pojistné.
- 2.10. Pojistitel nebude provádět indexaci pojištění u pojistných smluv, u nichž probíhá výplata důchodu z důvodu smrti 1. nebo 2. pojištěného.

Bod 3 Náklady a poplatky

- 3.1. Pojistitel je oprávněn od data počátku pojištění první den každého zúčtovacího období snižovat kapitálovou hodnotu pojištění o počáteční a správní náklady stanovené podle pojistné technických zásad pojistitele.
- 3.2. Pojistitel je oprávněn započítat pojistníkovi inkasní náklady za každé zaplacené pojistné.

Bod 4 Vznik pojištění

Pojištění pro případ smrti dospělých, pojištění závažných onemocnění dítěte, pojištění zproštění od placení pojistného, úrazové pojištění a pojištění pro případ nemoci má počátek pojištění shodný se sjednaným počátkem pojištění pro případ smrti nebo dožití dítěte, pokud bylo sjednáno při uzavření pojistné smlouvy.

Bod 5 Změny pojištění

- 5.1. V době trvání pojištění může pojistník požádat pojistitele o změnu rozsahu pojištění (např. zahrnutí nebo vyloučení pojištění závažných onemocnění dítěte, pojištění zproštění od placení pojistného, úrazového pojištění, pojištění pro případ nemoci, změna výše běžné placené pojistného). Pojistitel si vyhrazuje právo v závislosti na aktuálním stavu pojistné smlouvy (např. aktuální věk pojištěného, aktuální zdravotní stav pojištěného) žádost o změnu pojištění zamítnout.
- 5.2. **Mimořádné výběry**
 - 5.2.1. Pojistník je oprávněn požádat o mimořádný výběr v souladu s pravidly uvedenými v Přehledu poplatků.
 - 5.2.2. Za provedení mimořádného výběru je pojistitel oprávněn účtovat poplatek podle platného Přehledu poplatků.
 - 5.2.3. Mimořádný výběr je nejprve realizován z kapitálové hodnoty negarantované, poté z kapitálové hodnoty s garantovanou technickou úrokovou mírou, nepostačují-li prostředky na provedení mimořádného výběru z kapitálové hodnoty negarantované.
 - 5.2.4. Pojistitel si vyhrazuje právo žádost o mimořádný výběr zamítnout.
 - 5.2.5. Mimořádný výběr nelze provádět při redukcí pojištění a při přerušení placení běžného pojistného.
 - 5.2.6. Minimální výše mimořádného výběru je stanovena v Přehledu poplatků. Maximální výše mimořádného výběru je stanovena pojistitelem na základě pojistné technických zásad pojistitele. Pojistitel vyplácí požadovaný mimořádný výběr nejvýše v hodnotě maximální výše mimořádného výběru.
 - 5.2.7. Mimořádný výběr z kapitálové hodnoty negarantované bude proveden v aktuálním poměru peněžních hodnot jednotlivých kapitálových hodnot tvořených podílovými jednotkami vnitřních fondů a kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou, nebude-li dohodnuto jinak.
- 5.3. **Redukce pojištění**
 - 5.3.1. Pokud bylo zaplacené běžné pojistné za dobu stanovenou ve VPP ŽP a nezaplátil-li pojistník řádně běžné pojistné za další pojistná období, dojde v 00.00 hodin prvního dne po uplynutí lhůty stanovené pojistitelem v upomínce na zaplacení pojistného k redukci pojištění.
 - 5.3.2. Pokud bylo zaplacené běžné pojistné za dobu stanovenou ve VPP ŽP, může pojistník o redukci pojištění požádat. V 00.00 hodin prvního dne nejbližšího zúčtovacího období, na které není zaplacené běžné pojistné, dojde k redukci pojištění (redukce na žádost).
 - 5.3.3. Dojde-li v důsledku neplacení pojistného (dle VPP ŽP) nebo na žádost pojistníka k redukci pojistné částky, zůstává zachováno pojištění pro případ smrti nebo dožití dítěte a pojištění pro případ smrti dospělých (pojistná částka pro případ smrti, sjednaný důchod v případě smrti pojištěného), bylo-li sjednáno a zanikají všechna další sjednaná pojištění a nároky (např. zánik povinnosti platit běžné pojistné). Pojistná částka pro případ smrti dítěte se snižuje na redukovanou pojistnou částku stanovenou podle pojistné technických zásad pojistitele. Pojistná částka pro případ smrti dospělého a sjednaný důchod v případě smrti pojištěného se snižuje na redukovanou pojistnou částku a redukováný důchod stanovený podle pojistné technických zásad pojistitele. Při dožití konce pojištění pojistitel vyplácí pojistnému dítěti kapitálovou hodnotu pojištění ve výši stanovené k datu konce pojištění. Při smrti pojištěného dítěte před dožitím sjednaného konce pojištění vyplácí pojistitel pojistníkovi redukovanou pojistnou částku pro případ smrti a kapitálovou hodnotu pojištění ve výši stanovené k datu oznámení pojistné události pojistiteli.
 - 5.3.4. Dojde-li v důsledku neplacení pojistného (dle VPP ŽP) nebo na žádost pojistníka k redukci pojistné doby, zůstává zachováno pojištění pro případ smrti nebo dožití dítěte a pojištění pro případ smrti dospělých (pojistná částka pro případ smrti, sjednaný důchod v případě smrti pojištěného), bylo-li sjednáno a zanikají všechna další sjednaná pojištění a nároky (např. zánik povinnosti platit běžné pojistné). Pojistná částka pro případ smrti dítěte zůstává zachována. Při dožití konce redukované pojistné doby bude pojištěnému dítěti vyplacena kapitálová hodnota pojištění ve výši stanovené k datu konce redukované pojištění. Při smrti pojištěného dítěte před uplynutím redukované pojistné doby vyplácí pojistitel pojistníkovi pojistnou částku pro případ smrti a kapitálovou hodnotu pojištění k datu oznámení pojistné události pojistiteli.
 - 5.3.5. U redukování pojištění pojistníkovi zaniká povinnost platit běžné pojistné. Pojistník není oprávněn platit mimořádné pojistné, pojistník nesmí provádět mimořádné výběry.
 - 5.3.6. U redukování pojištění nelze provést přerušení placení pojistného.

Bod 6 Zánik pojištění

- 6.1. Podle ustanovení § 22 odst. 2 zákona o pojistné smlouvě mohou být sjednaná pojištění vypovězena pojistníkem i pojistitelem do dvou měsíců od uzavření pojistné smlouvy nebo sjednání dalšího pojištění, s osmidenní výpovědní lhůtou.
- 6.2. Po uplynutí dvou měsíců od uzavření pojistné smlouvy může ve smyslu ustanovení § 22 odst. 1 a 5 zákona o pojistné smlouvě všechna sjednaná pojištění vypovědět pojistník. Pojistitel může vypovědět pouze úrazové pojištění a pojištění pro případ nemoci. Výpověď musí být dána alespoň šest týdnů před uplynutím pojistného období. Výpovědi pojištění pro případ smrti nebo dožití dítěte zanikají všechna sjednaná pojištění. Pojistitel vyplácí pojistníkovi negarantovanou kapitálovou hodnotu ve výši stanovené po odečtení poplatku za ukončení pojištění uvedeného v Přehledu poplatků a hodnoty závazků pojistníka vůči pojistiteli vzniklých v souvislosti s tímto pojištěním. Výpovědi dalších sjednaných pojištění (např. úrazové pojištění, pojištění pro případ nemoci) zaniká jen vypovězené pojištění.
- 6.3. Podle ustanovení § 22 odst. 3 a 5 zákona o pojistné smlouvě pojistitel nebo pojistník mohou sjednané pojištění vypovědět do 3 měsíců ode dne doručení oznámení vzniku pojistné události. Pojistitel může vypovědět pouze úrazové pojištění a pojištění pro případ nemoci.
- 6.4. U úrazového pojištění, pojištění závažných onemocnění, pojištění

zproštění od placení pojistného a pojištění pro případ nemoci je konec pojištění shodný se sjednaným koncem pojištění pro případ smrti nebo dožití dítěte, pokud nezankou některé z těchto pojištění v průběhu trvání pojištění.

6.5. Zánik pojištění odpadnutím důvodu dalšího pojištění a uplynutím doby, na niž bylo sjednáno

- Pojištění zanikne smrtí pojistného dítěte. Nejpозději pojištění zanikne, dožije-li se pojistného dítěte pojištěním.
- Jestliže u pojištění s redukcí nebo pojistnou dobou součtí rizikového pojistného, počátečních a správních nákladů a poplatků je vyšší než kapitálová hodnota s garantovanou technickou úrokovou mírou, pojištění zaniká. Pojistitel je povinen o takovém zániku pojistníka informovat.

6.6. Zánik pojištění jako důsledek neplacení běžného pojistného
Pokud pojištění zanikne z důvodu neplacení běžného pojistného, pojistitel má právo na rizikové pojistné, počáteční a správní náklady a na poplatky do zániku pojištění. Pojistníkovi je vyplacena část kapitálové hodnoty negarantované stanovené na základě pojistných technických zásad pojistitele.

6.7. Zánik pojištění odmítnutím plnění

Pokud pojištění zanikne odmítnutím plnění podle ustanovení § 24 zákona o pojistném, pojistitel vyplatí oprávněné osobě kapitálovou hodnotu negarantovanou k datu oznámení pojistné události pojistiteli, sníženou o poplatek za ukončení pojištění. Ne-li pojištěný zároveň pojistníkem, bude kapitálová hodnota negarantovaná vyplacena pojistníkovi.

6.8. Dojde-li k zániku tohoto pojištění v době uvedené v Přehledu poplatků jako „Rozhodná doba“, nevzniká nárok na výplatu částky, která byla převedena na tuto pojistnou smlouvu a jež odpovídá vyšší rozdílu částky rezervy nebo kapitálové hodnoty pojištění dle dosavadní pojistné smlouvy, stanovené k datu jejího zániku, a částky, jež by byla vyplacena jako odkupné z takto zaniklé dosavadní pojistné smlouvy („částka převyšující odkupné dle dosavadní pojistné smlouvy“). O částku převyšující odkupné dle dosavadní pojistné smlouvy se v takovém případě sníží plnění nebo částka, vyplácené z důvodu zániku tohoto pojištění (např. odkupné). Ustanovení předchozí věty neplatí, jedná-li se o zánik pojištění z důvodu výplaty pojistného plnění při pojistné události nebo pokud bude uzavřena nová pojistná smlouva, na niž by byla převáděna rezerva nebo kapitálová hodnota zanikajícího pojištění.

Bod 7

Forma právních úkonů

- Právní úkony týkající se pojištění mají písemnou formu, není-li uvedeno jinak.
- Oznámení pojistné události ve smyslu zákona o pojistném smlouvě, resp. všeobecných pojistných podmínek je možné podat rovněž telefonicky na telefonním čísle zveřejněném k tomuto účelu pojistitelem na jeho obchodních místech. Na základě telefonicky podaného oznámení pojistné události je pojistitel oprávněn si pro provedení setření nutného ke zjištění rozsahu jeho povinnosti plnit, vyžádat potřebné doklady v listinné podobě.
- Pojistník může telefonicky podat takový návrh na změnu pojistné smlouvy, který je uveden v Přehledu způsobů podávání návrhů na změnu pojistné smlouvy a dalších pokynů, přístupném na obchodních místech pojistitele a na internetových stránkách pojistitele.
- Úkony uvedené v bodech 7.2. a 7.3. může pojistitel umožnit podat rovněž e-mailem nebo prostřednictvím webového kanálu, a to zveřejněným v Přehledu způsobů podávání návrhů na změnu pojistné smlouvy a dalších pokynů, přístupném na obchodních místech pojistitele a na internetových stránkách pojistitele.

Bod 8

Informace o pojištění

- Pojistitelem je Česká pojišťovna a.s., která má sídlo v České republice. V případě sjednání pojištění pro případ nemoci je pojistitelem i Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s., která má sídlo v České republice.
- Dobou platnosti pojistné smlouvy se rozumí doba vymezená uzavřením pojistné smlouvy a okamžikem jejího zániku, resp. trváním a existencí závazků z pojistné smlouvy.
- Odkupné se určuje jako část nespotečbovaného pojistného ukládaná pojistitelem jako technická rezerva vypočtená pojistné matematickými metodami k datu zániku pojištění.
- Pojistné lze platit měsíčně, čtvrtletně, pololetně, ročně, a to hotovostně nebo bezhotovostně.
- Pojistitel i pojistník mají právo od pojistné smlouvy odstoupit. Pojistitel má právo od pojistné smlouvy odstoupit, pokud pojistník nebo pojištěný zodpoví při sjednávání pojistné smlouvy úmyslně nebo z nebalosti nepravdivě nebo neúplně písemně dotazy pojistitele týkající se sjednávání pojištění, jestliže by při pravdivém a úplném zodpovězení dotazů pojistnou smlouvu neuzavřel. Pojistník má právo od pojistné smlouvy odstoupit, jestliže mu pojistitel nebo jím zmocněný zástupce nepravdivě nebo neúplně zodpověděl jeho písemné dotazy týkající se sjednávání pojištění. Právo odstoupit od pojistné smlouvy může pojistitel nebo pojistník uplatnit do 2 měsíců ode dne, kdy takovou skutečnost zjistil, jinak právo zanikne. To platí i v případě změny pojistné smlouvy.
- Na pojištění se vztahuje právní úprava zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, v platném znění.
- Odstoupení od pojistné smlouvy, stížnosti pojistníků, pojištěných nebo oprávněných osob se zasílají na adresu: Česká pojišťovna a.s., P. O. BOX 305, 601 00 Brno a v případě stížnosti týkajících se pojištění pro případ nemoci na adresu: Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s., Litevská 1174/8, 100 05, Praha 10. Stížnosti budou vyřizovány bez zbytečného odkladu specializovanými zaměstnanci. Pojistníci, pojištění nebo oprávněné osoby se mohou se svými stížnostmi obrátit i na Českou národní banku.

- Pojistník a pojištěný je, zejména ve smyslu § 12 a § 21 zákona o ochraně osobních údajů č. 101/2000 Sb., ve znění novel, oprávněn být na základě žádosti kdykoliv bez zbytečného odkladu informován o osobních údajích o něm zpracovávaných pojistitelem. Tuto informaci obdrží za úhradu nutných nákladů souvisejících se sdělením požadované informace. Výše úhrady je stanovena v Přehledu poplatků.
- Pokud pojistník nebo pojištěný zjistí, že došlo k porušení povinností uložených pojistiteli citovaným zákonem, má právo požadovat na pojistiteli nápravu, event. se obrátit na Úřad pro ochranu osobních údajů s žádostí o zajištění opatření k nápravě.
- Pojistitel informuje pojistníka (pojištěného), že poskytnutí osobních údajů v rozsahu uvedeném v § 4 zákona o pojistné smlouvě je povinné a je podmínkou uzavření pojistné smlouvy. Poskytnutí ostatních osobních údajů uvedených v této pojistné smlouvě je nutné zejména pro stanovení výše pojistného rizika.

8.11. Osobní údaje bude pojistitel zpracovávat ručně i automatizovaně prostřednictvím svých zaměstnanců a dále zpracovatelé, se kterými uzavře smlouvu o zpracování osobních údajů za podmínek zákona o ochraně osobních údajů. Informace o osobních údajích mohou být pojistitelem zpřístupněny zajištělům za podmínek stanovených zákonem o ochraně osobních údajů a dále subjektům oprávněným požadovat zpřístupnění údajů podle zvláštních právních předpisů.

8.12. Společnosti, které náležejí do stejného koncernu jako Česká pojišťovna a.s., jsou zejména ČP INVEST investiční společnost, a.s., IČ: 43873766, se sídlem Praha 1, Purkyňova 74/2, PSČ 110 00; Penzijní fond České pojišťovny, a.s., IČ: 61858692, se sídlem Praha 1, Truhlářská 1106/9, PSČ 110 00; Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s., IČ: 49240749, se sídlem Praha 10, Litevská 1174/8, PSČ 100 05. Aktuální přehled společností je k dispozici na internetových stránkách pojistitele.

Bod 9

Vnitřní fondy

9.1. Definice investičních pojmů

9.1.1. Vnitřním fondem se rozumí soubor různých typů investic spravovaných pojistitelem výhradně pro účely pojištění (dále jen portfolio). Pojistitel spravuje toto portfolio investic vytvořené z prostředků tohoto pojištění odděleně od ostatního majetku pojistitele.

9.1.2. Podílovou jednotkou se rozumí podíl vnitřního fondu sloužící k výpočtu peněžních nároků plynoucích z pojištění.

9.1.3. Cena podílové jednotky se stanoví na základě hodnoty podkladových aktiv vnitřního fondu a celkové počtu podílových jednotek tohoto vnitřního fondu. Pokud vyjde najevo, že v důsledku chybné stanovené ceny podílové jednotky, obdržela oprávněná osoba, příp. pojistník, vyšší částku, než které odpovídá reálná hodnota podílové jednotky, je oprávněná osoba, příp. pojistník, povinen uhradit pojistiteli částku představující rozdíl mezi obdrženým plněním a reálnou hodnotou podílové jednotky, a to bez zbytečného prodlení poté, co jí bude tato skutečnost pojistitelem oznámena. Pohledávka podle předchozí věty je pojistitel oprávněn započítat proti pojistnému plnění nebo jakékoli jiné pohledávce oprávněné osoby, příp. pojistníka, za pojistitelem a s ohledem na tuto skutečnost upravit parametry pojistné smlouvy.

9.1.4. Účtem pojistníka se rozumí individuální účet vedený pojistitelem k pojistné smlouvě, tvořený podílovými jednotkami jednotlivých vnitřních fondů.

9.1.5. Oceňovací den je den, ke kterému pojistitel stanoví cenu podílových jednotek jednotlivých vnitřních fondů.

9.1.6. Obchodováním s podílovými jednotkami se rozumí nákup, odkup a převod podílových jednotek vnitřního fondu.

9.1.7. Nákupem podílových jednotek se rozumí zvýšení počtu podílových jednotek vnitřního fondu vedených na účtu pojistníka.

9.1.8. Odkupem podílových jednotek se rozumí snížení počtu podílových jednotek vnitřního fondu vedených na účtu pojistníka.

9.1.9. Převodem podílových jednotek se rozumí snížení počtu podílových jednotek vedených na účtu pojistníka u daného vnitřního fondu a současně zvýšení počtu podílových jednotek vedených na účtu pojistníka pro nově zvolený vnitřní fond.

9.1.10. Alokačním poměrem se rozumí procentuální poměr, ve kterém se umísťuje (dále jen alokuje) zaplacené pojistné. Alokační poměry se stanovují pro běžné a mimořádné pojistné.

Běžné pojistné lze alokovat do kapitálové hodnoty s garantovanou technickou úrokovou mírou a do kapitálové hodnoty negarantované. Mimořádné pojistné lze alokovat pouze do kapitálové hodnoty negarantované.

9.1.11. Investičním úkonem se rozumí provedení nákupu, odkupu nebo převodu podílových jednotek vnitřního fondu. Investiční úkon je důsledkem změny, popř. důsledkem zániku pojistné smlouvy, provedené pojistitelem na základě žádosti pojistníka nebo vyplývající z těchto doplňkových pojistných podmínek a všeobecných pojistných podmínek, při které dochází ke změně počtu podílových jednotek vedených na účtu pojistníka.

Investiční riziko spojené s prováděním investičního úkonu a proměnlivou cenou podílové jednotky nese pojistník.

K provedení požadovaného investičního úkonu pojistník, resp. investičního úkonu pojistitele dojde ke dni realizace skutečného nákupu nebo odkupu podkladových aktiv vnitřních fondů pojistitelem. K tomuto datu jsou nakoupeny, odkoupeny nebo převedeny podílové jednotky na účtu pojistníka.

9.1.12. Souběh investičních úkonů Pojistitel je oprávněn zamítnout, popř. pozastavit provedení investičního úkonu vyplývajícího z současného investičního úkonu, provádí-li jiné investiční úkony související s touto pojistnou smlouvou. Pominou-li důvody pozastavení, pojistitel provede daný investiční úkon bez zbytečného odkladu.

9.2. Informace o vnitřních fondech

9.2.1. Pojistitel nabízí vnitřní fondy vedené v podílových jednotkách, a to v České měně, které se odlišují investiční strategií, povahou podkladových aktiv, a tím i výnosem a rizikem.

9.2.2. Každý vnitřní fond je veden pojistitelem jako oddělená a identifikovatelná podkladová aktiva.

9.2.3. Výnosy z podkladových aktiv v příslušném vnitřním fondu, snížené o prokazatelné náklady, zvyšují hodnotu vnitřního fondu.

9.2.4. Pojistník je oprávněn si zvolit vnitřní fondy pojistitele, které se odlišují investiční strategií, druhem podkladových aktiv, a tím i výnosem a rizikem.

9.2.5. Vzhledem k charakteru vnitřních fondů není cena jejich podílových jednotek garantována. Pojistitel garantuje počet podílových jednotek vnitřního fondu s výjimkou bodu 9.3.

9.2.6. Pojistitel si vyhrazuje právo pro účely pojištění omezit vstup do vnitřního fondu.

9.2.7. Pojistitel tvoří ze zaplaceného pojistného alokovaného do vnitřního fondu rezervu na úhradu závazků z finančního umístění jménem pojištěných (rezervu životních pojištění s investičním rizikem pojistníka).

9.2.8. Způsob umístění prostředků rezerv na úhradu závazků z finančního umístění jménem pojištěných se řídí obecně platnými právními předpisy a za podmínek v nich stanovených pak rozhodnutími pojistitele. Pojistitel stanoví podmínky, za kterých investuje v příslušném vnitřním fondu, v investiční strategii vnitřního fondu.

9.2.9. Podílové jednotky mohou být nakoupeny pouze, pokud jsou do fondu přidána podkladová aktiva, jejichž hodnota je rovna hodnotě těchto podílových jednotek vnitřního fondu.

9.2.10. S výjimkou bodů 9.2.13. a 9.2.14. mohou být podílové jednotky z vnitřního fondu odkoupeny pouze, pokud je z vnitřního fondu proveden odkup podkladových aktiv, jejichž hodnota je rovna hodnotě těchto podílových jednotek vnitřního fondu.

9.2.11. Nákup, odkup a převod podílových jednotek jednotlivých vnitřních fondů na účtu pojistníka slouží jen ke stanovení výše pojistného plnění a jiných závazků z pojištění.

9.2.12. Podkladová aktiva jednotlivých vnitřních fondů a výnosy plynoucí z těchto podkladových aktiv jsou vlastnictvím pojistitele a zůstávají jím po celou dobu trvání pojištění. Z pojištění nevzniká právní nárok na žádná podkladová aktiva společnosti a vnitřních fondů, ani na žádné výnosy z těchto aktiv plynoucí.

9.2.13. Pojistitel má právo snížit hodnotu vnitřního fondu o všechny daňové srážky spojené s podkladovými aktivy tohoto vnitřního fondu a jiné srážky, které společnost uzná skutečným nebo potenciálním závazkem tohoto vnitřního fondu.

9.2.14. Pojistitel je oprávněn od data počátku pojištění každý oceňovací den snížit hodnotu vnitřního fondu o poplatek za správu portfolio. Poplatek je odečítán po částech a jeho roční výše je uvedena v platném Přehledu poplatků. Společnost je oprávněna snížit hodnotu vnitřního fondu o administrativní poplatek, jehož výše nepřesáhne 2 % ročně z podkladových aktiv vnitřního fondu. Tento poplatek je odečítán po částech, a to při každém oceňování, a je součástí poplatku za správu portfolio.

9.2.15. Pojistitel je oprávněn od data počátku pojištění první den každého zúčtovacího období snižovat kapitálovou hodnotu pojištění o poplatek za evidenci podílových jednotek uvedený v Přehledu poplatků.

9.3. Změna podkladových aktiv vnitřního fondu

Pojistitel je oprávněn měnit podkladová aktiva vnitřních fondů. Povaha podkladových aktiv těchto fondů je neměnná. Při změně podkladových aktiv pojistitel negarantuje počet podílových jednotek vnitřního fondu, ale garantuje zachování hodnoty podílových jednotek vnitřního fondu k datu změny podkladových aktiv.

9.4. Omezení obchodování s podílovými jednotkami vnitřního fondu

9.4.1. V průběhu trvání pojištění může dojít k omezení obchodování s podílovými jednotkami vnitřního fondu.

9.4.2. V době omezení obchodování je pojistitel oprávněn přijímat požadavky pojistníka k provedení úkonů, které mají vliv na kapitálovou hodnotu tvořenou podílovými jednotkami vnitřního fondu, např. převod podílových jednotek, změna alokačního poměru, mimořádné výběry, platba běžného a mimořádného pojistného, žádost o zrušení pojištění s výplatou odkupného. Pojistitel provede požadované úkony, které nemohou provést v době omezení obchodování, po ukončení omezení obchodování s podílovými jednotkami tohoto vnitřního fondu.

9.4.3. Nebude-li možné, při stanovení výše pojistného plnění a při stanovení výše odkupného, z důvodu omezení obchodování s podílovými jednotkami daného vnitřního fondu stanoví vyšší, kapitálové hodnoty pojištění, bude výše kapitálové hodnoty pojištění stanovena pojistitelem pouze z podílových jednotek vnitřního fondu se známou cenou. Po ukončení omezení obchodování s podílovými jednotkami daného vnitřního fondu bude bez zbytečného odkladu zbývající hodnota podílových jednotek vnitřního fondu vyplacena.

9.4.4. Nebude-li možné, při stanovení výše plnění při zániku pojištění podle bodu 6 z důvodu omezení obchodování s podílovými jednotkami daného vnitřního fondu stanoví vyšší, kapitálové hodnoty pojištění, bude výše kapitálové hodnoty pojištění stanovena pojistitelem po ukončení omezení obchodování s podílovými jednotkami daného vnitřního fondu a pojistitel vyplatí celé plnění.

9.5. Změna vnitřního fondu

9.5.1. Pojistitel je oprávněn rozhodnout o změně vnitřního fondu při zachování povahy podkladových aktiv, zejména v případě, že dochází k významnému poklesu ceny podílových jednotek méněného vnitřního fondu.

9.5.2. Změnou vnitřního fondu se rozumí převod podílových jednotek do jiného vnitřního fondu se stejnou povahou podkladových aktiv a odpovídající změna alokačního poměru.

Bod 10

Alokační poměr

10.1. Alokační poměr běžného pojistného

Pojistitel je oprávněn stanovit minimální procento alokace pojistného nebo minimální peněžní hodnotu alokovaného pojistného do kapitálové hodnoty s garantovanou technickou úrokovou mírou, do kapitálové hodnoty s vyřazovanou úrokovou mírou a do kapitálových hodnot tvořených podílovými jednotkami vnitřních fondů.

10.2. Změna alokačního poměru

10.2.1. Pojistník může požádat o změnu alokačních poměrů běžného a mimořádného pojistného.

10.2.2. Změna alokačního poměru běžného pojistného je účinná ode dne uvedeného pojistníkem v žádosti o provedení změny, nejdříve však od nejbližší splatnosti nezaplaceného běžného pojistného.

10.2.3. Změna alokačního poměru mimořádného pojistného je účinná ode dne uvedeného pojistníkem v žádosti o provedení změny. Touto změnou nelze ovlivnit již alokované mimořádné pojistné.

10.2.4. Změnu alokačních poměrů nelze provádět při redukcí pojištění.

10.2.5. Pojistitel si vyhrazuje právo žádost o změnu alokačního poměru zamítnout.

10.2.6. Pojistitel má právo na poplatek za provedení změny alokačního poměru podle platného Přehledu poplatků.

Bod 11

Změna rozložení prostředků

11.1. Převod podílových jednotek mezi kapitálovými hodnotami tvořenými podílovými jednotkami vnitřních fondů

11.1.1. Pojistník může požádat o převod podílových jednotek mezi jednotlivými kapitálovými hodnotami tvořenými podílovými jednotkami vnitřních fondů. Na základě této žádosti pojistitel provede odkup podílových jednotek daného vnitřního fondu a nakoupí podílové jednotky jiného pojistníkem určeného vnitřního fondu.

11.1.2. Podílové jednotky se převádějí mezi kapitálovými hodnotami tvořenými podílovými jednotkami vnitřních fondů podle cen k datu provedení požadovaného investičního úkonu.

11.1.3. Pojistitel je oprávněn stanovit minimální počet nebo minimální peněžní hodnotu převáděných podílových jednotek. Pojistitel je oprávněn stanovit minimální počet nebo minimální peněžní hodnotu podílových jednotek, která musí být ponechána na účtu pojistníka.

- 11.2.4. Pojistitel si vyhradzuje právo žádost o převod podílových jednotek mezi kapitálovými hodnotami tvořenými podílovými jednotkami vnitřních fondů zamítnout.
- 11.2.5. Pojistitel má právo na poplatek za provedení převodu podle platného Přehledu poplatků.
- 11.2. Převod podílových jednotek z kapitálové hodnoty tvořené podílovými jednotkami vnitřního fondu do kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou**
- 11.2.1. Pojistník může požádat o převod podílových jednotek z kapitálové hodnoty tvořené podílovými jednotkami vnitřního fondu do kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou. Na základě této žádosti pojistitel provede odkup podílových jednotek daného vnitřního fondu a vloží peníze prostředky v hodnotě odkupu do kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou.
- 11.2.2. Pojistitel je oprávněn stanovit minimální počet nebo minimální peněžní hodnotu převáděných podílových jednotek. Pojistitel je oprávněn stanovit minimální počet nebo minimální peněžní hodnotu podílových jednotek, která musí být ponechána na účtu pojistníka.
- 11.2.3. Pojistitel si vyhradzuje právo žádost o převod podílových jednotek z kapitálové hodnoty tvořené podílovými jednotkami vnitřního fondu do kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou zamítnout.
- 11.2.4. Pojistitel má právo na poplatek za provedení převodu podle platného Přehledu poplatků.

11.3. Převod peněžních prostředků z kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou do kapitálové hodnoty tvořené podílovými jednotkami vnitřního fondu

- 11.3.1. Pojistník může požádat o převod peněžních prostředků z kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou do kapitálové hodnoty tvořené podílovými jednotkami vnitřního fondu. Na základě této žádosti pojistitel provede výběr peněžních prostředků z kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou a nakoupí podílové jednotky pojistníkem určeného vnitřního fondu.
- 11.3.2. Pojistitel je oprávněn stanovit minimální peněžní hodnotu převáděných peněžních prostředků.
- 11.3.3. Pojistitel si vyhradzuje právo žádost o převod peněžních prostředků z kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou do kapitálové hodnoty tvořené podílovými jednotkami vnitřního fondu zamítnout.
- 11.3.4. Pojistitel má právo na poplatek za provedení převodu podle platného Přehledu poplatků.

11.4. Převod podílových jednotek a peněžních prostředků do kapitálové hodnoty s garantovanou technickou úrokovou mírou (převod peněžních prostředků z kapitálové hodnoty s garantovanou technickou úrokovou mírou)

- 11.4.1. Pojistník není oprávněn provádět převod podílových jednotek z kapitálových hodnot tvořených podílovými jednotkami vnitřních fondů a peněžních prostředků z kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou do kapitálové hodnoty s garantovanou technickou úrokovou mírou.
- 11.4.2. Současně pojistník není oprávněn provádět převod peněžních prostředků z kapitálové hodnoty s garantovanou technickou úrokovou mírou do kapitálových hodnot tvořených podílovými jednotkami vnitřních fondů a do kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou.

ZÁKLADNÍ POJIŠTĚNÍ

ČLÁNEK 2

POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD SMRTI NEBO DOŽITÍ

**Bod 1
Rozsah nároků**

- 1.1. Pojištění pro případ smrti nebo dožití pojištěného dítěte**
- 1.1.1. Dožije-li se pojištěné dítě dne uvedeného v pojistné smlouvě jako konec pojištění, vyplátí pojistitel pojištěnému dítěti sjednanou pojistnou částku pro případ dožití, byla-li sjednána, a kapitálovou hodnotu pojištění ve výši stanovené k datu konce pojištění.
- 1.1.2. Zemře-li pojištěné dítě po dosažení věku 3 let (včetně), vyplátí pojistitel pojistníkovi sjednanou pojistnou částku pro případ smrti dítěte ve výši 30 000 Kč a kapitálovou hodnotu pojištění ve výši stanovené k datu oznámení úmrtí pojistiteli a celé pojištění zaniká.
- 1.1.3. Zemře-li pojištěné dítě před dosažením věku 3 let, zanikne bez práva na plnění celé pojištění a pojistitel vyplátí pojistníkovi kapitálovou hodnotu pojištění ve výši stanovené k datu oznámení úmrtí pojistiteli.
- 1.1.4. Dověší-li pojištěné dítě věk 18 let, může pojistník požádat pojistitele o zkrácení pojistné doby. V takovém případě pojistitel vyplátí pojištěnému dítěti kapitálovou hodnotu pojištění sjednanou podle pojistné technických zásad ve výši stanovené k datu zpracování žádosti pojistitelem a celé pojištění zanikne s výjimkou uvedenou v následující větě. Je-li již vyplácen důchod podle bodu 1.2.2. nebo 1.2.6. tohoto článku, pak právo na výplatu dosud nevyplacených splátek důchodu zůstává zachováno v rozsahu uvedeném v těchto bodech.

1.2. Pojištění pro případ smrti dospělých

Dojde-li v době trvání pojištění ke smrti pojištěného, pojistitel vyplátí za podmínek sjednaných v pojistné smlouvě plnění ve formě jednorázového plnění (pojistná částka), ve formě důchodu, ve formě úhrady běžného pojistného.

- 1.2.1. Je-li sjednáno pojištění pro případ smrti 1. pojištěného a zemře-li v době trvání pojištění 1. pojištěný, nikoliv následkem sebevraždy do dvou let trvání pojištění, vyplátí pojistitel sjednanou pojistnou částku pro případ smrti pojištěného pojištěnému dítěti.
- 1.2.2. Je-li sjednána výplata důchodu v případě smrti 1. pojištěného a zemře-li v době trvání pojištění 1. pojištěný, nikoliv následkem sebevraždy do dvou let trvání pojištění, začne pojistitel vyplácet důchod ve sjednané výši a sjednaných lhůtách pojištěnému dítěti. Splátka důchodu však nesmí činit méně než 1000 Kč. Výplata důchodu je vždy vypočtena na celé roky. Důchod je splatný předem, vždy 1. kalendářní den v měsíci odpovídající výplatě dle sjednané lhůty, pokud je pojištěné dítě naživu. První důchod je splatný 1. kalendářní den v měsíci následujícím po datu pojistné události, též „den počátku výplaty důchodu“. Výročním dnem počátku výplaty důchodu se rozumí den, který se označím (dnem a měsícem) shoduje s datem počátku výplaty důchodu. Poslední roční důchod je splatný ve výroční den počátku výplaty důchodu v roce, který předchází sjednanému konci pojištění, nejde-li však v roce, který předchází roku, v němž pojiště-

né dítě dosáhne věku 20 let. Lze zvolit i měsíční, čtvrtletní, pololetní vyplácení důchodu.

- 1.2.3. Je-li sjednáno pojištění pro případ smrti 1. pojištěného a zemře-li v době trvání pojištění 1. pojištěný následkem sebevraždy do dvou let trvání pojištění, zanikne bez práva na plnění celé pojištění. V takovém případě bude vyplacena pojistníkovi kapitálová hodnota pojištění ve výši stanovené k datu oznámení úmrtí 1. pojištěného pojištěného.
- 1.2.4. V případě, že smrt 1. pojištěného není pojistnou událostí, vyplátí pojistitel pojistníkovi kapitálovou hodnotu pojištění ve výši stanovené k datu oznámení úmrtí 1. pojištěného pojištěného.
- 1.2.5. Je-li sjednáno pojištění pro případ smrti 2. pojištěného a zemře-li v době trvání pojištění 2. pojištěný, nikoliv následkem sebevraždy do dvou let trvání pojištění, vyplátí pojistitel sjednanou pojistnou částku pro případ smrti pojištěného pojištěnému dítěti.
- 1.2.6. Je-li sjednána výplata důchodu v případě smrti 2. pojištěného a zemře-li v době trvání pojištění 2. pojištěný, nikoliv následkem sebevraždy do dvou let trvání pojištění, začne pojistitel vyplácet důchod ve sjednané výši a sjednaných lhůtách pojištěnému dítěti. Splátka důchodu však nesmí činit méně než 1000 Kč. Výplata důchodu je vždy vypočtena na celé roky. Důchod je splatný předem, vždy 1. kalendářní den v měsíci odpovídající výplatě dle sjednané lhůty, pokud je pojištěné dítě naživu. První důchod do pojistné události, též „den počátku výplaty důchodu“. Výročním dnem počátku výplaty důchodu se rozumí den, který se označím (dnem a měsícem) shoduje s datem počátku výplaty důchodu. Poslední roční důchod je splatný ve výroční den počátku výplaty důchodu v roce, který předchází sjednanému konci pojištění, nejde-li však v roce, který předchází roku, v němž pojištěné dítě dosáhne věku 20 let. Lze zvolit i měsíční, čtvrtletní, pololetní vyplácení důchodu.
- 1.2.7. Je-li sjednáno pojištění pro případ smrti 2. pojištěného a zemře-li v době trvání pojištění 2. pojištěný následkem sebevraždy do dvou let trvání pojištění, zanikne bez práva na plnění celé pojištění. V takovém případě bude vyplacena pojistníkovi kapitálová hodnota pojištění ve výši stanovené k datu oznámení úmrtí 2. pojištěného pojištěného.
- 1.2.8. V případě, že smrt 2. pojištěného není pojistnou událostí, vyplátí pojistitel pojistníkovi kapitálovou hodnotu pojištění ve výši stanovené k datu oznámení úmrtí 2. pojištěného pojištěného.
- 1.3.** Je-li sjednán zánik povinnosti platit běžné pojistné a zemře-li 1. pojištěný nebo alespoň jeden z pojištěných, jsou-li pojištění 1. i 2. pojištěný, zaniká od nejbližší splatnosti pojistného po dni úmrtí pojištěného povinnosti platit běžné pojistné za sjednaná pojištění v rozsahu uvedeném v pojistné smlouvě, přičemž zůstávají zachovány veškeré nároky z pojistné smlouvy. Pojistné plnění má formu úhrady běžného pojistného.
- 1.4.** Není-li sjednán zánik povinnosti platit běžné pojistné a zemře-li 1. pojištěný nebo alespoň jeden z pojištěných, jsou-li pojištění 1. i 2. pojištěný, zaniká od nejbližší splatnosti po dni úmrtí pojištěného celé pojištění a pojištěnému dítěti je vyplacena kapitálová hodnota pojištění ve výši stanovené k datu oznámení úmrtí pojištěného pojištěného, není-li dohodnuto jinak.
- 1.5.** Je-li pojištěn 1. i 2. pojištěný, pak výše pojistné částky pro případ smrti a výše sjednané výplaty důchodu je shodná pro oba pojištěné.

1.6. Společná ustanovení

- 1.6.1. Zemře-li pojistník v době trvání pojištění, přecházejí jeho práva a povinnosti na 1. pojištěného, není-li ho, na pojištěné dítě.
- 1.6.2. Není-li pojištěné dítě v době výplaty pojistného plnění zletilé, pojistitel vyplácí plnění ve prospěch dítěte do rukou jeho zákonného zástupce.

**Bod 2
Pojistné**

2.1. Mimořádné pojistné

- 2.1.1. Pojistník je oprávněn v době trvání pojištění zaplatit mimořádné pojistné, a to v české měně a na místo určené pojistitelem. Pojistitel si vyhradzuje právo mimořádné pojistné odmítnout.
- 2.1.2. Pojistitel je oprávněn v Přehledu poplatků stanovit bližší podmínky pro výši, četnost a podmínky placení mimořádného pojistného.
- 2.1.3. Zaplacení mimořádného pojistného nemá vliv na povinnost platit běžné pojistné.
- 2.1.4. Mimořádné pojistné nelze hradit u redukováného pojištění.
- 2.1.5. Mimořádné pojistné lze alokovat pouze do kapitálové hodnoty negarantované.

2.2. Přeřucení placení běžného pojistného

- 2.2.1. Je-li zapláceno běžné pojistné za dobu uvedenou v Přehledu poplatků může pojistník požádat o přeřucení placení běžného pojistného. Maximální délka přeřucení placení je stanovena pojistitelem na základě pojistné technických zásad pojistitele. Pojistitel může žádost pojistníka o přeřucení placení běžného pojistného zamítnout.
- 2.2.2. K přeřucení placení dochází od nejbližší splatnosti pojistného po doručení žádosti pojistiteli. Běžné pojistné musí být k tomuto datu řádně zapláceno.
- 2.2.3. Za provedení přeřucení placení si pojistitel účtuje poplatek podle platného Přehledu poplatků.
- 2.2.4. V průběhu trvání přeřucení placení pojistného se přeřucuje povinnost platit běžné pojistné. Nelze provádět mimořádné výběry, převod podílových jednotek a převod peněžních prostředků z kapitálové hodnoty s vyhlášenou úrokovou mírou. Během přeřucení placení běžného pojistného nebude indexace pojištění prováděna.
- 2.2.5. Pojistník při žádosti o přeřucení placení zvolí, zda zůstanou zachována všechna sjednaná pojištění nebo bude sjednáno pouze pojištění pro případ smrti nebo dožití dítěte a ostatní sjednaná pojištění budou zrušena k datu počátku přeřucení placení. Přeřucení placení pojištěného neovlivňuje právo na pojistné plnění ze sjednaných pojištění platných v době přeřucení placení pojistného.

Bod 3

Podíly na výnosech z rezerv pojistného

- 3.1.** Oprávněná osoba má právo na podíl na výnosech z finančního umístění aktiv, jejichž zdrojem jsou jsou technické rezervy (dále jen „výnosy“), za každý kalendářní rok trvání pojištění, a to za podmínky, že o jejich přiznání za příslušný kalendářní rok rozhodne představenstvo společnosti, a v rozsahu, který ve svém rozhodnutí určí představenstvo společnosti. Představenstvo společnosti učiní rozhodnutí o přiznání či nepřiznání a rozsahu podílu oprávněné

osoby na výnosech za uplynulý kalendářní rok do 30. 6. běžného kalendářního roku.

- 3.2.** Podíly na výnosech z rezerv pojistného jsou přiznávány pouze ke kapitálové hodnotě s garantovanou technickou úrokovou mírou a kapitálové hodnotě s vyhlášenou úrokovou mírou. Podíly na výnosech z rezerv pojistného se nepřiznávají ke kapitálovým hodnotám tvořeným podílovými jednotkami vnitřních fondů.
- 3.3.** Podíly na výnosech z rezerv pojistného se vyplácejí při skončení pojištění, při kterém se vyplácí kapitálová hodnota pojištění.
- 3.4.** Při skončení pojištění, u něhož došlo k redukcí pojištění, se podíly na výnosech z rezerv pojistného nepřiznávají. Podíly na výnosech z rezerv pojistného přiznané do dne účinnosti redukce podle čl. 9 VPP ŽP se k tomuto dni podle pojistné technických zásad pojistitele zahrnují do redukováné pojistné částky nebo doby.

ČLÁNEK 3

POJIŠTĚNÍ ZÁVAŽNÝCH ONEMOCNĚNÍ DÍTĚTE

**Bod 1
Rozsah nároků**

- 1.1.** Dojde-li v době trvání pojištění k pojistné události z závažných onemocnění a jsou splněny podmínky definované u tohoto závažného onemocnění podle bodu 5 tohoto článku, nejříve po šesti měsících od sjednání pojištění závažných onemocnění, pojištění skončí s výplatou pojistného plnění. Pojištěnému dítěti v tomto případě bude vyplacena pojistná částka za závažné onemocnění. Požádá-li o to pojištěné dítě, příp. zákonný zástupce pojištěného dítěte do výplaty plnění za závažné onemocnění, pojistitel začne vyplácet namísto jednorázového plnění časově omezený důchod po dobu 5 let. Splátka důchodu však nesmí činit méně než 1000 Kč. V případě, že pojištěné dítě zemře v době vyplácení časově omezeného důchodu, pojistitel vyplátí pojistníkovi částku, která odpovídá dosud nevyplaceným splátkám důchodu. Pojistná částka bude vyplacena z této pojistné smlouvy pouze jednou, a to za první závažné onemocnění pojištěného dítěte, které splní podmínky tohoto pojištění.
- 1.2.** Je-li závažné onemocnění diagnostikováno před dosažením dvou let věku dítěte, právo na plnění z pojištění závažných onemocnění nevznikne a pojištění závažných onemocnění zanikne. Je-li závažné onemocnění diagnostikováno dříve než za 6 měsíců od uzavření pojistné smlouvy nebo od sjednání pojištění závažných onemocnění, právo na plnění z pojištění závažných onemocnění nevznikne a pojištění závažných onemocnění zanikne. Pojistitel přestane od nejbližšího zúčtovacího období strhávat z kapitálové hodnoty rizikové pojistné za pojištění závažných onemocnění.
- 1.3.** Pojistnou událostí není:
- a) vznik závažného onemocnění v souvislosti s vrozenou vadou,
 - b) vznik závažného onemocnění v souvislosti s HIV infekcí,
 - c) vznik závažného onemocnění v přímé souvislosti s návykovými látkami (např. drogy, alkohol).

**Bod 2
Pojistná částka**

Pojistná částka pojištění závažných onemocnění je uvedena v návrhu na uzavření pojistné smlouvy.

**Bod 3
Pojistné plnění**

- 3.1.** Dojde-li během trvání pojištění závažných onemocnění ke snížení pojistné částky pojištění závažných onemocnění, vzniká právo na pojistné plnění ve výši snížené pojistné částky pojištění závažných onemocnění nejříve v den účinnosti této změny.
- 3.2.** Dojde-li během trvání pojištění závažných onemocnění ke zvýšení pojistné částky pojištění závažných onemocnění, vzniká právo na pojistné plnění ve výši zvýšené pojistné částky pojištění závažných onemocnění nejříve dosažením dvou let věku dítěte po uplynutí 6 měsíců ode dne účinnosti této změny.

**Bod 4
Zánik pojištění**

- 4.1.** Zánikem pojištění pro případ smrti nebo dožití dítěte zaniká i pojištění závažných onemocnění.
- 4.2.** Vyplátí-li pojistitel pojistné plnění za pojistnou událost z pojištění závažných onemocnění, zaniká okamžikem vyplácení tohoto plnění pouze pojištění závažných onemocnění, přičemž rozsah základního pojištění zůstává zachován.

**Bod 5
Definice závažných onemocnění**

- 1. Zhoubné nádory (rakovina)**
Zhoubným nádorem (rakovinou) ve smyslu tohoto pojištění se rozumí tato diagnóza potvrzená jednoznačným histologickým nálezem s hodnocením podle mezinárodní klasifikace TNM a byl-li proveden chirurgický výkon, doplněný operačním protokolem. Pojem rakovina zahrnuje i leukémii, maligní lymfomy, sarkomy, Hodgkinovu nemoc st. II. a vyšší, melanom kůže hodnocení pT1 (Clark II.) a vyšší, zhoubné nádory mozku. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště.
Výluky z plnění:
premaligntní a nádory in situ
- 2. Nezhoubný nádor mozku**
Nezhoubným nádorem mozku ve smyslu tohoto pojištění se rozumí solidní nezhoubný nádor mozkové tkáně, který vyžaduje operační zákrok. V případě, že je nádor inoperabilní, musí způsobovat svým růstem příznaky trvalého neurologického poškození. Diagnóza a možnost léčebného řešení musí být doložena lékařskou zprávou z neurochirurgie, případně neurologie.
- 3. Poliomyelitida**
Poliomyelitidou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí stav po akutní infekci virem poliomyelitidy, který způsobí zánět šedé hmoty míšni následnou obrnou končetin, případně jinými neurologickými příznaky. Diagnóza a způsob léčby musí být doložena lékařskou zprávou z neurologie, s popisem postižení pohybových funkcí trvajícím nejméně po dobu 3 měsíců a prokázáním přítomnosti viru v mozkovém moku a v séru.
Výluky z plnění:
a) pojištěné dítě nebylo řádně očkováno dle platného očkovacího kalendáře
b) jde o přechodnou nebo lehkou poruchu pohybových funkcí s normální kvalitou života

c) jedná se o DMO (dětskou mozkovou obrnu) vzniklou poškozením mozku perinatálně

4. Meningitida

Meningitidou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí zánět mozkových blan bakteriálního nebo virového původu. Následky a komplikace zánětu musí vést k trvalé neschopnosti samostatného pohybu, nebo k trvalé neschopnosti aktivit běžného života. Diagnóza musí být stanovena na odborném pracovišti – neurologie (infekce). Musí být dokumentována neurologickým nálezem trvajícím po dobu nejméně 3 měsíců. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště.

5. Encefalitida

Encefalitidou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí zánět mozkové tkáně bakteriálního (pneumokoková, meningokoková, ...) nebo virového původu. Následky a komplikace zánětu musí vést k trvalé neschopnosti samostatného pohybu nebo k trvalé neschopnosti aktivit běžného života. Diagnóza musí být stanovena na odborném pracovišti – neurologie (infekce). Musí být dokumentována neurologickým nálezem trvajícím po dobu nejméně 3 měsíců. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště.

6. Klíčová meningoencefalitida

Klíčovou meningoencefalitidou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí zánět mozkových blan a mozkové tkáně. Následky a komplikace zánětu musí vést k trvalé neschopnosti samostatného pohybu nebo k trvalé neschopnosti aktivit běžného života. Diagnóza musí být stanovena a laboratorně potvrzena příslušným odborným pracovištěm – neurologie (infekce). Diagnóza musí být dokumentována neurologickým nálezem trvajícím po dobu nejméně 3 měsíců.

7. Lymská borelióza

Lymskou boreliózou se ve smyslu tohoto pojištění se rozumí stanovení diagnózy onemocnění ve II. a III. stadiu nemoci laboratorně potvrzené příslušným odborným pracovištěm – neurologie (infekce). Musí být dokumentována přítomností klinických příznaků, sérologickým vyšetřením krve a případně dle lokalizace postižení vyšetřením mozkomíšního moku nebo kloubního punktu. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště.

8. Chronická virová hepatitida

Chronickou virovou hepatitidou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí stav po prodělaném zánětlivém onemocnění jater způsobeném virem hepatitidy, které přešlo do chronického stadia (nezáleží na typu viru). Patologické laboratorní hodnoty (průkaz viru, protilátek, jaterní testy) musí přetrvávat nejméně po dobu 6 měsíců od vzniku onemocnění. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (infekce, interna, hepatologická poradna).

Výluka z plnění:

Onemocnění hepatitidou typu C v důsledku aplikace návykových látek

9. Aplastická anémie

Aplastickou anémií se ve smyslu tohoto pojištění rozumí selhání funkce kostní dřeně, v jehož důsledku je v krvi nedostatek červených i bílých krvinek a krevních destiček. Onemocnění musí splňovat jednu z podmínek:

a) pravidelné krevní transfuze po dobu nejméně dvou měsíců,
b) pravidelnou aplikaci imunosupresivních látek po dobu nejméně dvou měsíců

c) transplantace kostní dřeně, nebo zařazení do jejího programu
Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště – hematologie.

Výluka z plnění:

Vrozená aplastická anémie

10. Diabet mellitus I. typu

Diabetem mellitu I. typu se ve smyslu tohoto pojištění rozumí získaná chronická hyperglykémie na podkladě postupného snižování produkce inzulínu, s nutností trvalé léčby pravidelnými aplikacemi inzulínu. Diagnóza onemocnění musí být stanovena diabetologem a léčba musí trvat nejméně po dobu šesti měsíců. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (diabetologie nebo interna).

11. Revmatická horečka

Revmatickou horečkou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí autoimunní reakce na protilátky tvořené proti bakteriím beta hemolytického streptokoka s potvrzenými komplikacemi v důsledku postižení a) srdce (perikardu, epikardu, myokardu, endokardu včetně chlopní) s klinickými příznaky funkční závažnosti srdečního selhávání hodnocené podle klasifikace NYHA Třída II.–IV., nebo b) kloubů (opakované záněty kloubů, deformace kloubů). Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (interna, kardiologie, revmatologie).

12. Operace srdeční chlopně

Operaci srdeční chlopně se ve smyslu tohoto pojištění rozumí náhrada srdeční chlopně (mitrální, pulmonální, trikuspidální a aortální) na základě získané hemodynamicky významné srdeční vady. Chirurgický zákrok musí být proveden při otevřeném hrudníku s použitím náhradní chlopně. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (kardiologie, interna).

13. Získané chronické srdeční onemocnění

Získaným chronickým srdečním onemocněním ve smyslu tohoto pojištění se rozumí trvalé funkční nebo morfologické poškození srdce (myokardu, perikardu, endokardu včetně chlopní) nevyžadující operační zákrok. Podmínkou je závažnost onemocnění vyžadující trvalou medikaci a dispenzarizaci pro přetrvávající klinické obtíže chronického rázu s funkční závažností srdečního selhávání hodnocené podle klasifikace NYHA Třída II.–IV. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (interna, kardiologie).

14. Selhání ledvin

Selháním ledvin ve smyslu tohoto pojištění se rozumí zahájení dialyzačního programu ve specializovaném zdravotnickém zařízení na základě stanovení diagnózy chronického onemocnění obou ledvin s nevratným poškozením jejich funkce a vyžadující trvalou dialýzu nebo transplantaci ledvin. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (interna, nefrologie).

15. Transplantace životně důležitých orgánů

Transplantací životně důležitých orgánů ve smyslu tohoto pojištění se rozumí provedení transplantace orgánu pojištěným jako příjemci – srdce, plíc, ledvin, jater, slinivky břišní, kostní dřeně

(v kostní dřeně heterotransplantát), nebo vedení pojištěného dítěte v oficiálním seznamu čekatelů na transplantaci (waiting-list). Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou potvrzující indikaci k operaci. Zprávu musí vypracovat specializované pracoviště na území České republiky.

Výluky z plnění:

Transplantace ostatních orgánů nebo jejich částí a transplantace tkání.

16. Slepot

Slepotou ve smyslu tohoto pojištění se rozumí úplná a nevratná ztráta zraku obou očí následkem nemoci nebo úrazu, bez ohledu, zda ke ztrátě zraku došlo na obou očích najednou či postupně, zda se jedná o poruchu centrálního či periferního původu. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (ophthalmologie) a potvrzena vyšetřením visu.

17. Hluchota

Hluchotou ve smyslu tohoto pojištění se rozumí úplná a nevratná ztráta sluchu obou uší (nemožnost přímý zvukových informací) následkem nemoci nebo úrazu, bez ohledu na to, zda se jedná o poruchu centrálního či periferního původu. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (ORL – otorinolaryngologie) a potvrzena audiometrickým vyšetřením.

18. Onemocnění HIV získané při transfuzi krve

Onemocněním HIV ve smyslu tohoto pojištění se rozumí nářada virem HIV přenesená do organismu dítěte prokazatelně pouze cestou krevní transfuze. Přenos onemocnění musí být doložen písemným uznáním odpovědnosti instituce, která provedla transfuzi, nebo soudním rozhodnutím s doložkou právní moci, které takovou odpovědnost potvrzuje. Výluka z plnění:

Je-li u dítěte diagnostikována hemofilie.

19. Roztřesená skleróza

Roztřesenou sklerózou ve smyslu tohoto pojištění se rozumí onemocnění postihující ložiska bílé hmoty centrálního nervového systému (CNS), tedy mozku a míchy. Klinické příznaky demyelinizačního onemocnění s průkazem postižení centrálního nervového systému musí být přítomny a dokumentovány v délce trvání nejméně po dobu 6 měsíců nebo musí být dokumentovány minimálně 2 ataky onemocnění a potvrzeny diagnostickým vyšetřením. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště (neurologem).

20. Tetanus

Tetanem ve smyslu tohoto pojištění se rozumí akutní infekce způsobená bakterií Clostridium tetani. Podmínkou vzniku práva na plnění je, aby onemocnění vedlo ke svalové ochablosti a respirační nedostatečnosti trvajících po dobu nejméně čtyř týdnů potvrzené odborným lékařem a byla nutná léčba pojištěného dítěte za hospitalizace. Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou ze specializovaného pracoviště.

Výluka z plnění:

Pokud dítě nebylo řádně očkováno dle platného očkovacího kalendáře.

21. Epilepsie

Epilepsií ve smyslu tohoto pojištění se rozumí záchvatovitá porucha mozkové činnosti, která se projevuje opakovanými záchvaty poruchy vědomí (dříve Petit mal) bez nebo s generalizovanými záchvaty tonicko-klonických křečí (dříve Grand mal). Podmínkou je evidence na specializovaném pracovišti, trvalá léčba antiepileptiky pro opakované záchvaty v minimální délce léčby po dobu 6 měsíců. Medikace nesmí být podávána pouze z preventivních důvodů.

Diagnóza musí být doložena lékařskou zprávou z dětského neurologického pracoviště a potvrzena vždy EEG vyšetřením a MR nebo CT vyšetřením.

Výluka z plnění:

Symptomatická epilepsie (mající zjištěnou příčinu), u které příčina onemocnění vznikla do dvou let věku dítěte.

ČLÁNEK 4

POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD INVALIDITY

Bod 1 Rozsah nároků

Dojde-li v době trvání pojištění k pojistné události z pojištění pro případ invalidity (též pojištění zprostřední od placení pojistného), má pojistné plnění formu úhrady běžného pojistného.

1.1. Bylo-li sjednáno pojištění zprostřední od placení pojistného, je pojistník zprostřední povinnosti platit běžné pojistné za sjednaná pojištění, jsou-li splněny podmínky uvedené v čl. 21 VPP ŽP. Je-li pojištění sjednáno pro dva pojištěné, pak musí tyto podmínky splňovat alespoň jeden z obou pojištěných.

1.2. Zprostřední od placení pojistného počíná ode dne nejbližší splatnosti pojistného po přiznání invalidního důchodu a týká se běžného pojistného za jeden rok trvání pojištění. Dnem přiznání invalidního důchodu se rozumí den, resp. datum, který je uvedeno ve výroku rozhodnutí oprávněného orgánu jako den, od něhož se přiznává invalidní důchod. Zprostřední se prodlužuje vždy na další rok na základě skutečnosti, že nárok na pobírání invalidního důchodu trvá. Zprostřední od placení běžného pojistného končí uplynutím doby, na kterou bylo placení pojistného sjednáno, nejpozději však ve výroční den pojištění v roce, v němž se 1. pojištěný, resp. jeden z pojištěných dožije věku 65 let. Jsou-li pojištěný dvě dospělé osoby, pak dosáhne-li věku 65 let první z nich.

1.3. Pojištění zprostřední od placení pojistného, končí nejpozději den před výročním dnem počátku pojištění v kalendářním roce, ve kterém pojištěný dosáhne věku 60 let. Jsou-li pojištění 1. i 2. pojištěný, pak se konec pojištění stanoví podle toho, který z pojištěných dosáhne věku 60 let první. Došlo-li ke zprostřední od placení pojistného před tímto dnem, je pojistník i nadále zprostřední od placení pojistného, pokud jsou splněny ostatní podmínky pro trvání zprostřední od placení pojistného. Po ukončení pojištění zprostřední od placení pojistného pojištěný přestává od nejbližšího zúčtovacího období strhávat z kapitálové hodnoty rizikové pojistné za pojištění zprostřední od placení pojistného.

1.4. Pojistník je na žádost pojištětele povinen prokázat, že invalidní důchod je pojištěným dle výše vyplacen.

1.5. Zprostřední od placení pojistného se vztahuje na běžné pojistné za poslední pojistné období před přiznáním invalidního důchodu, není-li uvedeno jinak.

1.6. Dojde-li během trvání pojištění ke snížení běžného pojistného, je pojistník zprostřední od placení běžného pojistného ve výši sníženého pojistného nejprve ode dne účinnosti změny pojištění.

1.7. Dojde-li během trvání pojištění ke zvýšení běžného pojistného z jiného důvodu než indexace pojištění, je pojistník zprostřední od placení

pojištěného ve výši zvýšeného běžného pojistného nejprve po uplynutí dvou let ode dne účinnosti této změny. V případě, že není splněna podmínka uplynutí dvou let ode dne účinnosti zvýšení běžného pojistného a přitom vzniká právo na zprostřední od placení pojistného, pojištění se mění tak, že běžné pojistné je sníženo na hodnotu nejvyššího lhůtního pojistného za dva roky. Pojistitel si v takovém případě vyhrazuje právo v souladu se stavem pojištění změnit odpovídajícím způsobem pojistné technické parametry pojištění.

1.8. Dojde-li během trvání pojištění ke zvýšení běžného pojistného, vzniká právo na zprostřední od placení běžného pojistného ve výši zvýšeného pojistného nejprve v den účinnosti této změny, pokud invalidní důchod byl přiznán vylučně v důsledku úrazu, který splňuje požadavky, uvedené ve VPP ÚP a k němuž došlo nejprve v den účinnosti zvýšení pojistného.

1.9. Dojde-li během trvání pojištění ke zprostřední od placení pojistného před počátkem pojištění denní podpory při pobytu dítěte ve zdravotnickém zařízení T441 sjednané s ČPZ, toto pojištění zaniká.

Bod 2 Zánik pojištění

Zánikem pojištění pro případ smrti nebo dožití dítěte zaniká i pojištění zprostřední od placení pojistného.

ČLÁNEK 5 ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ DOSPĚLÉHO POJIŠTĚNÉHO

Bod 1 Rozsah nároků

Dojde-li v době trvání pojištění k úrazu pojištěného, pojistitel vyplatí za podmínek sjednaných v pojistné smlouvě plnění za smrt následkem úrazu, za smrt následkem úrazu v motorovém vozidle, za trvalé následky úrazu, za trvalou invaliditu následkem úrazu, za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem.

Bod 2 Plnění za smrt následkem úrazu

2.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za smrt následkem úrazu, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě a podle výše sjednané pojistné částky.

2.2. Byla-li v době trvání pojištění úrazem způsobena pojištěnému smrt, která nastala nejpozději do tří let ode dne úrazu, vyplatí pojistitel sjednanou pojistnou částku za smrt následkem úrazu.

2.3. Pojistitel nebude snižovat plnění za smrt následkem úrazu, jestliže pojištěný v době úrazu měl být zařazen vzhledem k vykonávanému povolání do rizikové skupiny 2, resp. 3 nebo vykonával sport patřící mezi vysoké rizikové činnosti nebo vykonával sport jako profesionální sportovec a neplatil pojistné ve správné výši.

2.4. Dojde-li ke smrti pojištěného následkem úrazu, právo na plnění má pojištěné dítě.

Bod 3 Plnění za smrt následkem úrazu v motorovém vozidle

3.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za smrt následkem úrazu v motorovém vozidle, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě a podle výše sjednané pojistné částky.

3.2. Byla-li v době trvání pojištění při provozu motorového vozidla (určeného pro přepravu osob) s maximálním počtem 7 sedadel způsobena pojištěnému smrt úrazem, která nastala nejpozději do tří let ode dne úrazu, vyplatí pojistitel sjednanou pojistnou částku za smrt následkem úrazu v motorovém vozidle.

3.3. Pojistitel nebude snižovat plnění za smrt následkem úrazu v motorovém vozidle, jestliže pojištěný v době úrazu měl být zařazen vzhledem k vykonávanému povolání do rizikové skupiny 2, resp. 3 nebo vykonával sport patřící mezi vysoké rizikové činnosti nebo vykonával sport jako profesionální sportovec a neplatil pojistné ve správné výši.

3.4. Dojde-li ke smrti pojištěného následkem úrazu v motorovém vozidle, právo na plnění má pojištěné dítě.

3.5. Pojistnou událostí ve smyslu znění čl. 11 VPP ÚP je smrt následkem úrazu pojištěného, která nastala během trvání pojištění při dále uvedené činnosti. Odchylně od čl. 11 odst. 2 VPP ÚP se pojištění vztahuje na pojistné události, které utrpí pojištěný při provozu motorového vozidla.

3.6. Pojištění se vztahuje na úrazy, které způsobily smrt pojištěného při dále uvedené činnosti:

- úrazy vzniklé při uvádnění motoru do chodu bezprostředně před zahájením jízdy,
- úrazy vzniklé při nastupování nebo vystupování z motorového vozidla,
- úrazy dopravovaných osob, k nimž dojde za jízdy motorového vozidla nebo při jeho havárii,
- úrazy vzniklé při krátkodobých zastávkách motorového vozidla, pokud k úrazu dopravované osoby dojde v motorovém vozidle nebo jeho blízkosti na silniční komunikaci,
- úrazy dopravovaných osob při odstraňování běžných poruch motorového vozidla, vzniklých během jízdy.

Pojištění se nevztahuje na:

- úrazy osob dopravovaných na místech motorového vozidla, která nejsou určena k dopravě osob (blatník, kapota apod.),
- úrazy při účasti motorového vozidla na rychlostních závodech a na závodech s rychlostní vložkou (včetně tréninku),
- úrazy při provádění typových zkoušek rychlosti, brzd, zvratu a stability motorového vozidla, dojezdu s největší rychlostí, zajíždění apod.,
- úrazy při nakládání a vykládání nákladu,
- úrazy osob dopravovaných ve vozidlech autoškoly, taxislužby, rychlé záchranné služby, motokaravanů, autobusů, traktorů, motocyklů a invalidních vozíků,
- úrazy osob dopravovaných ve vozidlech, která neslouží k dopravě osob např. silniční válce, buldozery,
- úrazy osob dopravovaných v nákladních automobilech v prostoru pro náklad, i když tento byl pro dopravu osob upraven.

Bod 4 Plnění za trvalé následky úrazu

4.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za trvalé následky úrazu, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě, tabulek pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojištění platných k datu pojistné události (dále „oceňovací tabulky“) a podle výše sjednané pojistné částky. Do oceňovacích tabulek je možné nahlédnout na obchodních místech pojistitele.

- 4.2. Zanechá-li úraz pojištěnému trvalé následky, vyplátí pojistitel z pojistné částky tolik procent, kolika procentům odpovídá po jednotlivé tělesné poškození podle oceňovací tabulky B rozsah trvalých následků po jejich ustálení a v případě, že se neustálí do tří let ode dne úrazu, kolika procentům odpovídá jejich stav ke konci této lhůty. Stanoví-li oceňovací tabulka B procentní rozpětí, určí pojistitel výši pojistného plnění tak, aby v rámci daného rozpětí odpovídalo pojistné plnění povaze a rozsahu tělesného poškození způsobeného úrazem.
- 4.3. Nemůže-li pojistitel plnit podle předchozího odstavce proto, že trvalé následky úrazu nejsou po uplynutí šesti měsíců ode dne úrazu ještě ustáleny, avšak je již známo, jaký bude jejich minimální rozsah, poskytne pojištěnému na jeho požádání přiměřenou zálohu.
- 4.4. Týkali-li se trvalé následky úrazu části těla nebo orgánu, které byly poškozeny již před úrazem, sníží pojistitel pojistné plnění za trvalé následky o tolik procent, kolika procentům odpovídalo předcházející poškození, posouzené též podle oceňovací tabulky B.
- 4.5. Způsobí-li jediný úraz pojištěnému několik trvalých následků, hodnotí pojistitel celkové trvalé následky součtem procent pro jednotlivé následky, nejvýše však 100 %.
- 4.6. Týkali-li se jednotlivé 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 B pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného údu, orgánu nebo jejich části.
- 4.7. Právo na plnění za trvalé následky úrazu má pojištěný.
- 4.8. Požádá-li pojištěný do výplaty plnění za trvalé následky úrazu o výplatu důchodu, pojistitel začne vyplácet namísto jednorázového plnění doživotní nebo časově omezený důchod, který může být vyplácen po dobu 5 nebo 10 let. Splátka důchodu však nesmí činit méně než 1000 Kč. V případě, že pojištěný zemře v době vyplácení časově omezeného důchodu, pojistitel vyplátí jeho dědicům částku, která odpovídá dosud nevyplaceným splátkám důchodu.
- 4.9. Jestliže před výplatou plnění za trvalé následky úrazu pojištěný zemře, vyplátí pojistitel pojištěnému dítěti částku, která odpovídá rozsahu trvalých následků úrazu pojištěného k datu jeho smrti. Pokud ke smrti pojištěného došlo po 3 letech od data úrazu, stanoví pojistitel rozsah trvalých následků k datu 3 let od úrazu.
- 4.10. Bez ohledu na to, při jaké činnosti k úrazu došlo, pojistitel sníží pojistné plnění za trvalé následky úrazu v poměru výše pojistného, které bylo placeno, ke správné výši pojistného, jestliže pojištěný v době úrazu měl být zařazen vzhledem k vykonávanému povolání do rizikové skupiny 2, resp. 3 nebo vykonával sport patřící mezi vysoce rizikové činnosti nebo vykonával sport jako profesionální sportovec a neplatil pojistné ve správné výši.
- 4.11. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno příslušné procento hodnocení trvalých následků úrazu, od kterého je pojistné plnění poskytováno, pojistitel vyplátí pojistné plnění pouze tehdy, pokud celkové hodnocení trvalých následků dosáhne alespoň výše tohoto sjednaného procenta. Výše sjednaného procenta se vztahuje na každou pojistnou událost samostatně.
- 4.12. Je-li sjednáno progresivní plnění za trvalé následky úrazu, pojistitel vyplátí plnění za trvalé následky úrazu v závislosti na jejich rozsahu stanoveném v procentech podle oceňovací tabulky B takto:

Rozsah trvalých následků úrazu v %	Násobek stanoveného plnění
do 25 % včetně	1
nad 25 % do 50 % včetně	2
nad 50 % do 75 % včetně	3
nad 75 % do 99 % včetně	4
100%	5

Bod 5

Plnění za trvalou invaliditu následkem úrazu

- 5.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za trvalou invaliditu následkem úrazu, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě, tabulek pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojištění platných k datu pojistné události (dále „oceňovací tabulky“) a podle výše sjednané pojistné částky. Do oceňovacích tabulek je možné nahlédnout na obchodních místech pojistitele.
- 5.2. Zanechá-li úraz pojištěnému trvalé následky podle oceňovací tabulky B ve výši nejméně 65 % (po případném snížení podle bodu 5.3.), a to v součtu jednotlivých trvalých následků, pojistitel vyplátí sjednanou pojistnou částku. Pro posouzení uvedeného rozsahu trvalých následků je rozhodný stav trvalých následků, které úraz zanechal jeden rok od data úrazu. Pojistná částka bude vyplacena z této pojistné smlouvy pouze jednou, a to za první úraz pojištěného, který splní podmínky tohoto plnění. Výplatu pojistného plnění pojištěného trvalé invalidity následkem úrazu zaniká.
- 5.3. Týkali-li se trvalé následky úrazu části těla nebo orgánu, které byly poškozeny již před úrazem, sníží pojistitel pojistné plnění za trvalé následky o tolik procent, kolika procentům odpovídalo předcházející poškození, posouzené též podle oceňovací tabulky B.
- 5.4. Týkali-li se jednotlivé 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 B pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného údu, orgánu nebo jejich části.
- 5.5. Právo na pojistné plnění za trvalou invaliditu může uplatnit pojištěný nejdříve za jeden rok od data úrazu na příslušném formuláři pojistitele nebo dohodnutým způsobem.
- 5.6. Jestliže před výplatou plnění za trvalou invaliditu, nejdříve však po 1 roce od data úrazu, pojištěný zemře, vyplátí pojistitel pojištěnému dítěti plnění za trvalou invaliditu, pokud rozsah trvalých následků stanovený k datu jednoho roku od data úrazu splňoval definici uvedenou v bodě 5.2.
- 5.7. Požádá-li pojištěný do výplaty plnění za trvalou invaliditu o výplatu důchodu, pojistitel začne vyplácet namísto jednorázového plnění doživotní nebo časově omezený důchod, který může být vyplácen po dobu 5 nebo 10 let. Splátka důchodu však nesmí činit méně než 1000 Kč. V případě, že pojištěný zemře v době vyplácení časově omezeného důchodu, pojistitel vyplátí jeho dědicům částku, která odpovídá dosud nevyplaceným splátkám důchodu.
- 5.8. Bez ohledu na to, při jaké činnosti k úrazu došlo, pojistitel sníží pojistné plnění za trvalou invaliditu v poměru výše pojistného, které bylo placeno, ke správné výši pojistného, jestliže pojištěný v době úrazu měl být zařazen vzhledem k vykonávanému povolání do rizikové skupiny 2, resp. 3 nebo vykonával sport patřící mezi vysoce rizikové činnosti nebo vykonával sport jako profesionální sportovec a neplatil pojistné ve správné výši.
- 5.9. Právo na plnění za trvalou invaliditu následkem úrazu má pojištěný.

Bod 6

Plnění za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem ve dnech (denní plnění)

6.1. Plnění za dobu nezbytného léčení úrazu (DNL-15)

- 6.1.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě, tabulek pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojištění platných k datu pojistné události (dále „oceňovací tabulky“), tabulek přepočtového koeficientu a podle výše částky sjednaného denního plnění. Do oceňovacích tabulek je možné nahlédnout na obchodních místech pojistitele.
- 6.1.2. Dojde-li k úrazu pojištěného a doba, která je podle poznatků vědy obvykle třeba ke zhojení nebo ustálení tělesného poškození způsobeného úrazem (dále „průměrná doba nezbytného léčení“), je delší než dva týdny, vyplátí pojistitel plnění za každý den doby nezbytného léčení, a to do maximálního počtu dní, který odpovídá příslušnému tělesnému poškození stanovenému oceňovací tabulkou A.
- 6.1.3. Plnění vyplátí pojistitel načítaně v závislosti na délce doby nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem násobené příslušným přepočtovým koeficientem takto:
- | Délka nezbytného léčení | Přepočtový koeficient |
|----------------------------------|-----------------------|
| Od 1. dne do 120. dne (včetně) | 1 |
| Od 121. dne do 240. dne (včetně) | 2 |
| Od 241. dne do 365. dne (včetně) | 3 |
- 6.1.4. Do doby nezbytného léčení úrazu se nezapočítává doba, ve které se pojištěný podroboval občasným zdravotním kontrolám, nebo rehabilitace, která byla zaměřena na zmírnění bolesti bez následné úpravy zdravotního stavu.
- 6.1.5. Bylo-li pojištěnému způsobeno jedním úrazem několik tělesných poškození, vyplátí pojistitel plnění jen za dobu nezbytného léčení toho poškození, které je hodnoceno v oceňovací tabulce A nejvyšším počtem dní.
- 6.1.6. Pojistitel poskytuje plnění za dobu nezbytného léčení úrazu nejvýše za dobu jednoho roku.
- 6.1.7. Za dobu nezbytného léčení úrazu nevzniká právo na plnění, zemře-li pojištěný do jednoho měsíce od úrazu.
- 6.1.8. Bez ohledu na to, při jaké činnosti k úrazu došlo, pojistitel sníží pojistné plnění za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem v poměru výše pojistného, které bylo placeno, ke správné výši pojistného, jestliže pojištěný v době úrazu měl být zařazen vzhledem k vykonávanému povolání do rizikové skupiny 2, resp. 3 nebo vykonával sport patřící mezi vysoce rizikové činnosti nebo vykonával sport jako profesionální sportovec a neplatil pojistné ve správné výši.
- 6.1.9. Právo na plnění za dobu nezbytného léčení úrazu má pojištěný.

6.2. Plnění za dobu nezbytného léčení úrazu (DNL-MAX)

- 6.2.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě, tabulek pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojištění platných k datu pojistné události (dále „oceňovací tabulky“), tabulek přepočtového koeficientu a podle výše částky sjednaného denního plnění. Do oceňovacích tabulek je možné nahlédnout na obchodních místech pojistitele.
- 6.2.2. Dojde-li k úrazu pojištěného a doba, která je podle poznatků vědy obvykle třeba ke zhojení nebo ustálení tělesného poškození způsobeného úrazem (dále „průměrná doba nezbytného léčení“), je delší než dva týdny, vyplátí pojistitel plnění za maximální počet dní, který odpovídá příslušnému tělesnému poškození stanovenému oceňovací tabulkou A, bez ohledu na skutečnou dobu léčení.
- 6.2.3. Plnění vyplátí pojistitel načítaně za maximální počet dní uvedené v položce oceňovací tabulky A násobené příslušným přepočtovým koeficientem takto:
- | Délka nezbytného léčení | Přepočtový koeficient |
|----------------------------------|-----------------------|
| Od 1. dne do 120. dne (včetně) | 1 |
| Od 121. dne do 240. dne (včetně) | 2 |
| Od 241. dne do 365. dne (včetně) | 3 |
- 6.2.4. Bylo-li pojištěnému způsobeno jedním úrazem několik tělesných poškození, vyplátí pojistitel plnění jen za dobu nezbytného léčení toho poškození, které je hodnoceno nejvyšším počtem dní v oceňovací tabulce A.
- 6.2.5. Pojistitel poskytuje plnění za dobu nezbytného léčení úrazu nejvýše za dobu jednoho roku.
- 6.2.6. Za dobu nezbytného léčení úrazu nevzniká právo na plnění, zemře-li pojištěný do jednoho měsíce od úrazu.
- 6.2.7. Bez ohledu na to, při jaké činnosti k úrazu došlo, pojistitel sníží pojistné plnění za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem v poměru výše pojistného, které bylo placeno, ke správné výši pojistného, jestliže pojištěný v době úrazu měl být zařazen vzhledem k vykonávanému povolání do rizikové skupiny 2, resp. 3 nebo vykonával sport patřící mezi vysoce rizikové činnosti nebo vykonával sport jako profesionální sportovec a neplatil pojistné ve správné výši.
- 6.2.8. Právo na plnění za dobu nezbytného léčení úrazu má pojištěný.

Bod 7

Společná ustanovení k pojistnému plnění

- 7.1. Bez ohledu na to, při jaké činnosti k úrazu došlo, pojistitel nebude pojistné plnění zvyšovat, jestliže pojištěný již nevykonával povolání, pro které byl zařazen do rizikové skupiny 2, resp. 3 nebo nevykonával sport patřící mezi vysoce rizikové činnosti nebo nevykonával sport jako profesionální sportovec a platil vyšší pojistné než měl platit. Přepáčené pojistné se nevrací.
- 7.2. Pojistitel není povinen z pojistné smlouvy plnit, jestliže pojištěný neodpověděl pravdivě a úplně na písemné dotazy pojistitele, týkající se zdravotního stavu a dříve sjednaných pojištění, a tím způsobil, že pojištění bylo sjednáno za jiných podmínek, než za nichž mělo být sjednáno.
- 7.3. Pojistitel plní i za takový úraz, ke kterému dojde při raftingu v období od 1. 6. do 30. 9. běžného roku na řekách v ČR. Pojištěný, příp. oprávněná osoba jsou povinni předložit zprávu z prvotního ošetření včetně případné zprávy orgánu, který úraz šetřil (např. policie). Nebyly-li uvedené podmínky a povinnosti splněny, právo na pojistné plnění nevznikne.

Bod 8

Zánik pojištění

- 8.1. Zánikem pojištění pro případ smrti nebo dožití dítěte zaniká i úrazové pojištění.

- 8.2. Úrazové pojištění končí nejpozději den před výročním dnem počátku pojištění v kalendářním roce, ve kterém pojištěný dosáhne věku 70 let, výše celkového pojistného se nemění a část pojistného za úrazové pojištění bude uhrazována za pojištění pro případ smrti nebo dožití dítěte. Předchozí věta neplatí, bylo-li úrazové pojištění sjednáno pro pojištěného se vstupním věkem 70 let a vyšším.

Bod 9

Rizikové skupiny pojištěných podle vykonávaného povolání pro úrazové pojištění dospělých

- 9.1. **Riziková skupina 1** zahrnuje pracovníky, kteří se zabývají duševní činností, řidiči a administrativní činností ve vnitřní a vnější správě, obchodě, pracovníky ve zdravotnictví a kultuře, kteří nevyvíjejí fyzickou činnost. Dále zahrnuje pracovníky, jejichž pracovní činnost má charakter výrobní či manuální a zároveň riziko úrazu je u nich srovnatelné s nevýrobní činností.
- 9.2. **Riziková skupina 2** zahrnuje ostatní pracovníky s výrobní či manuální činností, popř. pracovníky vystavené při nevýrobní činnosti zvýšenému riziku (např. řidiče z povolání), profesionální sportovce bez VRC.
- 9.3. **Riziková skupina 3** zahrnuje pracovníky, kteří vykonávají pracovní činnosti s vysokým rizikem úrazu, např.: práce v hlubinných dolech; záchranné a havarijní práce báňské záchranné služby; příslušníků veřejné a závodní požární ochrany; členů horské záchranné služby; práce s výbušninami; práce pyrotechniky; práce železničních posunovačů; práce ve výškách, prováděné v nucených polohách bez pracovních plošin, z provozových žebříků, visutých sedaček v závěsu na ochranném pásu a v omezeném prostoru na pracovní lavce, vesměs ve výškách nad 10 metrů; práce s vysokým rizikem akutních otrav při zaslepení a odsledování plynovodního potrubí s generátorem plymem, svítlypením apod., při čištění nádrží, cisteren apod., od chemických kyselín a zvlášť nebezpečných jedů; práce s vysokým rizikem popálením v důsledku vysoké teploty pracovního prostředí, jako jsou práce při havarijních vnitřních opravách žárudizomných vyzdívek a pecí, práce se žhavými kovy apod.; práce pod vodou, při níž je nezbytné používat potápěčného dýchacího přístroje (při záchranných pracích, při údržbě přehradních hrází, v kesonech); činnost umělců, kaskadérů, krotitelů zvířet; činnost výzkumná a badatelská v neprobádaných krajinách; činnost při zájezdech motorových vozidel a při provádění typových zkoušek; činnost továrních jezdců motorových vozidel a lajeval.
- 9.4. **Vysoce riziková činnost (VRC)**
Do skupiny vysoce rizikových činností (VRC) patří všechny druhy sportů, které pojištěný provozuje jako aktivní účastník organizovaných soutěží s výjimkou aerobiku, agility, akrobatického rock'n'rollu, atletiky, badmintonu, baseballu, bowlingu, break dance, curlingu, frisbee, golfu, hasičského sportu, historického šermu, intercrossu, jachtingu, jezdeckých psích spřežení, kanoistiky, krasobruslení, kriketu, kulečnicku, kulturistiky, kuželek, lacrossu, lukostřelby, metané, minigolfu, moderní gymnastiky, orientálního běhu, paint-bалу, páky – přetlačování rukou, petanque, plavání, rekreačního potápění bez dýchacích přístrojů, ricochetu, softballu, sportovního lezení po umělých stěnách, squashu, stolního tenisu, šachů, šipek, tenisu, turistiky, veslování, závodu dračích lodí a závodního tance. Do skupiny vysoce rizikových činností se rovněž zařazují všechny osoby, které provozují jakýkoli druh bojového umění. Do této skupiny sportů (VRC) se nezahrnují činnosti vyloučené z úrazového pojištění čl. 13 písm. d), e), f), g) VPP ÚP.
- 9.5. Pojištěný je povinen oznámit bez zbytečného odkladu pojistiteli změnu povolání, jestliže jeho nové povolání patří do jiné rizikové skupiny, než do které byl zařazen. Rovněž je povinen bez zbytečného odkladu pojistiteli oznámit, že začal provozovat sport patřící do skupiny vysoce rizikových činností, případně, že začal provozovat takový sport jako své povolání. Změna mající vliv na výši pojistného je účinná nejdříve od nejbližší splatnosti pojistného následující po doručení sdělení pojistiteli.

Bod 10

Extrémní sporty

- 10.1. Je-li sjednáno připojištění extrémních sportů, vyplátí pojistitel plnění podle sjednaných druhů plnění i za takový úraz, k němuž dojde: a) při vysokohorské turistice (s výjimkou expedic do nadmořské výšky 6000 m a výše nebo do Antarktidy, Arktidy a Grónska), b) při výkonu horolezeckého sportu (s výjimkou horolezeckých expedic do nadmořské výšky 6000 m a výše), c) při potápění s nutností dýchacího přístroje maximálně do hloubky 40 m (s výjimkou jeskynního potápění), d) při provozování jiných extrémních, tzv. adrenalinových sportů (s výjimkou účasti na místních, republikových a mezinárodních závodech a soutěžích, včetně tréninků, v klasickém nebo sjezdovém lyžování, snowboardingu nebo freestylingu, jízdě na bobech, skibobech, skeletonech nebo sárkování; létání s bezmotorovými letadly, větroni s pomocným motorem a ultralehkými letadly, závěsného létání, paraglidingu, při seskocích a letech s padákem z letadel i z výšin; řízení motorového vozidla při automobilových nebo motocyklových soutěžích a při přípravě na ně, to platí i pro spolujezdce v takovém vozidle; řízení motorového vozidla, pro něž pojištěný neměl v době pojistné události řidičské oprávnění).
- 10.2. Podmínkou výplaty pojistného plnění za činnosti uvedené v bodě 10.1. písm. a) a b) je, že pojištěný použil vybavení (výstroj a výzbroj) odpovídající náročnosti zdlouhávajícího terénu. Podmínkou výplaty pojistného plnění za činnosti uvedené v bodě 10.1. písm. b), c) a d) je, že pojištěný provozoval tento sport nebo činnost s příslušným oprávněním k provozování takové činnosti (např. licence) nebo u provozovatele s příslušným oprávněním k provozování takové činnosti, tj. např. jako účastník soutěže organizované takovým provozovatelem.
- 10.3. Pojištěný, příp. oprávněná osoba jsou povinni předložit zprávu z prvotního ošetření včetně případné zprávy orgánu, který úraz šetřil (např. horská služba, policie). Dále jsou pojištěný, příp. oprávněná osoba povinni předložit potvrzení, že pojištěný vlastnil příslušné oprávnění k provozování činnosti (např. licenci) nebo se jednalo o provozovatele s příslušným oprávněním k provozování činnosti. Nebyly-li uvedené podmínky a povinnosti splněny, právo na pojistné plnění nevznikne.

Bod 11

Profesionální sportovci

Profesionálním sportovcem se rozumí ten sportovec, který za provozování sportovní činnosti zařazené do skupiny vysoce rizikových činností bere příjem ze závislé činnosti (pracovního poměru), nebo ten sportovec, který za provozování sportovní činnosti pobírá příjmy z nezávislé činnosti.

ČLÁNEK 6 ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ POJIŠTĚNÉHO DÍTĚTE

Bod 1 Rozsah nároků

Dojde-li v době trvání pojištění k úrazu pojištěného dítěte, pojistitel vyplatí za podmínek sjednaných v pojistné smlouvě plnění za smrt následkem úrazu, za trvalé následky úrazu, za trvalou invaliditu následkem úrazu, za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem, za hospitalizaci následkem úrazu.

Bod 2

Plnění za smrt následkem úrazu

1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za smrt následkem úrazu, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě a podle výše sjednané pojistné částky.
2. Byla-li v době trvání pojištění úrazem způsobena pojištěnému dítěti smrt, která nastala nejpozději do tří let ode dne úrazu, vyplatí pojistitel pojistnou částku za smrt následkem úrazu.
3. Dojde-li ke smrti pojištěného dítěte následkem úrazu má právo na plnění pojistník. Nenabyl-li pojistník tohoto práva, nabývají ho osoby určené podle ustanovení § 51 odst. 2 a 3 zákona o pojistné smlouvě ve vztahu k pojištěnému dítěti.

Bod 3

Plnění za trvalé následky úrazu

- 3.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za trvalé následky úrazu, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě, tabulek pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojištění platných k datu pojistné události (dále „oceňovací tabulky“) a podle výše sjednané pojistné částky. Do oceňovacích tabulek je možné nahlédnout na obchodních místech pojistitele.
- 3.2. Zanechá-li úraz pojištěnému dítěti trvalé následky, vyplatí pojistitel z pojistné částky tolik procent, kolika procentům odpovídá pro jednotlivá tělesná poškození podle oceňovací tabulky B 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 lhůty. Stanoví-li oceňovací tabulka B procentní rozpětí, určí pojistitel výši pojistného plnění tak, aby v rámci daného rozpětí odpovídalo pojistné plnění povaze a rozsahu tělesného poškození způsobeného úrazem.
- 3.3. Nemůže-li pojistitel plnit podle předchozího odstavce proto, že trvalé následky úrazu nejsou po uplynutí šesti měsíců ode dne úrazu ještě ustáleny, avšak je již známo, jaký bude jejich minimální rozsah, poskytne na požádání zákonného zástupce pojištěného dítěte přiměřenou zálohu.
- 3.4. Týkají-li se trvalé následky úrazu části těla nebo orgánů, které byly poškozeny již před úrazem, snižuje pojistitel pojistné plnění za trvalé následky o tolik procent, kolika procentům odpovídalo předcházející poškození, posouzené též podle oceňovací tabulky B.
- 3.5. Způsobil-li jediný úraz pojištěnému dítěti několik trvalých následků, hodnotí pojistitel celkové trvalé následky součtem procent pro jednotlivé následky, nejvýše však 100 %.
- 3.6. Týkají-li se jednotlivé následky po jednom nebo více úrazech téhož údu, orgánů nebo jejich částí, hodnotí je pojistitel jako celek, a to nejvýše procentem stanoveným v oceňovací tabulce B pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného údu, orgánů nebo jejich částí.
- 3.7. Požádá-li zákonný zástupce dítěte o výplatu důchodu do výplaty plnění za trvalé následky úrazu, pojistitel začne vyplácet namísto jednorázového plnění buď doživotní, nebo časově omezený důchod, který může být vyplácen po dobu 5 nebo 10 let. Splátka důchodu nesmí činit méně než 1000 Kč. V případě, že pojištěné dítě zemře v době vyplácení časově omezeného důchodu, pojistitel vyplatí pojistníkovi částku, která odpovídá dosud nevyplaceným splátkám důchodu. Nenabyl-li pojistník tohoto práva, nabývají ho osoby určené podle ustanovení § 51 odst. 2 a 3 zákona o pojistné smlouvě ve vztahu k pojištěnému dítěti.
- 3.8. Pojistitel neplní za trvalé následky úrazu, pokud pojištěné dítě utrpí úraz po dovršení 15 let věku při tréninku nebo výkonu sportu zařazeného do skupiny vysoce rizikových činností (VRC). Do skupiny vysoce rizikových činností patří všechny druhy sportů, které pojištěné dítě provozuje jako aktivní účastník organizovaných soutěží s výjimkou aerobiku, agility, akrobatického rock'n'rollu, atletiky, badmintonu, baseballu, bowlingu, break dance, curlingu, frisbee, golfu, hasičského sportu, historického šermu, intercrossu, jachtingu, jezdeckví psích spřežení, kanoistiky, krasobruslení, kriketu, kulečnicku, kulturistiky, kuželek, lacrossu, lukostřelby, metané, minigolfu, moderní gymnastiky, orientačního běhu, paint-ballu, páky – přetlačování rukou, petanque, plavání, rekreačního potápění bez dýchacích přístrojů, ricochetu, softballu, sportovního lezení po umělých stěnách, squashu, stolního tenisu, šachů, šipek, tenisu, turistiky, veslování, závodů dračích lodí a závodního tance. Do skupiny vysoce rizikových činností se rovněž zařazují všechny osoby, které provozují jakýkoli druh bojového umění. Do této skupiny sportů (VRC) se nezahrnují činnosti vyloučené z úrazového pojištění čl. 13 písm. d), e), f), g) VPP ÚP.
- 3.9. Právo na plnění za trvalé následky úrazu má pojištěné dítě.
- 3.10. Jestliže před výplatou plnění za trvalé následky úrazu pojištěné dítě zemře, vyplatí pojistitel pojistníkovi částku, která odpovídá rozsahu trvalých následků úrazu pojištěného dítěte k datu jeho smrti. Pokud ke smrti pojištěného dítěte došlo po 3 letech od data úrazu, stanoví pojistitel rozsah trvalých následků k datu 3 let od úrazu. Nenabyl-li pojistník tohoto práva, nabývají ho osoby určené podle ustanovení § 51 odst. 2 a 3 zákona o pojistné smlouvě ve vztahu k pojištěnému dítěti.
- 3.11. Je-li sjednáno progresivní plnění za trvalé následky úrazu, pojistitel vyplatí plnění za trvalé následky úrazu v závislosti na jejich rozsahu stanoveném v procentech podle oceňovací tabulky B takto:

Rozsah trvalých následků úrazu v %	Násobek stanoveného plnění
do 25 % včetně	1
nad 25 % do 50 % včetně	2
nad 50 % do 75 % včetně	3
nad 75 % do 99 % včetně	4
100 %	5

Bod 4

Plnění za trvalou invaliditu následkem úrazu

- 4.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za trvalou invaliditu následkem úrazu, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě, tabulek pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojištění platných k datu pojistné události (dále „oceňovací tabulky“) a podle výše sjednané pojistné částky. Do oceňovacích tabulek je možné nahlédnout na obchodních místech pojistitele.
- 4.2. Zanechá-li úraz pojištěnému dítěti trvalé následky podle oceňovací tabulky B ve výši nejméně 65 % (po případném snížení podle bodu 4.3.), a to v součtu jednotlivých trvalých následků, pojistitel vyplatí sjednanou pojistnou částku. Pro posouzení uvedeného rozsahu trvalých následků je rozhodný stav trvalých následků, které úraz zanechal jeden rok od data úrazu. Pojistná částka bude vyplacena z této pojistné smlouvy pouze jednou, a to za první úraz pojištěného dítěte, který splní podmínky tohoto plnění. Výplatu pojistného plnění pojištění trvalé invalidity následkem úrazu zaniká.
- 4.3. Týkají-li se trvalé následky úrazu části těla nebo orgánů, které byly poškozeny již před úrazem, snižuje pojistitel pojistné plnění za trvalé následky o tolik procent, kolika procentům odpovídalo předcházející poškození, posouzené též podle oceňovací tabulky B.
- 4.4. Týkají-li se jednotlivé následky po jednom nebo více úrazech téhož údu, orgánů nebo jejich částí, hodnotí je pojistitel jako celek, a to nejvýše procentem stanoveným v oceňovací tabulce B pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného údu, orgánů nebo jejich částí.
- 4.5. Právo na pojistné plnění za trvalou invaliditu může uplatnit zákonný zástupce pojištěného dítěte nejdříve za jeden rok od data úrazu na příslušném formuláři pojistitele nebo dohodnutým způsobem.
- 4.6. Jestliže před výplatou plnění za trvalou invaliditu, nejdříve však po 1 roce od data úrazu, pojištěné dítě zemře, vyplatí pojistitel pojistníkovi plnění za trvalou invaliditu, pokud rozsah trvalých následků stanovený k datu jednoho roku od data úrazu splňoval definici uvedenou v bodě 4.2.
- 4.7. Požádá-li zákonný zástupce dítěte o výplatu důchodu do výplaty plnění za trvalou invaliditu, pojistitel začne vyplácet namísto jednorázového plnění doživotní nebo časově omezený důchod, který může být vyplácen po dobu 5 nebo 10 let. Splátka důchodu však nesmí činit méně než 1000 Kč. V případě, že pojištěné dítě zemře v době vyplácení časově omezeného důchodu, pojistitel vyplatí pojistníkovi částku, která odpovídá dosud nevyplaceným splátkám důchodu. Nenabyl-li pojistník tohoto práva, nabývají ho osoby určené podle ustanovení § 51 odst. 2 a 3 zákona o pojistné smlouvě ve vztahu k pojištěnému dítěti.
- 4.8. Pojistitel neplní za trvalou invaliditu následkem úrazu, pokud pojištěné dítě utrpí úraz po dovršení 15 let věku při tréninku nebo výkonu sportu zařazeného do skupiny vysoce rizikových činností (VRC). Do skupiny vysoce rizikových činností patří všechny druhy sportů, které pojištěné dítě provozuje jako aktivní účastník organizovaných soutěží s výjimkou aerobiku, agility, akrobatického rock'n'rollu, atletiky, badmintonu, baseballu, bowlingu, break dance, curlingu, frisbee, golfu, hasičského sportu, historického šermu, intercrossu, jachtingu, jezdeckví psích spřežení, kanoistiky, krasobruslení, kriketu, kulečnicku, kulturistiky, kuželek, lacrossu, lukostřelby, metané, minigolfu, moderní gymnastiky, orientačního běhu, paint-ballu, páky – přetlačování rukou, petanque, plavání, rekreačního potápění bez dýchacích přístrojů, ricochetu, softballu, sportovního lezení po umělých stěnách, squashu, stolního tenisu, šachů, šipek, tenisu, turistiky, veslování, závodů dračích lodí a závodního tance. Do skupiny vysoce rizikových činností se rovněž zařazují všechny osoby, které provozují jakýkoli druh bojového umění. Do této skupiny sportů (VRC) se nezahrnují činnosti vyloučené z úrazového pojištění čl. 13 písm. d), e), f), g) VPP ÚP.
- 4.9. Právo na plnění za trvalou invaliditu následkem úrazu má pojištěné dítě.

Bod 5

Plnění za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem ve dnech (denní plnění)

Plnění za dobu nezbytného léčení úrazu (DNL-15)

- 5.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za dobu nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě, tabulek pro hodnocení tělesných poškození v úrazovém pojištění platných k datu pojistné události (dále „oceňovací tabulky“), tabulek přepočtového koeficientu a podle výše částky sjednaného denního plnění. Do oceňovacích tabulek je možné nahlédnout na obchodních místech pojistitele.
- 5.2. Dojde-li k úrazu pojištěného dítěte a doba, která je podle poznatků vědy obvykle třeba ke zhojení nebo ustálení tělesného poškození způsobeného úrazem (dále „průměrná doba nezbytného léčení“), je delší než dva týdny, vyplatí pojistitel plnění za každý den doby nezbytného léčení, a to do maximálního počtu dní, který odpovídá příslušnému tělesnému poškození stanovenému v části pro denní plnění oceňovací tabulkou A.
- 5.3. Plnění vyplatí pojistitel načetné v závislosti na délce doby nezbytného léčení tělesného poškození způsobeného úrazem násobené příslušným přepočtovým koeficientem takto:

Délka nezbytného léčení	Přepočtový koeficient
od 1. dne do 120. dne (včetně)	1
od 121. dne do 240. dne (včetně)	2
od 241. dne do 365. dne (včetně)	3
- 5.4. Do doby nezbytného léčení se nezapočítává doba, ve které se pojištěné dítě podrobvalo občasným zdravotním kontrolám, nebo rehabilitace, která byla zaměřena na zmírnění bolesti bez následné úpravy zdravotního stavu.
- 5.5. Bylo-li pojištěnému dítěti způsobeno jedním úrazem několik tělesných poškození, vyplatí pojistitel plnění jen za dobu nezbytného léčení toho poškození, které je hodnoceno v oceňovací tabulce A nejvyšším počtem dní.
- 5.6. Pojistitel poskytuje plnění za dobu nezbytného léčení úrazu nejvýše za dobu jednoho roku.
- 5.7. Za dobu nezbytného léčení úrazu nevzniká právo na plnění, zemře-li pojištěné dítě do jednoho měsíce od úrazu.
- 5.8. Pojistitel neplní za dobu nezbytného léčení úrazu, pokud pojištěné dítě utrpí úraz po dovršení 15 let věku při tréninku nebo výkonu sportu zařazeného do skupiny vysoce rizikových činností (VRC). Do skupiny vysoce rizikových činností patří všechny druhy sportů, které pojištěné dítě provozuje jako aktivní účastník organizovaných soutěží s výjimkou aerobiku, agility, akrobatického rock'n'rollu, atletiky, badmintonu, baseballu, bowlingu, break dance, curlingu, frisbee, golfu, hasičského sportu, historického šermu, intercrossu, jachtingu, jezdeckví psích spřežení, kanoistiky, krasobruslení, kriketu, kulečnicku, kulturistiky, kuželek, lacrossu, lukostřelby, metané, minigolfu, moderní gymnastiky, orientačního běhu, paint-ballu, páky – přetlačování rukou, petanque, plavání, rekreačního potápění bez dýchacích přístrojů, ricochetu, softballu, sportovního lezení po umělých stěnách, squashu, stolního tenisu, šachů, šipek, tenisu, turistiky, veslování, závodů dračích lodí

- 6.1. Je-li v pojistné smlouvě sjednáno plnění za hospitalizaci následkem úrazu, pak pojistitel určuje výši plnění podle zásad uvedených v tomto bodě a podle výše částky sjednaného denního plnění.
- 6.2. Dojde-li k úrazu pojištěného dítěte, jehož následkem bylo z lékařského hlediska nezbytné poskytnout nemocniční lůžkové péče (dále jen „hospitalizace“), vyplatí pojistitel pojistné plnění v závislosti na délce hospitalizace.
- 6.3. Plnění za hospitalizaci následkem úrazu se poskytuje za hospitalizaci v nemocnici výhradně na území ČR.
- 6.4. Plnění za hospitalizaci následkem úrazu poskytuje pojistitel maximálně za dobu 365 dnů v průběhu dvou let od data pojistné události (úrazu).
- 6.5. Plnění se poskytuje za každý kalendářní den hospitalizace následkem úrazu, která je z lékařského hlediska nezbytná. Hospitalizace z lékařského hlediska nezbytná je taková, kdy vzhledem k závažnosti a charakteru úrazu musí být ošetření a léčení provedeno v nemocnici na lůžkové části. Za lékařsky nezbytnou hospitalizaci se nepovažuje ústavní pobyt v případě, je-li odůvodněn pouze nedostatkem domácí péče či jinými osobními poměry pojištěného dítěte.
- 6.6. Dojde-li v době hospitalizace v důsledku úrazu k dalším úrazům s nutností hospitalizace, pak v případě souběhu hospitalizace v důsledku více úrazů se započítává každý den souběhu pouze jednou.
- 6.7. Pojistitel poskytne plnění za hospitalizaci následkem úrazu na lůžkové části nemocnice, která je pod stálým lékařským dozorem, disponuje dostatečným diagnostickým, chirurgickým a terapeutickým zařízením, pracuje v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a její provozování je v souladu s příslušnými platnými právními předpisy.
- 6.8. Ústavní pobyt (hospitalizace) k ošetření zubů a zákroky v oblasti zubní a čelistní chirurgie v důsledku úrazu se považují za lékařsky nezbytné pouze tehdy, jestliže z lékařských důvodů není možné ambulantní ošetření.
- 6.9. Právo na plnění nevzniká za hospitalizaci v důsledku úrazu za dny, kdy se pojištěné dítě v nemocnici nezdržovalo (přerušení hospitalizace) nebo jestliže nemocniční ošetřování trvalo méně než 24 hodin. Den, kdy bylo pojištěné dítě přijato do nemocničního ošetřování, a den, kdy bylo z tohoto ošetřování propuštěno, se počítají a považují se za jeden den hospitalizace.
- 6.10. Pojistitel neposkytne plnění za hospitalizaci následkem úrazu, zemře-li pojištěné dítě do jednoho měsíce od úrazu.
- 6.11. Právo na plnění za hospitalizaci následkem úrazu nevzniká za léčebné pobyty:
 - a) v lázeňských zařízeních, léčebnách, centrech a sanatoriích, zotavovacích, dietetických zařízeních a zvláštních dětských zařízeních,
 - b) v rehabilitačních zařízeních a centrech,
 - c) při hospitalizaci z důvodů kosmetických úkonů provedených za účelem léčení následků úrazu, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné,
 - d) v zařízeních pro dlouhodobě nemocné, pro ošetřované z důvodu nečistoty nebo pro nedostatek domácí péče s potřebou pečovatelské a opatrovnícké péče,
 - e) v psychiatrických léčebnách a jiných zdravotnických zařízeních v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu,
 - f) ve vojenských ošetřovnách a ve vězeňských nemocnicích,
 - g) při používání diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznány.
- 6.12. Pojistitel neplní za hospitalizaci následkem úrazu, pokud pojištěné dítě utrpí úraz po dovršení 15 let věku při tréninku nebo výkonu sportu zařazeného do skupiny vysoce rizikových činností (VRC). Do skupiny vysoce rizikových činností patří všechny druhy sportů, které pojištěné dítě provozuje jako aktivní účastník organizovaných soutěží s výjimkou aerobiku, agility, akrobatického rock'n'rollu, atletiky, badmintonu, baseballu, bowlingu, break dance, curlingu, frisbee, golfu, hasičského sportu, historického šermu, intercrossu, jachtingu, jezdeckví psích spřežení, kanoistiky, krasobruslení, kriketu, kulečnicku, kulturistiky, kuželek, lacrossu, lukostřelby, metané, minigolfu, moderní gymnastiky, orientačního běhu, paint-ballu, páky – přetlačování rukou, petanque, plavání, rekreačního potápění bez dýchacích přístrojů, ricochetu, softballu, sportovního lezení po umělých stěnách, squashu, stolního tenisu, šachů, šipek, tenisu, turistiky, veslování, závodů dračích lodí a závodního tance. Do skupiny vysoce rizikových činností se rovněž zařazují všechny osoby, které provozují jakýkoli druh bojového umění. Do této skupiny sportů (VRC) se nezahrnují činnosti vyloučené z úrazového pojištění čl. 13 písm. d), e), f), g) VPP ÚP.
- 6.13. Pojištění je povinen zároveň s vyplněním „Oznámením pojistné události Úraz“ předložit jako doklad k posouzení vzniku nároku na denní plnění za hospitalizaci následkem úrazu potvrzení o délce poskytnuté nezbytné hospitalizace na tomto tiskopise a kopii posouštěcí zprávy.
- 6.14. V případě dlouhodobé hospitalizace poskytne pojistitel na požádání zákonného zástupce pojištěného dítěte a po předložení příslušných dokladů přiměřenou zálohu na plnění, nejdříve však po uplynutí 1 měsíce od data úrazu.
- 6.15. Právo na plnění za hospitalizaci následkem úrazu má pojištěné dítě.

Bod 7

Společná ustanovení

- 7.1. Úrazové pojištění dítěte končí nejpozději den před výročním dnem počátku pojištění po dovršení 18 let věku dítěte. Pojistitel snižuje od nejbližší splatnosti pojistného pojistné za úrazové pojištění dítěte.
- 7.2. Dojde-li ke smrti pojištěného dítěte do 3 let jeho věku, pojistitel neposkytne pojistné plnění.
- 7.3. Jestliže pojistník neodpověděl pravdivě a úplně na písemné dotazy pojistitele týkající se zdravotního stavu dítěte, a tím způsobí, že pojistitel vyplatil plnění, které by při pravdivé odpovědi vyplaceno nebylo, je povinen uhradit pojistiteli částku ve výši tohoto plnění.

Bod 8

Zánik pojištění

Zánik pojištění pro případ smrti nebo dožití dítěte zaniká i úrazové pojištění dítěte.

Všeobecné pojistné podmínky pro životní pojištění

verze ŽP-VPP-SLUP-0001

schválené představenstvem České pojišťovny a.s. dne 14. 9. 2004 pod č. j. 4

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro životní pojištění, které sjednává Česká pojišťovna a.s. (dále jen „pojišťitel“) se použije právní řád České republiky a platí příslušná ustanovení zákona o pojistné smlouvě č. 37/2004 Sb. (dále „ZPS“). Součástí pojistné smlouvy jsou tyto všeobecné pojistné podmínky. Pojištěním se rozumí soukromé pojištění podle zákona o pojistné smlouvě (dále jen „pojištění“). Životní pojištění sjednává pojistitelem se v souladu s § 54 odst. 2 ZPS pojištěním obnosovým.

OBECNÁ USTANOVENÍ

DRUHY POJIŠTĚNÍ

Článek 1 Druhy pojištění

- Pojišťitel v rámci životního pojištění může sjednat:
 - pojištění pro případ smrti,
 - pojištění pro případ dožití,
 - pojištění pro případ smrti nebo dožití,
 - pojištění závažných onemocnění,
 - pojištění pro případ invalidity.
- Pojišťitel může sjednat i jiné druhy životního pojištění. Pokud takové pojištění není upraveno zvláštními předpisy nebo pojistnou smlouvou, platí pro ně ta ustanovení těchto podmínek, která jsou mu povahou a účelem nejbližší.
- V jedné pojistné smlouvě lze sjednat se životním pojištěním i další druhy pojištění. Pro ně pak platí pojistné podmínky příslušného druhu pojištění.

VZNIK A SPRÁVA POJIŠTĚNÍ

Článek 2

Pojistná doba, počátek pojištění, konec pojištění

- Pojistnou dobu se rozumí doba, na kterou bylo pojištění sjednáno. Pojistnou dobu lze sjednat buď na přesně stanovenou dobu (se sjednaným koncem pojištění) nebo na dobu neurčitou.
- Pojištění začíná v 00 hodin dne sjednaného jako počátek pojištění, nebylo-li účastníky dohodnuto, že začne již uzavřením pojistné smlouvy.
- U pojištění sjednaných na přesně stanovenou dobu končí pojištění ve 24 hodin dne sjednaného jako konec pojištění.

Článek 3

Pojistné částky

Pojišťitel má právo stanovit pro jednotlivé druhy a sazby životního pojištění minimální a maximální pojistné částky, na které lze pojištění sjednat.

Článek 4

Pojistné, doba placení pojistného

- Výše a splatnost pojistného je uvedena v pojistné smlouvě. Výše pojistného se určuje podle sazebníku pojistného stanoveného pojistitelem pro jednotlivé druhy a sazby pojištění zejména s ohledem na pohlaví a věk pojištěného, pojistnou dobu, platnou pojistnou částku v aktuálním pojistném období a na zdravotní stav pojištěného k datu sjednání pojištění nebo k datu poslední změny pojištění.
- Pokud výše pojistného závisí na věku pojištěného, považuje se pro účely stanovení pojistného za jeho věk rozdíl mezi kalendářním rokem počátku pojištění a kalendářním rokem narození pojištěného (vstupní věk pojištěného).
- Je-li pojistník v prodlení s placením pojistného, je pojistitel oprávněn požadovat úrok z prodlení.
- Pojistné u pojištění za běžné pojistné se platí po sjednanou pojistnou dobu. Pojišťitel může stanovit sazby, u nichž lze pojistné platit po dobu kratší.

Článek 5

Předplacení pojistného

Předplacené pojistné je považováno za jednorázové pojistné, které snižuje běžné placené pojistné během celé doby placení pojistného. Pojištění s předplaceným pojistným je posuzováno jako pojištění za běžné placené pojistné.

Článek 6

Mimořádné pojistné

Mimořádné pojistné je považováno za běžné pojistné uhrazené v průběhu trvání pojištění nad rámec dohodnutého placení běžného pojistného.

ZMĚNA POJIŠTĚNÍ

Článek 7

Změna pojištění

- Pokud se účastníci dohodnou o změně pojištění již sjednaného, plní pojistitel ze změněného pojištění až z pojistných událostí, které nastanou od smluvně stanoveného dne, nejdříve však v 00 hodin dne následujícího po uzavření dohody.
- Při změně pojištění je pojistitel oprávněn zkoumat zdravotní stav pojištěného.
- V případě změny pojištění, kdy od účinnosti takové změny do konce pojištění nezbyvá celý počet let, může být důsledkem této změny stanovení nového konce pojištění.

ODKUPNÉ

Článek 8

Odkupné

- Pokud bylo u pojištění za běžné pojistné zaplacené pojistné alespoň za dva roky nebo jde-li o pojištění za jednorázové pojistné sjednané na dobu delší než jeden rok nebo o pojištění s redukovanou pojistnou částkou nebo o pojištění se zaplaceným předplaceným pojistným, má pojistník právo, aby na jeho žádost pojistitel pojištění zrušil s výplatou odkupného. Toto právo není u pojištění pro případ smrti, které bylo sjednáno na přesně stanovenou dobu, a u pojištění, ze kterého se již vyplácí důchod, pokud v pojistné smlouvě nebylo dohodnuto jinak.
- Pojištění zaniká dnem, kdy pojistitel odkupné vyplatil v hotovosti,

vystavil šek nebo dal příkaz k provedení výplaty peněžnímu ústavu.

- Výši odkupného pojistitel stanoví podle pojistné technických zásad.

DŮSLEDKY NEPLACENÍ POJIŠTĚNÍ

Článek 9

Důsledky neplacení pojistného

- Pokud bylo u pojištění za běžné pojistné zaplacené pojistné alespoň za dva roky nebo bylo zaplacené předplacené pojistné a pokud nebylo běžné pojistné za další pojistné období zaplacené ve stanovené lhůtě, mění se pojištění na pojištění se sníženou pojistnou částkou (redukce pojistné částky), se sníženým důchodem (redukce důchodu), a to bez povinnosti platit další pojistné.
- Pokud redukována pojistná částka je menší než 1 500 Kč, případně snížený roční důchod je menší než 250 Kč, bude pojištění přeměněno na pojištění se zkrácenou pojistnou dobou (redukce pojistné doby), jejímž uplynutím pojištění zaniká.
- Pojištění pro případ smrti, které bylo sjednáno na přesně stanovený počet let, pro neplacení pojistného zaniká.
- K redukci dojde v 00 hodin prvního dne po uplynutí lhůty, jejímž uplynutím jinak pojištění zaniká pro neplacení pojistného.
- Redukovanou pojistnou částku, snížený důchod nebo zkrácenou pojistnou dobu pojistitel stanoví podle pojistné technických zásad.

ZÁNIK POJIŠTĚNÍ

Článek 10

Zánik pojištění

- K zániku pojištění může dojít:
 - a) uplynutím doby,
 - b) nezaplacením pojistného,
 - c) dohodou, která musí obsahovat způsob vzájemného vypořádání závazků a okamžik zániku pojištění,
 - d) výpovědi pojistníka ke konci pojistného období,
 - e) výpovědi pojistitele nebo pojistníka do dvou měsíců od uzavření pojistné smlouvy,
 - f) výpovědi pojistníka do 3 měsíců ode dne doručení oznámení vzniku pojistné události,
 - g) výpovědi pojistníka do 1 měsíce ode dne doručení sdělení o převodu pojistného kmeně nebo jeho části podle zvláštního právního předpisu nebo do 1 měsíce ode dne zveřejnění oznámení o odnětí povolení k provozování pojišťovacích činností pojistitele,
 - h) odstoupením od pojistné smlouvy,
 - i) odmítnutím plnění,
 - j) vyplacením odkupného,
 - k) smrtí pojištěného fyzické osoby,
 - l) způsoby uvedenými v doplňkových nebo zvláštních pojistných podmínkách.

- Důvody jednotlivých zániků pojištění jsou uvedeny v ZPS, doplňkových nebo zvláštních pojistných podmínkách.
- Pokud pojištění zaniklo z jiných důvodů, než jsou uvedeny v odstavci 1 písm. h) a i), ne však proto, že pojistnou událostí odpadl důvod dalšího pojištění, je pojistitel povinen vrátit zbývající část běžného pojistného.
- Pokud pojištění zaniklo odstoupením od pojistné smlouvy, tato smlouva se od počátku ruší. Pojišťitel 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 odečtají i náklady spojené se vznikem a správou pojištění. Pojistník nebo pojištěný, který není současně pojistníkem, popřípadě obmyšlený, je ve stejné lhůtě jako pojistitel povinen pojistiteli vrátit částku vyplaceného pojistného plnění, která přesahuje výši zaplaceného pojistného.
- Pokud pojištění zaniklo odmítnutím plnění, zaplacené běžné pojistné pojistitel nevrací.

POJISTNÁ UDÁLOST, POJISTNÉ PLNĚNÍ

Článek 11

Pojistná událost

- Pojistnou událostí se v životním pojištění rozumí smrt pojištěného nebo dožití se pojištěného dne uvedeného v pojistné smlouvě jako konec pojištění, resp. počátek výplaty důchodu, vznik závažného onemocnění, vznik plně invalidity nebo jiná skutečnost, uvedená v pojistné smlouvě.
- Pojištění se týká pojistných událostí, které nastanou během trvání pojištění. Územní platnost pojištění není omezena.

Článek 12

Výluky z pojištění

Pojišťitel není povinen plnit z událostí, k nimž dojde:

- a) v důsledku nebo v souvislosti s občanskou válkou, válečnou událostí, válečnou invazí, vpádem zahraničního nepřítelce, válečným stavem vyhlášeným nebo nevyhlášeným, revolučními událostmi, převraty, teroristickými útoky (tj. násilným jednáním motivovaným politicky, sociálně, ideologicky nebo nábožensky) a mezinárodními mírovými misí, teroristickými akty včetně kontaminace v důsledku teroristického aktu, v důsledku nebo v souvislosti s účastí pojištěného na straně iniciátora při občanských nepokojích, vnitrostátních násilných nepokojích a stávkách. V takových případech pojistitel uplatní oprávněné osobě rezervu pojištění nebo kapitálovou hodnotu, podle toho, co je dohodnuto v pojistné smlouvě.

Článek 13

Omezení plnění pojistitele

Pojišťitel je oprávněn snížit pojistné plnění až o jednu polovinu, zemřel-li pojištěný v souvislosti s jednáním, jímž jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt anebo jímž jinak hrubě poruší důležitý zájem společnosti.

Článek 14

Nastane-li smrt následkem sebevraždy pojištěného

- a) do 2 let trvání pojištění, pojistitel vyplátí pojistníkovi, není-li shodný s pojištěným nebo oprávněné osobě rezervu pojištění nebo kapitálovou hodnotu, podle toho, co je dohodnuto v pojistné smlouvě,
- b) po 2 letech trvání pojištění, vyplátí pojistitel oprávněné osobě pojistné plnění.

Článek 15

Splatnost pojistného plnění

- Pojistné plnění je splatné v České republice a v české měně, pokud není v pojistné smlouvě dohodnuto jinak.

- Pojistné plnění je splatné do patnácti dnů, jakmile pojistitel skončil šetření nutné k zjištění rozsahu povinnosti pojistitele plnit. Pojistitel poskytne oprávněné osobě na požádání ve smyslu § 16 odst. 3 ZPS přiměřenou zálohu.

Článek 16

Výplata pojistného plnění

- Z pojištění pojistitel poskytne jednorázové plnění nebo vyplácí důchod, a to podle toho, co bylo dohodnuto v pojistné smlouvě nebo při šetření pojistné události.
- Bylo-li v pojistné smlouvě nebo při šetření pojistné události sjednáno plnění ve formě důchodu, důchod se vyplácí v dohodnutých obdobích, a to předem.
- Právo na výplatu důchodu vzniká prvního dne měsíce, který následuje po měsíci, ve kterém došlo k pojistné události.
- Důchod se vyplácí pojištěnému nebo tomu, komu vzniklo právo na výplatu důchodu, po dobu dohodnutou v pojistné smlouvě nebo při šetření pojistné události.
- Ten, komu vznikne právo na výplatu důchodu, je povinen předložit doklady potřebné pro výplatu důchodu, které pojistitel požaduje, podobit se na vyzvání pojistitele lékařské prohlídce a oznámit změny, které mají vliv na výplatu důchodu. Dokud tyto povinnosti nejsou splněny, pojistitel s výplatou důchodu nezačne, popřípadě vyplácení až do jejich splnění pozastaví.

ZVLÁŠTNÍ USTANOVENÍ

Článek 17

Pojištění pro případ smrti

- Z pojištění pro případ smrti pojistitel na základě písemné žádosti vyplácí pojistné plnění, zemře-li pojištěný v době trvání pojištění.
- Právo na plnění má obmyšlený. Nebyl-li obmyšlený v pojistné smlouvě určen nebo nenabyl-li práva na plnění, nabývají ho osoby určené podle § 51 odst. 2 a 3 ZPS.

Článek 18

Pojištění pro případ dožití

- Z pojištění pro případ dožití pojistitel na základě písemné žádosti pojištěného vyplácí pojistné plnění, jestliže se pojištěný dožije dne uvedeného v pojistné smlouvě jako konec pojištění, resp. dne počátku výplaty důchodu.
- Právo na plnění má pojištěný.

Článek 19

Pojištění pro případ smrti nebo dožití

- Z pojištění pro případ smrti nebo dožití vyplácí pojistitel na základě písemné žádosti pojistné plnění, zemře-li pojištěný v době trvání pojištění. Na základě písemné žádosti pojištěného vyplácí pojistitel pojistné plnění, jestliže se pojištěný dožije dne uvedeného v pojistné smlouvě jako konec pojištění, resp. dne počátku výplaty důchodu.
- Právo na plnění v případě smrti pojištěného má obmyšlený. Nebyl-li obmyšlený v pojistné smlouvě určen nebo nenabyl-li práva na plnění, nabývají ho osoby určené podle § 51 odst. 2 a 3 ZPS. Právo na plnění v případě dožití pojištěného má pojištěný.

Článek 20

Pojištění závažných onemocnění

- V pojištění závažných onemocnění vyplácí pojistitel pojistné plnění v případě, že u pojištěného v době trvání pojištění, nejdříve po šesti měsících od sjednání pojištění závažných onemocnění a poprvé v životě pojištěného, došlo k závažnému onemocnění definovanému v pojistné smlouvě.
- U pojištění došlo k závažnému onemocnění bylo-li mu diagnostikováno některé z onemocnění uvedených v pojistné smlouvě nebo podrobil-li se některému z výkonů definovaných v pojistné smlouvě a v následujících 15 kalendářních dnech nedošlo k úmrtí pojištěného. Datum vzniku závažného onemocnění je datum stanovení diagnózy nebo provedení výkonu.
- Právo na plnění v případě závažného onemocnění má pojištěný.
- Na základě stavu lékařské vědy může v době trvání pojištění, nejdříve však po pěti letech od uzavření pojistné smlouvy, pojistitel stanovit novou výši pojistného.

Článek 21

Pojištění pro případ invalidity

- V pojištění pro případ invalidity vyplácí pojistitel pojistné plnění, pokud v době trvání pojištění, nejdříve však po dvou letech od uzavření pojistné smlouvy, byl pojištěným přiznan podle předpisů o sociálním zabezpečení plný invalidní důchod (dále jen „invalidní důchod“). Dnem přiznání invalidního důchodu se rozumí den, resp. datum, které je uvedeno ve výroku rozhodnutí oprávněného orgánu jako den, od něhož se přiznává invalidní důchod.
- Splnění podmínky dvou let se nevyžaduje, pokud invalidní důchod byl přiznan výlučně v důsledku úrazu pojištěného definovaného ve všeobecných pojistných podmínkách pro úrazové pojištění pojistitele a k němuž došlo nejdříve po sjednání počátku pojištění.
- Pojišťitel má právo ověřovat trvání nároku pojištěného na invalidní důchod.
- Právo na pojistné plnění z pojištění invalidity má pojistník nebo pojištěný podle toho, co je dohodnuto v pojistné smlouvě.
- Pojistné plnění může mít formu úhrady běžného pojistného nebo formu důchodu, podle toho, co je dohodnuto v pojistné smlouvě.
- Pojistné plnění se vyplácí po dobu dohodnutou v pojistné smlouvě.

SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

Článek 22

Oprávnění pojistitele

- Pojišťitel je oprávněn požadovat údaje o zdravotním stavu a zjištění zdravotního stavu nebo příčiny smrti pojištěného, jsou-li pro to důvody související se stanovením výše pojistného rizika, výše pojistného a šetřením pojistné události, pokud k tomu byl pojistiteli dán souhlas pojištěného. Zjišťování zdravotního stavu nebo příčiny smrti se provádí na základě zpráv a zdravotnické dokumentace vyžádaných pojistitelem pověřeným zdravotnickým zařízením od ošetřujících lékařů, v případě potřeby i prohlídkou nebo vyšetřením provedeným zdravotnickým zařízením.
- Souhlas se zjišťováním a přezkoumáváním svého zdravotního stavu dávající pojištěný a pojistník podepíše pojistné smlouvou. Souhlas se

zjišťováním a přezkoumáváním zdravotního stavu osoby, která není způsobilá k právním úkonům, dává její zákonný zástupce nebo opatrovník podpisem pojistné smlouvy.

3. Skutečnosti, o kterých se pojistitel při zjišťování zdravotního stavu dozví, smí použít pouze pro svou potřebu.

Článek 23 Vinkulace

1. Lze dohodnout, že pojistné plnění nebo odkupné bude vinkulováno ve prospěch třetí osoby. Vinkulace znamená, že pojistné plnění nebo odkupné pojistitel vyplatí třetí osobě, v jejíž prospěch bylo plnění vinkulováno (vinkulační věřitel), pokud vinkulační věřitel nedá souhlas k vyplacení plnění oprávněné osobě podle pojistné smlouvy. Uhrazením plnění vinkulačnímu věřiteli, splní pojistitel svůj závazek vůči oprávněné osobě.
2. Vinkulace plnění může být provedena pouze na žádost pojistníka. Je-li pojistník odlišný od pojistěného, lze vinkulovat plnění jen se souhlasem pojistěného.

Článek 24 Doručování

1. Pisemnost týkající se pojištění je doručována zpravidla prostřednictvím držitele poštovní licence podle zvláštního zákona na poslední pojistiteli známou adresu účastníka pojištění na území České republiky. Pisemnost může být doručena i zaměstnancem pojistitele nebo jinou pověřenou osobou.
2. Pojistník (pojištěný) je povinen pojistiteli oznámit změnu adresy, kam mu mají být pisemnosti zaslány.
3. Nebyl-li adresát zastížen, doručovatel uloží pisemnost pojistitele v místě příslušné provozovně držitele poštovní licence. Nevyzvedne-li adresát pisemnost do 15 dnů od jejího uložení, považuje se poslední den této lhůty za den doručení, i když se adresát o uložení pisemnosti nedozvěděl.
4. Odmítl-li adresát přijetí pisemnosti, považuje se pisemnost za doručenou dnem, kdy adresát její přijetí odmítl. O následcích odmítnutí musí být adresát poučen.
5. Pokud se adresát v místě doručení nezdržuje, aniž by o tom infor-

moval pojistitele, je pisemnost doručena dnem, kdy byla zásilka pojištění vrácena jako nedoručitelná.

Článek 25 Řešení sporů

1. Smluvní strany se dohodly, že všechny majetkové spory vzniklé z uzavřené pojistné smlouvy nebo v souvislosti s ní, které se týkají úplného i částečného nezaplacení běžného či jednorázového pojistného, jeho výše nebo splatnosti, budou rozhodovány s vyloučením pravomoci obecných soudů v rozhodčím řízení s výjimkou uvedenou v článku 25 odstavec 2 těchto pojistných podmínek. Tyto spory budou rozhodovány jedním rozhodcem jmenovaným Správcem Seznamu rozhodců, vedeném Společností pro rozhodčí řízení, a.s., IČ 26421381, se sídlem Praha 2, Sokolská 60, PSČ 120 00 (dále jen „Společnost“). Smluvní strany prohlásily, že jsou srozuměny s obsahem Jednacího řádu pro rozhodčí řízení Společnosti, Pravidly o nákladech rozhodčího řízení, Organizačním a Kancelářským řádem Společnosti. O právech a povinnostech plynoucích z těchto dokumentů se smluvní strany mohou rovněž informovat v sídle Společnosti, kde mohou též obdržet stejnopis Jednacího řádu a Pravidel o nákladech rozhodčího řízení po úhradě nákladů na pořízení kopie, nebo na internetové adrese: <http://www.rozhodci-rizeni.cz/>. Obě smluvní strany se dohodly a berou na vědomí, že rozhodčí řízení je neveřejné, zpravidla pouze písemné, a že nevymáhá-li se žalováním do sedmi kalendářních dnů ode dne, kdy mu byla doručena žaloba, jsou skutečnosti vyjádřené a uvedené v žalobě považovány za nesporné. Jednácím místem je zpravidla sídlo Společnosti. Veškeré pisemnosti jsou doručovány poštou, případně osobně. Při doručování poštou straně sporu, jež nebyla zastížena, ačkoliv se v místě doručení zdržuje, se použije přiměřeně ustanovení občanského soudního řádu o doručování pisemnosti do vlastních rukou, přičemž opětovně doručování zásilky se nevyžaduje a platí, že nevyzvedne-li si adresát zásilku do 10 dnů od uložení, považuje se poslední den této lhůty za den doručení, i když se adresát o doručení nedozvěděl. Pisemnosti se doručují na adresu žalované strany, uvedenou v pojistné smlouvě, neschlé-li tato strana písemně adresu jinou, k čemuž se zavazuje, pokud chce, aby ji na tuto jinou adresu byly pisemnosti doručovány. V případě, že žalovaná strana tuto svoji povinnost nesplní a zdržuje

se na jiné adrese, budou v rozhodčím řízení pisemnosti doručovány na žalobci známou adresu a žalovaná strana bere na vědomí, že se tak děje s účinky pro rozhodčí řízení rozhodnými, jako by se na této adrese zdržovala.

2. Smluvní strany se dohodly na tom, že rozhodčí doložka sjednaná v ustanovení článku 25 odstavec 1 těchto pojistných podmínek je v rozsahu rozhodování konkrétního majetkového sporu, ve větší ktereho nebylo dosud zahájeno rozhodčí řízení, ruší zahájením soudního řízení ve věci tohoto konkrétního majetkového sporu.
3. Všechny další spory, vzniklé z uzavřené pojistné smlouvy nebo v souvislosti s ní, které vzhledem k jejich předmětu nelze podřadit pod ustanovení článku 25 odstavec 1 těchto pojistných podmínek, budou rozhodovány obecnými věcně a místně příslušnými soudy.

Článek 26 Poplatky

Pojistitel je oprávněn účtovat pojistníkovi poplatky za mimořádné úkony, které provádí na žádost pojistníka a jsou uvedeny v Přehledu poplatků. Výši poplatků určuje pojistitel a je obsažena v aktuálním Přehledu poplatků přístupném na obchodních místech pojistitele. Úhrada poplatků se provádí započtením zbytných pohledávek. Není-li započtení možno provést, je splatná předem.

Článek 27 Povinnosti oprávněné osoby

Oprávněná osoba je povinna předložit při likvidaci pojistné události doklady vyžádané pojistitelem v českém jazyce.

Článek 28 Výklad pojmů

Pisemnými dotazy pojistitele týkajícími se sjednávání pojištění jsou všechny dotazy nutné k uzavření pojistné smlouvy. Těmito dotazy se rozumí i dotazy týkající se zdravotního stavu pojistěného i pojistníka. Oprávněnou osobou v případě smrti pojistěného je obmyšlený. Nebyl-li obmyšlen v pojistné smlouvě určen nebo nenabyl-li práva na plnění, nabývají ho osoby určené podle § 51 odst. 2 a 3 ZPS.

Všeobecné pojistné podmínky pro úrazové pojištění

schválené představenstvem České pojišťovny a.s. dne 10. 6. 2008 pod č. j. 2.

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro úrazové pojištění, které sjednává Česká pojišťovna a.s. (dále jen „pojistitel“) se použije právní řád České republiky a platí příslušná ustanovení zákona o pojistné smlouvě č. 37/2004 Sb. (dále „ZPS“). Součástí pojistné smlouvy jsou tyto všeobecné pojistné podmínky.

Pojištěním se rozumí soukromé pojištění podle ZPS (dále jen „pojištění“). Úrazové pojištění sjednává pojistitelem je pojištěním obnosovým.

OBCENÁ USTANOVENÍ

Článek 1 Druhy pojistného plnění

1. Pojistitel poskytuje z úrazového pojištění pojistné plnění – za smrt způsobenou úrazem, – za trvalé následky úrazu, – za trvalou invaliditu způsobenou úrazem, – za hospitalizaci následkem úrazu, – za dobu nezbytného léčení úrazu.
2. Pojistitel může z úrazového pojištění poskytovat i jiné druhy pojistných plnění. Pokud takové druhy pojistných plnění nejsou upraveny zvláštními předpisy nebo pojistnou smlouvou, platí pro ně ustanovení těchto pojistných podmínek, která jsou mu povahou a účelem nejbližší.
3. Pro to, zda se pojištění vztahuje na všechny uvedené druhy pojistných plnění, nebo jen na některé z nich, je rozhodující obsah pojistné smlouvy.

Článek 2

Úrazové pojištění lze sjednat v jedné pojistné smlouvě i s dalšími druhy pojištění. Pro ně pak platí všeobecné pojistné podmínky příslušného druhu pojištění.

VZNIK A SPRÁVA POJIŠTĚNÍ

Článek 3

Pojistná doba, počátek pojištění, konec pojištění

1. Pojistnou dobu se rozumí doba, na kterou bylo pojištění sjednáno. Pojistnou dobu lze sjednat buď na přesně stanovenou dobu (se sjednaným koncem pojištění) nebo na dobu neurčitou.
2. Pojištění začíná v 00.00 hodin dne sjednaného jako počátek pojištění, nebylo-li účastníky dohodnuto, že začne již uzavřením pojistné smlouvy.
3. U pojištění sjednaných na přesně stanovenou dobu končí pojištění ve 24 hodin dne sjednaného jako konec pojištění.
4. Pokud je úrazové pojištění za běžné pojistné sjednáno v jedné pojistné smlouvě s jiným druhem pojištění, v němž je doba placení pojistného kratší než pojistná doba, zaniká úrazové pojištění uplynutím dohodnuté doby placení pojistného.

Článek 4 Pojistné částky

Pojistitel má právo stanovit pro jednotlivé sazby úrazového pojištění a druhy pojistných plnění maximální a minimální pojistné částky, na které lze pojištění sjednat.

Článek 5 Pojistné

1. Výše a splatnost pojistného je uvedena v pojistné smlouvě. Výše pojistného se určuje podle sazebníku pojistného stanoveného pojistitelem pro jednotlivé druhy a sazby pojištění s ohledem na povolání pojistěného a vykonávanou sportovní činnost.
2. Pokud výše pojistného závisí na věku pojistěného, považuje se pro účely stanovení pojistného za jeho věk rozdíl mezi kalendářním rokem počátku pojištění a kalendářním rokem narození pojistěného (vstupní věk pojistěného).

ZMĚNA POJIŠTĚNÍ

Článek 6 Změna pojištění

Pokud se účastníci dohodnou o změně rozsahu pojištění již sjednaného, plní pojistitel ze změněného pojištění až z pojistných událostí, které nastanou od smluvně stanoveného dne, nejdříve však v 00.00 hodin dne následujícího po uzavření dohody.

ODKUPNÉ

Článek 7 Odkupné

1. Pokud bylo u pojištění za jednorázové pojistné, sjednaného na dobu delší než 1 rok, zaplaceno pojistné, má pojistník právo, aby na jeho žádost pojistitel pojištění zrušil s výplatou odkupného.
2. Výši odkupného pojistitel stanoví podle pojistné technických zásad.
3. Pojištění zaniká dnem, kdy pojistitel odkupné vyplatil v hotovosti, vystaví šek nebo dal příkaz k provedení výplaty peněžnímu ústavu.

DŮSLEDKY NEPLACENÍ POJISTNÉHO

Článek 8

Důsledky neplacení pojistného

Pro neplacení pojistného pojištění zaniká bez náhrady.

PŘERUŠENÍ POJIŠTĚNÍ

Článek 9

U úrazového pojištění nenastává přerušení pojištění ve smyslu § 18 ZPS.

ZÁNİK POJIŠTĚNÍ

Článek 10 Zánik pojištění

1. K zániku pojištění může dojít: a) uplynutím doby, b) nezaplacením pojistného, c) dohodou, která musí obsahovat způsob vzájemného vypořádání závazků a okamžik zániku soukromého pojištění, d) výpovědi pojistitele nebo pojistníka ke konci pojistného období, e) výpovědi pojistitele nebo pojistníka do dvou měsíců od uzavření pojistné smlouvy, f) výpovědi pojistitele nebo pojistníka do 3 měsíců ode dne doručení oznámení vzniku pojistné události, g) výpovědi pojistníka do 1 měsíce ode dne doručení sdělení o převodu pojistného kmene nebo jeho části podle zvláštního právního předpisu nebo do 1 měsíce ode dne zveřejnění oznámení o odnětí povolení k provozování pojišťovací činnosti pojistitele, h) odstoupením od pojistné smlouvy, i) odmítnutím plnění, j) vyplacením odkupného u pojištění za jednorázové pojistné sjednaného na dobu delší než 1 rok, k) smrtí pojistěné fyzické osoby, l) způsoby uvedenými v doplňkových nebo zvláštních pojistných podmínkách.

Důvody jednotlivých zániků pojištění jsou uvedeny v ZPS, doplňkových nebo zvláštních pojistných podmínkách.

2. Pokud pojištění zaniklo z jiných důvodů než uvedených v odstavci 1, písm. b), h) a i), ne však proto, že pojistnou událostí odpadl důvod dalšího pojištění, je pojistitel povinen vrátit zbývající část běžného pojistného.
3. Pokud pojištění zaniklo odstoupením od pojistné smlouvy, tato smlouva se od počátku ruší. Pojistitel je povinen bez zbytečného odkladu,

POJISTNÁ UDÁLOST, POJISTNÉ PLNĚNÍ

Článek 11

Pojistná událost

1. Pojištění se vztahuje na pojistné události, které nastanou během trvání pojištění. Územní platnost pojištění není omezena.
2. Pokud nebylo dohodnuto v pojistné smlouvě jinak, vztahuje se pojištění na úrazy pojistěného, ke kterým dojde při jakékoliv činnosti s výjimkou činnosti uvedených v článku 13.
3. Pojistnou událostí v úrazovém pojištění je úraz pojistěného. Úrazem se rozumí neočekávané a náhle působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojistěného, ke kterému došlo během trvání pojištění a kterým bylo pojistěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt. Pro účely úrazového pojištění se poškozením zdraví rozumí tělesné poškození, které je uvedeno v oceňovacích tabulkách pojistitele.
4. Pojistitel plní i za újmy na zdraví, které byly pojistěnému způsobeny a) nemocí vzniklou výlučně následkem úrazu, b) zhoršením následků úrazu nemocí, již pojištěný trpěl před úrazem, c) místním hnisáním po vniknutí choroboplodných zárodků do otevřených rány způsobené úrazem a nárazou tetanem při úrazu, d) diagnostickými, léčebnými a preventivními zákroky provedenými za účelem léčení následků úrazu.

Výluky z pojištění

Článek 12

Pojistnou událostí není:

- a) vznik a zhoršení kýl (hernií), nádorů všeho druhu a původu, amoce sitnice, vznik a zhoršení aseptických zánětů pochev šlachových, úponů svalových, tluhových váčků, synovitid, epikondylitid a vřezbě meziobratlové ploténky a s ním související obtíže, včetně vytebrogenických algických syndromů, psychická újma, a to ani v případě, kdy vyvolávajícím momentem vyjmenovaných obtíží je úraz,
- b) infekční nemoc, i když byla přenesena zraněním, a pracovní úraz a nemoc z povolání, pokud nemají povahu úrazu podle článku 11,
- c) následek diagnostických, léčebných a preventivních zákroků, které nebyly provedeny za účelem léčení následků úrazu,
- d) dojde-li v důsledku úrazu ke zhoršení nebo projevem se nemocí, včetně zhoršení či projevu se obtíží majících původ v degenerativních změnách,
- e) sebevražda, pokud o ni ani úmyslné sebepoškození.

Článek 13

Pojistitel neplní z událostí, k nimž dojde:

- a) v důsledku nebo v souvislosti s občanskou válkou, válečnou událostí, válečnou invazí, vpádem zahraničního nepřítelce, válečným stavem vyhlášeným nebo nevyhlášeným, revolučním událostmi, převraty, teroristickými útoky (tj. násilným jednáním motivovaným politicky, sociálně, ideologicky nebo nábožensky) a mezinárodní mírovou misí, teroristickými akty včetně kontaminace v důsledku teroristického aktu,
- b) v důsledku nebo v souvislosti s účastí pojištěného na straně iniciátora při občanských nepokojích, vnitrostátních násilných nepokojích a stávkách,
- c) přímým nebo nepřímým působením jaderné energie,
- d) v souvislosti s řízením motorového vozidla při automobilových nebo motocyklových soutěžích a při přípravě na ně. Pojistitel není povinen plnit ani v případech, kdy se pojištěný zúčastní těchto soutěží nebo přípravy na ně jako spoleželec,

- e) vykonává-li pojištění funkci pilota nebo jiného člena posádky letadla s výjimkou toho, vykonává-li tuto činnost jako své povolání na palubě dopravního letadla letecké společnosti přepravujícího osoby nebo náklad; při létání s bezmotorovými letadly, větroni s pomocným motorem a ultralehkými letadly, při závěsném létání, paraglidingu a létání v balonech, při skokoch a letech s padákem z letadla i z výšin, při výkonu horolezeckého sportu, vysokohorské turistice, při lovu spojeném s jízdou na koni, hloubkovém potápění s nutností dýchacího přístroje a při provozování extrémních, tzv. adrenaliničtích sportů, jako je např. canyoning, sky-surfing, sky-bungee, bungee-jumping, shark-diving, mega-diving, rocket-bungee, heli-skiing (biking), rafting, black-water-rafting apod.,
- f) při výkonu horolezeckého sportu, vysokohorské turistice, při lovu spojeném s jízdou na koni, hloubkovém potápění s nutností dýchacího přístroje a při provozování extrémních, tzv. adrenaliničtích sportů, jako je např. canyoning, sky-surfing, sky-bungee, bungee-jumping, shark-diving, mega-diving, rocket-bungee, heli-skiing (biking), rafting, black-water-rafting apod.,
- g) v důsledku nebo v souvislosti s řízením motorového vozidla, pro něž pojištění neměl v době pojištění události řídičské oprávnění.

Článek 14

Omezení plnění pojistitele

Pojistitel je oprávněn snížit pojištění plnění až o jednu polovinu, zemřel-li pojištěný v souvislosti s jedním, jímž jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt jiným jinak hrubě porušil důležitý zájem společnosti.

Článek 15

Pojištění plnění

- Pojištění plnění je splatné v České republice a v české měně, pokud není v pojištné smlouvě dohodnuto jinak.
- Pojištění plnění je splatné do patnácti dnů, jakmile pojistitel skončil šetření nutné ke zjištění rozsahu povinnosti pojistitele plnit. Pojistitel poskytne pojištěnému, resp. oprávněné osobě na požádání ve smyslu § 16 odst. 3 ZPS přiměřenou zálohu.
- Pojistitel poskytne pojištění plnění na základě písemného oznámení na tiskopisu pojistitele, není-li dohodnuto jinak.

Článek 16

Výplata pojištěného plnění

- Z pojištění pojistitel poskytne jednorázové plnění nebo vyplácí důchod, a to podle toho, co bylo dohodnuto v pojištné smlouvě nebo při šetření pojištěné události.
- Bylo-li sjednáno v pojištné smlouvě nebo při šetření pojištěné události plnění ve formě důchodu, vyplácí se důchod v dohodnutých obdobích, a to předem.
- Právo na výplatu důchodu vzniká prvního dne měsíce, který následuje po měsíci, ve kterém došlo k pojištěné události.
- Důchod se vyplácí pojištěnému nebo tomu, komu vzniklo právo na výplatu důchodu, po dohodnutou dobu v pojištné smlouvě nebo při šetření pojištěné události.

Článek 17

Povinnosti pojištěného

- Povinnosti pojištěného je bez zbytečného odkladu vyhledat po úrazu lékařské ošetření, léčit se podle pokynů lékaře, a vyžaduje-li to pojistitel, předložit požadované doklady nebo dát se vyšetřit lékařem, kterého pojistitel určí. V případě pozdního ošetření, které mělo vliv na délku léčení a rozsah trvalých následků, má pojistitel právo pojištění plnění adekvátně snížit.
- V případě pochybností je povinnosti pojištěného prokázat, že k úrazu došlo a za jakých okolností.
- Při hodnocení trvalých následků je pojištěný povinen prokázat se občanským průkazem či jiným platným identifikačním dokladem.
- Pojištěný je povinen při šetření pojištěné události předložit doklady vyžádané pojistitelem v českém jazyce.

SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

Článek 18

Oprávnění pojistitele

- Pojistitel je oprávněn požadovat údaje o zdravotním stavu a zjištění

zdravotního stavu nebo příčiny smrti pojištěného, jsou-li pro to důvody související se stanovením výše pojistného rizika, výše pojištění a se šetřením pojištěné události, pokud k tomu byl pojistiteli dán souhlas pojištěného. 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.

- Souhlas se zjišťováním a přezkoumáváním svého zdravotního stavu dává pojištěný a pojistník podpisem pojištné smlouvy. Souhlas se zjišťováním a přezkoumáváním zdravotního stavu osoby, která není způsobila k právním úkonům, dává její zákonný zástupce nebo opatrovník podpisem pojištné smlouvy.
- Skutečnosti, o kterých se pojistitel při zjišťování zdravotního stavu dozví, smí použít pouze pro svou potřebu.

Článek 19

Vinkulace

- Lze dohodnout, že pojištění plnění nebo odkupné bude vinkulováno ve prospěch třetí osoby. Vinkulace znamená, že pojištění plnění nebo odkupné pojištěný vyplácí třetí osobě, v jejíž prospěch bylo plnění vinkulováno (vinkulační věřitel), pokud vinkulační věřitel nedá souhlas k vyplacení plnění oprávněné osobě podle pojištné smlouvy. Uhrazením plnění vinkulačnímu věřiteli splní pojistitel svůj závazek vůči oprávněné osobě.
- Vinkulace plnění může být provedena pouze na žádost pojistníka. Je-li pojistník odlišný od pojištěného, lze vinkulovat plnění jen se souhlasem pojištěného.

Článek 20

Doručování

- Písemnost týkající se pojištění je doručována zpravidla prostřednictvím držitele poštovní licence podle zvláštního zákona na poslední pojistiteli známou adresu účastníka pojištění na území ČR, jemuž je určena. Písemnost může být doručena i zaměstnancem pojistitele nebo jinou pověřenou osobou.
- Pojistník (pojištěný) je povinen pojistiteli oznámit změnu adresy, kam mu mají být písemnosti zasílány.
- Nebyl-li adresát zastážen, doručovatel uloží písemnost pojištěnému v místě příslušné provozovně držitele poštovní licence. Nevyzvedne-li 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. O následcích odmítnutí musí být adresát poučen.
- Pokud se adresát v místě doručení nezdržuje, aniž by o tom informoval pojistitele, je písemnost doručena dnem, kdy byla zásilka pojistiteli vrácena jako nedoručitelná.

Článek 21

Řešení sporů

- Smluvní strany se dohodly, že všechny majetkové spory vzniklé z uzavřené pojištné smlouvy nebo v souvislosti s ní, které se týkají úplného i částečného nezaplacení běžného či jednorázového pojištěného, jeho výše nebo splatnosti, budou rozhodovány s vyloučením pravomoci obecných soudů v rozhodčím řízení s výjimkou uvedenou v článku 21 odstavec 2 těchto pojištných podmínek. Tyto spory budou rozhodovány jedním rozhodcem jmenovaným Správcem Seznamu rozhodců, vedeném Společností pro rozhodčí řízení, a.s., IČ: 26421381, se sídlem Praha 2, Sokolská 60, PSČ 120 00 (dále jen „Společnost“). Smluvní strany prohlašují, že jsou srozuměny s obsahem Jednacího řádu pro rozhodčí řízení Společnosti, Pravidel o nákladech rozhodčího řízení, Organizačním a Kancelářským řádem Společnosti. O právech a povinnostech plynoucích z těchto dokumentů se smluvní strany mohou rovněž informovat v sídle Společnosti, kde mohou též

obdržet stejnopis Jednacího řádu a Pravidel o nákladech rozhodčího řízení po úhradě nákladů na pořízení kopie, nebo na internetové adrese: <http://www.rozhodci-rizeni.cz/>.

Obě smluvní strany se dohodly a berou na vědomí, že rozhodčí řízení je neveřejné, zpravidla pouze písemné, a že nevylučují-li se žalovanými do sedmi kalendářních dnů ode dne, kdy mu byla doručena žaloba, jsou skutečnosti vyjádřené a uvedené v žalobě považovány za nesporné. Jednací místem je zpravidla sídlo Společnosti. Veškeré písemnosti jsou doručovány poštou, případně osobně. Při doručování poštou straně sporu, jež nebyla zastávena, ačkoliv se v místě doručení zdržuje, se použije přiměřeně ustanovení občanského soudního řádu o doručování písemnosti do vlastních rukou, přičemž opětovně doručování zásilky se nevyzáduje a platí, že nevyzvedne-li si adresát zásilku do 10 dnů od uložení, považuje se poslední den této lhůty za den doručení, i když se adresát o doručení nedozvěděl. Písemnosti se doručují na adresu žalované strany, uvedenou v pojištné smlouvě, nesdělí-li tato strana písemně adresu jinou, k čemuž se zavazuje, pokud chce, aby jí na tuto jinou adresu byly písemnosti doručovány. V případě, že žalovaná strana tuto svoji povinnost nesplní a zdržuje se na jiné adrese, budou v rozhodčím řízení písemnosti doručovány na žalobci známou adresu a žalovaná strana bere na vědomí, že se tak děje s účinky pro rozhodčí řízení rozhodnými, jako by se na této adrese zdržovala.

- Smluvní strany se dohodly na tom, že rozhodčí doložka sjednaná v ustanovení článku 21 odstavec 1 těchto pojištných podmínek se v rozsahu rozhodování konkrétního majetkového sporu, ve věci kterého nebylo dosud zahájeno rozhodčí řízení, ruší zahájením soudního řízení ve věci tohoto konkrétního majetkového sporu.
- Všechny další spory, vzniklé z uzavřené pojištné smlouvy nebo v souvislosti s ní, které vzhledem k jejich předmětu nelze podřadit pod ustanovení článku 21 odstavec 1 těchto pojištných podmínek, budou rozhodovány obecnými věcně a místně příslušnými soudy.

Článek 22

Poplatky

Pojistitel je oprávněn účtovat pojistníkovi nebo pojištěnému poplatky za mimořádné úkony, které provádí na žádost pojistníka nebo pojištěného a jsou uvedeny v Přehledu poplatků. Vyší poplatků určuje pojistitel a je obsažena v aktuálním Přehledu poplatků přístupném na obchodních místech pojistitele. Úhrada poplatků se provádí započetím vzájemných pohledávek. Není-li započtení možno provést, je splatná předem.

Článek 23

Povinnosti oprávněné osoby

Oprávněná osoba je povinna předložit při šetření pojištěné události doklady vyžádané pojistitelem v českém jazyce. V případě pochybností při smrti pojištěného následkem úrazu je povinnosti oprávněné osoby prokázat, že k úrazu došlo a za jakých okolností.

Článek 24

Náklady

Není-li sjednáno jinak, nemá pojištěný ani oprávněná osoba právo na úhradu nákladů vynaložených v souvislosti se šetřením pojištěné události.

Článek 25

Výklad pojmu

Písemnými dotazy pojistitele týkajícími se sjednávaného pojištění jsou všechny dotazy nutné k uzavření pojištné smlouvy. Těmito dotazy se rozumí i dotazy týkající se zdravotního stavu pojištěného i pojistníka.

Oprávněnou osobou v případě smrti pojištěného je obmyšlený. Nebyl-li obmyšlený v pojištné smlouvě určen nebo nenabyl-li práva na plnění, nabývají ho osoby určené podle § 51 odst. 2 a 3 ZPS.

Všeobecné pojištné podmínky pro pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti

schválené představenstvem České pojišťovny ZDRAVÍ a.s. dne 29. 9. 2004 pod č. j. 01/2005.

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti, které sjednává Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s. (dále jen „pojistitel“), platí příslušná ustanovení zákona č. 37/2004 Sb., o pojištné smlouvě a o změně souvisejících zákonů (dále jen „zákon“), další obecně závazné právní předpisy, tyto všeobecné pojištné podmínky (dále jen „pojištné podmínky“), které jsou nedílnou součástí pojištné smlouvy (dále jen „pojištná smlouva“).

SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

Článek 1

Předmět a rozsah pojištění

- Pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti (dále jen „pojištění“) je soukromým pojištěním pro případ nemoci ve smyslu zákona¹ a je sjednáváno jako pojištění obnosové².
- V případě pojištné události vyplácí pojistitel od určeného dne pracovní neschopnosti (tj. po uplynutí karenční doby) denní dávku při pracovní neschopnosti (dále jen „denní dávka“), a to v rozsahu vymezeném pojištnou smlouvou.
- Pojištění se sjednává na pojištné nebezpečí vzniku nahodilé skutečnosti, související se zdravotním stavem fyzické osoby, na jejíž zdraví se soukromé pojištění vztahuje (dále jen „pojištěný“), a které může vyvolat pojištnou událost definovanou v čl. 8 těchto pojištných podmínek.
- Pojištění je možno sjednat pro fyzické osoby, které mají ve smyslu zákona o dani z příjmu³ příjem ze závislé činnosti a funkční požitky („zaměstnanci“), a dále pro osoby, které mají pravidelný příjem z podnikání nebo jiné samostatné výdělečné činnosti („podnikatelé“).
- Povoláním se pro účely těchto pojištných podmínek miní výkon práce

na základě pracovněprávního nebo jemu obdobného vztahu⁴, živnostenské podnikání⁵ jakož i výkon jiné samostatné výdělečné činnosti, uskutečňované v rozsahu stanoveném zvláštním zákonem⁶.

- Podmínky přijetí do pojištění určuje pojistitel.

Článek 2

Územní platnost pojištění

- Pojištná ochrana platí na území České republiky, pokud se účastníci nedohodnou jinak.
- Pojištěný musí mít trvalé bydliště v České republice, pokud se účastníci nedohodnou jinak.

Článek 3

Pojištná doba, počátek a zánik pojištění

- Nebylo-li v pojištné smlouvě dohodnuto jinak, sjednává se pojištění na dobu jednoho roku (pojištná doba). Uplnutím doby, na kterou bylo pojištění sjednáno, pojištění nezaniká, pokud pojistitel nebo pojistník nejméně 6 týdnů před uplynutím pojištné doby nesdělí druhé straně, že na dalším trvání pojištění nemá zájem. Pokud pojištění nezanikne, prodlouží se za stejných podmínek o stejnou dobu, na kterou bylo sjednáno.
- Pojištění začíná v 00.00 hodin dne, určeného v pojištné smlouvě jako počátek pojištění. Pokud účastníci neurčí v pojištné smlouvě počátek pojištění, pojištění začíná v 00.00 hodin prvního dne následujícího kalendářního měsíce po uzavření pojištné smlouvy.
- Jako počátek pojištění nemůže být určen den, který předchází uzavření pojištné smlouvy.
- Zánik pojištění nastává ve 24.00 hodin dne, kdy na základě úkonů účastníků a nebo nastalých skutečností, se kterými je podle těchto pojištných podmínek spojen zánik pojištění, pojištění zaniklo.
- Pojistitel a pojistník se mohou na ukončení pojištění dohodnout.

V dohodě musí být určen okamžik zániku pojištění a dohodnut způsob vzájemného vyrovnání závazků.

- Pojištění zanikne na základě těchto úkonů účastníků (pojistitele nebo pojistníka):
 - písemnou výpověď doručenu do dvou měsíců ode dne uzavření pojištné smlouvy; dnem doručení výpovědi počíná běžet osmidenní výpovědní lhůta, jejímž uplynutím pojištění zanikne,
 - písemnou výpověď ke konci pojištného období, bylo-li sjednáno pojištění s běžným pojištěním; výpověď musí být doručena alespoň šest týdnů před uplynutím pojištného období, jinak je neplatná,
 - písemnou výpověď podanou do 3 měsíců ode dne doručení oznámení o vzniku pojištné události, dnem doručení výpovědi počíná běžet výpovědní lhůta 1 měsíc, jejímž uplynutím pojištění zanikne,
 - uplatní-li pojistník nesouhlas se změnou výše pojištného, v tomto případě pojištění zanikne ke konci pojištného období, na které bylo pojištění zapláceno, pokud se účastníci nedohodnou jinak,
 - odstoupením od pojištné smlouvy za podmínek stanovených zákonem,
 - odmítnutím pojištného plnění ze strany pojistitele, a to dnem doručení oznámení o odmítnutí plnění.
- Pojištění zaniká na základě těchto skutečností:
 - dnem, kdy pojištěný nebo pojistník přestane mít trvalé bydliště na území České republiky, pokud se účastníci nedohodnou jinak,
 - smrtí pojištěného,
 - dnem, kdy pojištěný nemá příjem z výkonu povolání, na jehož základě bylo sjednáno pojištění, nedohodnou-li se účastníci na přerušení pojištění,
 - dnem, kdy pojištěný přestane vykonávat povolání, respekt. kdy přeruší nebo ukončí výkon samostatné výdělečné činnosti, na jejímž základě bylo sjednáno pojištění, nedohodnou-li se účastníci na změnu nebo přerušení pojištění před jeho zánikem,
 - dnem, kdy byl pojištěnému přiznána na základě pravomocného

¹ Např. zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník v platném znění, zákon č. 363/1999 Sb., o pojistovnictví a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o pojistovnictví), v platném znění a další

² Viz ustanovení § 62 zákona o pojištné smlouvě

³ Viz ustanovení § 34 zákona o pojištné smlouvě

⁴ Zákon č. 585/1992 Sb., o dani z příjmu v platném znění

⁵ Zákon č. 65/1965 Sb., zákoník práce v platném znění

⁶ Zákon č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání v platném znění

⁷ Např. dle zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidí, zákona č. 128/1990 Sb.,

⁸ o advokacii, zákona č. 258/1992 Sb., o notariátech a jejich činnosti a další

⁹ Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení v platném znění a další právní předpisy

¹⁰ Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění v platném znění

¹¹ Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení v platném znění

¹¹ Viz ustanovení § 50 zákona o pojištné smlouvě

¹² Potvrzení prac. neschopnosti

¹³ Zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců ve znění pozdějších předpisů

rozhodnutí orgánu sociálního zabezpečení⁸ nebo soudu starobní důchod, sociální důchod, příp. starobní důchod před dosažením důchodového věku ve smyslu zákona o důchodovém pojištění⁹, nejpozději však dnem, kdy pojištěný dosáhne věku 65 let,

- dnem, kdy byl pojištěný uznan invalidním nebo částečně invalidním na základě pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu sociálního zabezpečení, nebo dnem, k němuž byl pojištěnému stanoven počátek výplaty příznaného plného nebo částečného invalidního důchodu, požádal-li pojištěný o plný či částečný invalidní důchod dříve, než došlo k zahájení řízení o příznání invalidity ve smyslu platných právních předpisů¹⁰,
- vyplacením pojištěného plnění (denní dávky) po dobu 52 týdnů; pro účely tohoto ustanovení se jednotlivé pracovní neschopnosti způsobené stejným onemocněním (stejnou diagnózou) nebo léčením následků úrazu sčítají, pokud přestávka mezi nimi nepřesahuje 6 měsíců,
- dnem následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené pojistitelem k zaplacení dlužného pojištění,
- dnem, ve kterém pojistitel obdrží písemně oznámení pojištěného o odvolání souhlasu ke zjišťování a přezkoumávání zdravotního stavu¹¹,
- dnem zániku základního pojištění, ke kterému bylo pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti sjednáno jako připojištění.

Článek 4 Pojistné období

- Pojistným obdobím se rozumí časové období, za které se platí pojistné.
- Pojistné období je vymezeno v pojistné smlouvě a pokud není v pojistné smlouvě účastníky dohodnuto, je pojistným obdobím jeden měsíc.

Článek 5 Pojistné a splatnost pojištění

- Výše pojištění je stanovena v pojistné smlouvě a určuje se podle sazeb stanovených pojistitelem. Pro stanovení výše pojištění je rozhodující zvolená pojistná částka, karenční doba, pohlaví a věk pojištěného, jeho zdravotní stav, vykonávané povolání (zaměstnání, podnikání nebo jiná samostatná výdělečná činnost) a další aktivity pojištěného (např. výkon sportu).
- Nebylo-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak, je běžné pojistné splatné vždy k prvnímu dni pojištního období a jednorázové pojistné dnem počátku pojištění.
- Je-li pojistník v prodlužení s placením pojištění, je pojistitel oprávněn požadovat úrok z prodlužení. Za upomínání dlužného pojištění je pojistitel oprávněn požadovat náhradu vynaložených nákladů a poštovného.
- Pojistitel je oprávněn započíst proti pojištěnému plnění dlužné částky pojištění a jiné splatné pohledávky z pojištění. Přepjatky pojištění, pokud pojistník nepožádá o jejich vrácení, použije pojistitel k úhradě pojištění na další pojistné období.

Článek 6 Přízpůsobení pojištění

- Jedenkrát ročně může pojistitel provést porovnání kalkulovaného a skutečného pojištního plnění, přízpůsobit sazby pojištění tímto novým skutečným a upravit nově výši běžného pojištního na další pojistná období.
- Při změně výše pojištění je pojistitel povinen postupovat způsobem stanoveným zákonem. Pokud pojistník se změnou výše pojištění nesouhlasí, musí svůj nesouhlas uplatnit do 1 měsíce ode dne, kdy se o navrhované změně výše pojištění dozvěděl. Pojištění pak zanikne ke konci pojištního období, na které bylo pojištění zaplacené.

Článek 7 Čekací doba

- Nárok na pojištní plnění z pojištění vzniká teprve u pojištní události, nastalé po uplynutí čekací doby.
- Délka čekací doby činí tři měsíce.
- Čekací doba počíná běžet od počátku pojištění.
- Zvýší-li se pojistná částka (výše denní dávky) za trvání pojištění, uplatní se znovu čekací doba k navýšenému rozsahu pojištní částky. Čekací doba v tomto případě počíná běžet ode dne účinnosti změny pojištění.
- V případě závažného úrazu se čekací doba neuplatňuje za předpokladu, že:
 - úraz vyžadoval z lékařského hlediska nezbytnou hospitalizaci a pojištěný byl nejpozději do 24 hodin od vzniku úrazu hospitalizován; to neplatí v případě, brání-li hospitalizaci překážky, které pojištěný nemohl ani s vynaložením veškerého úsilí odstranit a pojištěný věrohodným způsobem doloží pojištění existenci těchto překážek,
 - hospitalizace pojištěného trvala nejméně po dobu 2 dnů, přičemž rozhodující je počet půlnocí strávených v nemocnici (nejméně 2 půlnoci).Pro odpadnutí čekací doby musí být splněny obě podmínky současně.

Článek 8 Pojistná událost

- Pojistnou událostí je pracovní neschopnost pojištěného, která nastala za trvání pojištění a po uplynutí čekací doby. Pro účely pojištění se pracovní neschopnosti rozumí takový stav pojištěného, při kterém nastanou a pojistiteli jsou doloženy níže vymezené skutečnosti a současně jsou splněny následující podmínky:
 - pojištěný nemůže podle lékařského potvrzení vykonávat pro nemoc nebo úraz a ani nevykonává po přechodnou dobu povolání, na základě kterého bylo sjednáno pojištění, včetně řídicí a kontrolní činnosti, a to ani po omezenou část dne,
 - pojištěnému byl příslušným zdravotnickým zařízením (dále jen „ošetřující lékař“) vystaven doklad o pracovní neschopnosti¹², vydaný na základě předpisů upravujících lékařskou posudkovou činnost u pojištěných, kteří mají nárok na nemocenskou dávku podle zákona o nemocenském pojištění¹³ nebo mu byl ošetřujícím lékařem vydán doklad o pracovní neschopnosti pro pojistitele v případech, kdy pojištěný nemá nárok na nemocenskou dávku podle zákona o nemocenském pojištění,
 - doklad vymezený pod písm. b) má všechny náležitosti obsažené ve formuláři „Potvrzení o pracovní neschopnosti“, včetně vyznačení počátku pracovní neschopnosti a určení diagnózy dle klasifikace ICD (stát. značka) a byl pojistiteli doručen v době trvání pracovní neschopnosti, ze které je uplatněna pojištní událost,
 - opodstatněnost pracovní neschopnosti uzná zdravotnické zařízení určené pojistitelem (dále jen „lékař určený pojistitelem“),
 - pojištěný se skutečně léčí, a to v místě určeném ošetřujícím lékařem.
- V konkrétním případě může stanovit délku pracovní neschopnosti a tím i rozsah pojištního plnění lékař určený pojistitelem. Účastníci se mohou dohodnout na posouzení nezbytné doby trvání pracovní

neschopnosti nezávislým zdravotnickým zařízením, veškeré náklady spojené se zpracováním a vystavením lékařského posudku jdou v tomto případě k tíži toho z účastníků, který si zpracování zdravotního posudku vyžádá.

- Doklad o vzniku, trvání a ukončení pracovní neschopnosti vystavený lékařem, který je manželem, rodičem, dítětem pojištěného nebo jinou osobou pojištěnému blízkou, nestačí k doložení pracovní neschopnosti dle odst. 1 písm. b). Tento doklad si také nemůže vystavit sám pojištěný, i když je jinak oprávněn vydat potvrzení o pracovní neschopnosti.
- Pokud je současně příznána pracovní neschopnost pro souběh více nemocí a nebo léčení následků úrazu, jedná se o jednu pojistnou událost.
- Pojistnou událostí se rozumí i změna diagnózy v průběhu již existující příznané pracovní neschopnosti, změnou diagnózy počíná nová pojistná událost.
- Pojistnou událostí je nutno pojistiteli oznámit způsobem vymezeným v čl. 18.

ROZSAH POJIŠTNÉHO PLNĚNÍ

Článek 9 Pojistná částka

- Výše pojištního plnění vyplývá z pojistné částky, sjednané v pojistné smlouvě.
- Pojistnou částkou je v pojistné smlouvě stanovena výše denní dávky.
- Denní dávka je zaručena za dobu trvání pojištění a její výplata je časově omezena na dobu 52 týdnů pro každou pojistnou událost. Nastane-li v době pracovní neschopnosti další pojistná událost v důsledku změny diagnózy, započítává se do doby vymezené v předchozí větě doba výplaty denní dávky z obou pojištních událostí.

Článek 10 Oprávněnost pojištního plnění

- O oprávněnosti pojištního plnění a jeho výši rozhoduje pojistitel v souladu s pojistnou smlouvou a na základě dokumentů předložených pojištěným, pojistníkem nebo oprávněnou osobou (odst. 1 čl. 14).
- Pojistitel si vyhrazuje právo prověřovat předložené dokumenty, stejně tak i právo vyžadovat znalecké posudky. Pojištěný je též oprávněn složitě pojištní události konzultovat nebo zaslat k odbornému posouzení, a to ještě před poskytnutím pojištního plnění.

Článek 11

Počátek pojištního plnění

- Denní dávka při pracovní neschopnosti se vyplácí od smluvně určeného dne pracovní neschopnosti po uplynutí karenční doby.
- Pojištěný si může v pojistné smlouvě dohodnout jen jeden počátek pojištního plnění.

Článek 12

Redukce výše pojištního plnění

- Pojistitel je oprávněn výši denní dávky při pracovní neschopnosti snížit:
 - porušili-li při sjednávání pojištění nebo při změně pojištní smlouvy pojistník nebo pojištěný některou z povinností stanovenou zákonem nebo pojistnou smlouvou a bylo-li v důsledku toho stanoveno nižší pojištění,
 - pokud mělo porušení povinností stanovených zákonem nebo pojistnou smlouvou podstatný vliv na vznik pojištní události, její průběh nebo zvětšení rozsahu jejich následků anebo na zjištění nebo určení výše pojištního plnění.
- Nastanou-li skutečnosti uvedené v odst. 1 pod písm. a), může pojistitel pojištní plnění přiměřeně snížit. Nastanou-li skutečnosti uvedené v odst. 1 pod písm. b), může pojistitel pojištní plnění snížit úměrně tomu, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinnosti plnit.

Článek 13

Výluky z pojištění

- Pojistitel neposkytuje pojištní plnění v těchto případech:
 - při pracovní neschopnosti vzniklé v souvislosti s těhotenstvím pojištěné,
 - v nemoci nebo úrazu, které vznikly v souvislosti s válečnou událostí, občanskou válkou, občanskými nepokoji nebo teroristickým útokem či v přímé souvislosti s těmito událostmi,
 - pokud pojištěný utrpěl úraz nebo onemocnění v souvislosti s používáním alkoholu nebo návykových látek nebo zneužitím léků a otrav v důsledku požití pevných nebo kapalných či plynných látek následkem nedbalosti,
 - v nemoci nebo úrazu, které vznikly před počátkem pojištění a v čekací lhůtě,
 - v nemoci z povolání a u pracovních úrazů,
 - pokud se pojištěný pokusil o sebevraždu nebo se vědomě poškodil na zdraví,
 - pokud pojištěný utrpěl úraz nebo onemocnění v souvislosti s výtržností, kterou vyvolal, nebo v souvislosti s trestnou činností, kterou spáchal a pro kterou byl soudem uznán vinným,
 - pokud pojištěný utrpěl úraz v souvislosti s profesionálním provozováním sportu,
 - při pracovní neschopnosti v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu, dále z důvodu duševní choroby nebo psychického stavu, pokud nenastaly následkem úrazu,
 - při pobytu pojištěného v zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie a hráchské závislosti,
 - při léčebných pobytech v sanatoriích, lázeňských léčebnách a rehabilitačních centrech kromě případů, kdy je pobyt v nich z lékařského hlediska nezbytnou součástí léčby nemoci nebo následků úrazu a pojištěný s tímto léčebným pobytem vyjádřil předem písemný souhlas, přitom obě podmínky musí být splněny současně,
 - při pracovní neschopnosti vystavené v souvislosti s doprovodem či ošetřováním osob blízkých.
- Pojistiteli dále nevzniká povinnost poskytnout pojištní plnění:
 - za dobu pracovní neschopnosti pojištěného, kterou pojištěný nedoložil ve stanovené lhůtě potvrzením o trvání pracovní neschopnosti nebo doklady, které si pojištěný v rámci šetření pojištní události vyžádal, k jejichž doručení pojištěného vyzval a na důsledky spojené s nesplněním povinnosti pojištěného upozornil,
 - za dobu pracovní neschopnosti počínaje dnem, kdy pojištěný odmítl vyšetření zdravotního stavu lékařem, kterého pojistitel určil, nebo dnem, kdy se k tomuto vyšetření bez předchozí omluvy nedostavil nebo se vyšetřit nenechal,
 - za dobu pracovní neschopnosti pojištěného do oznámení pojištní události ve smyslu čl. 18,

- za dobu pracovní neschopnosti počínaje dnem, kdy pojistitel nebo příslušný orgán státní správy zjistil porušení léčebného režimu pojištěným, tj. zjistil-li zejména, že pojištěný vykonává v době pracovní neschopnosti zaměstnání, podnikání nebo jinou samostatnou výdělečnou činnost, včetně řídicí nebo kontrolní činnosti, nebo zjistil-li, že se pojištěný v době pracovní neschopnosti nezdržuje v místě určeném lékařem v potvrzení o pracovní neschopnosti.

- Končí-li pojistná událost dnem, který určil lékař stanovený pojistitelem, končí tímto dnem i povinnost pojistitele plnit (vyplácet denní dávku).

Článek 14

Výplata pojištního plnění

- Z pojistné smlouvy je pojistitelem poskytováno pojištní plnění pojištěnému nebo tomu, komu v důsledku pojištní události vznikne právo na pojištní plnění (dále jen „oprávněná osoba“).
- Pojistitel je povinen po oznámení pojištní události, se kterou je spojen požadavek na pojištní plnění, zahájit bez zbytečného odkladu šetření pojištní události a šetření ukončit do 3 měsíců po tom, co mu byla pojištní událost oznámena; tuto lhůtu lze dohodou prodloužit.
- Nemůže-li pojistitel šetření pojištní události ukončit do 3 měsíců po oznámení pojištní události, je povinen oprávněné osobě sdělit důvody, pro které nelze šetření ukončit a poskytnout jí na její žádost přiměřenou zálohu.
- Pojistné plnění je splatné do patnácti dnů, jakmile pojistitel skončil šetření nutné ke zjištění rozsahu povinnosti plnit. Šetření je skončeno, jakmile pojistitel sdělí jeho výsledky oprávněné osobě.
- Pojistné plnění je pojištěl povinen poskytnout teprve tehdy, jestliže byly splněny veškeré podmínky specifikované v čl. 8, 17, 18, 20 a dal.
- Pokud vznikne pojistiteli povinnost poskytnout pojištní plnění po dobu delší než jeden měsíc, vyplácí pojištní plnění jedenkrát za měsíc, vždy však až poté, co je mu doložen nárok na výplatu dalšího pojištního plnění.
- Pojistitel není v prodlužení s plněním po dobu, po kterou jsou pojištěný, pojištník nebo oprávněná osoba v prodlužení s plněním povinnosti, které se pojistnou smlouvou a na základě těchto všeobecných pojištních podmínek zavázali plnit při pojištní události.
- Výplata pojištního plnění končí nejpozději se zánikem pojištění.
- Bylo-li vyplaceno pojištní plnění, které tomu, kdo uplatnil právo na plnění, z nějakého důvodu neleželo, potom je ten, kdo uplatnil právo na pojištní plnění, povinen pojištní plnění, které mu bylo neprávem vyplaceno, vrátit, a to i tehdy, jestliže pojištění již zaniklo.

Článek 15

Měna pojištního plnění

Pojistné a pojištní plnění jsou splatná v České republice a v měně, která je ke dni jejich splatnosti na základě zvláštního předpisu určená jako platidlo na území České republiky.

POVINNOSTI POJIŠTNÉHO A POJISTNÍKA

Článek 16

Dotazy pojistitele

- Nedílnou součástí pojištní smlouvy jsou písemné dotazy pojistitele týkající se pojištění, a to včetně dotazů týkajících se vykonávaného zaměstnání, podnikání nebo jiné samostatné výdělečné činnosti (vykonávaného povolání), zdravotního stavu pojištěného, uzavřených pojištění s jinými pojistiteli na stejná rizika a dal., uplatněné pojistitelem jak při vzniku pojištění, tak při jeho změně nebo obnově, při provádění vzniku a šetření pojištních událostí apod.
- Pojištěný, pojistník a oprávněná osoba jsou odpovědní za pravdivé a úplné zodpovězení všech dotazů pojistitele týkajících se pojištění, a to zejména dotazů pojistitele na vykonávané povolání, onemocnění a úrazy pojištěného v době uzavírání pojištní smlouvy, onemocnění předáná před vznikem pojištění, následky úrazů, vyskytující se zdravotní poruchy a potíže, léčbu pojištěného před a v době uzavírání pojištní smlouvy včetně hospitalizace nemocného, pravidelné užívání léků a dal. Tyto údaje je třeba sdělit pojištění a pojištění, pojistník i oprávněná osoba jsou povinni odpovědět na každý písemný dotaz pojistitele, týkající se pojištění.
- Dotazy pojistitele je pojištěný, resp. pojistník povinen sdělit i zmocněnci pojistitele.
- Součástí písemných dotazů pojistitele je „Dotazník o zdravotním stavu“ (čl. 19.), který je obsažený v pojistné smlouvě.
- Písemně nebo z nedbalosti nepravdivě nebo neúplně zodpovězené písemné dotazy pojistitele mohou mít za následek redukcí výše pojištního plnění, odstoupení pojistitele od pojištní smlouvy nebo odmítnutí pojištního plnění.

Článek 17

Oznamovací povinnost

- Pojištěný, a pokud není pojištěný a pojistník jedna osoba, tak i pojistník jsou povinni bez zbytečného odkladu, nejpozději do 15 dnů po nastalé skutečnosti, pojistiteli písemně oznámit jakoukoliv změnu skutečnosti uvedených v pojistné smlouvě, zejména pak:
 - každou změnu povolání (tj. změnu zaměstnání, podnikání nebo výkonu jiné samostatné výdělečné činnosti) pojištěného,
 - ukončení (přerušeno) výkonu povolání, na základě kterého bylo sjednáno pojištění,
 - ztrátu příjmu,
 - uzavření pojištní smlouvy na stejná rizika s jiným pojistitelem,
 - změnu adresy bydliště účastníků pojištění, tj. pojistníka, pojištěného a oprávněné osoby,
 - změnu ošetřujícího lékaře a jeho adresy,
 - zahájení (ukončení) výkonu profesionálního sportu.
- Oznamovací povinnost dle odst. 1 plní pojištěný, pojistník a oprávněná osoba na vlastní náklady. Oznamovací povinnost je splněna dnem, kdy je oznámení doručeno pojistiteli.

Článek 18

Povinnosti pojištěného při pojištní události

- Pojištěný nebo ten, kdo má právo na pojištní plnění (dále jen „pojištěný“), je povinen včas, nejpozději však ke dni dohodnuté počátku plnění, pojistiteli písemně oznámit, že nastala pojištní událost, a vznik pojištní události doložit doklady vymezenými v čl. 8, jakož i dalšími doklady, které si pojištělý vyžádá. Tyto dokumenty si pojištělý ponechává.
- Včasným oznámením pojištní události se rozumí její nahlášení do konce uplynutí karenční doby. Pokud ze závažných důvodů nemůže uvedenou povinnost splnit, pak je povinen tak učinit co nejdříve poté, jakmile uvedené důvody opadnou.

- Trvá-li pracovní neschopnost déle než 14 dnů, je pojištěný povinen nechat si tuto skutečnost potvrdit od ošetřujícího lékaře a doklad o trvání pracovní neschopnosti předkládat pojistiteli v pravidelných intervalech každých 14 dnů trvání pracovní neschopnosti nebo pojistiteli bez zbytečného odkladu sdělit důvody, proč to povinnosti nemůže splnit.
- Pojištěný je povinen zabezpečit, aby veškerá zdravotní dokumentace, kterou si pojistitel vyžádá, a která se vztahuje k pojistné události, byla pojistiteli doručena ve lhůtách stanovených pojistitelem. Brání-li pojistěnému v plnění této povinnosti závažné důvody, je povinen pojistitele bez zbytečného odkladu o těchto důvodech informovat.
- Pojištěný, pojistník a případně oprávněná osoba, jsou povinni umožnit pojistiteli, a to včetně osob zmocněných pojistitelem, kontrolu dodržování závazků převzatých na základě pojistné smlouvy, především kontrolu dodržování léčebného režimu, prokazování vzniku, trvání a ukončení pracovní neschopnosti, trvání výkonu povolání, na základě kterého bylo sjednáno pojištění a dalších skutečností nezbytných pro stanovení výše a rozsahu pojistitele plnit a poskytnout pojistiteli nezbytnou součinnost.
- Pojištěný je povinen zdržovat se v době pracovní neschopnosti v místě svého bydliště, kromě těch případů, kdy je v lékařsky nutném nemocničním ošetření nebo opustil místo bydliště se souhlasem ošetřujícího lékaře, nebo je během pobytu mimo místo svého bydliště práce neschopen z důvodu akutního onemocnění či z důvodu zde nastalého úrazu, a pokud je z lékařského hlediska vyloučen návrat pojištěného do místa bydliště.
- Pojištěný je povinen postarat se o znovunabytí své pracovní schopnosti. Musí především svédomitě dodržovat rady lékaře, léčebný režim (včetně časového rozptýlení vycházek) a vyloučit veškerá jednání, která brání uzdravení.

ZJIŠŤOVÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU

Článek 19

Dotazník o zdravotním stavu

- Pojištěný je povinen pravdivě a úplně vyplnit pojistitelem předložený „Dotazník o zdravotním stavu“ (dále jen „dotazník“).
- Pravdivě a úplně zodpovězení dotazů pojistitele a uvedení všech požadovaných údajů je nezbytné pro uzavření pojistné smlouvy. To platí i v případě změny pojistné smlouvy nebo obnovy pojištění a dojde-li před uzavřením pojistné smlouvy (změny pojištění) k jakýmkoliv změnám v údajích, uvedených v dotazníku, je pojištěný povinen tyto změny neprodleně oznámit pojistiteli.
- Za úplnost, pravdivost a správnost poskytnutých údajů je odpovědný pojištěný i v těch případech, jestliže dotazník vyplňuje třetí osoba.

Článek 20

Zkoumání zdravotního stavu

- Pojistitel je oprávněn zjišťovat a přezkoumávat zdravotní stav pojištěného při uzavírání pojistné smlouvy a při šetření pojistných událostí, a to na základě zpráv vyžádaných s jeho souhlasem od lékařů, kompletní zdravotní dokumentace, zpráv vyžádaných od zdravotnických zařízení, ve kterých se léčí nebo ve kterých se jeho zdravotní stav posuzoval, jakož i prohlídkou, příp. vyšetřením lékařem, kterého pojistitel sám určí. Zjišťování zdravotního stavu provádí pojistitel prostřednictvím pověřených zdravotnických zařízení.
- Souhlas se zjišťováním a přezkoumáváním zdravotního stavu dává pojištěný a pojistník podpisem pojistné smlouvy.

- Pojištěný je povinen umožnit pojistiteli získat veškerou zdravotní dokumentaci, kterou si pojistitel vyžádá.
- Pojištěný je povinen se podrobit na požádání pojistitele vyšetření u lékaře určeného pojistitelem, a to ve lhůtě stanovené pojistitelem. Nemůže-li ze závažných důvodů vyšetření absolvovat, je povinen pojistitele včas informovat o důvodech, které mu brání ve splnění této povinnosti a dohodnout s pojistitelem náhradní termín vyšetření.
- Skutečností, o kterých se pojistitel při zjišťování zdravotního stavu dozví, smí použít pouze pro uzavření pojistné smlouvy a plnění závazků z pojištění, jinak pouze s výslovným souhlasem pojištěného.

NÁHRADA ŠKODY

Článek 21

Postoupení pohledávky

- Pokud má pojištěný nárok na náhradu škody vůči třetím osobám, je povinen tyto nároky až do výše poskytnutého pojistného plnění písemně postoupit pojistiteli.
- Vzdá-li se pojištěný nároků dle odst. 1 nebo práva k zajištění takových nároků bez předchozího písemného souhlasu pojistitele, je pojistitel zproštěn povinnosti plnit v rozsahu, v jakém mohl požadovat náhradu škody od třetí osoby (osob).

ZMĚNA A PŘERUŠENÍ POJIŠTĚNÍ

Článek 22

Změna pojištění

- Účastníci se mohou dohodnout na změně pojištění. Dohoda o změně pojištění musí být vyhotovena písemně a podepsána účastníky. Jedno vyhotovené dohody je pojistitel povinen předat pojistníkovi.
- Pokud se účastníci dohodnou na změně rozsahu pojištění již sjednaného, plní pojistitel ze změněného pojištění až z pojistných událostí, které nastanou nejdříve dnem účinnosti změny pojištění. Dojde-li při změně pojištění k navýšení denní dávky, uplatní se postup vymezený v odst. 4 čl. 7.
- Při změnách pojištění nastávají účinky změny pojištění v 00.00 hodin dne, který byl účastníky dohodnut jako den účinnosti změny pojištění.

Článek 23

Přerušení pojištění

- Pojištění může být během pojistné doby přerušeno. Za dobu přerušeni netrvá povinnost platit pojistné a nevzniká právo na pojistné plnění z pojistných událostí, které nastaly v době přerušeni pojištění a které by jinak byly pojistnými událostmi.
- Pojištění může být přerušeno dohodou účastníků, a to nejméně na dobu tří měsíců, nejvýše však na dobu 1 roku.
- Doba přerušeni pojištění se započítává do pojistné doby. Po dobu přerušeni pojištění je pojistník povinen hradit poplatek ve výši nákladů spojených se správou pojištění.
- Pojištění se nepřerušuje, nebylo-li pojistné zapláceno do 2 měsíců ode dne jeho splatnosti.

DORUČOVÁNÍ

Článek 24

Doručování písemností

- Písemnosti adresované pojištěnému, pojistníkovi nebo oprávněné osobě (dále jen „adresát“) jsou zpravidla doručovány prostřednic-

- tvím držitele poštovní licence (dále jen „pošta“) na poslední pojištěn- telní známou adresu účastníka pojištění, jemuž je určena (dále jen „místo doručení“). Nastane-li pojistná událost, jsou písemnosti doručovány pouze do místa, určeného ošetřujícím lékařem jako „přesná adresa v době pracovní neschopnosti“ a uvedená na formuláři „Potvrzení o pracovní neschopnosti“.
- Nebyl-li adresát zastížen, ačkoliv se v místě doručení zdržuje, a písemnost se nepodařilo doručit ani prostřednictvím jiné osoby, písemnost se uloží v místně příslušné provozovně pošty a adresát se vhodným způsobem vyveze, aby si písemnost vyzvedl. Písemnost se považuje za doručenu dnem uložení, i když se adresát o uložení záslky nezodvėděl.
- Pokud se adresát v místě doručení nezdržuje, aniž by o tom informoval pojistitele, je písemnost doručena dnem, kdy byla záslka pojistiteli vrácena jako nedoručitelná. Odmítne-li adresát přijetí písemnosti, považuje se písemnost za doručenu dnem, kdy adresát její přijetí odmítl.
- Písemnosti adresované a doručované pojistiteli jsou doručeny teprve dnem, kdy pojistitel potvrdí jejich převzetí.
- Oznámí-li pojistník (pojištěný) pojistiteli v předstihu změnu adresy nebo adresu, kam mu mají být písemnosti zasílány po přesné stanovenou a ohraničenou dobu, po kterou se nebude v místě doručení zdržovat, doručuje pojistitel písemnosti na tuto adresu po dobu uvedenou v oznámení.
- Pojistitel doručuje písemnosti adresátovi pouze na adresu na území ČR.

ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

Článek 25

Forma právních úkonů

- Pojistná smlouva musí být uzavřena písemně.
- Všechny úkony nutné k uzavření pojistné smlouvy, změny a doplňky pojistné smlouvy, úkony týkající se přerušeni, změny nebo zániku pojištění, jakož i veškeré další úkony týkající se pojištění, musí mít písemnou formu.
- Ukonem ve smyslu odst. 2 se rozumí též dotazy pojistitele, týkající se zdravotního stavu, výkonu povolání a příjmu pojištěného, tak případně další dotazy na toho, kdo s pojistitelem uzavírá pojistnou smlouvu (dále jen „zájemce o pojištění“), tak i odpovědi na ně.

Článek 26

Příslušnost soudu a volba práva

Jakýkoliv spor vyplývající z pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti bude řešen u příslušného soudu v České republice podle právních předpisů platných na území České republiky.

Článek 27

Náhrada nákladů

Pojistitel má právo na náhradu mimořádných nákladů za úkony, které provádí na žádost účastníků pojištění. Výši náhrady nákladů stanoví pojistitel v aktualizovaném Šazebniku zpoplatněných úkonů, přístupném v místě sídla pojistitele. Úhrada náhrady nákladů se provádí především započtením vzájemných pohledávek a není-li započtení možné, je splatná předem.

Tyto všeobecné pojistné podmínky byly schváleny představenstvem České pojišťovny ZDRAVÍ a.s. dne 29. 9. 2004 pod č. j. 01/2005.

Všeobecné pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1. 1. 2005.

Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění denní podpory při pobytu v nemocnici

schválené představenstvem České pojišťovny ZDRAVÍ a.s. dne 29. 9. 2004 pod č. j. 02/2005.

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro pojištění denní podpory při pobytu v nemocnici, které sjednává Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s. (dále jen „pojistitel“), platí příslušná ustanovení zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů (dále jen „zákon“), další obecné závazné právní předpisy, tyto všeobecné pojistné podmínky (dále jen „pojistné podmínky“), které jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy (dále jen „pojistná smlouva“).

SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

Článek 1

Předmět a rozsah pojištění

- Pojištění denní podpory při pobytu v nemocnici (dále jen „pojištění“) je soukromým pojištěním pro případ nemoci ve smyslu zákona¹ a je sjednáváno jako pojištění obnosové².
- V případě pojistné události vyplácí pojistitel denní podporu při pobytu v nemocnici (dále jen „podpora“), a to v rozsahu vymezeném pojistnou smlouvou.
- Pojištění se sjednává na pojistné nebezpečí vzniku nahodilé skutečnosti, související se zdravotním stavem fyzické osoby, na jejíž zdraví se soukromé pojištění vztahuje (dále jen „pojištěný“), a které může vyvolat pojistnou událost definovanou v čl. 8 těchto pojistných podmínek.
- Podmínky přijetí do pojištění určuje pojistitel.

Článek 2

Územní platnost pojištění

- Pojistná ochrana se vztahuje na nemocniční lůžkovou péči (hospitalizaci) poskytnutou na území České republiky, pokud se účastníci nedohodnou jinak.
- Pojištěný musí mít trvalé bydliště v České republice, pokud se účastníci nedohodnou jinak.

Článek 3

Pojistná doba, počátek a konec pojištění

- Nebylo-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak, sjednává se pojištění na dobu jednoho roku (pojistná doba). Uplynutím doby, na kterou bylo pojištění sjednáno, 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 stejnou dobu, na kterou bylo sjednáno.

Článek 4

Pojistné období

- Pojistným obdobím se rozumí dohodnuté časové období, za které se platí pojistné.

¹ Např. zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník v platném znění, zákon č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o pojišťovnictví), v platném znění a další

² Viz ustanovení § 62 zákona o pojistné smlouvě

³ Viz ustanovení § 34 zákona o pojistné smlouvě

⁴ Viz ustanovení § 50 zákona o pojistné smlouvě

⁵ Viz ustanovení § 13 odst. 3 zákona o pojistné smlouvě

⁶ Propouštěcí zpráva z nemocnice

- Zvláštní čekací doba v délce 8 měsíců je stanovena:
 - pro případ hospitalizace v souvislosti s těhotenstvím a porodem,
 - pro případ hospitalizace při ošetření zubů, zhotovení zubních náhrad a úkonů čelistní ortopedie a čelistní chirurgie,
 - pro případ hospitalizace u ortopedických náhrad.
- Zvýšili-li se pojistná částka (výše podpory) za trvání pojištění, uplatní se znovu čekací doba, vymezená v odst. 2 a 5 tohto článku, k navýšenému rozsahu pojistné částky. Čekací doba v tomto případě počíná běžet ode dne účinnosti změny pojištění.

Článek 8 Pojistná událost

- Pojistnou událostí je poskytnutí lůžkové základní a specializované diagnostické a léčebné péče ve zdravotnickém zařízení (nemocnici), která je z lékařského hlediska nezbytná z důvodů nemoci nebo úrazu pojištěného, a která nemohla být poskytnuta ambulantně (dále jen „hospitalizace“).
- Hospitalizací se pro účely pojištění rozumí pobyt pojištěného na lůžkové části nemocnice, která je pod stálým odborným lékařským dozorem, pracuje v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, disponuje dostatečnými diagnostickými a terapeutickými možnostmi, pracuje podle obecně vědecky uznávaných metod a vede záznamy o zdravotním stavu a průběhu léčby (zdravotní dokumentaci).
- O hospitalizaci z lékařského hlediska nezbytnou se jedná tehdy, jestliže ošetření pojištěného musí být provedeno v nemocnici na lůžkové části, a to z hlediska k závažnosti onemocnění (úrazu) nebo vzhledem k charakteru lékařského ošetření.
- Pojistná událost začíná okamžikem, kdy je pojištěný přijat k hospitalizaci a končí okamžikem, kdy již hospitalizace není z lékařského hlediska nezbytná.
- Pojistnou událostí není, byli-li pojištěný přijat k hospitalizaci před počátkem pojištění, v čekací době nebo ve zvláštní čekací době.
- Pojistnou událost je třeba doložit způsobem vymezeným v těchto pojistných podmínkách (čl. 17).

ROZSAH POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Článek 9 Pojistná částka

- Výše pojistného plnění vyplývá z pojistné částky, sjednané v pojistné smlouvě.
- Pojistnou částkou je v pojistné smlouvě stanovena výše podpory. Podpora se poskytuje za každý kalendářní den hospitalizace, která je z lékařského hlediska nezbytná, a poskytuje se bez časového omezení, pokud se v dalších ustanoveních těchto pojistných podmínek nestanoví jinak.
- Pro účely poskytnutí podpory se den, kdy byl pojištěný k hospitalizaci přijat, a den, kdy byl z tohoto ošetření propuštěn, počítají a považují se za jeden den hospitalizace.
- Při hospitalizaci při porodu náleží podpora pouze za 7 dní hospitalizace pojištěného, při hospitalizaci v důsledku onemocnění souvisejících s těhotenstvím pouze za 14 dní hospitalizace pro každé těhotenství.
- Výplata podpory končí nejpozději se zánikem pojištění.

Článek 10 Oprávněnost pojistného plnění

- O oprávněnosti pojistného plnění a jeho výši rozhoduje pojistitel v souladu s pojistnou smlouvou a na základě dokumentů předložených pojištěným, pojistníkem nebo oprávněnou osobou (odst. 1 čl. 13).
- Pojistitel si vyhrazuje právo prověřovat předložené dokumenty, stejně tak i právo vyžadovat znalecké posudky. Pojistitel je též oprávněn složitě pojistné události konzultovat nebo zaslat k odbornému posouzení, a to ještě před poskytnutím pojistného plnění.

Článek 11 Redukce pojistného plnění

- Pojistitel je oprávněn výši podpory snížit:
 - porušil-li při sjednávání pojištění nebo při změně pojistné smlouvy pojistník nebo pojištěný některou z povinností stanovenou zákonem nebo pojistnou smlouvou a bylo-li v důsledku toho stanoveno nižší pojistné,
 - pokud mělo porušení povinností stanovených zákonem nebo pojistnou smlouvou podstatný vliv na vznik pojistné události, její průběh nebo zvětšení rozsahu jejích následků anebo na zjištění nebo určení výše pojistného plnění.
- Nastanou-li skutečnosti uvedené v odst. 1 pod písm. a), může pojistitel pojistné plnění snížit. Nastanou-li skutečnosti uvedené v odst. 1 pod písm. b), může pojistitel pojistné plnění snížit úměrně tomu, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinnosti plnit.

Článek 12 Vyluky z pojištění

- Pojistitel neposkytuje pojistné plnění v těchto případech:
 - u nemoci nebo úrazu, které vznikly v souvislosti s válečnou událostí, občanskou válkou, občanskými nepokoji nebo teroristickým útokem či v přímé souvislosti s těmito událostmi,
 - pokud pojištěný utrpěl úraz, který si sám způsobil, nebo onemocněl v souvislosti s požitím nebo požíváním alkoholu nebo návykových látek nebo zneužíváním léků,
 - pokud se pojištěný pokusil o sebevraždu nebo se vědomě poškodil na zdraví,
 - pokud pojištěný utrpěl úraz nebo onemocnění v souvislosti s výtržností, kterou vyvolal, nebo v souvislosti s trestnou činností, kterou spáchal a pro kterou byl soudem uznán vinným,
 - pokud pojištěný utrpěl úraz v souvislosti s profesionálním provozem sportu,
 - při hospitalizaci v nemocničních zařízeních, která pojistitel vyloučil z pojistné ochrany, a to zejména v případě, že k pojistné události došlo poté, co pojistitel o této vyluce pojištěného písemně informoval,
 - při hospitalizaci pojištěného v léčebnách pro dlouhodobé nemocné, v léčebnách tuberkulózy a respiračních nemocí a v dalších odborných léčebných ústavech, zvláštních dětských zařízeních a rovněž při pobytu pojištěného v ústavech sociální péče a na ošetřovných vojenských útvarů,
 - při hospitalizaci v psychiatrických léčebnách a v jiných zdravotnických zařízeních v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu,
 - při léčebném pobytu pojištěného v léčebnách léčby závislosti na alkoholu, toxikomanie a hráček závislosti,
 - při hospitalizaci pojištěného související pouze s potřebou pečovatelské a opatrovnícké péče,
 - při hospitalizaci z důvodů kosmetických úkonů, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné,

- při léčebném pobytu v lázeňských zařízeních a sanatoriích a při léčebném pobytu v rehabilitačních zařízeních,
 - při hospitalizaci za použití diagnostických a léčebných metod, které nejsou všeobecně vědecky uznávány,
 - při hospitalizaci vzniklé v souvislosti s nemocí z povolání nebo pracovním úrazem,
 - při hospitalizaci plánované před počátkem pojištění nebo hospitalizaci, o jejíž nezbytnosti pojištěný věděl nebo mohl vědět před počátkem pojištění.
- Pojistitel dále nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění za dny,
 - kdy se pojištěný v nemocnici vůbec nezdržoval nebo jestliže hospitalizace pojištěného trvala méně než 24 hodin,
 - za dobu hospitalizace, kterou pojištěný nedoložil dokladem o poskytnutí nemocniční lůžkové péče ve smyslu čl. 17., který si pojistitel v rámci šetření pojistné události vyžádal, a k jehož doručení pojištěného vyzval a na důsledky spojené s nesplněním povinnosti pojištěného upozornil.

Článek 13

Výplata pojistného plnění

- Z pojistné smlouvy je pojistitelem poskytováno pojistné plnění pojištěnému nebo tomu, komu v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění (dále jen „oprávněná osoba“).
- Pojistitel je povinen po oznámení pojistné události, se kterou je spojen požadavek na pojistné plnění z pojištění, zahájit bez zbytečného odkladu šetření pojistné události a šetření ukončit do 3 měsíců po tom, co mu byla pojistná událost oznámena; tuto lhůtu lze dohodou prodloužit.
- Nemůže-li pojistitel šetření pojistné události ukončit do 3 měsíců po oznámení pojistné události, je povinen oprávněné osobě sdělit důvody, pro které nelze šetření ukončit a poskytnout jí na její žádost přiměřenou zálohu.
- Pojistné plnění je splatné do patnácti dnů, jakmile pojistitel skončil šetření nutné ke zjištění rozsahu povinnosti plnit. Šetření je skončeno, jakmile pojistitel sdělí jeho výsledky oprávněné osobě.
- Pojistné plnění je pojistitel povinen poskytnout teprve tehdy, jestliže mu byly předloženy veškeré doklady, které požadoval. Tyto dokumenty si pojistitel ponechává. V případě, že pojištěný, pojistník anebo oprávněná osoba nevyjvíjí potřebnou součinnost při poskytování podkladů, je pojistitel oprávněn uplatnit postup vymezený v čl. 12. odst. 2. písm. b).
- Pojistitel není v prodlání s plněním po dobu, po kterou jsou pojištěný, pojistník nebo oprávněná osoba v prodlání s plněním povinnosti, které se pojistnou smlouvou a na základě těchto všeobecných pojistných podmínek zavázaly plnit při pojistné události.
- Bylo-li vyplaceno pojistné plnění, které tomu, kdo uplatnil právo na pojistné plnění, z nějakého důvodu nenaleželo, potom je ten, kdo uplatnil právo na pojistné plnění povinen pojistné plnění, které mu bylo neprávem vyplaceno, vrátit, a to i tehdy, jestliže pojištění již zaniklo.
- Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění.

Článek 14

Měna pojistného plnění

Pojistné a pojistná plnění jsou splatná v České republice a v měně, která je ke dni jejich splatnosti na základě zvláštního předpisu určena jako platidlo na území České republiky.

POVINNOSTI POJISTĚNÉHO A POJISTNÍKA

Článek 15 Dotazy pojistitele

- Nedílnou součástí pojistné smlouvy jsou písemné dotazy pojistitele týkající se pojištění, a to včetně dotazů týkajících se vykonávaného zaměstnání, podnikání nebo jiné samostatné výdělečné činnosti (vykonávaného povolání), zdravotního stavu pojištěného, uzavřených pojištění s jinými pojistiteli na stejná rizika a dal., uplatněné pojistitelem jak při vzniku pojištění, tak při jeho změně nebo obnově, při prověřování vzniku a šetření pojistných událostí apod.
- Pojištěný, pojistník a oprávněná osoba jsou odpovědní za pravdivé a úplné zodpovězení všech dotazů pojistitele týkajících se pojištění, a to zejména dotazů pojistitele na vykonávané povolání, onemocnění a úrazy pojištěného v době uzavírání pojistné smlouvy, onemocnění prodláhaná před vznikem pojištění, následky úrazů, vyskytující se zdravotní poruchy a potíže, léčbu pojištěného před a v době uzavírání pojistné smlouvy včetně hospitalizace nemocného, pravidelné užívání léků a dal. Tyto údaje je třeba sdělit pojistiteli a pojištěným, pojistník a oprávněná osoba jsou povinni na požádání pojistitele odpovědět na každý dotaz pojistitele, týkající se pojištění.
- Dotazy pojistitele je pojištěný, resp. pojistník povinen sdělit i zmocněnci pojistitele.
- Součástí písemných dotazů pojistitele je „Dotazník o zdravotním stavu“ (čl. 18), který je obsažen v pojistné smlouvě.
- Úmyslné nebo z nebalosti nepravdivé nebo neúplné zodpovězení písemné dotazy pojistitele mohou mít za následek redukcí pojistného plnění, odstoupení pojistitele od pojistné smlouvy nebo odmítnutí pojistného plnění.

Článek 16

Oznamovací povinnost

- Pojištěný, a pokud není pojištěný a pojistník jedna osoba, tak i pojistník jsou povinni bez zbytečného odkladu, nejpozději do 15 dnů po nastalé skutečnosti, pojistiteli písemně oznámit jakoukoliv změnu skutečnosti uvedených v pojistné smlouvě, zejména pak:
 - každou změnu povolání (tj. změnu zaměstnání, podnikání nebo výkonu jiné samostatné výdělečné činnosti) pojištěného,
 - uzavření pojistné smlouvy na stejná rizika s jiným pojistitelem,
 - změnu adresy bydliště účastníků pojištění, tj. pojistníka, pojištěného a oprávněné osoby,
 - změnu ošetřujícího lékaře a jeho adresy,
 - zahájení (ukončení) výkonu profesionálního sportu.
- Oznamovací povinnost dle odst. 1 plní pojištěný, pojistník a oprávněná osoba na vlastní náklady. Oznamovací povinnost je splněna dnem, kdy je oznámení doručeno pojistiteli.

Článek č. 17

Povinnosti pojištěného při pojistné události

- Pojištěný nebo ten, kdo má právo na pojistné plnění, je povinen oznámit pojistiteli vznik pojistné události.
- Při vzniku pojistné události je třeba pojistiteli předložit vyplněný formulář pojistitele a doklad o poskytnutí nemocniční lůžkové péče, vydaný příslušným zdravotnickým zařízením“. Tyto doklady musí obsahovat identifikaci pojištěného (jméno a příjmení ošetřované oso-

by, její rodné číslo, bydliště), označení druhu onemocnění (diagnóza dle klasifikace ICD), datum počátku a datum ukončení hospitalizace, jakož i další potřebné údaje vyžádané pojistitelem.

- Doklady uvedené v odst. 2 je pojištěný povinen předložit pojistiteli bez zbytečného odkladu, a to nejpozději do 30 dnů po ukončení hospitalizace. V případě dlouhodobé hospitalizace, kdy pojistitel poskytuje na žádost pojištěného zálohu (zálohy) na pojistné plnění, je nutno nárok pojištěného doložit doklady o průběhu a trvání hospitalizace.

ZJIŠŤOVÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU

Článek 18

Dotazník o zdravotním stavu

- Pojištěný je povinen pravdivě a úplně vyplnit pojistitelem předložený „Dotazník o zdravotním stavu“ (dále jen „dotazník“).
- Pravdivě a úplně zodpovězení dotazů pojistitele a uvedení všech požadovaných údajů je nezbytné pro uzavření pojistné smlouvy. To platí i v případě změny pojistné smlouvy nebo obnovy pojištění, a dojde-li před uzavřením pojistné smlouvy (změny pojištění) k jakýmkoliv změnám v údajích, uvedených v dotazníku, je pojištěný povinen tyto změny neprodleně oznámit pojistiteli.
- Za úplnost, pravdivost a správnost poskytnutých údajů je odpovědný pojištěný i v těch případech, jestliže dotazník vyplňuje třetí osoba.

Článek 19

Zkoumání zdravotního stavu

- Pojistitel je oprávněn zjišťovat a přezkoumávat zdravotní stav pojištěného při uzavírání pojistné smlouvy a při šetření pojistných událostí, a to na základě zpráv vyžádaných z jeho souhlasem od lékařů, kompletní zdravotní dokumentace, zpráv vyžádaných od zdravotnických zařízení, ve kterých se léčil nebo ve kterých se jeho zdravotní stav posuzoval, jakož i prohlídkou, příp. vyšetřením lékařem, kterého pojistitel sám určí. Zjišťování zdravotního stavu provádí pojistitel prostřednictvím pověřených zdravotnických zařízení.
- Souhlas se zjišťováním a přezkoumáváním zdravotního stavu dáva pojištěný a pojistník podpisem pojistné smlouvy.
- Pojištěný je povinen umožnit pojistiteli získat veškerou zdravotní dokumentaci, kterou si pojistitel vyžádá.
- Skutečnosti, o kterých se pojištěný dozví, smí použít pouze pro uzavření pojistné smlouvy a plnění závazků z pojištění, jinak pouze s výslovným souhlasem pojištěného.
- Při lékařsky nezbytné hospitalizaci má pojištěný právo na svobodnou volbu ve výběru zdravotnických zařízení. Pojistná ochrana se však vztahuje pouze na léčebnou péči v zařízeních, která splňují podmínky vymezené v čl. 8.

NÁHRADA ŠKODY

Článek 20

Postoupení pohledávky

- Pokud má pojištěný nárok na náhradu škody vůči třetí osobám, je povinen tyto nároky až do výše poskytnutého pojistného plnění písemně postoupit pojistiteli.
- Vzdá-li se pojištěný nároků dle odst. 1 nebo práva k zajištění takových nároků bez předchozího písemného souhlasu pojistitele, je pojistitel zproštěn povinnosti plnit v rozsahu, v jakém mohl požadovat náhradu škody od třetí osoby (osob).

ZMĚNA A PRERUŠENÍ POJISTĚNÍ

Článek 21

Změna pojištění

- Účastníci se mohou dohodnout na změně pojištění. Dohoda o změně pojištění musí být vyhotovena písemně a předepsána účastníky. Jedno vyhotovení dohody je pojistitel povinen předat pojistníkovi.
- Pokud se účastníci dohodnou na změně rozsahu pojištění již sjednaného, plní pojistitel ze změněného pojištění až z pojistných událostí, které nastanou nejdříve dnem účinnosti změny pojištění. Dojde-li při změně pojištění k navýšení podpory, uplatní se postup vymezený v odst. 6 čl. 7.
- Při změnách pojištění nastávají účinky změny pojištění v 00.00 hodin dne, který byl účastníky dohodnut jako den účinnosti změny pojištění.

Článek 22

Prerušení pojištění

- Pojištění může být během pojistné doby přerušeno. Za dobu přerušování netrvá povinnost platit pojistné a nevzniká právo na pojistné plnění z pojistných událostí, které nastaly v době přerušování pojištění a které by jinak byly pojistnými událostmi.
- Pojištěný může být přerušeno dohodou účastníků, a to nejméně na dobu tří měsíců, nejvýše však na dobu 1 roku.
- Doba přerušování pojištění se započítává do pojistné doby. Po dobu přerušování pojištění je pojistník povinen hradit poplatek ve výši nákladů spojených se správou pojištění.
- Pojištění se nepřerušuje, nebylo-li pojistné zaplaceno do 2 měsíců ode dne jeho splatnosti.

DORUČOVÁNÍ

Článek 23

Doručování písemností

- Písemnosti adresované pojistníkovi, pojištěnému nebo oprávněné osobě (dále jen „adresát“) jsou zpravidla doručovány prostřednictvím držitele poštovní licence (dále jen „pošta“) na poslední pojistitelův známou adresu účastníka pojištění, jemuž je určena (dále jen „místo doručení“).
- Nebyl-li adresát zastížen, ačkoliv se v místě doručení zdržuje, a písemnost se nepodařilo doručit ani prostřednictvím jiné osoby, písemnost se uloží v místně příslušné provozovně pošty a adresát se vhodným způsobem vyzve, aby si písemnost vyzvedl. Písemnost se považuje za doručenu dnem uložení, i když se adresát o uložení zásluky nedozvěděl.
- Pokud se adresát v místě doručení nezdržuje, aniž by o tom informoval pojistitele, je písemnost doručena dnem, kdy byla zásluka pojistiteli vrácena jako nedoručitelná. Odmítne-li adresát přijetí písemnosti, považuje se písemnost za doručenu dnem, kdy adresát její přijetí odmítl.
- Písemnosti adresované a doručované pojistiteli jsou doručeny teprve dnem, kdy pojistitel potvrdí jejich převzetí.
- Oznámí-li pojistník (pojištěný) pojistiteli v předstihu změnu adresy nebo adresu, kam mu mají být písemnosti zasílány po přesné stanovenou a ohraničenou dobu, po kterou se nebude v místě doručení

držovat, doručuje pojistitel písemnosti na tuto adresu po dobu uvedenou v oznámení.

3. Pojistitel doručuje písemnosti adresátovi pouze na adresu na území ČR.

ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

Článek 24

Forma právních úkonů

1. Pojistná smlouva musí být uzavřena písemně.
2. Všechny úkony nutné k uzavření pojistné smlouvy, změny a doplňky pojistné smlouvy, úkony týkající se přerušení, změny nebo zániku pojištění, jakož i veškeré další úkony týkající se pojištění, musí mít písemnou formu.

3. Úkonem ve smyslu odst. 2 se rozumí též dotazy pojistitele, týkající se zdravotního stavu pojištěného, výkonu povolání a provozování sportu, jakož i případné další dotazy na toho, kdo s pojistitelem uzavírá pojistnou smlouvu (dále jen „zájemce o pojištění“), tak i odpovědi na ně.

Článek 25

Prislušnost soudu a použitelné právo

Jakýkoliv spor vyplývající z pojištění bude řešen u příslušného soudu v České republice podle platných právních předpisů na území České republiky.

Článek 26

Náhrada nákladů

Pojistitel má právo na náhradu mimořádných nákladů za úkony, které provádí na žádost účastníků pojištění. Výši náhrady nákladů stanoví pojistitel v aktualizovaném Seznamu způsobilých úkonů, (přístupném v místě sídla pojistitele. Úhrada náhrady nákladů se provádí především započtením vzájemných pohledávek a není-li započtení možné, je splatná předem.

Tyto všeobecné pojistné podmínky byly schváleny představenstvem České pojišťovny ZDRAVÍ a.s. dne 29. 9. 2004 pod č. j. 02/2005.

Všeobecné pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1. 1. 2005.

Zvláštní pojistné podmínky pro obnosové pojištění denní podpory při pobytu dítěte ve zdravotnickém zařízení č. j.: 05/2008 (ZPP ZZ-O)

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro pojištění denní podpory při pobytu dítěte ve zdravotnickém zařízení, které sjednává Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s. (dále jen „pojistitel“) jako pojištění obnosové, platí Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění denní podpory při pobytu v nemocnici č. j. 02/2005 schválené představenstvem České pojišťovny ZDRAVÍ a.s. dne 29. 9. 2004 (dále jen „VPP“), a tyto zvláštní pojistné podmínky (dále „ZPP“).

SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

Článek 1

Předmět a rozsah pojištění

1. Pojištění denní podpory při pobytu dítěte ve zdravotnickém zařízení (dále jen „pojištění“) je soukromým pojištěním pro případ nemoci ve smyslu zákona¹ a je sjednáváno jako pojištění obnosové. Pojištění lze sjednat pro děti ve věku od 0 do 13 let jako připojištění k základnímu (životnímu) pojištění.
2. V případě pojistné události vyplácí pojistitel denní podporu při pobytu dítěte ve zdravotnickém zařízení (dále jen „podpora“), a to v rozsahu vymezeném pojistnou smlouvou.

Článek 2

Vznik a zánik pojištění

1. Pojištění vzniká dnem, který byl v pojistné smlouvě dohodnut jako počátek pojištění, a nebyl-li počátek pojištění v pojistné smlouvě určen, vzniká pojištění prvním dnem následujícího kalendářního měsíce po uzavření pojistné smlouvy, nejdříve však ve výroční den pojištění po dovršení dvou let věku pojišťovaného dítěte.
2. Výročním dnem pojištění se rozumí den, který se pojmenováním nebo číslem shoduje se dnem uvedeným v pojistné smlouvě jako počátek pojištění. Není-li takový den v příslušném měsíci, připadá výroční den na poslední den tohoto měsíce. V případě změny pojištění, při níž dojde ke změně pojistné doby, se rozumí výročním dnem pojištění den, který se shoduje se dnem účinnosti změny pojistné smlouvy uvedeným v dodatku k pojistné smlouvě.
3. Pojištění zaniká na základě úkonů účastníků a skutečností vymezených v čl. 3 VPP a dále dnem, ve kterém pojištěné dítě dosáhne věku 18 let.

Článek 3

Čekací doba

1. Délka čekací doby činí tři měsíce.
2. Čekací doba počíná běžet od počátku pojištění.
3. V případě pobytu dítěte ve zdravotnickém zařízení následkem úra- zu, který nastal v době trvání pojištění, se čekací doba neuplatňuje.
4. Zvláštní čekací doba v délce 8 měsíců je stanovena: a) pro případ hospitalizace při ošetření zubů, zhotovení zubních náhrad a úkonů čelistní ortopedie a čelistní chirurgie, b) pro případ hospitalizace u ortopedických náhrad.
5. Zvýší-li se pojistná částka (výše podpory) za první pojištění, uplatní se znovu čekací doba, vymezená v odst. 1 a odst. 4 tohoto článku, a to k navýšenému rozsahu pojistné částky. Čekací doba v tomto případě počíná běžet ode dne účinnosti změny pojištění.

Článek 4

Pojistná událost

1. Pojistnou událostí je poskytnutí lůžkové základní a specializované diagnostické a léčebné péče ve zdravotnickém zařízení (nemocnici, lůžnici nebo odborných léčebných ústavech včetně ozdravenou a rehabilitačních ústavů), která je z lékařského hlediska nezbytná z důvodů nemoci nebo úra- zu pojištěného dítěte, a která nemohla být poskytnuta ambulantně (dále jen „hospitalizace“).
2. Hospitalizací se pro účely pojištění rozumí pobyt pojištěného dítěte na lůžkové části nemocnice nebo jiného zdravotnického zařízení, které je pod stálým odborným lékařským dozorem, pracuje v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, disponuje dostatečnými diagnostickými a terapeutickými možnostmi, pracuje

¹ Viz ustanovení § 62 zákona o pojistné smlouvě

podle obecně vědecky uznávaných metod a vede záznamy o zdravotním stavu a průběhu léčby (zdravotní dokumentaci).

3. O hospitalizaci z lékařského hlediska nezbytnou se jedná tehdy, jestliže ošetření pojištěného dítěte musí být provedeno ve zdravotnickém zařízení na lůžkové části, a to vzhledem k závažnosti onemocnění (úrazu) nebo vzhledem k charakteru lékařského ošetření.
4. Při lékařsky nezbytné hospitalizaci má pojištěné dítě (jeho zákonný zástupce) právo na svobodnou volbu ve výběru zdravotnických zařízení. Pojistná ochrana se však vztahuje pouze na léčebnou péči v za- řízeních, která splňují podmínky vymezené v odst. 2.
5. Pojistná událost začíná okamžikem, kdy je pojištěné dítě přijato k hospitalizaci a končí okamžikem, kdy již hospitalizace pojištěného dítěte není z lékařského hlediska nezbytná.
6. Pojistnou událostí není, bylo-li pojištěné dítě přijato k hospitalizaci před počátkem pojištění, v čekací době nebo ve zvláštní čekací době.
7. Pojistnou událost je třeba doložit způsobem vymezeným v čl. 9 těchto ZPP.

ROZSAH POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Článek 5

Pojistná částka

Pojistnou částkou je v pojistné smlouvě stanovená výše podpory.

Článek 6

Limit pojistného plnění

1. Podpora se poskytuje za každý kalendářní den hospitalizace, která je z lékařského hlediska nezbytná, a poskytuje se při hospitalizaci pojištěného dítěte, pokud se v dalších ustanoveních těchto ZPP ne- stanoví jinak, takto: a) v nemocnici nejvýše po dobu 360 dnů ze všech uplatněných po- jistných událostí v době trvání pojištění, b) v lůžnici nebo odborných léčebných ústavech včetně ozdravenou a rehabilitačních ústavů nejvýše po dobu 30 dnů v každém kalen- dářním roce po dobu trvání pojištění.
2. Pro účely poskytnutí podpory se den, kdy bylo pojištěné dítě k hos- pitalizaci přijato a den, kdy bylo z tohoto ošetření propuštěno, sčítá- jí a považují se za jeden den hospitalizace.
3. Při hospitalizaci pojištěného dítěte v důsledku onemocnění souvisej-ících s jeho těhotenstvím náleží podpora pouze za 14 dní hospitaliza- ce pro každé těhotenství a při porodu pouze za 7 dní hospitalizace.
4. Výplata podpory končí nejpozději se zánikem pojištění.

Článek 7

Výluka z pojištění

1. Podmínky, za kterých nevzniká pojištění povinnost poskytnout po- jistné plnění (výluka z pojištění), jsou vymezeny v čl. 12 VPP odst. 1 písm. a) až d), písm. m). Pojistiteli dále nevzniká povinnost poskyt- nout pojistné plnění: a) při hospitalizaci pojištěného dítěte pro onemocnění nebo úra- zy, které byly pojištěnému dítěti diagnostikovány nebo léčeny do do- vršení dvou let jeho věku, b) při hospitalizaci pojištěného dítěte pro genetické nebo vrozené vady, i když se projeví až po počátku pojištění, c) při hospitalizaci pojištěného dítěte v psychiatrických léčebnách a v jiných zdravotnických zařízeních v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu, léčebných dlouhodobě nemoc- ných, hospicích a v ústavech sociální péče, d) při léčebném pobytu pojištěného dítěte v léčebných léčby závis-losti na alkoholismu, toxikomanie a hráček závislosti, e) při hospitalizaci pojištěného dítěte z důvodů kosmetických úko- nů, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné, f) při hospitalizaci pojištěného dítěte související pouze s potřebou pečovatelské nebo opatrovnícké péče, g) při hospitalizaci pojištěného dítěte z důvodu umělého přerušení těhotenství z jiného než zdravotního důvodu, h) při hospitalizaci vzniklé v souvislosti s nemocí z povolání nebo

² Viz ustanovení § 34 zákona o pojistné smlouvě

pracovním úrazem nebo profesionálním provozováním sportovní činnosti,

- i) při hospitalizaci v souvislosti s nákazou anebo s podezřením na nákazu virem HIV nebo onemocněním AIDS,
 - j) při hospitalizaci pojištěného dítěte plánované před počátkem poji- štění nebo hospitalizaci, o jejíž nezbytnosti pojištěné dítě (resp. jeho zákonný zástupce) věděl nebo mohl vědět před počátkem pojištění,
 - k) při hospitalizaci pojištěného dítěte ve zdravotnických zařízeních, které pojistitel vyloučil z pojistné ochrany, a to zejména v případě, kdy k pojistné události došlo poté, co pojistitel o této výluce poji- štění dítěte (resp. jeho zákonného zástupce) písemně informoval,
 - l) při hospitalizaci pojištěného dítěte související se zanedbáním péče o pojištěné dítě nebo týráním pojištěného dítěte.
2. Pojistiteli dále nevzniká povinnost poskytnout pojistné plnění za dobu: a) kdy se pojištěné dítě ve zdravotnickém zařízení vůbec nezdržova- lo nebo jestliže hospitalizace pojištěného dítěte trvala méně než 24 hodin, b) za dobu hospitalizace, kterou pojištěné dítě, resp. jeho zákonný zástupce nedoložilí dokladem o poskytnutí lůžkové péče ve smys- lu čl. 9 těchto ZPP, který si pojistitel v rámci setření pojistné úda-losti vyžádal, k jehož doručení pojištěné dítě (jeho zákonného zástupce) vyzval a na důsledky spojené s nesplněním povinnosti pojištěné dítě (jeho zákonného zástupce) upozornil.

POVINNOSTI POJISTĚNÉHO A POJISTNÍKA

Článek 8

Oznamovací a další povinnosti

1. Nedílnou součástí pojistné smlouvy jsou písemné dotazy pojistitele týkající se pojištění ve smyslu čl. 15 VPP.
2. Oznamovací povinnost je vymezena v čl. 16 VPP.

Článek 9

Povinnosti pojištěného při pojistné události

1. Při pojistné události je pojištěné dítě nebo ten, kdo uplatňuje právo na plnění, povinen plnit povinnosti stanovené v čl. 17 VPP a zejmé- na tyto další povinnosti: a) při vzniku pojistné události pojistiteli doručit vyplněný formulář pojistitele a doklad o poskytnutí lůžkové péče, vydaný příslušným zdravotnickým zařízením³, b) doklady vymezené pod písm. a) musí obsahovat identifikaci poji- štěného dítěte (jméno a příjmení, rodné číslo a adresu bydliště), označení druhu onemocnění (diagnóza dle klasifikace ICD), da- tum počátku a datum ukončení hospitalizace, jakož i další po- třeba údaje vyžadované pojistitelem. Tyto doklady si pojistitel po- nechává.
2. Doklady uvedené v odst. 1 je pojištěné dítě nebo ten, kdo uplatňuje právo na plnění, povinen předložit pojistiteli bez zbytečného odkla- du, a to nejpozději do 30 dnů po ukončení hospitalizace. V případě dlouhodobé hospitalizace, kdy pojistitel poskytuje zálohu (zálohy) na pojistné plnění, je nutno nárok na pojistné plnění doložit doklady o průběhu a trvání hospitalizace pojištěného dítěte.

ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

Článek 10

Uplatnění všeobecných pojistných podmínek

Právní vztahy účastníků pojištění neupravené v těchto ZPP se řídí podle Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění denní podpory při pobytu v nemocnici č. j. 02/2005 schválené představenstvem České pojišťov- ny ZDRAVÍ a.s. dne 29. 9. 2004, které tvoří spolu s těmito ZPP nedílnou součástí pojistné smlouvy.

Tyto zvláštní pojistné podmínky byly schváleny představenstvem České pojišťovny ZDRAVÍ a.s., dne 24. 3. 2009.

Zvláštní pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 24. 3. 2009.

³ Např. propouštěcí zpráva z nemocnice

Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění plateb pojistného při pracovní neschopnosti

SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

Článek 1

Předmět a rozsah pojištění

1. Pojištění plateb pojistného při pracovní neschopnosti je soukro- mým pojištěním nemoci a je sjednáváno jako pojištění obnosové² a jako připojištění k jinému soukromému pojištění s běžným pojist- ným (dále jen „pojištění plateb pojistného“).
2. Pojištění plateb pojistného se sjednává na pojistné nebezpečí vzniku nahodilé skutečnosti, související se zdravotním stavem fyzické oso-

¹ Např. zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník v platném znění, zákon

č. 363/1999 Sb., o pojistovnictví a o změně některých souvisejících zákonů

(zákon o pojistovnictví), v platném znění a další

² Viz ustanovení § 34 zákona o pojistné smlouvě

³ Zákon č. 585/1992 Sb., o daní z příjmu v platném znění

⁴ Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce v platném znění

⁵ Zákon č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání v platném znění

⁶ Např. dle zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, zákona č. 128/1990 Sb.,

o advokacii, zákona č. 258/1992 Sb., o notářích a jejich činnosti a další

⁷ Ustanovení § 50 zákona o pojistné smlouvě v platném znění

⁸ Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení

v platném znění

⁹ Viz ustanovení § 50 zákona o pojistné smlouvě

¹⁰ Celkové lhůtní pojištění po slevě za základní pojištění a za pojištění s ním

spojenými stanoví pojistník po dohodě s pojistitelem při sjednávání pojištění

¹¹ Potvrzení prac. neschopnosti

¹² Zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců ve znění pozdějších

předpisů

Je-li sjednáno základní pojištění na cizí pojistné riziko, je pojištěným fyzická osoba, na jejíž pojistné riziko bylo pojištění sjednáno.

- Pojištění plateb pojistného lze sjednat pouze pro fyzické osoby, které mají ve smyslu zákona o dani z příjmu² v platném znění příjem ze závislé činnosti a funkční požitky („zaměstnanci“), a dále s fyzickými osobami, které mají pravidelný příjem z podnikání nebo jiné samostatné výdělečné činnosti („podnikatelé“). Povolání se pro účely těchto pojistných podmínek miní výkon práce na základě pracovního nebo jemu obdobného vztahu³, zivnostenské podnikání⁴ jakož i výkon jiné samostatné výdělečné činnosti, uskutečňované v rozsahu stanoveném zvláštním zákonem⁵.
- Pokud není pojistnou smlouvou stanoveno jinak, pojistná ochrana se vztahuje na platby běžného pojistného ze všech sjednaných pojištění, ke kterým bylo pojištění plateb pojistného sjednáno jako přípojištění. Pojistná ochrana se vztahuje i na tzv. indexaci pojistného, tj. zvýšení běžného pojistného pojistitelem s ohledem na index růstu spotřebitelských cen publikovaný ČSÚ a růst nominálních mezd publikovaný ČSÚ za minulý rok. Pojistná ochrana se nevztahuje na pojistné hrazené pojistníkem za trvání pojištění nad rámec sjednané výše běžného pojistného ze základního pojištění (mimořádné běžné pojistné) a rovněž na dobu, na kterou bylo pojištěnému, resp. pojistníkovi, pojistitelem ze základního pojištění povoleno přerušit placení pojistného ze základního pojištění.
- V případě pojistné události vyplácí pojistitel po uplynutí stanovené délky pracovní neschopnosti opakované plnění, trvá-li jedna a tatáž pracovní neschopnost, a to v rozsahu vymezeném pojistnou smlouvou. Pojistné plnění může mít i formu úhrady běžného pojistného, pokud to bylo dohodnuto.
- Do pojištění plateb pojistného (dále jen „pojištění“) nemůže být přijat zájemce o pojištění, který neudělal pojistiteli výslovný souhlas ke zjišťování zdravotního stavu nebo příčiny smrti ve smyslu zákona⁶, a to za účelem šetření pojistných událostí.
- Podmínky přijetí do pojištění určuje pojistitel.

Článek 2

Územní platnost pojištění

- Pojistná ochrana platí na území České republiky, pokud se účastníci nedohodnou jinak.
- Pojištěný musí mít trvalý pobyt v České republice, pokud se účastníci nedohodnou jinak.

Článek 3

Pojistná doba, počátek a zánik pojištění

- Nebylo-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak, sjednává se pojištění na dobu jednoho roku (pojistná doba). Uplynutím doby, na kterou bylo pojištění sjednáno, 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 stejnou dobu, na kterou bylo sjednáno.
- Pojištění začíná v 00.00 hodin dne určeného v pojistné smlouvě jako počátek pojištění. Pokud účastníci neurčí v pojistné smlouvě počátek pojištění, pojištění začíná v 00.00 hodin prvního dne bezprostředně následujícího kalendářního měsíce po uzavření pojistné smlouvy.
- Jako počátek pojištění nemůže být určen den, který předchází uzavření pojistné smlouvy.
- Zánik pojištění nastává ve 24.00 hodin dne, kdy na základě úkonů účastníků anebo nastalých skutečností, se kterými je podle těchto pojistných podmínek spojen zánik pojištění, pojištění zaniklo.
- Pojistitel a pojistník se mohou na ukončení pojištění dohodnout. V dohodě musí být určen okamžik zániku pojištění a dohodnut způsob vzájemného vyrovnání závazků.
- Pojištění zanikne na základě těchto úkonů účastníků (pojistitele nebo pojistníka):
 - pisemnou výpověď doručenu do dvou měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy, dnem doručení výpovědi počíná běžet osmidenáti výpovědní lhůta, jejímž uplynutím pojištění zanikne,
 - pisemnou výpověď ke konci pojistného období, bylo-li sjednáno pojištění s běžným pojistným; výpověď musí být doručena alespoň šest týdnů před uplynutím pojistného období, jinak je neplatná,
 - pisemnou výpověď podanou do 3 měsíců ode dne doručení oznámení o vzniku pojistné události, dnem doručení výpovědi počíná běžet výpovědní lhůta 1 měsíc, jejímž uplynutím pojištění zanikne,
 - uplatní-li pojistník nesouhlas se změnou výše pojistného, v tomto případě pojištění zanikne ke konci pojistného období, na které bylo pojistné zapláceno, pokud se účastníci nedohodnou jinak,
 - odstoupením od pojistné smlouvy za podmínek stanovených zákonem,
 - odmítnutím pojistného plnění ze strany pojistitele, a to dnem doručení oznámení o odmítnutí plnění.
- Pojištění zaniká na základě těchto skutečností:
 - dnem, kdy pojištěný nebo pojistník přestane mít trvalý pobyt na území České republiky, pokud se účastníci nedohodnou jinak,
 - smrtí pojištěného,
 - dnem, který bezprostředně předchází výročnímu dni počátku pojištění v kalendářním roce, ve kterém pojištěný dosáhne věku 60 let, přičemž výročním dnem počátku pojištění se rozumí den, který se pojmenováním a číslem shoduje se dnem počátku pojištění, uvedeným v pojistné smlouvě, a není-li takový den v měsíci, případně výroční den na poslední den přísl. měsíce,
 - dnem, který předchází dni, od něhož byla pojištěnému přiznána výplata plného invalidního důchodu na základě pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu sociálního zabezpečení nebo dnem, k němuž byl pojištěnému stanoven počátek výplaty přiznaného plného invalidního důchodu, požádal-li pojištěný o plný invalidní důchod dříve, než došlo k zahájení řízení o přiznání invalidity ve smyslu platných právních předpisů⁸,
 - dnem následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené pojistitelem k zaplacení dlužného pojistného,
 - dnem, ve kterém pojistitel obdržel písemné oznámení pojištěného o odvolání souhlasu ke zjišťování a přezkoumávání zdravotního stavu⁹,
 - dnem zániku základního pojištění, ke kterému bylo pojištění pojistného sjednáno jako přípojištění.

Článek 4

Pojistné období

- Pojistným obdobím se rozumí časové období, za které se platí pojistné.
- Pojistné období je vymezeno v pojistné smlouvě, a pokud není v pojistné smlouvě účastníky dohodnuto, je pojištěným obdobím jeden měsíc.

Článek 5

Pojistné a splatnost pojistného

- Výše pojistného je stanovena v pojistné smlouvě a určuje se podle sazeb stanovených pojistitelem (odst. 3 Sazebník pojistného). Pro stanovení výše pojistného je rozhodující sjednaný rozsah pojistné ochrany a věk pojištěného.
- Není-li pojistnou smlouvou stanoveno jinak, je výše běžného pojistného z pojištění plateb pojistného stanovena dle vstupního věku pojištěného příslušným procentem z celkové výše běžného pojistného ze všech sjednaných pojištění, na které se vztahuje pojistná ochrana pojištění plateb pojistného (viz celkové lhůtní pojistné po slevě), a pojistné je již zahrnuto v běžném pojistném a zaokrouhloeno na celá čísla. Pokud dojde za trvání pojištění ke změně pojistné částky pojištění plateb pojistného (viz čl. 9), stanoví se výše běžného pojistného za pojištění plateb pojistného na základě pojistné technických zásad pojistitele. Při výpočtu pojistného po změně pojistné částky vychází pojistitel z původní a nové výše pojistné částky, původní výše pojistného, aktuálního věku pojištěného a zbývající doby do konce pojištění.
- Sazebník pojistného:

Sazby pojistného (sazba T 644)

Vstupní věk pojištěného (rok počátku pojištění – rok narození)	% z celkové lhůtní pojistné po slevě ¹⁰ za základní pojištění a za pojištění s ním sjednaná	Vstupní věk pojištěného (rok počátku pojištění – rok narození)	% z celkové lhůtní pojistné po slevě ¹⁰ za základní pojištění a za pojištění s ním sjednaná
15	2,7 %	38	3,7 %
16	2,8 %	39	3,8 %
17	2,8 %	40	3,8 %
18	2,8 %	41	3,9 %
19	2,9 %	42	4,0 %
20	2,9 %	43	4,0 %
21	2,9 %	44	4,1 %
22	3,0 %	45	4,2 %
23	3,0 %	46	4,3 %
24	3,0 %	47	4,3 %
25	3,1 %	48	4,4 %
26	3,1 %	49	4,5 %
27	3,2 %	50	4,6 %
28	3,2 %	51	4,8 %
29	3,2 %	52	4,9 %
30	3,3 %	53	5,1 %
31	3,3 %	54	5,3 %
32	3,4 %	55	5,5 %
33	3,4 %	56	5,9 %
34	3,5 %	57	6,4 %
35	3,5 %	58	7,6 %
36	3,6 %	59	15,2 %
37	3,7 %		

- Nebylo-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak, je běžné pojistné splatné vždy k prvnímu dni pojistného období. Při pojistné události nezaniká povinnost pojistníka hradit pojistné ze sjednaného pojištění plateb pojistného (pojistné ze sjednaného přípojištění).
- Je-li pojistník v prodloužení s placením pojistného, je pojistitel oprávněn požadovat úrok z prodlení. Za upomínání dlužného pojistného je pojistitel oprávněn požadovat náhradu vynaložených nákladů a poštovního.
- Pojistitel je oprávněn započíst proti pojistnému plnění dlužné částky pojistného a jiné splatné pohledávky z pojištění. Předplatky pojistného, pokud pojistník nepožádá o jejich vrácení, použije pojistitel k úhradě pojistného na další pojistné období.

Článek 6

Přízpůsobení pojistného

- Jedenkrát ročně může pojistitel provést porovnání kalkulovaného a skutečného pojistného plnění, přizpůsobit sazby pojistného tímto novým skutečným a upravit nově výši běžného pojistného na další pojistná období.
- Při změně výše pojistného je pojistitel povinen postupovat způsobem stanoveným zákonem. Pokud pojistník se změnou výše pojistného nesouhlasí, musí svůj nesouhlas uplatnit do 1 měsíce ode dne, kdy se o navrhované změně výše pojistného dozvěděl. Pojištění pak zanikne ke konci pojistného období, na které bylo pojistné zapláceno.

Článek 7

Čekací doba

- Nárok na pojistné plnění z pojištění vzniká teprve u pojistné události nastalé po uplynutí čekací doby.
- Délka čekací doby činí tři měsíce.
- Čekací doba počíná běžet od počátku pojištění.
- Zvýšili-li se pojistné částka (čl. 9) za trvání pojištění, uplatní se znovu čekací doba k navýšenému rozsahu zvýšené pojistné částky. Čekací doba v tomto případě počíná běžet ode dne účinnosti změny pojištění.
- V případě závažného úrazu se čekací doba neuplatňuje za předpokladu, že:
 - úraz vyžadoval z lékařského hlediska nezbytnou hospitalizaci a pojištěný byl nejpozději do 24 hodin od vzniku úrazu hospitalizován; to neplatí v případě, brání-li hospitalizaci překážky, které pojištěný nemohl ani s vynaložením veškerého úsilí odstranit, a pojištěný věrohodným způsobem doloží existenci těchto překážek,
 - hospitalizace pojištěného trvala nejméně po dobu 2 dnů, přičemž rozhodující je počet půlnocí strávených v nemocnici (nejméně 2 půlnoci).
- Pro odpadnutí čekací doby dle odst. 5 musí být splněny obě podmínky současně.

Článek 8

Pojistná událost

- Pojistnou událostí je pracovní neschopnost pojištěného, která nastala za trvání pojištění. Pro účely pojištění se pracovní neschopnost rozumí takový stav pojištěného, při kterém nastanou a pojistiteli jsou doloženy níže vymezené skutečnosti a současně jsou splněny následující podmínky:
 - pojištěný nemůže podle lékařského potvrzení vykonávat pro nemoc nebo úraz a ani nevykonává po přechodnou dobu zaměstnání nebo samostatnou výdělečnou činnost, včetně řídicí a kontrolní činnosti, a to ani po omezenou část dne,
 - pojištěnému bylo příslušným zdravotnickým zařízením (dále jen

- „ošetřující lékař“) vystaven doklad o pracovní neschopnosti¹¹, vydaný na základě předpisů upravujících lékařskou posudkovou činnost u pojištěných, kteří mají nárok na nemocenské dávky podle zákona o nemocenském pojištění¹² nebo mu byl ošetřujícím lékařem vydán doklad o pracovní neschopnosti pro pojistitele v případech, kdy pojištěný nemá nárok na nemocenské dávky podle zákona o nemocenském pojištění,
 - doklad vymezený pod písm. b) má všechny náležitosti obsažené ve formuláři „Potvrzení o pracovní neschopnosti“, včetně vyznačení počátku pracovní neschopnosti a určení diagnózy dle klasifikace ICD (stát. značka), a byl pojistiteli doručen v době trvání pracovní neschopnosti, ze které je uplatněna pojistná událost, opodstatněnost pracovní neschopnosti uzná zdravotnické zařízení určené pojistitelem (dále jen „lékař určený pojistitelem“),
 - pojištěný se skutečně léčí, a to v místě určeném ošetřujícím lékařem v Potvrzení o prac. neschopnosti.
- V konkrétním případě může stanovit délku pracovní neschopnosti, a tím i rozsah pojistného plnění lékař určený pojistitelem. Účastníci se mohou dohodnout na posouzení nezbytné doby trvání pracovní neschopnosti nezávislým zdravotnickým zařízením, veškeré náklady spojené se zpracováním a vystavením lékařského posudku jdou v tomto případě k tíži toho z účastníků, který si zpracování zdravotního posudku vyžádá.
 - Doklad o vzniku, trvání a ukončení pracovní neschopnosti vystavený lékařem, který je manželem, rodičem, dítětem pojištěného nebo jinou osobou pojistnému blízkou, nestací k doložení pracovní neschopnosti dle odst. 1 písm. b). Tento doklad si také nemůže vystavit sám pojištěný, i když je jinak oprávněn vydávat potvrzení o pracovní neschopnosti.
 - Pokud je současně přiznána pracovní neschopnost pro souběh více nemocí anebo léčení následků úrazu, jedná se o jednu pojistnou událost.
 - Pojistnou událost je nutno pojistiteli oznámit způsobem vymezeným v čl. 18.

ROZSAH POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Článek 9

Pojistná částka

- Při pojistné události pojistitel poskytuje opakované plnění nebo plnění formou úhrady pojistného, a to ve výši sjednané pojistné částky, která, není-li dohodnuto něco jiného, představuje výši běžného pojistného (celkové lhůtní pojistného po slevě za základní pojištění a za pojištění s ním sjednaná) z uzavřené pojistné smlouvy, a to běžného pojistného za dobu odpovídající době trvání pracovní neschopnosti, dosáhne-li délka pracovní neschopnosti smluvně dohodnutého dne (dnů) pracovní neschopnosti, k němuž (nimž) vzniká oprávněná osobě (odst. 1 čl. 14) podle pojistné smlouvy právo na plnění z pojištění plateb pojistného.
- Není-li pojistnou smlouvou stanoveno jinak, první pojistné plnění ve výši 1/12 běžného pojistného připadajícího na 1 rok trvání pojištění náleží oprávněné osobě po dovršení 30 dnů nepřetržitého trvání pracovní neschopnosti, další plnění ve stejné výši za každých dalších dovršených 30 dnů jedné a téže pracovní neschopnosti pojištěného, nejvýše však do limitu pojistného plnění dle odst. 3.
- Pojistné plnění je zaručeno po dobu trvání pojištění. Výplata pojistného plnění je při každé pojistné události omezena výší ročního běžného pojistného ze základního pojištění, ke kterému bylo pojištění plateb pojistného sjednáno jako přípojištění (limit pojistného plnění). Pracovní neschopnosti způsobené stejným onemocněním (stejnou diagnózou) nebo léčením následků úrazu se započítávají do limitu pojistného plnění, pokud přestávka mezi nimi nepřesahuje 6 měsíců.
- Dojde-li během trvání pojištění ke snížení výše běžného pojistného ze základního pojištění, na které se vztahuje pojistná ochrana, plní pojistitel jen ve výši snížené výše běžného pojistného, a to ode dne účinnosti změny pojištění. Dojde-li během trvání pojištění ke zvýšení běžného pojistného ze základního pojištění, na které se vztahuje pojistná ochrana z pojištění plateb pojistného, plní pojistitel ve výši zvýšeného běžného pojistného až z pojistných událostí, které nastaly po dni účinnosti změny základního pojištění.
- Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění.

Článek 10

Oprávněnost pojistného plnění

- O oprávněnosti pojistného plnění a jeho výši rozhoduje pojistitel v souladu s pojistnou smlouvou a na základě dokumentů předložených pojištěným, pojistníkem nebo oprávněnou osobou.
- Pojistitel si vyhrazuje právo prověřovat předložené dokumenty, stejně tak i právo vyžadovat znalecké posudky. Pojistitel je též oprávněn složitě pojistné události konzultovat nebo zasílat k odbornému posouzení, a to ještě před poskytnutím pojistného plnění.

Článek 11

Počátek pojistného plnění

- Pojistné plnění se vyplácí od smluvně dohodnutého dne trvání pracovní neschopnosti ve výši sjednané pojistné částky.
- Další, opakované plnění, náleží oprávněné osobě v případě, trvá-li pracovní neschopnost pojištěného k smluvně dohodnutému dni pracovní neschopnosti, který zakládá právo na výplatu dalšího opakovaného plnění ve výši sjednané pojistné částky, a to až do stanoveného limitu pojistného plnění (horní hranice plnění při pojistné události).

Článek 12

Redukce výše pojistného plnění

- Pojistitel je oprávněn výši pojistného plnění snížit:
 - poruší-li při sjednávání pojištění nebo při změně pojistné smlouvy pojištěný, který je současně pojistníkem, některou z povinností stanovenou zákonem nebo pojistnou smlouvou a bylo-li v důsledku toho stanoveno nižší pojistné,
 - pokud mělo porušení povinností stanovených zákonem nebo pojistnou smlouvou podstatný vliv na vznik pojistné události, její průběh nebo zveřejnění rozsahu jejich následků anebo na zjištění nebo určení výše pojistného plnění.
- Nastanou-li skutečnosti uvedené v odst. 1 pod písm. a), může pojistitel pojistné plnění přiměřeně snížit. Nastanou-li skutečnosti uvedené v odst. 1 pod písm. b), může pojistitel pojistné plnění snížit úměrně tomu, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinnosti plnit.

Článek 13

Výluky z pojištění

- Pojistitel neposkytuje pojistné plnění v těchto případech:
 - při pracovní neschopnosti vzniklé v souvislosti s těhotenstvím pojištěného,
 - u nemoci nebo úrazu, které vznikly v souvislosti s válečnou událostí, občanskou válkou, občanskými nepokoji nebo teroristickým útokem či v přímé souvislosti s těmito událostmi,

- c) pokud pojištěný utrpěl úraz nebo onemocnění v souvislosti s používáním či požitím alkoholu nebo návykových látek nebo zneužitím léků a otrav v důsledku požití pevných nebo kapalných či plynných látek následkem nedbalosti,
 - d) u nemoci z povolání a u pracovních úrazů,
 - e) pokud se pojištěný pokusil o sebevraždu nebo se vědomě pokusil na zdraví,
 - f) pokud pojištěný utrpěl úraz nebo onemocnění v souvislosti s úmyslným trestným činem, který spáchal a pro který byl soudem pravomocně uznán vinným, popřípadě úmyslným přestupkem, který spáchal a pro který byl správním orgánem pravomocně uznán vinným,
 - g) pokud pojištěný utrpěl úraz v souvislosti s profesionálním provozování sportu a při provozování tzv. „adrenalinových sportů“, jako je např. bungee-jumping, canyoning, sky-surfing a další,
 - h) při pracovní neschopnosti v důsledku psychiatrického nebo psychologického nálezu, dále z důvodu diagnostické choroby nebo nepříznivého psychického stavu, pokud nenastaly následkem úrazu,
 - i) při pobytu pojištěného v zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie a hráčské závislosti,
 - j) při léčebných pobytech v sanatoriích, lázeňských léčebnách a rehabilitačních centrech kromě případů, kdy je byt v nich z lékařského hlediska nezbytnou součástí léčení nemoci nebo následků úrazu a pojištěný s tímto léčebným pobytem vyjádří předem písemný souhlas, přitom obě podmínky musí být splněny současně,
 - k) při pracovní neschopnosti vystavené v souvislosti s doprovodem či ošetřováním osob blízkých,
 - l) utrpěl-li pojištěný úraz nebo poškození zdraví v důsledku nebo v souvislosti s řízením motorového vozidla, pro něž pojištěný neměl v době pojistné události příslušné řidičské oprávnění, respektive pokud mu bylo řízení motorových vozidel zakázáno pravomocným rozhodnutím soudu nebo správního orgánu,
 - m) při pracovní neschopnosti vzniklé v souvislosti s provozováním sportů, při nichž se používají motorová nebo bezmotorová letadla a letačtí stroje, dvoustopá a jednostopá vozidla, dále v souvislosti s výkonem horolezeckého sportu, jezdecký, potápění a dálkových plaveb,
 - n) při pracovní neschopnosti vzniklé pro degenerativní onemocnění páteře a jejich přímé a nepřímé důsledky (VAS),
 - o) při pracovní neschopnosti vzniklé v důsledku nakažení pohlavní nemoci a virem HIV,
 - p) při pracovní neschopnosti vzniklé pro onemocnění pojištěného, která byla zjištěna a diagnostikována před počátkem pojistění, včetně jejich příčin, následků a komplikací jakož i úrazů nastalých před počátkem pojistění, léčení jejich následků a komplikací.
2. Pojistitelé dále nezvzniká povinnost poskytnout pojistné plnění:
 - a) za dobu pracovní neschopnosti pojištěného, kterou pojištěný nedoložil ve stanovené lhůtě potvrzením o trvání pracovní neschopnosti nebo doklady, které si pojištěný v rámci setření pojistné události vyžádal, k jejichž doručení pojištěného vyzval, a na důsledky spojené s nesplněním povinnosti pojištěného upozornil,
 - b) za dobu pracovní neschopnosti počínaje dnem, kdy pojištěný odmítl vyšetření zdravotního stavu lékařem, kterého pojištěný určil, nebo dnem, kdy se k tomuto vyšetření bez předchozí omluvy nedostavil nebo se vyšetřit nechal,
 - c) za dobu pracovní neschopnosti pojištěného do oznámení pojistné události ve smyslu čl. 18,
 - d) za dobu pracovní neschopnosti počínaje dnem, kdy pojištěný nebo příslušný orgán státní správy zjistil porušení léčebného režimu pojištěným, tj. zjistil-li zejména, že pojištěný vykonává v době pracovní neschopnosti zaměstnání, podnikání nebo jinou samostatnou výdělečnou činnost, včetně řídicí nebo kontrolní činnosti, nebo zjistil-li, že se pojištěný v době pracovní neschopnosti nezdržuje v místě určeném lékařem v potvrzení o pracovní neschopnosti,
 - e) nevykonává-li pojištěný ke dni vzniku pracovní neschopnosti povolání (zaměstnání nebo samostatnou výdělečnou činnost).
 3. Končí-li pojistná událost dnem, který určí lékař stanovený pojistitelem, končí tímto dnem i povinnost pojištěného plnit (vyplácat pojistné plnění).

Článek 14

Výplata pojistného plnění

1. Z pojistné smlouvy je pojistitelem poskytováno pojistné plnění pojištěnému nebo tomu, komu v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění (dále jen „oprávněná osoba“).
2. Pojistitel je povinen po oznámení pojistné události, se kterou je spojen požadavek na pojistné plnění, zahájit bez zbytečného odkladu šetření pojistné události a šetření ukončit do 3 měsíců po tom, co mu byla pojistná událost oznámena; tuto lhůtu lze dohodou prodloužit.
3. Nemůže-li pojištěný šetření pojistné události ukončit do 3 měsíců po oznámení pojistné události, je povinen oprávněné osobě sdělit důvody, pro které nelze šetření ukončit, a poskytnout jí na její žádost přiměřenou zálohu.
4. Pojistné plnění je splatné do patnácti dnů, jakmile pojištěný skončil šetření nutné ke zjištění rozsahu povinnosti plnit. Šetření je skončeno, jakmile pojištěný sdělí jeho výsledky oprávněné osobě.
5. Pojistné plnění je pojištěný povinen poskytnout teprve tehdy, jestliže byly splněny veškeré podmínky specifikované v čl. 8, 17, 18, 20 a dal.
6. Pokud vznikne pojištěným povinnost poskytnout pojistné plnění po dobu delší než jeden měsíc, vyplácí pojistné plnění jedenkrát za měsíc, vždy však až poté, co je mu doložen nárok na výplatu dalšího pojistného plnění.
7. Pojistitel není v prodlání s plněním po dobu, po kterou jsou pojištěný, pojištěná nebo oprávněná osoba v prodlání s plněním povinností, které se pojistnou smlouvou a na základě těchto všeobecných pojistných podmínek zavázali plnit při pojistné události.
8. Výplata pojistného plnění končí neopodstatněným zánikem pojistění.
9. Bylo-li vyplaceno pojistné plnění, které tomu, kdo uplatnil právo na plnění, z nějakého důvodu nenáleželo, potom je ten, kdo uplatnil právo na pojistné plnění povinen pojistné plnění, které mu bylo nepravěm vyplaceno, vrátit, a to i tehdy, jestliže pojištěný již zanikl.

Článek 15

Měna pojistného plnění

Pojistné a pojistná plnění jsou splatná v České republice a v měně, která je ke dni její splatnosti na základě zvláštního předpisu určena jako platidlo na území České republiky.

POVINNOSTI POJIŠTĚNÉHO A POJISTNÍKA

Článek 16

Dotazy pojistitele

1. Nedílnou součástí pojistné smlouvy jsou písemné dotazy pojistitele

týkající se pojistění, a to včetně dotazů týkajících se zdravotního stavu pojištěného a jeho změn a dal., uplatněné pojistitelem jak při vzniku pojistění, tak při jeho změně nebo setření pojistných událostí.

2. Pojištěný, pojištěná a oprávněná osoba jsou odpovědní za pravdivé a úplné zodpovězení všech dotazů pojistitele týkajících se pojistění, a to zejména dotazů pojistitele na vykonávané povolání, onemocnění a úrazy pojištěného v době uzavírání pojistné smlouvy, onemocnění předláhaná před vznikem pojistění, následky úrazů, vyskytující se zdravotní poruchy a potíže, léčbu pojištěného před dobou a v době uzavírání pojistné smlouvy, včetně hospitalizace nemocného, pravidelné užívání léků a dal. Tyto údaje je třeba sdělit pojistiteli (zmocněnci pojistitele) a pojištěný, pojištěná i oprávněná osoba jsou povinni odpovědět na každý písemný dotaz pojistitele týkající se pojistění.
3. Součástí písemných dotazů pojistitele je „Dotazník o zdravotním stavu“ (Čl. 19), který je obsažen v pojistné smlouvě.
4. Úmyslné nebo z nedbalosti nepravdivé nebo neúplné zodpovězení písemné dotazy pojistitele mohou mít za následek redukcí výše pojistného plnění, odstoupení pojistitele od pojistné smlouvy nebo odmítnutí pojistného plnění.

Článek 17

Oznamovací povinnost

1. Pojištěný, a pokud není pojištěný a pojištěná osoba, tak i pojištěný jsou povinni bez zbytečného odkladu, nejpozději do 15 dnů po nastalé skutečnosti, pojistiteli písemně oznámit jakoukoliv změnu skutečnosti uvedených v pojistné smlouvě, zejména pak:
 - a) každou změnu identifikačních údajů (změny příjmení a bydliště účastníků a dal.),
 - b) zánik základního pojistění, ke kterému bylo pojistění splátek pojistného sjednáno jako připojištění,
 - c) změnu ošetřujícího lékaře pojištěného a jeho adresy, d) zahájení (ukončení) výkonu profesionálního sportu.
 Oznamovací povinnost je splněna dnem, kdy je oznámení doručeno pojistiteli.
2. Oznamovací povinnost dle odst. 1 plní pojištěný, pojištěná i oprávněná osoba na vlastní náklady.

Článek 18

Povinnosti pojištěného při pojistné události

1. Pojištěný nebo ten, kdo má právo na pojistné plnění (dále jen „pojištěný“), je povinen včas, nejpozději však ke dni dohodnutého počátku plnění, pojistiteli písemně oznámit, že nastala pojistná událost, a vznik pojistné události doložit doklady vymezenými v čl. 8, jakož i dalšími doklady, které si pojištěný vyžádá. Tyto dokumenty si pojištěný ponechává.
2. Včasným oznámením pojistné události se rozumí její nahlášení nejpozději do 10 pracovních dnů po vzniku práva na pojistné plnění, a pokud ze závažných důvodů nemůže uvedenou povinnost pojištěný splnit, pak je povinen učinit tak co nejdříve poté, jakmile uvedené důvody odpadnou.
3. Trvá-li pracovní neschopnost déle než 30 dnů, je pojištěný povinen nechat si tuto skutečnost potvrdit od ošetřujícího lékaře a doklad o trvání pracovní neschopnosti předkládat pojistiteli v pravidelných intervalech každých 30 dnů trvání pracovní neschopnosti nebo pojistiteli bez zbytečného odkladu sdělit důvody, proč tyto povinnosti nemůže splnit.
4. Právo na další opakované plnění lze uplatnit pouze, jsou-li pojištěným doručeny doklady o trvání pracovní neschopnosti ve lhůtách a způsobem vymezeným výše. Plnění náleží jen za dobu trvání pojistění, zánikem pojistění zaniká i právo na plnění.
5. Pojištěný je povinen zabezpečit, aby veškerá zdravotní dokumentace, kterou si pojištěný vyžádá a která se vztahuje k pojistné události, byla pojistiteli doručena ve lhůtách stanovených pojistitelem. Brání-li pojištěnému v plnění této povinnosti závažná událost, je pojištěný povinen pojištěného bez zbytečného odkladu o těchto důvodech informovat.
6. Pojištěný, pojištěná a případně oprávněná osoba, jsou povinni umožnit pojištěnému, a to včetně osob zmocněných pojistitelem, kontrolu dodržování závazků převzatých na základě pojistné smlouvy, především kontrolu dodržování léčebného režimu, prokazování vzniku, trvání a ukončení pracovní neschopnosti a dalších skutečností nezbytných pro stanovení výše a rozsahu pojistitele plnit a poskytnout pojištěnému nezbytnou součinnost.
7. Pojištěný je povinen zdržovat se v době pracovní neschopnosti v místě svého bydliště, kromě těch případů, kdy je hospitalizován nebo opustil místo bydliště s předchozím písemným souhlasem ošetřujícího lékaře nebo je během pobytu mimo místo svého bydliště práce neschopen z důvodu akutního onemocnění či z důvodu zde nastalého úrazu, a pokud je z lékařského hlediska vyloučen návštěvou pojištěného do místa bydliště.
8. Pojištěný je povinen postarat se o znovunabytí své pracovní schopnosti. Musí především svědomitě dodržovat rady lékaře, léčebný režim (včetně časového rozpětí vycházek) a vyloučit veškerá jednání, která brání uzdravení.

ZJIŠŤOVÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU

Článek 19

Dotazník o zdravotním stavu

1. Pojištěný je povinen pravdivé a úplné vyplnit pojistitelem předložený „Dotazník o zdravotním stavu“ (dále jen „dotazník“).
2. Pravdivé a úplné zodpovězení dotazů pojistitele a uvedení všech požadovaných údajů je nezbytné pro uzavření pojistné smlouvy. To platí i v případě změny pojistné smlouvy nebo obnovy pojistění, a dojde-li před uzavřením pojistné smlouvy (změny pojistění) k jakýmkoliv změnám v údajích uvedených v dotazníku, je pojištěný povinen tyto změny neprodleně oznámit pojistiteli.
3. Za úplnost, pravdivost a správnost poskytnutých údajů je odpovědný pojištěný i v těch případech, jestliže dotazník vyplňuje třetí osoba.

Článek 20

Zkoumání zdravotního stavu

1. Pojistitel je oprávněn zjišťovat a přezkoumávat zdravotní stav pojištěného při uzavírání pojistné smlouvy a při šetření pojistných událostí, a to na základě zpráv vyžádaných z jeho souhlasem od lékařů, kompletní zdravotní dokumentace, zpráv vyžádaných od zdravotnických zařízení, ve kterých se léčí nebo ve kterých se jeho zdravotní stav posuzoval, jakož i prohlídkou, příp. vyšetřením lékařem, kterého pojištěný sám určí. Zjišťování zdravotního stavu provádí pojištěný prostřednictvím pověřených zdravotnických zařízení.
2. Souhlas s zjišťováním a přezkoumáváním zdravotního stavu dává pojištěný a pojištěný podpisem pojistné smlouvy.
3. Pojištěný je povinen umožnit pojištěnému získat veškerou zdravotní dokumentaci, kterou si pojištěný vyžádá.

4. Pojištěný je povinen se podrobit na požádání pojistitele vyšetření u lékaře určeného pojistitelem, a to ve lhůtě stanovené pojistitelem. Nemůže-li ze závažných důvodů vyšetření absolvovat, je povinen pojistitele včas informovat o důvodech, které mu brání ve splnění této povinnosti, a dohodnout s pojistitelem náhradní termín vyšetření.
5. Skutečnosti, o kterých se pojištěný při zjišťování zdravotního stavu dozví, smí použít pouze pro uzavření pojistné smlouvy a plnění závazků z pojistění, jinak pouze s výslovným souhlasem pojištěného.

NÁHRADA ŠKODY

Článek 21

Postoupení pohledávky

1. Pokud má pojištěný nárok na náhradu škody vůči třetí osobě, je povinen tyto nároky až do výše poskytnutého pojistného plnění písemně postoupit pojistiteli.
2. Vzdá-li se pojištěný nároků dle odst. 1 nebo práva k zajištění takových nároků bez předchozího písemného souhlasu pojistitele, je pojištěný zproštěn povinnosti plnit v rozsahu, v jakém mohl požadovat náhradu škody od třetí osoby (osob).

ZMĚNA A PŘERUŠENÍ POJIŠTĚNÍ

Článek 22

Změna pojištěného

1. Účastníci se mohou dohodnout na změně pojistění. Dohoda o změně pojistění musí být vyhotovena písemně a podepsána účastníky. Jedno vyhotovené dohody je pojištěný povinen předat pojišťovníku.
2. Pokud se účastníci dohodnou na změně rozsahu pojistění již sjednaného, plní pojištěný ze změněného pojistění až z pojistných událostí, které nastanou nejdříve dnem účinnosti změny pojistění.
3. Při změnách pojistění nastávají účinky změny pojistění v 00.00 hodin dne, který byl účastníky dohodnut jako den účinnosti změny pojistění.

Článek 23

Přerušení pojistění

1. Pojištění může být během pojistné doby přerušeno. Za dobu přerušeni netrvá povinnost platit pojistné a nevzniká právo na pojistné plnění z pojistných událostí, které nastaly v době přerušeni pojistění a které by jinak byly pojistnými událostmi. Pojištění se vždy přerušuje na dobu přerušeni základního pojistění, ke kterému bylo pojistění sjednáno jako připojištění.
2. Pojištění může být přerušeno dohodou účastníků, a to nejméně na dobu tří měsíců, nejvýše však na dobu 1 roku.
3. Doba přerušeni pojistění se započítává do pojistné doby. Po dobu přerušeni pojistění je pojištěný povinen hradit poplatek ve výši nákladů spojených se správou pojistění.
4. Pojištění se nepřerušuje, nebylo-li pojistné zapláceno do 2 měsíců ode dne jeho splatnosti.

DORUČOVÁNÍ

Článek 24

Doručování písemnosti

1. Písemnosti adresované pojištěnému, pojištěnému nebo oprávněné osobě (dále jen „adresát“) jsou zpravidla doručovány prostřednictvím držitele poštovní licence (dále jen „pošta“) na poslední pojištěný známou adresu účastníka pojistění, jemuž jsou určeny (dále jen „místo doručení“). Nastane-li pojistná událost, jsou písemnosti doručovány pouze do místa určeného ošetřujícím lékařem jako „přesná adresa v době pracovní neschopnosti“ a uvedená na formuláři „Potvrzení o pracovní neschopnosti“.
2. Nebyl-li adresát zastížen, ačkoliv se v místě doručení zdržuje, a písemnost se nepodařilo doručit ani prostřednictvím jiné osoby, písemnost se uloží v místě příslušné provozovny pošty a adresát se vhodným způsobem vyzve, aby si písemnost vyzvedl. Písemnost se považuje za doručenu dnem uložení, i když se adresát o uložení zásilky nedozvěděl.
3. Pokud se adresát v místě doručení nezdržuje, aniž by o tom informoval pojištěného, je písemnost doručena dnem, kdy byla zásilka pojištěnému vrácena jako nedoručená. Odmítně-li adresát přijetí písemnosti, považuje se písemnost za doručenu dnem, kdy adresát její přijetí odmítl.
4. Písemnosti adresované a doručované pojištěnému jsou doručeny teprve dnem, kdy pojištěný potvrdí jejich převzetí.
5. Oznámí-li pojištěný (pojištěný) pojištěnému v předstihu změnu adresy nebo adresu, kam mu mají být písemnosti zasílány po přesné stanovení a ohraničenou dobu, po kterou se nebude v místě doručení zdržovat, doručuje pojištěný písemnosti na tuto adresu po dobu uvedenou v oznámení.
6. Pojištěný doručuje písemnosti adresátovi pouze na adresu na území ČR.

ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

Článek 25

Forma právních úkonů

1. Pojistná smlouva musí být uzavřena písemně.
2. Všechny úkony nutné k uzavření pojistné smlouvy, změny a dodatky pojistné smlouvy, úkony týkající se přerušeni, změny nebo zániku pojistění, jakož i veškeré další úkony týkající se pojistění, musí mít písemnou formu.
3. Úkonem ve smyslu odst. 2 se rozumí též jak dotazy pojistitele týkající se zdravotního stavu pojištěného, tak případné další dotazy na toho, kdo s pojistitelem uzavírá pojistnou smlouvu (dále jen „zájemce o pojištění“), tak i odpovědi na ně.

Článek 26

Příslušnost soudu a volba práva

Jakýkoliv spor vyplývající z pojistění bude řešen u příslušného soudu v České republice podle právních předpisů platných na území České republiky.

Článek 27

Náhrada nákladů

Pojistitel má právo na náhradu mimořádných nákladů za úkony, které provádí na žádost účastníků pojistění. Výši náhrady nákladů stanoví pojištěný v aktualizovaném Seznamu zaplacených úkonů, přístupném v místě sídla pojistitele. Úhrada náhrady nákladů se provádí především započtením vzájemných pohledávek, a není-li započtení možné, je splatná předem.

Tyto všeobecné pojistné podmínky byly schváleny představenstvem České pojišťovny ZDRAVÍ a.s., dne 30. 8. 2007 pod č. j. 01/2007.

Všeobecné pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1. 10. 2007.